



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**“Fortalecimiento de la asistencia nutricional en pacientes del
Hospital del IESS de Portoviejo. Año 2011.”**

Tesis de grado

AUTOR:

Pinargote Macías, Edmundo Gastón

DIRECTORA:

Donoso Palomeque, Susana, Lcda.

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2012

CERTIFICACIÓN

Lcda. Susana Donoso P. Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente Proyecto de acción titulado: **“FORTALECIMIENTO DE LA ASISTENCIA NUTRICIONAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO. AÑO 2011”**, ha sido realizado bajo mi dirección, por lo que después de reunir los requisitos estipulados en el Reglamento de Grados y Títulos, autorizo la presentación ante el Tribunal respectivo.

Portoviejo, Abril del 2011

Lcda. Susana Donoso P. Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Portoviejo, Abril del 2011

Lcdo. Edmundo Pinargote Macías

C.I. No. 130510921-5

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice. “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Portoviejo, Abril de 2011

Lcdo. Edmundo Pinargote Macías

C.I. No. 130510921-5

DEDICATORIA

Ha sido el omnipotente, quien ha permitido que la sabiduría dirija y guíe mis pasos. Ha sido el todopoderoso, quien ha iluminado mi sendero cuando más oscuro ha estado. Ha sido el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

De igual forma, a mis Padres, quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A mi Esposa, la persona más importante de mi vida, por su presencia, guía, empuje, soporte y apoyo incondicional en cada paso de mi vida. Nunca tendré como agradecerte todo lo que has hecho por mí

A mis queridos hijos, por ser fuente de inspiración para luchar por un mejor futuro.

A mi familia por estar allí.

Y, a todas aquellas personas que brindaron su contingente e ideas para realizar este proyecto.

Lcdo. Edmundo Pinargote Macías

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad; a cada uno de los que son parte de mi familia a mi PADRE, en especial a mi MADRE con mucho amor y cariño y mis HERMANOS, por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

A la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional.

Un especial agradecimiento a los Directivos del Hospital del IESS de Portoviejo, por permitirme ejecutar este proyecto de acción.

A mi Directora de Tesis, Lcda. Susana Donoso P, Mg.Sc, por contribuir con sus conocimientos en esta investigación

EL AUTOR

CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS. PORTOVIEJO

CERTIFICACION

Dr. Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs, en calidad de Director el Hospital IESS-Portoviejo, tiene a bien CERTIFICAR:

Que, el Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, con C.I. No. 1305109215, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, previa autorización desarrolló con éxito en esta casa de salud, su proyecto de acción titulado:

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ASISTENCIA NUTRICIONAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO. AÑO 2011.

Proyecto que tuvo como objetivo mejorar la calidad de atención del paciente ingresado en el Hospital del IESS Portoviejo,

A través de las siguientes estrategias:

- Implementar el plan de fortalecimiento nutricional para los pacientes hospitalizados, mediante la conformación del Comité de Nutrición y Dietética.*
- Capacitar al personal que maneja dietas sobre el manejo de planes nutricionales*
- Normatizar planes nutricionales en las áreas de hospitalización, mediante el manual de dietas.*

Lo que certifico en honor a la verdad.

Portoviejo, Diciembre 16 del 2011.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

Dr. Marcelo Daza Alvarado Mg. Gs

**Dr. Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs.
DIRECTOR HOSPITAL IESS PORTOVIEJO**

ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICES

CUADROS

ENCUESTA PARA EL USUARIO SOBRE DIETAS RECIBIDAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

CUADRO No. 1	QUÈ LE PARECE LA PRESENTACIÒN DE LOS ALIMENTOS?.....	57
CUADRO No. 2	LA CANTIDAD DE ALIMENTOS RECIBIDOS LE PARECE:	58
CUADRO No. 3	LOS ALIMENTOS RECIBIDOS LE LLEGAN A SU CUARTO:.....	59
CUADRO No. 4	ESTÀ UD. DE ACUERDO CON EL HORARIO QUE SE SIRVEN LAS DIETAS?.....	60
CUADRO No. 5	SE SIENTE SATISFECHO CON LOS ALIMENTOS RECIBIDOS?.....	61
CUADRO No. 6	ESTÀ CONFORME CON EL TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL QUE ENTREGA LAS DIETAS?..	62
CUADRO No. 7	CONSIDERA UD. QUE LOS ALIMENTOS RECIBIDOS EN LA DIETA ESTÀN EN BUENAS CONDICIONES:.....	63

ENCUESTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÌA SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

CUADRO No. 1	CONOCE UD. LOS PLANES DE DIETAS EXISTENTES EN EL HOSPITAL?.....	64
CUADRO No. 2	UD. SUPERVISA LAS DIETAS QUE RECIBEN LOS PACIENTES?.....	65
CUADRO No. 3	UD. COORDINA CON EL DPTO. DE NUTRICIÒN LAS DIETAS PRESCRITAS POR LOS MÈDICOS?.....	66
CUADRO No. 4	ELABORA LISTAS DE DIETAS DIARIAS?.....	67
CUADRO No. 5	LOS USUARIOS ESTÀN SATISFECHOS CON EL SERVICIO DE NUTRICIÒN?.....	68
CUADRO No. 6	CREE UD. QUE LA DIETA QUE SIRVEN A LOS USUARIOS ES LA ADECUADA?.....	69
CUADRO No. 7	SE PUBLICAN LAS DIETAS EN LOS SERVICIOS?.....	70
CUADRO No. 8	EL DPTO. DE NUTRICIÒN CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA REALIZAR LA VISITA DIARIA A PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES?.....	71

CUADRO No. 9	SE LLEVA REGISTRO DE LOS RECLAMOS O QUEJAS DE LOS USUARIOS?.....	72
CUADRO No. 10	APLICA UD. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LAS DIETAS RECIBIDAS?.....	73
ENCUESTA PARA EL DPTO. DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO		
CUADRO No. 1	EL DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PLANES DE DIETA?.....	74
CUADRO No. 2	EL PERSONAL APLICA GUÌA PARA LA PREPARACION DE ALIMENTOS?.....	75
CUADRO No. 3	EL PERSONAL CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE DIETAS?.....	76
CUADRO No. 4	EL DPTO. CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PACIENTE Y FAMILIA?.....	77
CUADRO No. 5	EL PERSONAL DEL DPTO. DE NUTRICIÓN HA RECIBIDO CURSOS DE BIOSEGURIDAD?.....	78
CUADRO No. 6	EL DPTO. LLEVA REGISTROS DE RECLAMOS O QUEJAS DE LOS USUARIOS?.....	79
CUADRO No. 7	EL DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA REALIZAR LA VISITA DIARIA A PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES?.....	80
CUADRO No. 8	LA ADQUISICIÓN DE LOS ALIMENTOS SE LOS REALIZA DE ACUERDO A:.....	81
CUADRO No. 9	SE DA MANTENIMIENTO ADECUADO A LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DEL SERVICIO?.....	82
CUADRO No. 10	CUENTA EL SERVICIO CON TODOS LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE LAS DIETAS DE LOS USUARIOS?....	83
CUADRO No. 11	EL DPTO. CUENTA AGUA SEGURA Y DISPOSICIÓN ADECUADA DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS?.....	84
CUADRO No. 12	EL DPTO. CUENTA CON PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD?.....	85

ENCUESTA PARA LOS MÈDICOS SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

CUADRO No. 1	CONOCE UD. SOBRE LOS PLANES DE DIETAS QUE SE DAN EN EL HOSPITAL?.....	86
CUADRO No. 2	LAS DIETAS PRESCRITAS CONTIENEN LOS INGREDIENTES INDICADOS POR UD.?.....	87
CUADRO No. 3	NUTRICIÒN Y DIETÈTICA LE INFORMA A UD. SOBRE LAS DIETAS QUE SE LE SUMINISTRA A CADA PACIENTE?.....	88
CUADRO No. 4	LAS DIETAS PRESCRITAS COINCIDEN CON LAS RECIBIDAS POR EL PACIENTE?.....	89
CUADRO No. 5	UD. CONOCE SI EL DPTO. DE NUTRICIÒN Y DIETÈTICA TIENE UN REGISTRO DE LA EVOLUCIÒN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES?.....	90

APÈNDICES

Apèndice 1	CERTIFICACIÒN INSTITUCIONAL.....	116
Apèndice 2	REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO.....	117
Apèndice 3	OFICIOS ENVIADOS.....	118
Apèndice 4	ENCUESTAS.....	130
Apèndice 5	LISTAS DE ASISTENCIA.....	134
Apèndice 6	ACTAS.....	137
Apèndice 7	INVITACIONES Y TRÌPTICOS.....	139
Apèndice 8	FOTOGRAFÌAS.....	143
Apèndice 9	PLAN DE CAPACITACION.....	152
Apèndice 10	FICHA DE OBSERVACIÒN.....	156
Apèndice 11	REGLAMENTO DEL COMITÈ DE NUTRICIÒN Y DIETÈTICA.....	157
Apèndice 12	MANUAL DE DIETAS.....	166

INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
CESIÓN DE DERECHO.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL.....	VII
ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICE.....	VIII
INDICE DE CONTENIDOS.....	XI
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	1
PROBLEMATIZACIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
CAPITULO I	
1. MARCO TEÓRICO.....	8
1.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	8
1.1.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS.....	8
1.1.2. DINÁMICA POBLACIONAL.....	10
1.1.3. MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	11
1.1.4. VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	11
1.1.5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....	12
1.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN.....	13

1.1.7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA.....	14
1.1.8. CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	16
1.1.9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	17
1.2. MARCO CONCEPTUAL.....	18
CAPÍTULO II	
2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
2.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS.....	49
2.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	51
2.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	52
2.4. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO.....	53
CAPÍTULO III	
3. RESULTADOS.....	57
EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES CON LOS RESULTADOS...	106
EVALUACIÓN DEL PROPÓSITO.....	108
EVALUACIÓN DEL FIN.....	110
CAPÍTULO IV	
4.1. CONCLUSIONES.....	111
4.2. RECOMENDACIONES.....	111
4.3. BIBLIOGRAFÍA.....	112
13. APÉNDICES.....	115

RESUMEN

En la ciudad de Portoviejo, perteneciente a la Provincia de Manabí-Ecuador, se desarrolló un proyecto de acción titulado “Fortalecimiento de la asistencia nutricional en pacientes del Hospital del IESS de Portoviejo, trabajado con la metodología del enfoque del marco lógico, siendo el FIN la buena calidad de vida hospitalaria; su PROPÓSITO se cuenta con un plan nutricional en el Hospital del IESS de Portoviejo; y los RESULTADOS estuvieron encaminados a desarrollar el fortalecimiento de la asistencia nutricional en el Hospital del IESS de Portoviejo, mediante la conformación del comité y supervisión; capacitar al talento humano sobre el manejo de dietas; y, elaboración y aplicación del manual de dietas.

Las actividades a realizarse se enfocaron a la conformación del comité de nutrición y dietética; capacitación al talento humano que administra la nutrición; y, a la elaboración y aplicación del manual de dietas, mismas que se cumplieron el 100%, gracias a la colaboración y responsabilidad del equipo de salud y especialmente por la gestión realizada ante las autoridades de la institución por parte del maestrante, los que se involucraron en el proyecto y dieron todo el contingente necesario.

ABSTRACT

In Portoviejo's, belonging city to the Province of Manabí-equator, a qualified project of action developed " Strengthening of the nutritional assistance in patients of the Hospital of Portoviejo's IESS, worked with the methodology of the approach of the logical frame, being the END the good quality of hospitable life; one counts his INTENTION with a nutritional plan in the Hospital of Portoviejo's IESS; and the RESULTS were directed to develop the strengthening of the nutritional assistance in the Hospital of Portoviejo's IESS, by means of the conformation of the committee and supervision; to qualify to the human talent on the managing diet; and, production and application of the manual of diets.

The activities to be realized focused on the conformation of the committee of nutrition and dietetics; training to the human talent that administers the nutrition; and, to the production and application of the manual of diets, same that fulfilled 100 %, thanks to the collaboration and responsibility of the equipment of health and specially for the management realized before the authorities of the institution on the part of the member of a fraternity of mounted knights, which interfered in the project and gave the whole necessary quota.

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de un hospital existen varios servicios, uno de ellos el de nutrición, entre sus funciones están: informarle al paciente y tratar de conciliar sus gustos alimentarios, con las limitaciones de su padecimiento y no tratando de imponerlos. La comida es parte de su tratamiento y, si ésta es adecuada, ayudará a la recuperación del paciente; si consideran que el producto que se les ofrece no es lo que esperaban, lo rechazarán y, como consecuencia, los procesos que se realizaron serán ineficaces. Por lo que es necesario monitorear los procesos que llevan al producto final, en este caso, la alimentación.

La importancia del tratamiento médico durante la hospitalización de las personas es innegable; no obstante, hay factores como la dietoterapia que determinan la evolución de las enfermedades que se han revelado en los últimos tiempos como una herramienta fundamental para lograr la recuperación nutricional de los pacientes ingresados, constituyéndose en un factor trascendental en el control de la comorbilidad y en la reducción de la estadía hospitalaria.

Por otra parte, en la sociedad actual en la que vivimos aparecen nuevas patologías ligadas a los hábitos de alimentación y en la que los servicios de nutrición hospitalaria son básicos en los procesos de solución de las mismas.

El conocimiento de las normas de la dietoterapia es uno de los pilares fundamentales de las terapias para controlar, equilibrar o contrarrestar numerosas patologías. El soporte nutricional es imprescindible, en todas las situaciones patológicas, para conseguir una mejor calidad de vida y evitar numerosas complicaciones de salud.

La dietoterapia se define como la parte de la dietética que estudia las dietas terapéuticas, es decir, un régimen alimentario que ayudará a tratar un problema de salud, y forma parte del tratamiento de la patología de distintas formas, actuando como único tratamiento en la hipertensión, hiperlipemias entre otras; junto con fármacos: hipertensión, diabetes, hiperlipemias; evitando la aparición de síntomas como dolor en patologías gástricas, erupciones de la piel por alergias y dolor en caso de estreñimiento; y, cambiando características físicas químicas como la textura habitual de los alimentos para posibilitar su ingestión.

Hay una gran diversidad de pacientes con patologías crónicas, en ellos la alimentación y nutrición adquieren una gran importancia, para que dentro de la patología con la que cursen, mantengan una adecuada calidad de vida, así como para mejorar su sintomatología y prevenir complicaciones consecuentes de la nutrición.

En la actualidad, una adecuada nutrición se considera parte indispensable en la terapia utilizada en los hospitales. El seguimiento de una alimentación sana y equilibrada es fundamental para la consecución de un óptimo estado de salud; por eso los enfermos deben ser atendidos no solo desde el punto de vista médico y del nutricional.

Ante este escenario, se realiza un diagnóstico situacional participativo del entorno, determinando como problema central que no se cuenta con un plan nutricional, identificando como factores causales de esta problemática: no se ha conformado el comité de nutrición y dietética en el hospital debido a que no es una necesidad sentida y al poco liderazgo de la gerencia del servicio de nutrición y dietética, cuyos efectos son el incremento de costos y atención, aumento de estadía hospitalaria y el estado de salud del paciente durante la hospitalización se deteriora; talento humano que maneja dietas desactualizado, debido a que no hay un plan de educación continua y por el poco interés de las autoridades, con efectos como la demora en la recuperación del paciente; deterioro de la salud del mismo y que el paciente no recibe la dieta prescrita; y, no se ha elaborado y aplicado manual de dietas; causado por la no existencia de un programa de supervisión y el incumplimiento de competencias, provocando consecuencias como alta permanencia del paciente en el hospital; incremento del problema de salud; y, paciente no recibe nutrientes necesarios.

Frente a esta situación se realiza un proyecto de intervención, bajo la metodología del enfoque lógico cuyo FIN es mejorar la calidad de vida hospitalaria; su PROPOSITO, plan de fortalecimiento nutricional en el Hospital del IESS de Portoviejo, implementado; y como RESULTADOS, comité de nutrición y dietética conformado; talento humano que maneja dietas, actualizado; y, elaboración y aplicación del manual de dietas.

El presente proyecto tuvo un desarrollo exitoso por el alto nivel de empoderamiento mostrado tanto por el Director como por el Equipo de Salud, en especial Líderes de Áreas que laboran en el Hospital del IESS de Portoviejo, quienes colaboraron en todo momento y dieron las facilidades para el cumplimiento de las metas establecidas en este proyecto, bajo resultados:

El primer resultado consistió en la conformación del comité de nutrición y dietética del hospital, objetivo que cumplió con la realización de un diagnóstico de manejo dietético para conocer la realidad de esta temática dentro del hospital; la organización de este comité; y la socialización del mismo a la Subdirección Técnica y resto de áreas hospitalarias.

El segundo resultado del proyecto fue talento humano que maneja dieta, actualizado, para lo cual se aplicó una encuesta pre capacitación antes de la ejecución de la misma; y luego de esta se trabajó en la ejecución del ciclo de talleres-conferencias, finalizando con la evaluación de la misma.

El tercer resultado del proyecto fue la elaboración y aplicación del manual de dietas; aprobación del mismo; difusión y entrega de éste documento al Hospital; y, monitoreo del cumplimiento del plan de dietas.

Actualmente, los pacientes hospitalizados son los beneficiados por contar con una mejor calidad de vida, gracias a que ya existe un Comité de Nutrición y Dietética que cuide y controle la distribución de las dietas hospitalarias; el personal ya se encuentra actualizado en el manejo de éstas; y, principalmente a la existencia de un manual de dietas hospitalarias, lo cual repercute y se benefician de una mejor atención de salud.

Así mismo, se cumple con lo estipulado en el proyecto, y se realizan monitoreo y supervisión de los planes nutricionales para mejorar la calidad de atención al usuario hospitalizado, la misma que va en beneficio de nuestra colectividad.

Fue para mí una gran satisfacción como maestrante de la UTPL, haber logrado los objetivos propuestos en la ejecución de este proyecto, y de esta manera contribuir al bienestar del enfermo que acude a esta casa de salud.

2. PROBLEMATIZACIÓN

El Hospital del IESS de Portoviejo, es un hospital de III nivel, atiende a afiliados de toda la provincia, sean estos de seguro general, seguro social campesino, montepío, jubilados, y todos los que de alguna u otra manera pertenecen a esta institución.

De acuerdo al perfil epidemiológico del hospital, en el año 2009 se atendieron a 33.861 pacientes, de los cuales 10.572 con hipertensión; 6.524 con afecciones traumatológicas; 3.693 con diabetes; 3.595 con faringo amigdalitis; 3.471 con enfermedades del sistema gastrointestinal; 206 con enfermedades del sistema renal; 1.701 con enfermedades pulmonares; 739 con insuficiencia venosa crónica y periférica; 696 con pterigium; y 664 con insuficiencia renal crónica.

Con el transcurrir de los años, los afiliados se han venido quejando constantemente de los errores en el manejo de dietas en el Hospital IESS de Portoviejo, faltas que nacen porque no se ha implementado un plan de fortalecimiento nutricional para pacientes hospitalizados, debido a que no se ha conformado el comité de nutrición y dietética porque no es una necesidad sentida y por el poco liderazgo de la gerencia del servicio de nutrición; el talento humano que maneja dietas está desactualizado porque no hay un plan de educación continua y por el poco interés de las autoridades; y, no se ha elaborado y aplicado manual de dietas debido a que no existe un programa de supervisión y al incumplimiento de competencias.

Todos estos problemas tienen sus efectos, como el estado de salud del paciente durante la hospitalización se deteriora, aumentando así su estadía hospitalaria; e incrementando los costos de atención. En cuanto al equipo de salud, provoca que el paciente reciba una dieta no prescrita; el deterioro de su salud; y, demora en su recuperación. Por otro lado, con respecto a la no elaboración y aplicación de un manual de dietas, presenta efectos como el hecho de que el usuario no recibe nutrientes necesarios; incremento del problema de salud; y, la alta permanencia del mismo en el hospital.

Toda esta problemática, globaliza la mala calidad de vida durante la internación en el hospital IESS Portoviejo. Surge por ello la siguiente interrogante: ¿Es factible desarrollar un proyecto de fortalecimiento de la asistencia nutricional en pacientes del Hospital IESS-Portoviejo?

3. JUSTIFICACIÓN

La historia de la alimentación en medicina ha pasado por muchas etapas, desde aquella en la que, a la aparición de los síntomas de enfermedad, se suspendían los alimentos, hasta la actual, en la cual se reconoce la necesidad de aportar los micronutrientes esenciales, y los aumentos en las necesidades, aún cuando no fuera posible la vía enteral, se utiliza como vía de alimentación la vía parenteral.

La nutrición en el paciente hospitalizado es parte muy importante de la gestión del cuidado, ya que al ser descuidada empeorara la condición de este, retrasando su recuperación o llevándolo a la muerte. La vía de alimentación dependerá de su patología siendo ambas útiles.

La finalidad del proyecto, es mejorar la calidad de vida del paciente internado, a través de la implementación de planes y manejo de dietas. En el ámbito científico, el proyecto servirá de base para futuros estudios.

Desde el punto de vista social es importante porque su difusión va a contribuir al control y tratamiento de las patologías más importantes como hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, de ahí su relevancia contemporánea ya que una dieta correcta ayudara a la pronta recuperación del paciente disminuyendo su estadía hospitalaria.

En el ámbito científico es la primera investigación que se realiza en el hospital, misma que servirá de base para futuros estudios; y, porque se presentan elementos metodológicos y técnicos que la Universidad, podrá brindar a otras entidades de salud de la provincia y del país, que requieran saber sobre esta temática.

Partiendo de la premisa de que la nutrición es el proceso a través del cual el organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo, que este proceso biológico es uno de los más importantes determinantes para el óptimo funcionamiento y salud de nuestro cuerpo por lo que es muy importante prestarle la atención y el cuidado que merece, considero que es de vital importancia entonces que el paciente enfermo llegue a mejorar su estado de salud, desarrollando sus actividades con constancia, reconocimiento y potencia para mantener una buena calidad de vida como un individuo en su entorno natural. De

allí la relevancia contemporánea de este proyecto.

El paciente desinformado sobre dietas, el desinterés del personal en informar sobre las mismas y la no priorización de la alimentación, pueden significar un cambio en los roles de los miembros de familia. Una dieta inadecuada en relación a su patología denotará inconformismo y quejas frecuentes del paciente y familiar. Estas razones justifican socialmente la realización de este proyecto porque revela la mala calidad de atención que se brinda en el hospital.

Este proyecto desarrollado va en beneficio de los pacientes hospitalizados en el hospital IESS de Portoviejo, y que engloba una nueva visión de la salud y de la nutrición, que es más inclusiva, justa y humana, respaldando el derecho que tienen las personas hospitalizadas de recibir una atención eficiente y de calidad.

4. OBJETIVOS

4.1. General:

- Mejorar la calidad de atención del paciente ingresado en el Hospital del IESS Portoviejo, mediante un plan de normatización, capacitación y vigilancia del adecuado manejo del sistema alimentario nutricional, para coadyuvar en su recuperación.

4.2. Específicos:

1. Conformar el Comité de Nutrición y Dietética comprometido a trabajar
2. Capacitar al personal que labora en el Dpto. de Nutrición y Dietética y vigilar el cumplimiento del plan nutricional y equilibrio en la alimentación
3. Disponer de un manual de dietas en áreas de alimentación y hospitalización.

CAPÍTULO I
MARCO TEÒRICO

CAPÍTULO I

5. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

5.1.1 Aspecto geográfico del lugar

En la web del Gobierno Provincial de Manabí, se indica que:

Portoviejo, fue fundada el 12 de Marzo de 1534 por Francisco Pacheco. Limita al Norte con los cantones Rocafuerte, Sucre y Junín; al sur con Santa Ana y Jipijapa; al este con Bolívar y Pichincha; y, al oeste con Montecristi y Jaramijó y con el Océano Pacífico. Posee una superficie de 967.5 km², una densidad poblacional de 218 habitantes/km²; ubicado a 44 msnm, posee un clima cálido tropical con rangos de temperatura que oscilan entre 24 y 34°C y con índices de humedad relativa de 68 a 89% que se expresan en dos estaciones bien diferenciadas: invierno y verano. Geográficamente Portoviejo está ubicado a 01°3'8" de latitud sur; y, 80°27'2" de longitud oeste. Está circundado por los cerros de Bálsamo y de Hojas. El primero separa las cuencas hidrográficas de Portoviejo y Chone, y está cubierto de ceibos y guayacán. El cerro de Hojas separa a Portoviejo de Montecristi. También forman parte de Portoviejo las montañas de Alajuela y San Plácido, así como el cerro Jaboncillo, que están cubiertos por bosques secos y espinosos.

(www.gobiernoprovincialmanabi.gov.ec).

Está conformada por 16 parroquias, de las cuales 9 son urbanas: 18 de Octubre, 12 de Marzo, Andrés de Vera, Portoviejo, Colón, Simón Bolívar, San Pablo, Francisco Pacheco, Colón y Picoazá; y 7 parroquias rurales: San Plácido, Abdón Calderón, Alhajuela, Chirijos, Riochico, Pueblo Nuevo y Crucita.

LÁMINA No. 1.- MAPA DEL CANTÓN PORTOVIEJO



Fuente: Gobierno Provincial de Manabí 2011.
Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote

El Hospital del IESS de Portoviejo abre sus puertas al afiliado el 13 de Octubre de 1995, respondiendo a la presión ejercida por grupos organizados de profesores, jubilados y empleados que laboraban en el Dispensario N° 9 pues el ambiente físico en el cual cumplían sus labores les resultaba incomodo y reducido. Este Hospital pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, fue construido con la capacidad de 120 camas pero debido a la crisis institucional por la que atravesaba en ese entonces, no disponía del presupuesto; abre sus puertas con 27 camas hospitalarias y el mismo recurso humano que lo integraba: 21 médicos, 13 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería, 3 tecnólogos de laboratorio, 1 tecnólogo en RX, 2 choferes y 36 funcionarios del área administrativa.

Es un Hospital de II nivel provincial, se encuentra situado en Portoviejo, parroquia urbana 18 de Octubre, limitando al norte con la Calle Manuel Palomeque Barreiro; al sur con el INNFA; al Oeste con la Av. Manabí y al Este con el Aeropuerto Reales Tamarindos. Recibe pacientes tanto del área urbana y rural de toda la provincia de Manabí. (Ver lámina No. 2)

A pesar del clima cálido y tropical y las dos estaciones verano e invierno de Portoviejo influye en todo el entorno, el ambiente es agradable constantemente ya que tenemos un central de aire acondicionado que abastece a todo el hospital. Se asienta en una superficie plana, ya que es parte del casco urbano de Portoviejo. Cuenta con todos los servicios básicos como agua, luz, teléfono, sistema de red informática, internet.

Consta de Consulta Externa, Hospitalización, Quirófano, UCI, Emergencia, Dpto. de Rx, Laboratorio, Farmacia, Bodega, Odontología, Rehabilitación, Lavandería, Guardianía y sus diferentes Dptos. Administrativos como Dirección, Secretaría, Financiero, Personal y otros, todo en una superficie de 2587,03 m². (POA-HOSPITAL IESS PORTOVIEJO, 2010).

Actualmente se ofrecen los servicios de endoscopia y colonoscopia, los que se brindan por primera vez. También tiene una torre laparoscópica, que sirve para cirugías de manga gástrica y de vesícula. Además se han adquirido: 3 equipos dentales, 1 torre de urología, 1 ecógrafo de punta, 12 coches de paro, 1 respirador mecánico y varios aparatos para rehabilitación física como bicicletas, ultrasonidos, entre otros.



Fuente: Hospital IESS-Portoviejo
Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote

5.1.2. Dinámica poblacional

De acuerdo a los resultados definitivos del INEC, del Censo de Población y Vivienda del 2010, nos indica que:

“La población ecuatoriana es de 14`306.876 hab. Manabí tiene una población de 1`345.779 hab; Portoviejo tiene 280.029 habitantes, de los cuales: 137.969 hombres (49.26%) y 142.060 mujeres (50.74%). Es la séptima ciudad con mayor número de habitantes del país. Al momento que se realizó el último censo el número de mujeres superaba al de hombres con 4.091 personas. De acuerdo a los grupos de edades, está determinado así: 84.064 pertenecen al grupo de 0-14 años; seguido del grupo de 15-29 años, con 74.694 hab; luego tenemos al grupo de 30-44 años, (57.163); 45-59 años (38.254); de 60-74 años (18.629); de 75-89 años, 6.445 personas; y, finalmente el grupo de 90-100 años, existen 780 personas”. (INEC, 2010).

Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas. El portovejense es una persona amable, trabajadora.

Registra una tasa de natalidad de 17x1000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general es de 4x1000 habitantes, siendo la tasa de mortalidad infantil de 39x1000 habitantes, mientras la tasa de mortalidad de menores de 5 años es de 44x1000. Así mismo tenemos una tasa de migración con un 50%x1000 habitantes. (INEC, 2009).

Entre las 10 primeras causas de mortalidad en Portoviejo, de acuerdo al Anuario de Estadísticas Vitales del Inec 2010, están: enfermedad hipertensiva

(26%), agresiones (23.4%); enfermedades cardiovasculares (22.9%); diabetes mellitus (22.6%); otras enfermedades del corazón (22.6%); enfermedades del hígado (15.5%); neumonía (14.9%); accidente de transporte (13.4%); tumor maligno del estómago (8.4%); y, ciertas infecciones originadas en el periodo perinatal (8.4%).

Según datos estadísticos de la Subgefatura de Migración en Portoviejo, (2010),

“En Ecuador la mala situación económica es la causa principal para la emigración de padres a Estados Unidos y Europa (89.1 por ciento). La mayoría de hijos no fueron consultados por sus padres antes de emigrar (56.7 por ciento). Los hijos quedaron al cuidado de los hermanos (58.1 por ciento), abuelos (69.9) y tíos (50.8). En Portoviejo, 1904 (50.59%) hombres han emigrado a otros lados; mientras que un total de 1859 mujeres también lo han hecho (49.41%). Esto demuestra que la migración está en constante apogeo, ya que las personas van en búsqueda de un mejor estilo de vida para ellos y para sus hijos. Más del 30% de las familias tienen sus familiares en el exterior. Sus destinos son España, Italia, Estados Unidos a los que van en busca de trabajo, mejorar sus ingresos económicos, los cuales muchas veces regresan sin haber podido cumplir su sueño, y muchos de ellos no regresan”.

5.1.3. Misión de la institución

Según el Plan Estratégico Institucional del año 2010, el Hospital del IESS Portoviejo, tiene como misión:

“Proteger la población afiliada de Portoviejo y sus áreas de influencia con la aplicación de programas de calidad, calidez, competitividad y acciones curativas, preventivas y de rehabilitación en forma oportuna, eficaz y eficiente en todos los servicios y prestaciones del IESS”. (PEI, H. IESS, 2010).

5.1.4. Visión de la Institución

Según el Plan Estratégico Institucional del año 2010, el Hospital del IESS Portoviejo, tiene como visión:

“Ser una unidad de atención médica, moderna, líder provincial de salud, que funcione con tecnología de punta, personal profesional las 24 horas, con especialidades de acuerdo a su perfil epidemiológico, aplicando sus principios de solidaridad, obligatoriedad, equidad, universalidad, subsidiaridad y eficiencia” (PEI, H. IESS, 2010).

5.1.5. Organización administrativa:

El Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social señala entre las responsabilidades de la Dirección General como máxima autoridad institucional, supervisar la actuación de los directores de las administradoras de seguros, a nivel provincial los respectivos Directores de la jurisdicción.

La Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del IESS, como una de las Direcciones Especializadas, es el órgano ejecutivo encargado del aseguramiento colectivo de los afiliados y jubilados contra las contingencias de enfermedad y maternidad, dentro de los requisitos y condiciones señaladas en la Ley de Seguridad Social, para cuyo fin cuenta con Unidades Médicas a lo largo del país y, funcionarios de nivel provincial: Subdirectores o Jefes Departamentales.

El Reglamento General de Unidades Médicas del IESS clasifica a las Unidades de Salud de acuerdo al nivel de complejidad que estas poseen; el Hospital de Portoviejo está ubicado como Hospital de Nivel II con la siguiente estructura:

Órgano de Dirección: Gerencia del Hospital.

Apoyo a la Gerencia: Unidad de Servicios al Asegurado; Subgerencia Financiera: Unidad de Presupuesto y Contabilidad; de Facturación y Consolidación de Costo; y, de Recaudación y Pagos; de Servicios Generales: Dietética y Nutrición; Esterilización; Lavandería; ambulancia y Transporte; Limpieza y Mantenimiento de Edificios; y, Seguridad y Guardianía.

Órganos de Gestión: Subgerencia de Hospitalización y Ambulatorio; de Medicina Crítica; y, de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

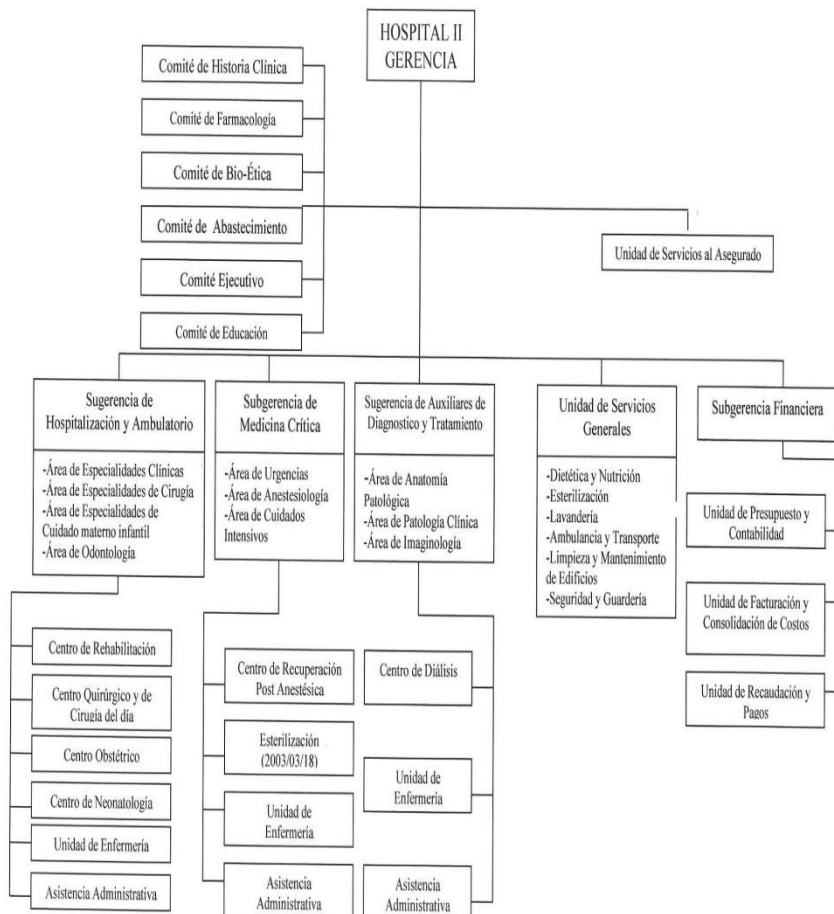
Apoyo Administrativo de Órganos de Gestión: Unidad de Asistencia Administrativa

Apoyo Médico de Órganos de Gestión: Unidad de Enfermería.

Comités de Coordinación y Asesoría: De Historias Clínicas; de Farmacología; de Bio-Etica; de Abastecimiento; Ejecutivo; y, de Educación Hospitalaria.

Proceso de Contratación: Durante el período de alcance del examen, por sus cuantías menores, las adquisiciones de equipos e instrumental médico se sujetaron a las disposiciones del Reglamento para los Procesos de Contratación del IESS que estableció la integración y funcionamiento de los órganos de contratación bajo cuya responsabilidad estuvo el proceso de adquisición.

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL HOSPITAL IESS NIVEL II PORTOVIEJO
RESOLUCIÓN 056



5.1.6. Servicios que presta la Institución

El Hospital del IESS-Portoviejo, es una institución que brinda a la comunidad afiliada y no afiliada (SOAT-FONSAT) del cantón Portoviejo y sus áreas de influencia, actividades de fomento, prevención, curación y rehabilitación, con los siguientes servicios:

“Cirugía General, Cirugía Vascular y Angiología, Dermatología, Estomatología, Gastroenterología, Ginecología y Obstetricia, Hematología, Medicina Física y Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría,

Reumatología, Imagenología y Laboratorio Clínico”. (HOSPITAL IESS-PORTOVIEJO, 2010).

Mantiene convenios con Manadiálisis de Portoviejo, Manta y Chone; además, con Metrodial para la realización de las diálisis a los pacientes renales. También lo hace con Enloza, Solca y Aclinsa (Clínica San Antonio).

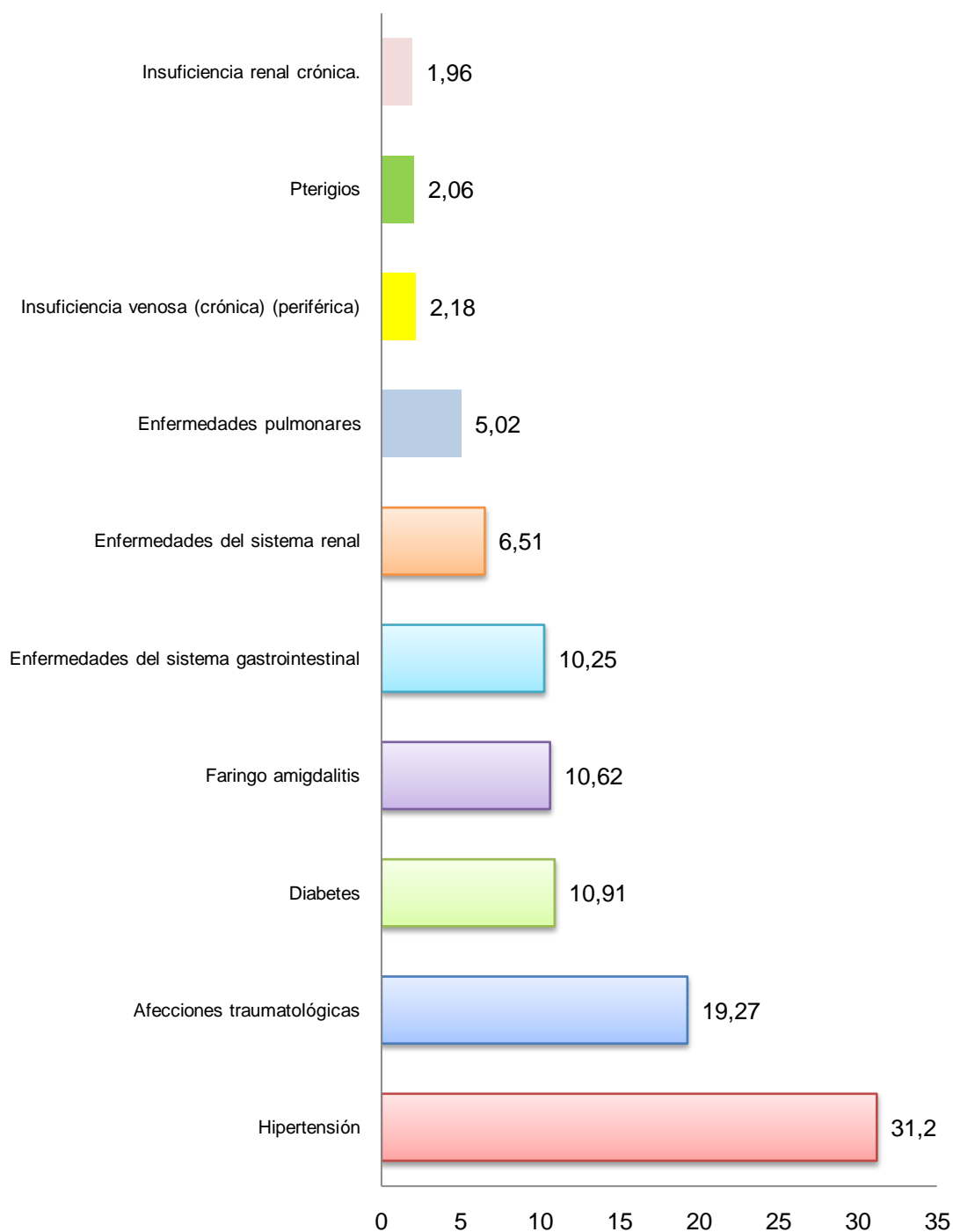
5.1.7. Datos Estadísticos de Cobertura (Estado de Salud enfermedad de la población)

HOSPITAL “IESS” PORTOVIEJO 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD 2010

ENFERMEDAD	F	%
Hipertensión	10572	31.2
Afecciones traumatológicas	6524	19.27
Diabetes	3693	10.91
Faringo amigdalitis	3595	10.62
Enfermedades del sistema gastrointestinal	3471	10.25
Enfermedades del sistema renal	206	6.51
Enfermedades pulmonares	1701	5.02
Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	739	2.18
Pterigios	696	2.06
Insuficiencia renal crónica.	664	1.96
TOTAL	33861	100.00

Fuente: Dpto. Estadística del Hospital IESS – Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a los datos indicados, en el Hospital IESS-Portoviejo en el año 2010, se presentaron 31.32% de pacientes con hipertensión; 19.27% con afecciones traumatológicas; 10.91% con diabetes; el 10.62% con faringo amigdalitis; 10.25% con enfermedades del sistema gastrointestinal; el 6.51% con enfermedades del sistema renal; el 5.02% con insuficiencia venosa crónica periférica; el 2.06% con pterigios; y, el 1.96% con insuficiencia renal crónica.

5.1.8. Características geofísicas de la institución

LÁMINA No. 3.- HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO



El Hospital del IESS Portoviejo, está ubicado en la prolongación de la Avenida Manabí, junto al aeropuerto, tiene un área de terreno de 45.000 metros cuadrados y 10.883 metros cuadrados de construcción, asignados para parqueaderos, ubicados en la parte frontal, con zonas de ornamentación que bordean la entrada principal, en la parte posterior una extensa área frutal.

El primer bloque donde se encuentran ubicados los consultorios de atención ambulatoria, con 21 especialidades, se atiende un promedio de 450 consultas por día, en una jornada de 8 horas de lunes a viernes.

En el nivel intermedio están las áreas de farmacias, laboratorio, centro quirúrgico, centro obstétrico, central de esterilización. En la parte lateral está el área de administración, financiera, estadística, admisión y archivos.

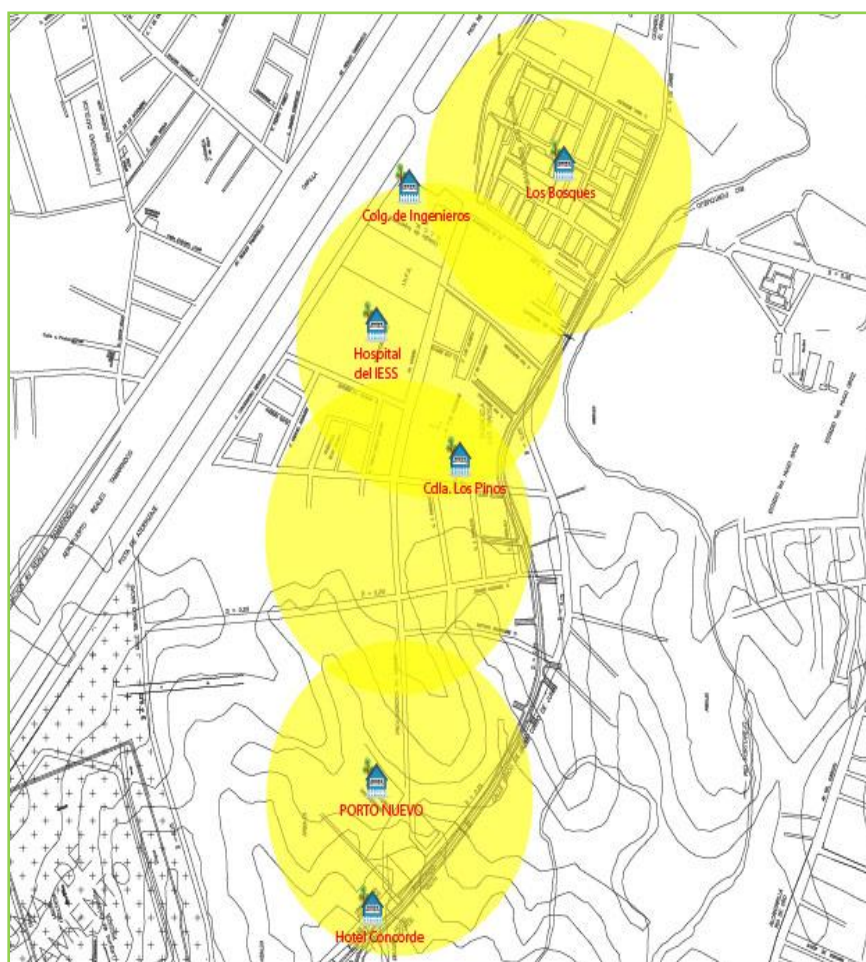
En el primer piso está la Emergencia con 6 camas, Recuperación con 4 camas, Sala de Partos 2 camas; y Neonatología con 3 termocunas.

El segundo piso está asignado para la atención de pacientes hospitalizados de pediatría, UCI, y quirúrgicos, cuya capacidad es de 54 camas en todo el área.

El tercer piso que está asignado para la atención de pacientes hospitalizados clínicos cuya capacidad es de 72 camas.

Para el funcionamiento de los servicios básicos, cuenta con cámara de transformación eléctrica, sistema de bombeo de aguas negras, incinerados de basura, dos cisternas de agua potable, sistema telefónico, sistema de alarma, central de oxígeno, sistema de vapor y agua caliente

LÀMINA No. 4.- UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL HOSPITAL DEL IESS PORTOVIEJO



Fuente: I. Municipalidad de Portoviejo (www.imunicipalidadportoviejo.gov.ec)
Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote

5.1.9. Políticas de la Institución

El IESS está sujeto a las normas del derecho público, y rige su organización y funcionamiento por los principios de: autonomía, división de seguros y organización por procesos, desconcentración geográfica, descentralización operativa, control interno descentralizado y jerárquico, rendición de cuentas, garantía de buen gobierno, rendición de cuentas, servicio al usuario, trabajo en equipo, tecnificación del servicio e identidad institucional. (I.E.S.S. iess.gov.ec)

Las políticas del hospital IEES Portoviejo como unidad del sistema nacional de seguridad social se encuentra normalizada y prescrita: (iess.gov.ec)

1. Ley de seguridad social expedida en marzo 2001
2. Resoluciones en vigencia emitida por comisión interventora.
3. Reglamento General de las unidades Médicas del IEES (resolución No 056)
4. Descentralización operativa y financiera de las unidades médicas de seguridad social (Resolución No. 100)
5. Reglamentos y disposiciones emitidos por la junta Directiva del IEES.
6. Ley de Federación Médica Ecuatoriana.
7. Ley de la federación de Enfermeras del Ecuador.
8. Ley de servicio Civil y carrera administrativa.
9. Código de trabajo.

Para brindar la prestación de salud y en particular la prestación de Seguro de Maternidad la Regional 6 Manabí tiene 3 Hospitales cantonales, 3 dispensarios C, 9 dispensarios anexos y 125 Dispensarios Médicos del Seguro Social campesino.

El Seguro de Maternidad cubre a las afiliadas del Seguro General obligatorio y de los regímenes especiales con atención médica especializada durante el embarazo.

5.2. MARCO CONCEPTUAL

5.2.1. Alimentación hospitalaria

En los últimos años se ha observado un creciente interés y un reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias del papel preponderante que tiene el fomento de los buenos hábitos alimentarios de la población, tanto en la disminución de la incidencia de las enfermedades relacionadas con la alimentación como en la evolución y el pronóstico de los pacientes ambulatorios e ingresados en hospitales.

Por todo ello, la alimentación hospitalaria se transforma en un proceso complejo, donde la nutrición y dietética, la bromatología, el control de los alimentos y la técnica hostelera se unen para dar al paciente una alimentación, inocua y nutritiva, adecuada a su patología, que contribuya a disminuir la morbimortalidad y a

proporcionar un mayor estado de bienestar, y que es parte importante del tratamiento y la atención a los pacientes.

La salud del hombre, como consecuencia del consumo de alimentos y agua, puede sufrir trastornos por la posible aparición de brotes epidémicos de origen alimentario, sobre todo en restauración colectiva, con el agravante de tomar características catastróficas en cuanto al número de afectados, y, tratándose de alimentación hospitalaria, se añade el factor enfermedad ya presente en el individuo, que aumenta notablemente el problema.

Además, en los centros hospitalarios hay que tener en cuenta que los microorganismos habitualmente presentes en los alimentos, sobre todo crudos, pueden sensibilizar a pacientes tratados con antibióticos, produciendo infecciones nosocomiales y colonizándolos de gérmenes resistentes a esos antibióticos. Por ello se aconseja a los pacientes inmunodeprimidos que eviten la ingestión de determinados grupos de alimentos que es más probable que estén contaminados.

Por todo esto hay que extremar la vigilancia y exigir el cumplimiento de las normativas y recomendaciones higiénicas en todos los procesos y etapas que condicionan los orígenes del posible contagio (legislación alimentaria, código de buenas prácticas, sistemas de autocontrol, reglas de oro de la Organización Mundial de la Salud, etc.), sobre todo en la preparación higiénica de los alimentos, además de contar con locales, utensilios, maquinaria y menaje apropiados.

La implantación de estas recomendaciones y/o exigencias no suele resultar fácil. El veterinario bromatólogo responsable tendrá que luchar con prácticas comerciales inadecuadas de todo tipo y hábitos higiénicos equivocados, resistentes a innovaciones, sobre todo si suponen un incremento del coste o del trabajo del personal.

Debido a que el estado higiénico de los alimentos está sometido a múltiples influencias en todas las fases de la cadena alimentaria, y que es necesario detectar y eliminar posibles deficiencias, no sólo mediante el control del producto terminado, la actividad higiénica debe extenderse a la totalidad del proceso.

El éxito de la actuación higiénico-bromatológica depende asimismo de una continuada colaboración con los expertos en sanidad humana, químicos, farmacéuticos, universidad, investigadores, (información disponible, base y evidencia científica, etc.). Además, debe quedar asegurada la disposición de completas instalaciones de laboratorio para el análisis de alimentos.

En alimentación, definimos peligro como cualquier agente biológico, físico o químico presente o inherente al alimento que puede alterar la salud de quien lo consume.

5.2.2. La dieta

Mataix Verdú, José. (2005) en Nutrición y Alimentación Humana, indica que:

“La palabra dieta viene del vocablo griego "diaita", que significa forma de vida, pero en el lenguaje común la podemos definir como la serie de alimentos aislados o de platos preparados que consume una persona durante el día. Por dieta correcta se entiende aquella que es capaz de satisfacer aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos”.

Desde el punto de vista biológico, la dieta debe ser completa, o sea, que contenga todos los nutrientes necesarios; suficientes en cantidad; equilibrada, es decir, que los nutrientes estén en la proporción recomendada según edad, talla y estado de salud; inocua, ya que lo que se consume no debe producir daño alguno. Desde el punto de vista psicológico se propone que la dieta debe ser variada, para evitar la monotonía que puede predisponer al cansancio y de esta forma se abandone la práctica de una dieta correcta; debe ser agradable a los sentidos, ya que de esto depende en gran medida la aceptación por parte del individuo que la consume. Desde el punto de vista sociológico, adecuada a cada individuo tomando en cuenta factores como el nivel socioeconómico, la cultura, la actividad que realiza, el lugar en el que habita e incluso la época del año en aquellos lugares donde se dan las 4 estaciones.

Igualmente se puede señalar, que la dieta correcta es aquella que cumple con las leyes de la alimentación, como son la de la cantidad, calidad, armonía y adecuación

5.2.2.1. Adecuación de la Dieta

Toda dieta debe ser balanceada en calidad y cantidad. Para recordar con facilidad las proporciones de los alimentos recomendados se han propuesto diferentes modelos, dentro de los cuales se encuentra la pirámide de alimentación. Esta agrupa los alimentos en forma visualmente sencilla, tomando en cuenta las cantidades deseables, el valor nutritivo y su aporte calórico con la finalidad de garantizar una alimentación balanceada y económica

La pirámide de la base a la punta está constituida por los siguientes grupos de alimentos; los cereales considerados como "la base de la vida", junto a los granos y tubérculos, se ubican en la base no solo por su aporte calórico y nutritivo sino también por su bajo costo.

Seguido de estos alimentos está el grupo de las hortalizas y frutas que aportan carbohidratos, vitaminas y minerales. A continuación, el grupo de la leche y derivados, carnes y huevo, que son fuente de proteínas de excelente calidad pero muy costosas; sin embargo no es necesario un consumo de grandes cantidades para satisfacer el requerimiento proteico; tienen minerales, calcio, hierro y vitaminas. Por último, en el vértice se ubican las grasas y azúcares que se utilizan principalmente agregados, representan el menor componente de la dieta y proveen básicamente energía. Esta área de la pirámide es la más pequeña, entre otras razones para recordar que su uso excesivo se asocia con obesidad, aterosclerosis y diabetes.

5.2.2.2. Tipos de Dieta

El tipo de dieta depende básicamente de las necesidades del paciente en un momento dado, determinadas por su estado de conciencia, el momento quirúrgico (pre o postoperatorio), la integridad anatómica del tracto gastrointestinal (GI), estado metabólico, entre otros.

De acuerdo con lo anterior, podemos dividir las dietas en dos grupos primarios, a saber: dietas normales y dietas modificadas o "terapéuticas".

Barton AD: (2006) en Clínica Nutricional, manifiesta que:

“La dieta normal se establece en base a los requerimientos energéticos de acuerdo a la edad y estado fisiológico del niño o adolescente; distribuidos porcentualmente en los macronutrientes, de la siguiente manera: carbohidratos (50-62%), lípidos (30-35%) y proteínas (8-13%). Se distribuye por raciones de 6 grandes grupos de alimento que convencionalmente se han tomado, a saber: leche y derivados (no incluye queso y mantequilla), vegetales (no incluye tubérculos ni aguacate), frutas, almidones o harinas (incluye los tubérculos), carnes (incluye el queso) y grasas (incluye la mantequilla y el aguacate). Estos deben indicarse por raciones y establecer sus intercambios de acuerdo a las tablas elaboradas para tal fin. (Pag. 445-449)

La dieta modificada es aquella a la cual se le ha introducido algún cambio, bien sea en la consistencia o en la constitución. Algunos autores las dividen en tres grupos, a saber: dietas de consistencia modificada, dietas con modificación de los nutrimentos y dietas con exclusión de ciertos alimentos

Las dietas de consistencia modificada, se utilizan principalmente en pacientes que tienen comprometida la integridad del aparato GI, principalmente en su porción inicial. De la misma forma la debemos tomar en cuenta a la hora de indicar dietas en estados pre y postoperatorio donde la consistencia y el residuo juegan papel fundamental en la evolución clínica. Las dietas con modificación de nutrimentos son poco utilizadas en pediatría debido al impacto que estas pueden tener sobre el crecimiento y desarrollo del niño en cuestión. Se utilizan principalmente en patologías que por su naturaleza no permiten otra opción, como las patologías renales donde se hace perentoria la restricción de proteínas de la dieta, o el caso de las cardiopatías donde se indica la restricción de líquidos.

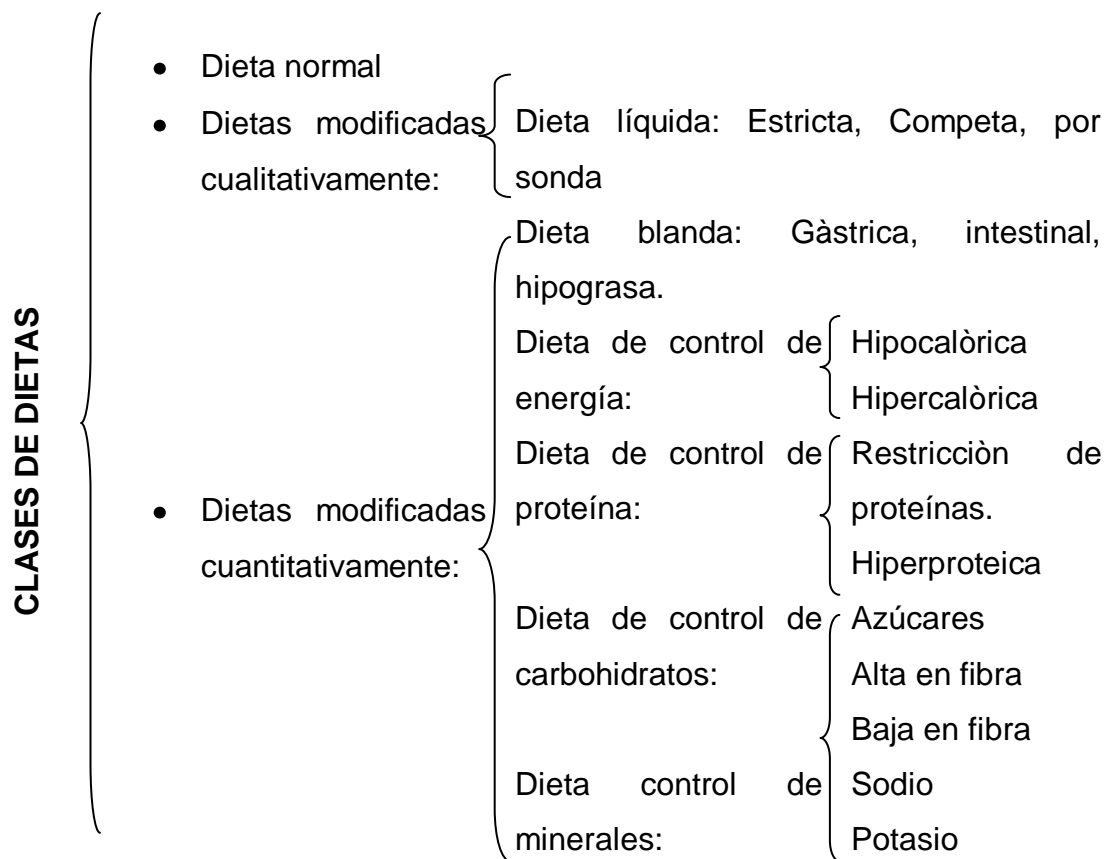
Es importante señalar que fuera de estos casos aislados, lo que se debe hacer con los pacientes pediátricos en general es adecuarla en calidad y cantidad para que sea aprovechada correctamente.

Las dietas con exclusión de ciertos alimentos están indicadas en aquellas patologías donde su naturaleza predispone al rechazo o alergia a ciertos nutrimentos como el gluten, purina, tiramina y lactosa entre otras. En estos casos, se restringe la ingesta de los alimentos que puedan contener estos nutrimentos.

Con frecuencia este tipo de dietas puede llevar al niño a deficiencias nutricionales si no se suplementan los nutrientes que aportan los alimentos excluidos.

Las dietas modificadas persiguen lograr una intervención nutricional exitosa que satisfaga las necesidades específicas del paciente, procurando generar una atmósfera agradable alrededor del acto de la alimentación. Es importante en estos casos cuidar la presentación, color y textura de los alimentos, principalmente con los pacientes pediátricos, con los cuales hay que tener en cuenta que el factor psicoemocional juega un papel fundamental.

5.2.3. CLASES DE DIETAS



5.2.3.1. Dieta normal

Es el conjunto de alimentos que se ingiere habitualmente y que permite mantener un adecuado estado nutricional y de salud logrando una capacidad de trabajo eficiente. Una dieta cuantitativamente es correcta cuando aporta la energía y nutrientes en cantidad adecuada que permita el mantenimiento o consecución del peso deseado, aporta todas las vitaminas y minerales en cantidades necesarias.

El adulto ya ha completado las fases de crecimiento, por lo que su alimentación debe reponer las pérdidas habidas diariamente tomando en cuenta el trabajo y actividad que realice.

Las necesidades en cuanto a macro y micronutrientes están determinadas por variables individuales como: edad, sexo, talla, peso y actividad física que desarrolla cada persona; en caso del paciente se calculará los requerimientos de energía considerando su condición de reposo. Para realizar una dieta equilibrada se partirá del requerimiento energético de la persona; una vez determinada la cantidad de energía se distribuirá los nutrientes energéticos.

5.2.3.2. Dietas modificadas cualitativamente

5.2.3.2.1. Dieta líquida estricta o líquidos claros

Se utiliza para la transición de nutrición parenteral a nutrición enteral o vía oral en pacientes previo a intervenciones quirúrgicas intestinales, y post operatorio, exploración colonoscopia, gastroenteritis aguda, recuperación de cirugía abdominal o presencia de un íleo parcial.

5.2.3.2.2. Dieta líquida amplia

Se utiliza en la etapa de transición para pacientes con problemas de masticación y disfagia o cuando está reducido el funcionamiento gastrointestinal, cirugía, quemadura de boca, cara, estenosis esofágica, en algunos problemas neurológicos como el que cursan con alteración en la masticación y deglución, "Guillan Barré".

5.2.3.3. Dietas blandas

Es una dieta intermedia entre la líquida y la normal, compuesta por alimentos semisólidos, de poca consistencia, de fácil digestión y poco residuo, suaves y bien tolerados.

5.2.3.4. Dieta blanda gástrica

Este tipo de dietas se utiliza en pacientes con afecciones gástricas como gastritis, úlcera; y en periodo de recuperación quirúrgica de estómago, luego de haber pasado dos días en dieta líquida.

5.2.3.5. Dieta blanda intestinal

Se indica este tipo de dieta para pacientes con afecciones intestinales como diarreas, resecciones intestinales, colitis, enteritis, gastroenteritis. No excita el tracto gastrointestinal, protege la mucosa garantizando la absorción y digestión de los nutrientes, modifica la consistencia y volumen de heces.

5.2.3.6. Dieta blanda hipograsa

Se administra a pacientes con afecciones de vesícula, páncreas, hígado, hepatitis A y B, cirrosis, colecistitis y colelitiasis.

Tiene un contenido de grasa inferior en relación a la dieta normal, con bajo contenido en celulosa y reducidos alimentos meteorizantes. Se recomienda grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas.

5.2.3.7. Dieta hipocalórica

Dieta indicada para pacientes diabéticos y obesos; se caracteriza por no llevar azúcares añadidos a las preparaciones. Los alimentos utilizados constituyen carbohidratos complejos, proteínas y aceite vegetal. Esta dieta debe ser valorada individualmente para cubrir los requerimientos nutricionales propios de la edad y acorde al estado nutricional.

5.2.3.8. Dieta hiposódica-normoproteica

Este tipo de dieta no contiene sal adicionada a las preparaciones como condimento, se proporciona todos los alimentos permitidos en la dieta normal. El grado de restricción de sodio necesario es muy variable en cada paciente.

Puede ser suficiente con no añadir sal a la comida o a una limitación estricta de sal. Es útil tener en cuenta que alimentos contienen sodio.

Está prescrita para enfermedades cardio-vasculares e hipertensivas, enfermedades renales, toxemias del embarazo, insuficiencia hepática crónica con ascitis con retención de líquidos.

5.2.4. ASISTENCIA NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

La malnutrición es un problema frecuente al cual se ve enfrentado el equipo de salud a cargo de enfermos hospitalizados. Muchas enfermedades causan anorexia, aumentan los requerimientos de nutrientes o ambos. El resultado final es un deterioro del estado nutritivo y su morbilidad asociada. Será responsabilidad del equipo de salud prevenir y tratar esta desnutrición.

Santana Porbén S, y cols. (2005) en los Programas de Intervención en Nutrición Hospitalaria: acciones, diseño, componentes, implementación, manifiesta que:

“Uno de los conceptos más importantes acerca del apoyo nutricional de un enfermo, es que éste debe ser llevado a cabo de la manera más sencilla y fisiológica posible. Debe recordarse que el reposo intestinal produce atrofia intestinal disminución de la actividad enzimática de las células intestinales, aumento de la translocación bacteriana, cambios de la microflora intestinal, sobrecrecimiento bacteriano intraluminal descenso de la inmunidad local alteración de la liberación de hormonas gastrointestinales”. (Pag. 347-53).

Esto significa que si es posible aportar todos los nutrientes que un enfermo requiere por boca, sólo efectuando pequeñas modificaciones a la dieta, éste debe ser el método a utilizar. Son sorprendentes los resultados que se pueden obtener mediante modificaciones de la consistencia, frecuencia o gusto de una dieta o mediante suplementos nutricionales. Más aun la atención personalizada del paciente, preocupándose de sus preferencias o aversiones dictarías o un aporte de nutrientes en forma atractiva, bastará para conseguir un buen aporte calórico y proteico.

Siempre debe tenerse presente, que el apoyo nutricional no es una medida terapéutica de emergencia. Esto significa que el retraso en 12 o 24 horas en inicial una alimentación no alterará mayormente la evolución del enfermo y que siempre deben conseguirse las condiciones óptimas en términos de rendimiento costo-beneficio.

Teniendo en cuenta estas premisas básicas, se reducirá en forma significativa el número de sujetos tributarios a formas más invasivas de apoyo nutricional y las complicaciones derivadas de este apoyo. Estas formas son la alimentación enteral y parenteral. La primera es de menor costo, más fisiológica y con menos complicaciones: la segunda tiene un costo económico y en complicaciones bastante mayor.

5.2.4.1. Nutrición enteral

Ockenga J, y cols. (2005) en *Nutritional assessment and management in hospitalised patients*, indica que:

La nutrición enteral es la técnica de soporte nutricional por la cual se introducen los nutrientes directamente al aparato digestivo, bajando éste es anatómica y funcionalmente útil pero existe alguna dificultad para la normal ingestión de alimentos por boca.

Esta forma de alimentación se utiliza frecuentemente en el medio hospitalario, porque es sencilla de realizar, tiene pocas complicaciones, mantiene la función intestinal intacta y es de bajo costo. Esta técnica se puede usar en forma exclusiva o combinada con alimentación oral o parenteral. Debe indicarse en todo paciente hospitalizado des-nutrido o en riesgo de desnutra que no puede cumplir los requerimientos nutricionales por vía oral y cuyas condiciones fisiológicas permitan el uso del tubo digestivo. Por ejemplo, son tributarios de alimentación enteral pacientes que ingieren menos del 70% de sus requerimientos, sujetos con una desnutrición calórica proteica severa, desórdenes neurológicos o alteraciones de conciencia, síndrome de intestino corto, insuficiencia hepática grave, pancreatitis aguda en etapa de recuperación, fístulas digestivas altas o bajas de tejo débito, etc. La obstrucción y la perforación intestinal, son las únicas contraindicaciones absolutas de la nutrición enteral.

5.2.4.2. Sondas nasoenterales (nasogástricas y nasoyeyunales).

Las sondas nasogástrica y nasoyeyunal se utilizan cuando se prevé que su uso será inferior a las 6 semanas; en recuperaciones de cirugía, quemados, accidentes vasculocerebrales o desnutriciones severas. Cuando se pronostica que el problema de deglución o la necesidad que ha llevado a la colocación de la sonda se alargará más allá de las 6 semanas, es conveniente la colocación de una sonda de

gastrostomía, ya que es menos molesta para el paciente (evita la sensación de cuerpo extraño en faringe y disminuye el riesgo de aspiraciones de las secreciones orofaríngeas).

En ambos casos los alimentos que se administran por el tubo son preparaciones especiales, de una textura líquida para que no se obture la sonda. Pueden ser completas, listas para que el aparato digestivo las digiera (como si fuera un triturado habitual, sólo que mucho más fino y homogéneo); elementales, que ya están predigeridas; modulares, que sólo tienen un tipo de nutriente (glúcidos, proteínas). El alimento se puede dar de varias maneras: intermitente por jeringa o por gravedad (como los sueros), en el caso de sondas que van a estómago, o por paso continuo regulado por una bomba de administración, si es que la sonda va a parar a yeyuno.

5.2.4.3. Sonda Nasogástrica

Para la alimentación enteral a corto plazo (menos de 6-8 semanas); se debe administrar a pacientes conscientes con estómago funcional. Existen 3 métodos a emplear: infusión continua, con una desventaja que durante todo el día el paciente depende de la nutrición; infusión intermitente, hay que dividir la administración en 4-5 tomas al día (30ml/minut) con volumen de 350 ml; e, infusión en bolos: introduciendo en forma de bolos la nutrición a lo largo del día.

Las ventajas que presenta son: permite al enfermo mayor movilidad; el ácido clorhídrico del estómago tiene un poder destructor de los microorganismos, por lo que se reduce el riesgo de infección; y, permite la alimentación intermitente.

Presentan inconvenientes como: no es muy apropiada para nutrición enteral a largo plazo (más de 6-8 semanas); es incómoda y antiestética para el paciente; contraindicada en enfermos con alto riesgo de broncoaspiración, ya que facilita el reflujo gastroesofágico (sedados, comatosos, inconscientes...); y, problemas de escaras y erosión nasal. Sus características presentes son: los calibres más utilizados en adultos oscilan entre 8 y 16 FR. En niños, 5 FR, silicona o poliuretano (fina y flexible), radiopaca, con o sin fiador, longitud en adultos, mínimo 90 cm y en niños de 50-60 cm.

5.2.4.4. Sonda Nasoyeyunal

Es la vía de acceso en la que la sonda se coloca a través de la nariz y que llega hasta el duodeno.

Alimentación enteral a corto plazo, en la que se requiere pasar el píloro. Pacientes sedados, comatosos o con riesgo de broncoaspiración. También pacientes con vaciamiento gástrico retardado, postoperatorio inmediato o anorexia nerviosa. Son sus ventajas: se evitan reflujos y se disminuye el riesgo de aspiración, así como la incidencia de desintubaciones involuntarias o voluntarias; y, permite la alimentación en el post y preoperatorio de cirugía gástrica.

La nutrición enteral no es muy apropiada a largo plazo, es incómoda y antiestética para el paciente, y, más difícil de colocar y mantener en el intestino (se requiere fiador). Estos son algunos de sus inconvenientes.

Por la vía nasoyeyunal se recomienda no introducir bolos de alimentación y debe utilizarse el goteo continuo a caída libre e idealmente se utilizan nutribombas. Por otra parte, el riesgo de diarrea por mal manejo, especialmente administración extremadamente rápida de la mezcla nutritiva, es mayor.

5.2.4.5. Enterostomias

Una enterostomía es la creación quirúrgica de una abertura a través de la pared del abdomen hacia el estómago, el duodeno, o el yeyuno, para colocar una sonda de alimentación.

Las enterostomías se colocan para proporcionar una vía para dar nutrición a individuos que son incapaces de tomar una cantidad adecuada de nutrición por vía oral, y que requieren apoyo nutricional a largo plazo (durante más de un mes). Muchos medicamentos también pueden administrarse por medio de la sonda de enterostomía. Los pacientes en quienes se prevé la necesidad de administrar soporte nutricional durante más de 4-6 semanas o por tiempo indefinido son candidatos para la colocación de una sonda de acceso enteral.

5.2.4.6. Faringostomía y Esofagostomía

Estas se utilizan en pacientes crónicos con patología neurológica, especialmente aquellas acompañadas de excitación y en individuos con patología de boca, faringe y laringe. Esta técnica sólo difiere de la anterior en que la vía de entrada de la sonda será una faringostomía o una esofagostomía en tercio superior de esófago.

5.2.4.7. Gastrostomía

Consiste en la implantación directamente en el estómago de una sonda de silicona que se fija a este y que sale al exterior a través de la pared del mismo.

Para alimentación enteral a largo plazo (más de 6-8 semanas) en pacientes con tracto gastrointestinal funcional. Suele utilizarse en pacientes con trastornos de la deglución secundarios a problemas neurológicos, cáncer de cabeza y cuello. En niños, además de estas indicaciones, la PEG se implanta en casos de quemados, fibrosis quística, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad de Crohn, malformaciones congénitas...Es mucho más cómoda y estética para el paciente. Menor riesgo de regurgitación y aspiración que la sonda nasogástrica.

5.2.4.8. Duodenostomía

Suele utilizarse con método alternativo de la yeyunostomía de alimentación en gastrectomías totales. También se utiliza en aquellos casos que existe reflujo gastroesofágico para prevenir éste y evitar complicaciones. Puede colocarse con la misma técnica que una gastrostomía, tanto en forma percutánea como quirúrgica, pero haciendo progresar la sonda hasta el duodeno.

5.2.4.9. Yeyunostomía

Díaz de Liaño A, Yarmón C, Artieda C, Garde C, Flores L, Artajona A, et al. (2005). Nutrición enteral con yeyunostomía con catéter de aguja en la anastomosis esofágica; acentúa:

“La yeyunostomía, es la más utilizada de las ostomías quirúrgicas. Es útil en pacientes en los cuales la alimentación por boca no será posible por largos períodos, como por ejemplo las obstrucciones digestivas altas en pacientes fuera del alcance quirúrgico. Consiste en la colocación de una sonda para alimentación yeyunal a través de una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) o directamente en el yeyuno, en cuyo caso se debe de realizar mediante intervención quirúrgica. Está indicada para la alimentación a largo plazo en pacientes con alto riesgo de aspiración o con el tracto gastrointestinal comprometido por encima del yeyuno.” (77:263-6).

La yeyunostomía tiene las mismas ventajas y desventajas de la sonda nasoyeyunal en términos de menor incidencia de broncoaspiración pero mayor frecuencia de diarrea.

5.2.5. NUTRIENTES UTILIZADOS PARA ALIMENTACIÓN ENTERAL

León Rodríguez R, y cols. (2006). Costo-efectividad de intervenciones alimentario-nutricionales vs tratamiento farmacológico en pacientes colorrectales, dice que:

“Existen en la actualidad productos fabricados en nuestro país que pueden ser usados en más del 90% de los pacientes que requieren alimentación enteral, las características de estos productos se pueden desglosar como sigue: 1) Productos nutricionales completos: en general se presentan en polvo y se preparan en una dilución al 20%. Algunas fórmulas importadas son de presentación líquida. Todos estos productos son capaces de aportar todos los requerimientos calóricos (1 Kcal/ml). proteicos de minerales y vitaminas. Son fabricados a base de caseína y carecen de lactosa, y están enriquecidos con aceites vegetales, hidratos de carbono, vitaminas y minerales; 2) Módulos calóricos: Están hechos, unos a base de lípidos y otros a base de maltodextrinas. Su agregado a los productos completos permite modificar la relación nitrógeno/calorías en los enfermos que así lo requieran. Un ejemplo típico es el paciente con insuficiencia renal a quien debe restringirse las proteínas sin disminuir el aporte calórico; y, 3) Módulos proteicos: Fabricados a base de caseína, permiten aumentar el aporte de proteínas de los productos completos. Estas modificaciones pueden ser útiles en algunas condiciones en que se recomienda incrementar el porcentaje de calorías proteicas de la dieta”.

En ciertas condiciones clínicas bien definidas, la utilización de los productos antes señalados puede ser problemática. La más clara de estas situaciones es el síndrome de malabsorción. Es cada vez más frecuente enfrentarnos a pacientes con problemas de absorción por intestino corto o por enfermedades inflamatorias intestinales, en los cuales se ha sugerido utilizar fórmulas llamadas “elementales” cuya característica principal es estar constituidas por aminoácidos en vez de

proteínas. La verdadera ventaja de estas fórmulas en el síndrome de malabsorción no ha sido establecida. Recientemente se han comenzado a ensayar productos que, en vez de aminoácidos, están constituidas por péptidos pequeños: estas fórmulas peptídicas prometen ser más beneficiosas pero se requieren más ensayos clínicos para conocer sus ventajas y desventajas.

También existen fórmulas a las cuales se ha agregado fibra por el efecto trófico sobre la mucosa intestinal, para disminuir la constipación consecuente al uso de productos con pocos residuos y para lograr un efecto trófico sobre la mucosa intestinal. Otros alimentos han sido diseñados para usarse en algunas patologías como la hepática y pulmonar, sin embargo, los ensayos clínicos no han certificado su claro beneficio.

Recientemente tenemos a nuestro alcance dietas denominadas de segunda generación, para ser utilizados en enfermos graves.

Estas fórmulas están enriquecidas con nutrientes específicos que experimentalmente se ha demostrado que tienen un efecto trófico sobre la mucosa intestinal y de estimulación del sistema inmune. Estos suplementos específicos son arginina, nucleótidos, aceites de la familia omega 3, vitaminas antioxidantes, etc. Sin embargo, no existen trabajos clínicos que demuestren que estos productos sean superiores que los tradicionales en el paciente críticamente enfermo.

Finalmente es importante recordar que el uso de papillas llamadas "artesanales" que se fabricaban antiguamente en los mismos hospitales, debe ser descartado. Estas papillas aumentan el riesgo de complicaciones mecánicas y su costo final es mayor que el de los productos comerciales.

5.2.6. TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN ENTERAL

Si el paciente a quien se va a nutrir ha estado mucho tiempo con reposo intestinal, la alimentación enteral debe iniciarse con flujos bajos y fórmulas diluidas y, según la tolerancia del enfermo aumentar el flujo y concentración en forma paulatina, hasta llegar a cubrir los requerimientos. Generalmente se administra en forma de caída libre, durante 12 a 16 hrs. En algunos casos especiales en que se deba mantener un flujo muy regular y bajo se usan bombas de infusión. Los productos se administran

a temperatura ambiente y es conveniente cambiar los matraces cada 3 o 4 horas para evitar la contaminación de la fórmula.

5.2.7. COMPLICACIONES DE ALIMENTACIÓN ENTERAL

Las complicaciones que se observan se han dividido en no metabólicas y metabólicas:

5.2.7.1. Complicaciones no metabólicas

Son las más frecuentes y habitualmente se producen por mal manejo. En primer lugar se presentan aquellas por mala instalación de la sonda como intubación de la vía aérea, sondas enrolladas en el estómago o con su extremo distal en cardias, lo que implica un alto riesgo de bronco aspiración. Estas complicaciones se previenen si se instala la sonda bajo visión radiológica o endoscópica.

En segundo lugar están las diarreas y el malestar abdominal que se observa frecuentemente cuando se inicia la alimentación con volúmenes, concentraciones muy altas o por fórmulas hiperosmolares. Frente a una diarrea el médico debe disminuir el flujo y/o la concentración para luego ir aumentándolos en forma paulatina. Si la diarrea no cede deben descartarse otras etiologías: dentro de éstas, la contaminación de la papilla no es infrecuente, En algunos pacientes se puede presentar constipación, la que revierte en un alto porcentaje si se aumenta la velocidad de flujo de la formula o si se utilizan preparados con fibra.

También es común la obstrucción de la sonda, que es secundaria a mal lavado. Se previene lavando la sonda cada dos o tres horas inyectando agua con una jeringa. Es posible desobstruir la sonda utilizando enzimas proteolíticas de aquellas indicadas para la insuficiencia pancreática. La técnica más utilizada es la introducción de una solución de enzimas y posteriormente pinzar la solida por algunos minutos. Por ningún motivo debe intentarse usar la guía de alambre para desobstruir una sonda ya que se corre el riesgo de una perforación de víscera hueca.

Por último, en raras ocasiones se pueden observar esofagitis, úlceras gástricas longitudinales por roce de la sonda y perforaciones intestinales.

5.2.7.2. Complicaciones metabólicas

Son muy poco frecuentes y se previenen monitorizando al paciente con exámenes clínicos y de laboratorio periódicos. Entre ellas destacan la hiper o hipoglicemia hiperosmolaridad, alteraciones electrolíticas, hiperamonemia, alza del nitrógeno ureico, hipercapnia y la hipo o hiperfosfemia.

Un buen manejo de la alimentación enteral evita el deterioro nutricional y sus consecuencias en un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados.

5.2.8. ENFERMERÍA EN NUTRICIÓN ENTERAL

5.2.8.1. Cuidados de una sonda enteral

Las sondas finas son bien toleradas por los enfermos pero requieren de una estricta vigilancia de enfermería para evitar su mal funcionamiento.

Una vez colocada la sonda, ésta se debe fijar a la cara del enfermo de alguna manera que sea cómodo. Es más cómodo fijarla a la mejilla y pasarla por sobre la oreja; es más incómodo fijarlas sobre la frente. Debe marcarse con un lápiz indeleble el punto de emergencia de la sonda desde la nariz. Así será fácil advertir si una sonda ha sido retirada accidentalmente. El retiro accidental de la sonda es frecuente en pacientes con compromiso de conciencia y la única manera de evitarlo es una vigilancia estrecha de enfermería o el uso de esófago o laringotomías. Así mismo, se debe instruir al personal auxiliar que estas sondas no pueden ser introducidas nuevamente, en caso de retiro involuntario, sin control radiológico. Si ocurre un retro involuntario, aunque sea de algunos centímetros, la alimentación enteral debe suspenderse hasta que se reubique la sonda.

Como es de esperarse, estas sondas se tapan con extraordinaria facilidad. Se puede prevenir su oclusión mediante un lavado frecuente con agua. Si se deben pasar medicamentos por la sonda, es imperativo que estos se muelan finamente o se reemplacen por presentación líquida si se puede. La manera más sencilla de hacerlo es mediante un mortero de porcelana, de los que siempre hay en las farmacias de los hospitales.

Una vez que se pasa el medicamento, la sonda debe lavarse profusamente con una jeringa.

Ocasionalmente, debe aspirarse contenido gástrico simultáneamente a la alimentación enteral. Es imposible hacerlo a través de una sonda fina. Para este fin existen sondas de doble lumen cuyas salidas quedan en estómago y en yeyuno.

No es necesario el cambio preventivo de sondas si estas funcionan bien. Una sonda puede permanecer colocada hasta 6 meses o más sin dar problemas. El período útil de una sonda dependerá del cuidado de enfermería que reciba.

5.2.8.2. Administración de la alimentación enteral

Si se usa sonda nasogástrica, se pueden usar bolos de alimentación, dados generalmente cada 2 horas. En cambio, la alimentación con sondas en yeyuno debe ser efectuada mediante goteo continuo.

El goteo es más difícil de controlar que aquel de una solución endovenosa, de tal manera que éste debe ser controlado frecuentemente. Si es posible, el ideal es utilizar bombas de infusión continua lo que permite un flujo constante. Estas bombas son especialmente útiles en pacientes lábiles en los cuales pequeños cambios en la velocidad de administración inducen problemas. Muchas veces, la obtención de un flujo constante evita desechar la alimentación enteral como el medio para nutrir a un enfermo.

El periodo de administración de la papilla debe definirse de acuerdo a las condiciones del enfermo. En general se da durante 12 a 16 horas y se deja un lapso de descanso para imitar el ayuno fisiológico.

Shang E, y cols. (2005) en An European survey of structure and organization of nutrition support teams in Germany, Austria and Switzerland, refiere que:

“La alimentación enteral puede usarse fuera del medio hospitalario, en los hogares de los enfermos. En otras ocasiones se pueden programar periodos nocturnos de alimentación en sujetos que deben realizar actividades durante el día. En estas circunstancias, una esofagostomía evita que el paciente deambule con una sonda visible”.

Un problema que se debe evitar es la contaminación bacteriana de las soluciones. Con este fin es aconsejable dividir el aporte diario en 4 a 5 recipientes que se colgarán para administrarse durante 3 a 4 horas. El resto de los recipientes se

mantienen refrigerados y se sacan media hora antes de su administración para que adquieran temperatura ambiente. No es necesario administrar soluciones entibiadas a baño María; por el contrario esto aumenta el riesgo de contaminación.

De Torres Aured, y cols. (2007) en “La dieta equilibrada: guía para la enfermera de atención hospitalaria, manifiesta que:

“El monitoreo del enfermo mientras dure la alimentación enteral es importante. Debe registrarse la presencia de vómitos y su cantidad y la aparición de diarrea y en lo posible su volumen. Además, debe llevarse un registro de los síntomas que puedan atribuirse a la administración de la alimentación. Los síntomas más frecuentemente referidos son meteorismo, flatulencia y dolor abdominal. Ocasionalmente, pacientes con sondas yeyunales refieren síntomas similares a los del síndrome de vaciamiento rápido (sudoración y sensación de mareo), que es importante registrar”. (Pág. 298-309)

Una vez que el paciente pueda reiniciar su alimentación oral, se puede hacer un cambio paulatino de la nutrición enteral. Mientras antes podamos hacer que un paciente se alimente normalmente, mejor.

5.2.8.3. Alimentación parenteral

La alimentación parenteral consiste en el aporte de alimentos o nutrientes al organismo por vía venosa. Es una técnica de asistencia nutricional de alto costo y con riesgo de complicaciones graves, por lo que está reservada para casos especiales, que no representan más del 10% de los pacientes que requieren de un apoyo nutricional.

Se indica en pacientes incapaces de utilizar el tubo digestivo por más de 7 días (síndrome de intestino corto, síndrome pilórico etc.), con suplementación de un aporte enteral inadecuado en pacientes graves y en pacientes con indicación de reposo intestinal como por ejemplo en colitis ulcerosa grave, fístulas de alta de alto débito y pancreatitis aguda necrohemorrágica en sus primeras etapas. Debe recordarse que el reposo intestinal atrofia la mucosa intestinal, disminuye la inmunidad local y favorece el paso de gérmenes al torrente sanguíneo (translocación bacteriana).

Tal y como lo afirma Esteban MJ, y cols. (2006) en Prescripción y elaboración de nutrición parenteral en hospitales:

“La nutrición parenteral total (NPT) debe aportar todos los nutrientes necesarios para mantener la homeostasis del organismo: energía, proteínas, minerales, vitaminas y oligoelementos. El aporte calórico se realiza con soluciones glucosadas que aportan 3.4 Kcal/g, y emulsiones lipídicas que aportan 9 kcal/g (1.1 kcal/ml de emulsión al 10%). Las proteínas se dan como soluciones aminoacídicas que contienen todos los aminoácidos esenciales y no esenciales”. (30:6-11).

La nutrición parenteral se puede realizar por vía periférica (vena periférica) o por vía central (vena central). La primera modalidad es menos riesgosa, pero permite aportar soluciones de muy baja osmolaridad (<600mosm/l) y por ende con escaso aporte de nutrientes. Se utiliza generalmente como suplemento de otro tipo de alimentación o en enfermos que no pueden utilizar el tubo digestivo por un periodo corto (ej. post gastrectomía). En estos casos se aportan soluciones de aminoácidos al 3% o y glucosa al 5 o 10% (500mosm/l) según tolerancia, más las vitaminas, minerales y oligoelementos necesarios. Para aumentar el aporte calórico se utilizan lípidos al 10 o 20% (280 y 330 mosm/l).

5.2.9. Planes de dietas

De Torres, ML. (2008) en “Hidratación y cuidados” de la Revista Española de Nutrición Comunitaria, indica que:

“No es infrecuente oír a los especialistas afirmar que la Nutrición tiene una importancia del 50% a la hora de obtener resultados. No soy partidario de hablar de porcentajes porque no reflejan la verdadera importancia de una buena nutrición. Lo cierto es que si se entrena con dedicación, aun descansando lo necesario y no se aporta al organismo todos los nutrientes y sustancias que se gastan con la actividad diaria, no sólo no se logrará progresos sino que incluso se podrá experimentar una regresión en el estado de forma. Para confeccionar un plan dietético eficaz, lo primero que conviene hacer es disponer de una tabla calórica que nos sirva de referencia”.

5.2.10. Tabla calórica

El primer paso para confeccionar una dieta es escoger los alimentos que se va a consumir. A continuación se detalla una lista junto con el valor nutricional de cada alimento:

ALIMENTO (100 g)	CAL.	PROT.	LÍP.	CARB.
Arroz blanco	354	7,6	1,7	77
Arroz integral	350	8	1,1	77
Arroz vaporizado	343	8	1,2	75
Papilla de cereales	386	7,9	0,4	85,3
Pan blanco	255	7	0,8	55
Pan integral	239	8	1,2	49
Galletas	436	7	14,5	74
Patata cocida	86	2	0,1	19
Garbanzos	361	18	5	61
Lentejas	336	24	1,8	56
Soja en grano	422	35	18	30
Almendras	620	20	54	17
Avellanas	656	14	60	15
Nueces	660	15	60	15
Leche entera	68	3,5	3,9	4,6
Leche semidesnatada	49	3,5	1,7	5
Leche desnatada	36	3,6	0,1	5
Yogur natural	45	4,2	1,1	4,5
Yogur natural desnatado	42	4,6	0,48	5,4
Buey semigraso	158	21,3	7,4	0
Cuy ornado	110	21	2	1
Conejo	162	22	8	-
Pavo	223	31,9	9,6	0
Pollo	121	20,5	4,3	-
Ternera	168	19	10	-
Lenguado	73	16	1	-
Merluza	86	17	2	-
Mero	118	16	6	-
Salmón	114	16	8	-
Trucha	94	18	3	-
Clara de huevo	48	11	0,2	0,7
Aceite de oliva	900	0	100	0
Dátil	279	2,2	0,4	71
Manzana	52	0,3	0,3	12
Naranja	44	0,7	0,2	9
Melocotón	52	0,5	0,1	12
Pera	61	0,4	0,4	14
Piña	51	0,5	0,2	12
Plátano	90	1,4	0,5	20
Uva	81	1	1	17
Pasas	324	3	1,3	75

Fuente: Bravo Bravo F, Fernández Lloret S. "Manual de Nutrición artificial". Comisión de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Clínico de Granada.

Para seleccionar el alimento depende en primer lugar de las necesidades naturales que todo ser humano tiene en cuanto a principios inmediatos (HC, proteínas y grasas). En segundo lugar depende del gusto personal y de la disponibilidad de alimentos que haya en el lugar de residencia. Veamos cuales son estas necesidades adaptadas a un individuo que practica la musculación con el afán de mejorar su desarrollo.

5.2.11. Cálculo de una dieta

Imaginemos que la dieta se confecciona para un sujeto de 80 Kg cuyos condicionantes (actividad laboral, doméstica y de ocio) entran dentro de lo que podríamos calificar de normales.

- Necesidades proteicas: $2,5 \text{ g/Kg} \times 80 \text{ Kg} = 200 \text{ g}$ (diarios)
- Necesidades grasas: $1 \text{ g/Kg} \times 80 \text{ Kg} = 80 \text{ g}$ (diarios)

La cantidad de grasa puede variar dependiendo de las características metabólicas de cada sujeto. Si somos delgados por naturaleza, de carácter nervioso y con poca grasa corporal, podemos aumentar la cantidad de grasa hasta 2 g/kg/día . Ello dependerá también de nuestro apetito. Si somos capaces de comer mucho sin forzarnos, podemos aumentar la ingesta calórica basándonos en los carbohidratos. Si nos cuesta comer lo haremos basándonos en las grasas. Si por el contrario tenemos facilidad para acumular grasa, somos de apariencia adiposa y de carácter "calmoso", reduciremos la cantidad hasta un mínimo de $0,5 \text{ g/kg/día}$.

5.2.12. Cálculo del total calórico diario

Consiste en multiplicar el peso corporal por 40 calorías, si es adiposo y musculoso, por 50 calorías. Si el cálculo no es exacto en días sucesivos se puede ajustar a nuestras necesidades individuales:

- Peso corporal: $80 \text{ Kg} \times 4,5 \text{ cal / Kg} \times 10 = 3.600 \text{ cal}$ (al día).

Se debe saber cuántas calorías resultan de la ingesta total de proteínas y grasas. Recordemos que tomábamos las siguientes cantidades diarias (1 g de grasa tiene 9 cal, 1 g de proteínas tiene 4 cal y 1 g de HC tiene 4 cal).

- Proteínas: $200 \text{ g} \times 4 \text{ cal} = 800 \text{ cal}$
- Grasas: $80 \text{ g} \times 9 \text{ cal} = 720 \text{ cal}$
- Total = 1520 cal

Restando el total calórico calculado anteriormente da el siguiente resultado:

- $3600 \text{ cal} - 1520 \text{ cal} = 2080 \text{ cal}$

Estas calorías corresponden a los HC y dividiendo esa cifra por 4 cal que posee un g de HC da la cifra de:

- $2080 \text{ cal} / 4 \text{ cal/g} = 520 \text{ g}$

Resumiendo:

- Total proteínas = 200 g/día
- Total grasas = 80 g/día
- Total Carbohidratos = 520 g/día

El siguiente paso es repartir el total calórico y todos los nutrientes en varias comidas a lo largo del día. Lo más habitual es hacer de 4 á 6 ingestas diarias aunque hay sujetos que pueden realizar hasta 7. Ello depende de lo rápidas que sean las digestiones y del apetito que se tenga. Podemos suponer que vamos a hacer 5 comidas a las siguientes horas: 08.00 h, 11.30 h, 14.30 h, 18.30h y 22.00 h.

5.2.12.1. Ejemplo de menú

Vamos a poner un ejemplo de menú para las 14.30 h:

- Proteínas: 40 g
- Grasas: 20 g
- Carbohidratos: 120 g
- Calorías: 820 g

La elección de los gramos de cada alimento se hace de forma aproximada y luego se ajusta

(g)	Alimento	Pr.	Líp.	Carb.	Cal.
150	Arroz	12	1,8	112,5	514
150	Carne	28,5	15	-	252
TOTAL		40,5	16,8	112,5	766

Fijémonos en los totales. Ocurre que nos faltan 7,5 g de HC y 3,2 g de grasa para alcanzar los valores prefijados pero la cantidad de proteínas es suficiente, ¿qué

hacemos?. Pues se trata de buscar un alimento que sea rico en grasas pero no aporte proteínas. El mejor candidato es el aceite de oliva. La cantidad necesaria sería de 3,2 g pero subiremos tranquilamente hasta 5 g. Los carbohidratos los sacaremos de la fruta que apenas posee grasas y proteínas, concretamente la piña. Fijémonos en el resultado final:

(g)	Alimento	Pr.	Líp.	Carb.	Cal.
150	Arroz	12	1,8	112,5	514
150	Carne	28,5	15	-	252
5	Aceite de oliva	-	5	-	45
100	Piña Natural	0,5	0,2	12	51
TOTAL		41	22	124,5	862

Como se puede ver, se ha acercado mucho a los valores prefijados. Tampoco es esencial que sean exactos puesto que se pueden amortiguar las diferencias con las otras comidas. Al final lo que cuenta es la suma total de las 5 comidas y tampoco importa nada si nos sobra o nos falta 1 caloría.

5.2.13. Control de progresos

¿Cómo saber si la dieta es la adecuada para cada necesidad?. Se usan las siguientes referencias: digestiones fáciles, ausencia de molestias gastrointestinales, sensación general de bienestar, sensación de energía y apetito a intervalos regulares. En lo referente al total calórico la referencia a seguir al principio es el peso corporal. El objetivo es ajustar las calorías de tal modo que el peso corporal recién levantados, después de ir al baño y en ayunas, se mantenga constante.

Si al principio nuestro peso corporal oscila mucho, es normal. A medida que se vayan ajustando las calorías veremos cómo nos estabilizamos. Una vez que se haya logrado mantener en un peso estable por un tiempo no inferior a una semana, ya se está listo para empezar a manipular el cuerpo. Sólo queda decidir si se quiere aumentar o disminuir de peso. En cualquier caso los aumentos o las pérdidas deben ser siempre razonables y no se puede cometer el error de poner a dieta de bajada y quitar de entrada 500 calorías.

5.2.14. Manipulación de las cantidades de nutrientes

5.2.14.1. Para bajar de peso

1. Si se parte de una dieta rica en grasas disminuirémos en primer lugar dichas grasas hasta llegar a un mínimo de 0,5 g (al día) por Kg de peso corporal y en segundo lugar se reducirá los carbohidratos hasta donde haga falta. Hay que tener en cuenta que la cantidad de proteína nunca debe ser inferior a la establecida desde un principio. Por ello a medida que reduzcamos la cantidad de alimentos ricos en carbohidratos y que además contienen proteínas deberémos introducir alimentos ricos en proteína y que no contengan HC (pollo, pavo, pescado, clara de huevo, cuy)

2. Si se parte de una dieta baja en grasas, disminuirémos directamente los HC. Se recomienda disminuir unas 50 cal. cada vez, de modo que la pérdida de peso sea de unos 500 g semanales aunque esta cifra puede variar dependiendo de varios factores: peso corporal inicial, evolución de las medidas corporales, evolución del aspecto físico, capacidad para mantener los pesos en el entrenamiento, ayudas químicas y tipo de metabolismo. Para controlar el proceso es esencial pesarse antes y después de cada comida ya que así podremos ajustar las calorías a las cambiantes necesidades diarias. El mismo procedimiento seguiremos para aumentar de peso aunque en este caso en vez de quitar calorías las añadiremos.

5.2.14.2. Para subir de peso

1. Si somos de comer mucho aumentaremos en primer lugar los carbohidratos hasta un punto que no podamos comer más y a continuación aumentaremos las grasas.

El aumento de peso debe llegar hasta un punto en el que se considere que se está acumulando demasiada grasa y nuestros progresos musculares se han estancado.

2. Si somos de comer poco probablemente nos saciemos antes y tengamos que recurrir casi de entrada a una dieta alta en grasas. Si vamos a estar mucho tiempo ingiriendo cantidades elevadas de grasas será conveniente controlar ciertos índices como la presión arterial, el colesterol (LDL y HDL) y los triglicéridos. Recordamos que del total de grasas, un tercio deben de ser saturadas (origen animal) y dos tercios insaturadas (origen vegetal).

5.2.14.3. Pautas para Organizar un Plan Alimentario

Un plan alimentario equilibrado es aquel que aporta a cada individuo todos los alimentos precisos para cubrir sus necesidades, mantener la salud y prevenir la aparición de enfermedades.

Medina Moya JL (2005) en “Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería”, indica que:

“Cada persona tiene necesidades nutricionales específicas en cuanto a cantidades en función de su edad, sexo, talla, actividad diaria que realiza y también según su estado de salud. Ahora bien para que nuestros órganos no se enfermen y puedan cumplir con sus funciones debemos tratar de cumplir con las cuatro leyes fundamentales de la nutrición, recordando una vez más que la alimentación debe ser: Completa, por eso debe aportar todos los nutrientes que requiere el organismo en cantidad suficiente: Hidratos de Carbono, Proteínas, Lípidos o Grasas, Vitaminas, Minerales y Agua. Equilibrada guardando una relación determinada entre los Hidratos de Carbono (55-60% de las calorías totales del día), las Proteínas (12-15 % de las calorías totales del día) y las Grasas (25-30% de las calorías totales del día). Variada, por lo que hay que elegir entre la mayor diversidad posible de alimentos de nuestra rica oferta alimentaría. Adecuada en calidad y cantidad, teniendo en cuenta que debe ser proporcionada según la edad, sexo, actividad física, tipo de trabajo etc. para ayudar a mantener el peso dentro de los rangos de normalidad”.

Para mantenernos saludable, no sólo importa lo que se come, sino cómo se come y cómo se distribuyen los alimentos a lo largo del día.

5.2.15. Nutrición parenteral total

Merece la pena recordar el resultado inesperado en un gran estudio prospectivo, quizás el más ambicioso y costoso que se haya realizado para evaluar la nutrición parenteral, realizada por Sánchez López AM, Moreno-Torres Herrera R, Pérez de la Cruz AJ. (2005) en “Prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología” cuyas conclusiones fueron:

“Después de depurar los pacientes incluidos, tras muchas dificultades, la muestra quedó constituida por 395 pacientes, distribuidos aleatoriamente para recibir NPT durante 7 a 15 días antes de cirugía y 3 días después de cirugía. El Grupo control no recibió nutrición parenteral perioperatoria. La hipótesis era que la nutrición parenteral perioperatoria disminuye la incidencia de complicaciones serias después de cirugía mayor abdominal o torácica en

pacientes desnutridos. En el estudio se recoge que las complicaciones mayores durante los primeros 30 días fueron similares en ambos grupos, así como la mortalidad global a los 90 días. Pero el resultado inesperado del estudio fue que hubo mayor número de infecciones en el grupo que recibió nutrición parenteral total que en el grupo control (14,1 frente a 6,4%; $p = 0,01$). Hubo ligeramente menos complicaciones no infecciosas en el grupo control. El aumento de infecciones apareció fundamentalmente en pacientes levemente malnutridos o con buen estado de nutrición. Estos pacientes no demostraron obtener beneficio de la NPT. Los pacientes severamente malnutridos que recibieron NPT tuvieron menos complicaciones no infecciosas que los controles (5 frente a 43%; $p = 0,03$). Los autores concluyeron que el uso de la NPT preoperatoria debe limitarse a pacientes severamente malnutridos, a no ser que haya otras indicaciones específicas". (121-30)

Otros estudios realizados con nutrición parenteral total durante el período preoperatorio⁵⁶, durante entre tres y cinco días preoperatoriamente o con una pérdida de peso corporal de 5 kg o menos, no han sido concluyentes en cuanto a los efectos beneficiosos de la NPT en cáncer gastrointestinal.

Sin embargo, se han evaluado 90 pacientes portadores de cáncer gástrico o colorrectal, con una pérdida de 10% de peso corporal habitual. El primer grupo tuvo un 37% de complicaciones frente al 57% del grupo control, siendo en este último la mortalidad superior de manera significativa.

Se concluye que con diez días de NPT antes de la intervención y nueve días después se pueden reducir las complicaciones en un tercio y prevenir la mortalidad en los pacientes severamente malnutridos con cáncer gastrointestinal.

5.2.16. Nutrición enteral

En los últimos años se ha llevado a cabo una serie de ensayos clínicos con el fin de demostrar que mediante la administración preoperatoria y postoperatoria de una dieta enriquecida con una serie de sustancias (inmunonutrientes) a pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente, disminuía la incidencia de complicaciones postoperatorias. Se ha podido además conocer el mecanismo de acción de cada inmunonutriente y cómo, mediante la acción conjunta de éstos, se fortalece el sistema inmune y se protege contra la actividad oxidativa y el exagerado proceso inflamatorio (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), así como los cambios microvasculares que tienen lugar como consecuencia de una intervención

quirúrgica, traumatismo y estancia en UCI. A su vez, la puesta en marcha del SRIS tiene como consecuencia inmediata una parálisis de la inmunidad durante los primeros días de postoperatorio.

En todos los ensayos clínicos realizados se han utilizado dos tipos de dietas: 1) dieta enteral control, isocalórica e isonitrogenada, y 2) dieta enteral enriquecida con ácidos grasos omega-3, arginina y nucleótidos.

El enriquecimiento de una dieta con ácidos grasos omega-3, disminuye la lesión de isquemia/reperfusión hepática que limita la producción de eicosanoides vasoconstrictores.

El enriquecimiento de la dieta con arginina ayuda a proteger contra la lesión de isquemia/reperfusión al mejorar la microperfusión hepática; consecuentemente, los radicales libres son retirados, previniendo así la lesión celular y la iniciación de la cascada inflamatoria.

Precisamente en estudios realizados por Sánchez López AM, Moreno-Torres Herrera R, Pérez de la Cruz AJ. (2005) en Prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología, se demuestra:

“La influencia que tiene la administración de una dieta enriquecida con ácidos grasos omega-3 en la síntesis de los mediadores de la inflamación por leucocitos de pacientes intervenidos quirúrgicamente, siendo precisamente este ionóforo (el inmunonutriente omega-3) el responsable del aumento de la síntesis de LTB5 por los leucocitos, responsable de la atenuación de la exagerada reacción inflamatoria posquirúrgica”.

Por último, el enriquecimiento con nucleótidos acrecenta la proliferación de los enterocitos de la mucosa intestinal.

En un metaanálisis realizado por Heyland, Daren K. (2011) en Mejora de la práctica de terapia nutricional en el paciente crítico: Encuesta Internacional sobre nutrición 2011, compara:

“La nutrición parenteral total con tratamiento estándar (suero glucosalino y dieta oral convencional) en pacientes quirúrgicos y críticos. El análisis global muestra que, aunque la nutrición parenteral total no tuvo efecto sobre la

mortalidad, los pacientes con NPT tendieron a un índice menor de complicaciones aunque no alcanzaron significación estadística. Estratificando los pacientes, pudo observarse que si se incluían sólo los pacientes desnutridos sí que se observaba una disminución estadísticamente significativa en las complicaciones con la utilización de NPT”.

Otro metaanálisis de once ensayos clínicos controlados en los que se comparaba nutrición enteral convencional frente a nutrición enteral enriquecida con nutrientes “clave” (glutamina, arginina, nucleótidos, ácidos grasos omega-3), solos o en combinación, observó en el segundo grupo una disminución de complicaciones infecciosas y a una reducción significativa de la estancia hospitalaria.

En un estudio prospectivo doble ciego en el que incluyeron 206 pacientes con tumores de colon, recto, estómago y páncreas, utilizaron dietas enterales enriquecidas con arginina, ácidos grasos omega-3 y nucleótidos durante siete días preoperatoriamente.

Ensayos clínicos con arginina, nucleótidos y ácidos grasos omega-3, en un estudio prospectivo multicéntrico doble ciego, incluyeron 154 pacientes de unidades de cuidados intensivos quirúrgicos sometidos a cirugía gastrointestinal por tumores a los que se administró nutrición enteral por catéter de yeyunostomía.

Un grupo recibió dieta enteral con arginina, nucleótidos y ácidos grasos omega-3 y el otro dieta isocalórica e isonitrogenada estándar. El estudio se centró en las complicaciones infecciosas: sepsis, neumonía, infección del tracto urinario, sepsis de catéter venoso central, infección de la herida operatoria y fugas anastomóticas.

Las complicaciones fueron similares en el postoperatorio inmediato (entre 0 y 5 días), pero en la fase posterior el número de complicaciones fue significativamente inferior en el grupo que recibió inmunonutrición que el sometido a una dieta enteral estándar.

El análisis económico de las complicaciones ocurridas demostró un incremento en costes de 68% para el grupo con nutrición estándar.

Durante el postoperatorio, administraron la misma fórmula a través de infusión en el yeyuno. Pudieron demostrar que la administración perioperatoria de esta dieta

enteral redujo de manera significativa las infecciones postoperatorias y la estancia hospitalaria.

En esta misma serie de pacientes, se concluye que el uso perioperatorio de inmunonutrición tiene una buena relación costo-eficacia debido a un ahorro sustancial en los medios precisos para tratar las complicaciones postoperatorias.

5.2.17. Intervenciones enfermeras/os aplicadas a la nutrición

Es muy fácil adecuar este conjunto de teorías y aplicarlo al adiestramiento nutricional; ya que tanto la gestión de cuidados nutricionales, como los diagnósticos enfermeros/as de nutrición y el proceso de atención de enfermería, se hace desde una visión holística del paciente.

En el medio hospitalario, el enfermero/a de la unidad de nutrición es el profesional enfermero/a de referencia en materia de nutrición. Se ocupa del cuidado nutricional del paciente hospitalizado aplicando el código de dietas.

La enfermera/o de esta área colabora en la elaboración, cumplimentación y realiza el seguimiento de las dietas hospitalarias.

Es el/la responsable del diseño de las recomendaciones para uso domiciliario. Asimismo en muchos casos es la encargada/o de gestionar el seguimiento y monitorización del circuito alimentario del hospital, con la colaboración del servicio de hostelería.

López-Pardo, M y col. (2006). "Adaptación de la Enseñanza Universitaria de Farmacología, Nutrición y Dietética a la Metodología Enfermera", refiere que:

"En la clínica es el/la responsable de que se realice un plan de cuidados en el que estén contemplados los cuidados nutricionales sobre todo en caso de prescripción de Nutrición Artificial siendo el/la encargada del entrenamiento de los pacientes y/o las familias de los candidatos a este tipo de soporte, enseñándoles el uso y mantenimiento de todo el material y fórmulas nutricionales y de los cuidados de las vías de acceso antes de que el, paciente abandone el hospital. Para asegurar la eficacia de la NAD, es necesario un protocolo de monitorización y seguimiento del paciente que garantice la continuidad de cuidados en el que están implicadas las enfermeras de la UND, las enfermeras de hospitalización y las de AP formadas en este tipo de

soportes nutricionales. En todo caso se debe garantizar que el paciente reciba un informe de continuidad de cuidados”.

En las consultas externas interactúa con la consulta médica especializada de diagnóstico y tratamiento nutricional, liderando las consultas de enfermería de las UND como educadora nutricional y coordinando la nutrición a domicilio.

Medina Moya JL (2005), en una publicación titulada “Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería”, acentúa:

“Dentro de los programas de formación continuada, la enfermera/o de Nutrición es la responsable de organizar las redes de aprendizaje y coordina el diseño de acciones formativas con la enfermería de hospitalización en materia de alimentación-nutrición. Asimismo con las enfermeras de atención primaria organiza programas similares”.

La enfermera en atención primaria y en atención especializada, indaga en la naturaleza de los cuidados basándose en el razonamiento lógico, a la vez que emplea métodos empíricos en su desarrollo.

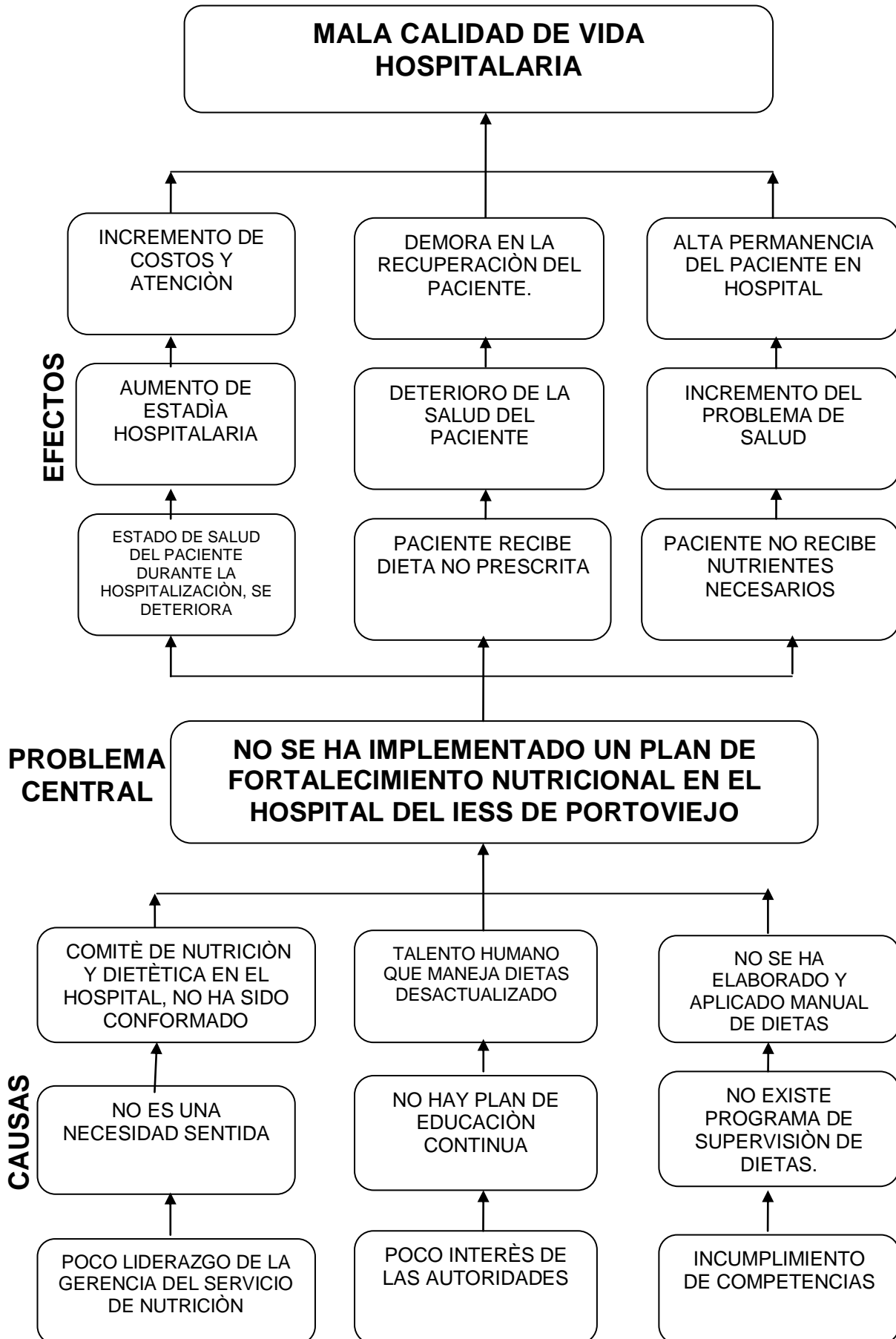
CAPÍTULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. Matriz de Involucrados

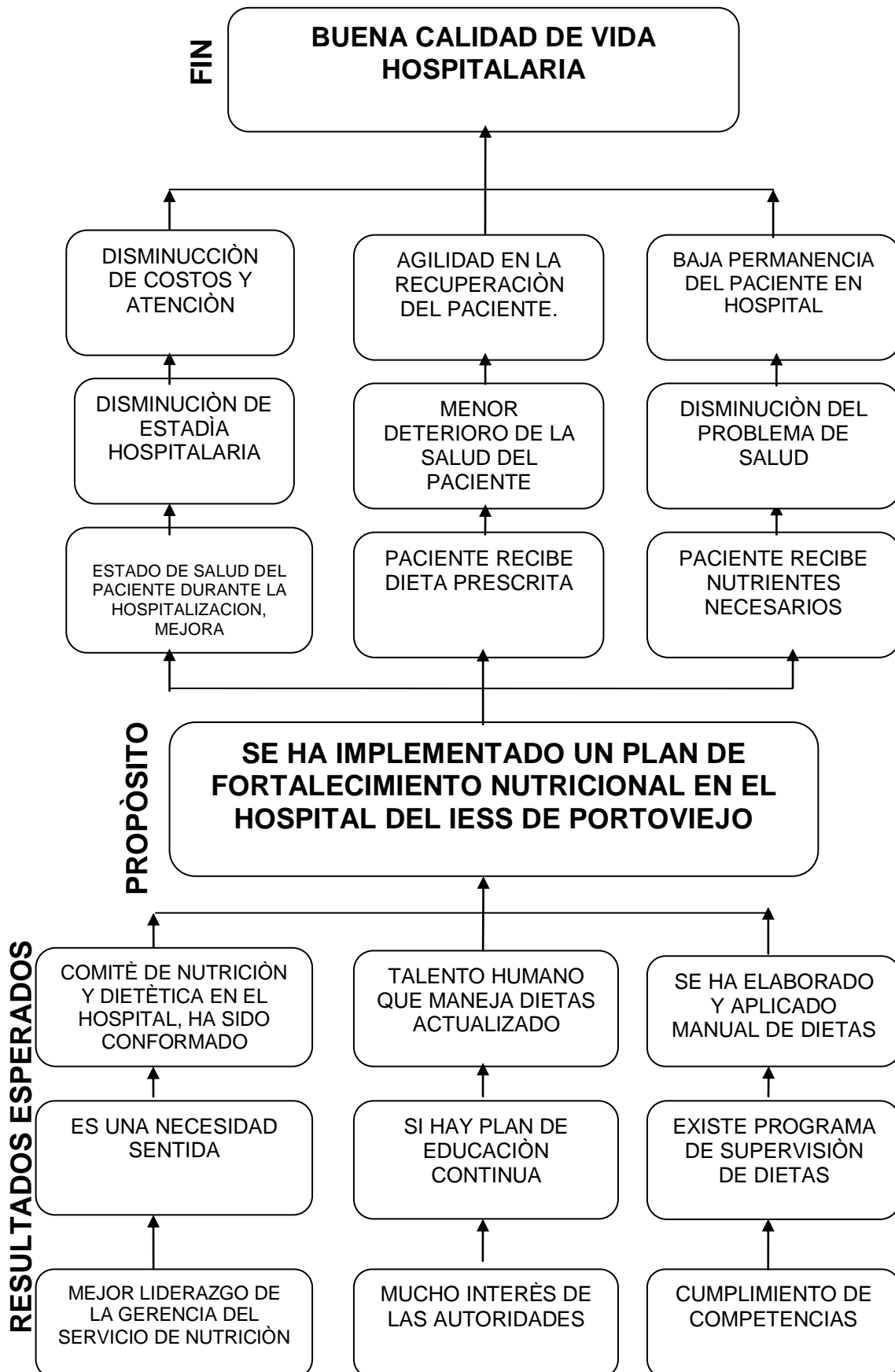
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<p>Director del Hospital IESS de Portoviejo</p>	<p>➤ Formar talentos humanos para brindar una mejor calidad de atención.</p>	<p>➤ Talentos humanos ➤ Recursos materiales</p> <p>Mandato:</p> <p>➤ “El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. (Ley Orgánica de Salud. Cap. II: De la alimentación y nutrición. Art. 16).</p>	<p>➤ Poca integración gerencial. ➤ Aumento quejas sobre trato ➤ Falta de recursos financieros.</p>

Comité de Nutrición y Dietética Hospital IESS Portoviejo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejar correctamente y mejorar la nutrición calórica-proteica en pacientes quirúrgicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talentos humanos ➤ Recursos materiales Mandato: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Requerir mejor y mayor atención en la programación calórica-proteica para pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No hay una Guía de Nutrición y Dieta calórica-proteica para pacientes. ➤ Poca funcionalidad en programas de nutrición. ➤ Desatención nutritiva a pacientes
Personal Servicio de Nutrición y Dietética.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitarse sobre planes de manejo de dietas para el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talentos humanos ➤ Recursos materiales ➤ Recursos económicos Mandato: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal del Servicio de nutrición y dietética, demanda mayor capacitación en el manejo de dietas para pacientes ingresados en el área de cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poca capacitación del personal ➤ Falta de conocimiento acerca del tema ➤ Mal manejo de dietas para pacientes.
Personal Médico del Hospital	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitarse sobre los planes de educación continua 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talentos Humanos ➤ Recursos materiales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poca capacitación del personal Médico ➤ Desinterés por actualizarse en el manejo de dietas.
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mejorar la calidad de vida del paciente del Hospital IESS Portoviejo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talentos humanos ➤ Recursos materiales Mandato: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Demandar solución a los problemas existentes en el servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poca información acerca del tema ➤ Alimentación deficitaria ➤ Desorden alimenticio ➤ Desinterés
Maestrante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación del proyecto para mejorar la salud de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Talentos humanos ➤ Recursos materiales ➤ Recursos económicos Mandato: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumplir e impulsar la ejecución del proyecto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal con poca capacidad sobre nutrición y dietética en pacientes. ➤ Falta de tiempo ➤ Exceso de tareas asignadas

6.2. Árbol de problemas



6.3. Árbol de objetivos



6.4. Matriz de Marco Lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN:			
Buena calidad de vida en el Hospital IESS Portoviejo.	Hasta el 30-03-2012, el 65% de la calidad de vida hospitalaria, es buena.	Encuestas	Participación activa y con predisposición al cambio del personal de nutrición y dietética.
PROPÓSITO:			
Plan de fortalecimiento nutricional en el Hospital del IESS de Portoviejo, implementado.	Hasta el 31-01-2012, el 100% del Hospital, cuenta con un plan nutricional.	Plan nutricional	Talentos humanos del servicio de nutrición y dietética del hospital, capacitados en manejo del plan nutricional.
RESULTADOS:			
1. Comité de Nutrición y Dietética del Hospital IESS Portoviejo, conformado.	Hasta el 30-05-2011, el 100% del Comité de Nutrición y Dietética del Hospital IESS Portoviejo, conformado.	Diagnóstico del manejo dietético Acta de conformación del comité de nutrición y dietética.	Se conformó el Comité de Nutrición y Dietética.
2. Talento humano que maneja dietas, capacitado.	Hasta el 30-10-2011, el 85% del talento humano que maneja dietas, capacitado.	Programa de capacitación Trípticos Fotos Oficios enviados y recibidos	Personal hospitalario participa de capacitación con motivación.

3. Manual de dietas, elaborado y aplicado.	Hasta el 31-12-2011, se elabora y aplica en un 100% el manual de dietas.	Fotos Rotafolios Trípticos Planes nutricionales	Pacientes con buen ánimo de participación.
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
R.1: COMITÉ DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO, CONFORMADO.			
1. Diagnóstico del manejo dietético en el hospital.	Maestrante	1-31-05-2011 1-13-06-2011	• Encuestas - Copias \$10.00
2. Organización del comité de Nutrición y Dietética.	Director Subdirección Técnica Servicio de Nutrición y Dietética Maestrante	23-05-2011	• Oficios \$10.00 • Acta de Conformación del Comité \$2.00
3. Difusión sobre aspectos de coordinación del Dpto. de nutrición y dietética, a la Subdirección Técnica y otras Áreas; y, aprobación del reglamento interno del comité.	Subdirección Técnica Jefes de Áreas Maestrante	25-06-2011 12-07-2011 09-31-08-2011	• Oficios \$2.00 • Evidencia fotográfica. \$5.00 • Acta de Entrega Recepción. \$2.00 • Copias \$10.00
R.2: TALENTO HUMANO QUE MANEJA DIETAS, CAPACITADO.			
1. Aplicación de Encuesta Pre capacitación	Maestrante	24-10-2011	• Encuesta \$2.00 • Esferos \$2.00 • Copias

			\$5.00
2. Ejecución de la Capacitación mediante la ejecución de talleres-conferencias.	Maestrante Expositores Equipo de salud	24-28-10-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Refrigerios \$200.00 • Lista de asistencia \$2.00 • Material de oficina \$5.00 • Fotografías \$10.00
3. Evaluación de la Capacitación.	Maestrante	28-10-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Material de oficina \$5.00
R.3. MANUAL DE DIETAS, ELABORADO Y APLICADO.			
1. Elaboración del manual de dietas	Maestrante	07-30-11-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Material de oficina \$10.00 • Internet \$25.00 • Copias \$10.00 • Transporte \$20.00
2. Aprobación del Manual de dietas	Director Subdirector Médico Comité de Nutrición y dietética Maestrante.	16-12-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de Aprobación \$2.00 • Fotografías \$10.00
3. Difusión y entrega del documento a los diferentes servicios del hospital IESS Portoviejo.	Maestrante	23-12-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografías \$10.00 • Elaboración original del documento

			<p>\$50.00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de Entrega \$2.00 • Anillados \$20.00
4. Monitoreo del cumplimiento del plan de dietas.		30-12-2011	<ul style="list-style-type: none"> • Material de oficina \$5.00 • Transcripción de datos \$5.00

CAPÍTULO III

RESULTADOS

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1. RESULTADO 1

3.1.1. COMITÉ DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO, CONFORMADO.

3.1.1.1. Actividad 1.- Diagnóstico del manejo dietético en el hospital.

Desde 1-05-2011 hasta el 13-06-2011, se aplican encuestas a los usuarios, personal de enfermería, Dpto. Nutrición y Dietética, y, a los Médicos del Hospital, con la finalidad de realizar un diagnóstico del manejo dietético existente, cuyos resultados se detallan a continuación:

ENCUESTA PARA EL USUARIO SOBRE DIETAS RECIBIDAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

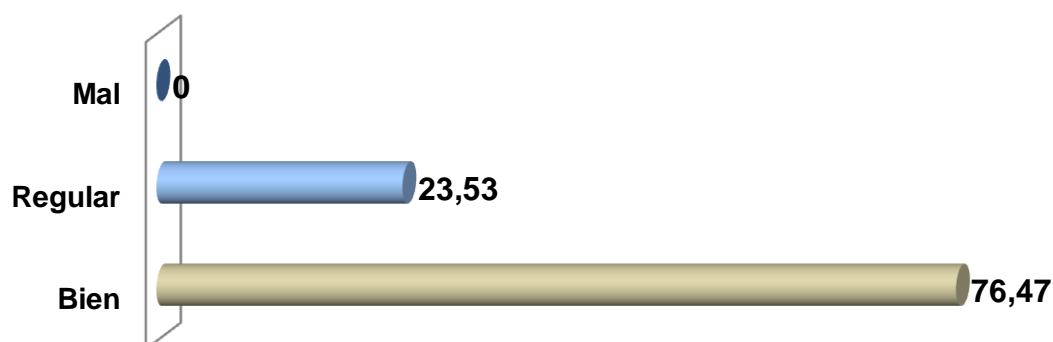
CUADRO No. 1

1. QUÈ LE PARECE LA PRESENTACIÓN DE LOS ALIMENTOS?

PRESENTACIÓN DE LOS ALIMENTOS	F	%
Bien	26	76,47
Regular	8	23,53
Mal	0	0,00
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta a usuarios sobre dietas recibidas del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Por los resultados de la tabulación de datos podemos apreciar que de un total de 34 personas, el 76.47% respondieron que la presentación de los alimentos que le brinda el hospital están bien; y, el 23.53% dice que es regular este acontecimiento.

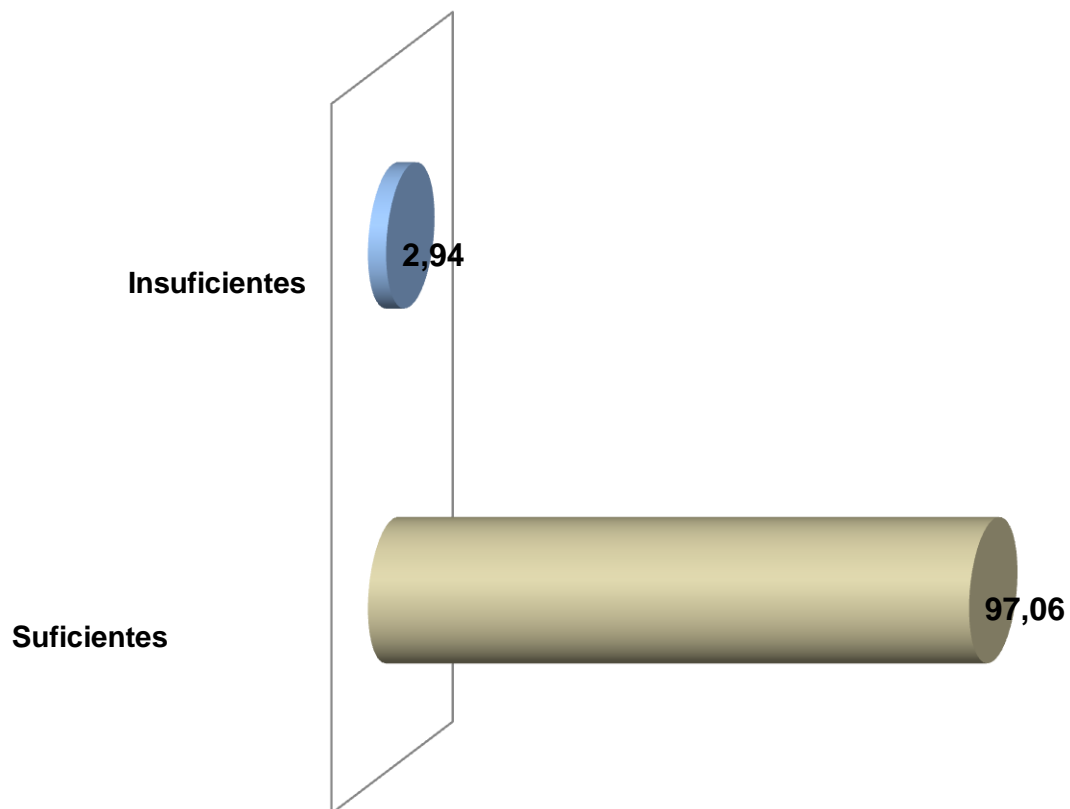
CUADRO No. 2

2. LA CANTIDAD DE ALIMENTOS RECIBIDOS LE PARECE:

CANTIDAD DE ALIMENTOS RECIBIDOS	F	%
Suficientes	33	97,06
Insuficientes	1	2,94
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta a usuarios sobre dietas recibidas del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta aplicada a los pacientes del hospital IESS de Portoviejo, el 97.06% dice que la cantidad de alimentos recibidos le parece suficiente; mientras que un bajo porcentaje, es decir el 2.94% dice que son insuficientes.

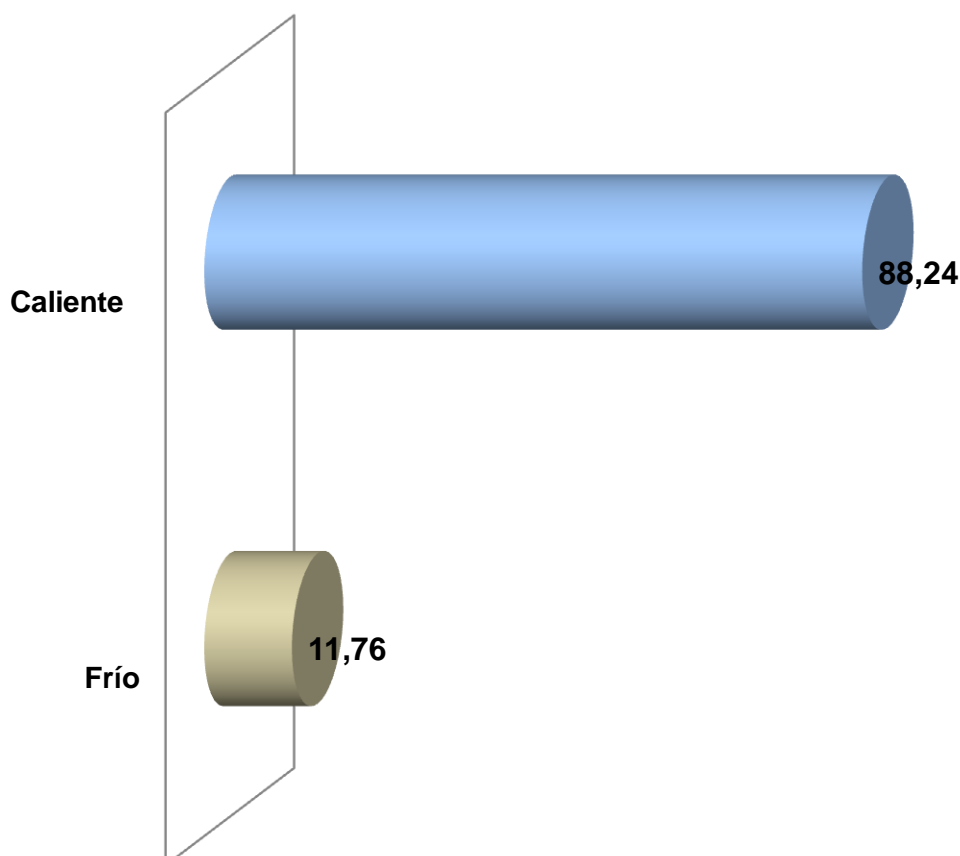
CUADRO No. 3

3. LOS ALIMENTOS RECIBIDOS LE LLEGAN A SU CUARTO:

ALIMENTOS RECIBIDOS LLEGAN A SU CUARTO:	F	%
Frío	4	11,76
Caliente	30	88,24
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta a usuarios sobre dietas recibidas del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta aplicada a los pacientes del hospital IESS de Portoviejo, el 88.24% dice que los alimentos le llegan a su cuarto calientes; y, un mínimo, o sea el 11.76% que llegan fríos.

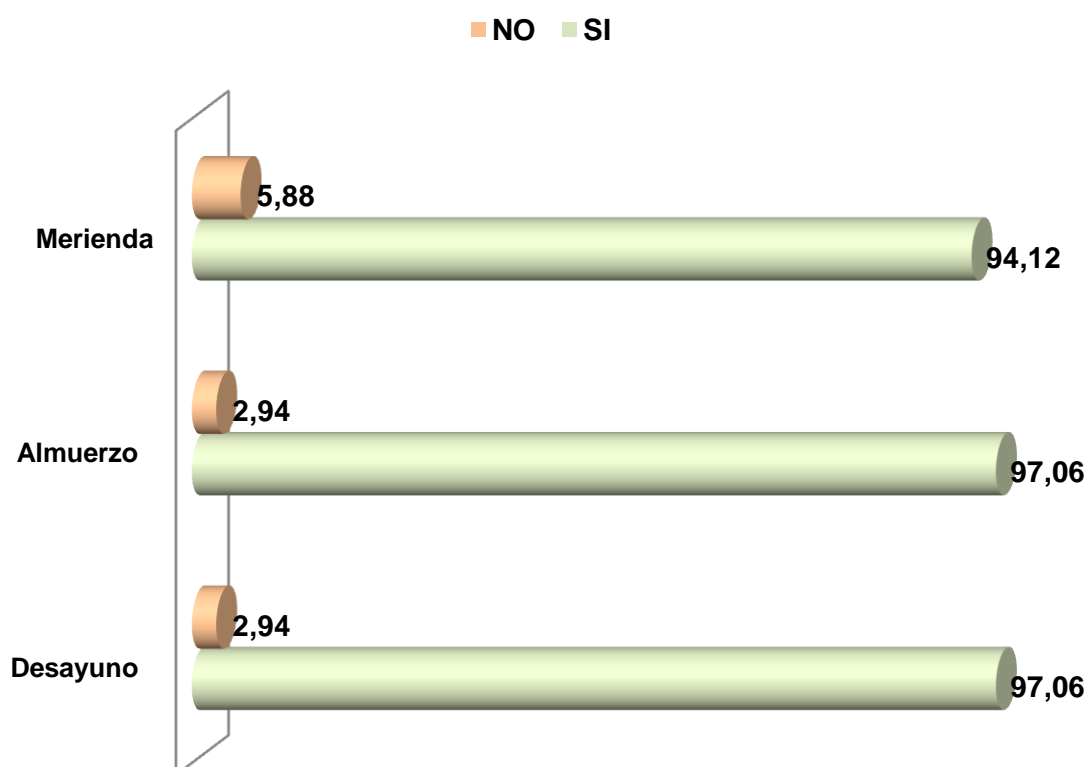
CUADRO No. 4

4. ESTÀ UD. DE ACUERDO CON EL HORARIO QUE SE SIRVEN LAS DIETAS?

ACUERDO CON EL HORARIO QUE SE SIRVEN LAS DIETAS	SI		NO		TOTAL	
Desayuno	33	97,06	1	2,94	34	100
Almuerzo	33	97,06	1	2,94	34	100
Merienda	32	94,12	2	5,88	34	100

Fuente: Encuesta a usuarios sobre dietas recibidas del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta aplicada a los pacientes del hospital IESS de Portoviejo, de un total de 34 personas, el 97.06% dice que si está de acuerdo con el horario que se le sirven las dietas; y un mínimo, o sea el 2.94% dice que no está de acuerdo.

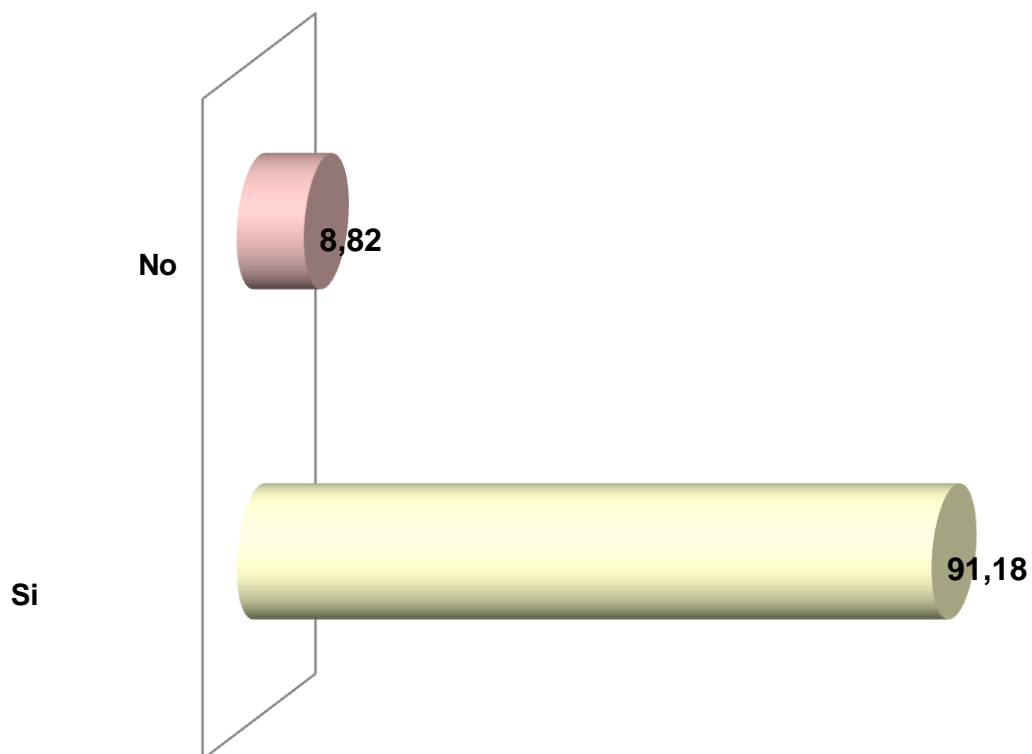
CUADRO No. 5

5. SE SIENTE SATISFECHO CON LOS ALIMENTOS RECIBIDOS?

SATISFACCION CON LOS ALIMENTOS RECIBIDOS	F	%
Si	31	91,18
No	3	8,82
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta a usuarios sobre dietas recibidas del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de las encuestas nos indican que el 91.18% de los encuestados manifiesta que se siente satisfecho con los alimentos recibidos; y, un 8.82% dice que no.

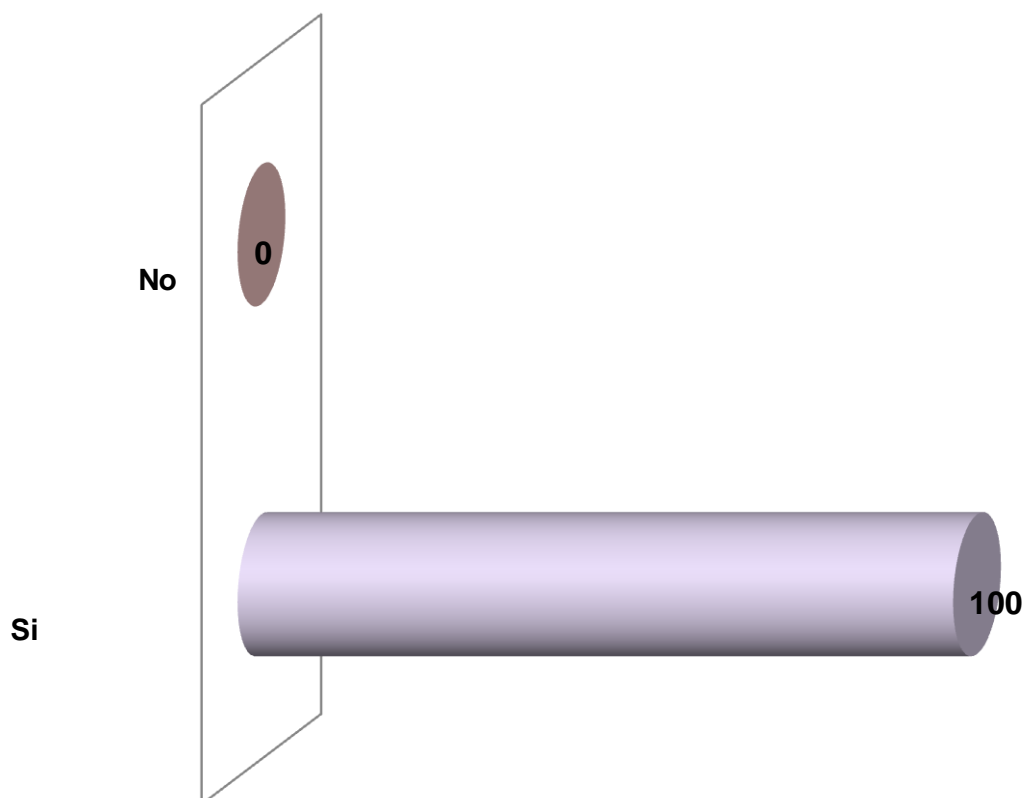
CUADRO No. 6

6. ESTÀ CONFORME CON EL TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL QUE ENTREGA LAS DIETAS?

CONFORMIDAD CON EL TRATO RECIBIDO	F	%
Si	34	100
No	0	0
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta a usuarios sobre dietas recibidas del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de las encuestas a los usuarios del Hospital del IESS de Portoviejo nos indican que el 100% de ellos manifiestan su conformidad con el trato recibido por parte del personal que entrega las dietas.

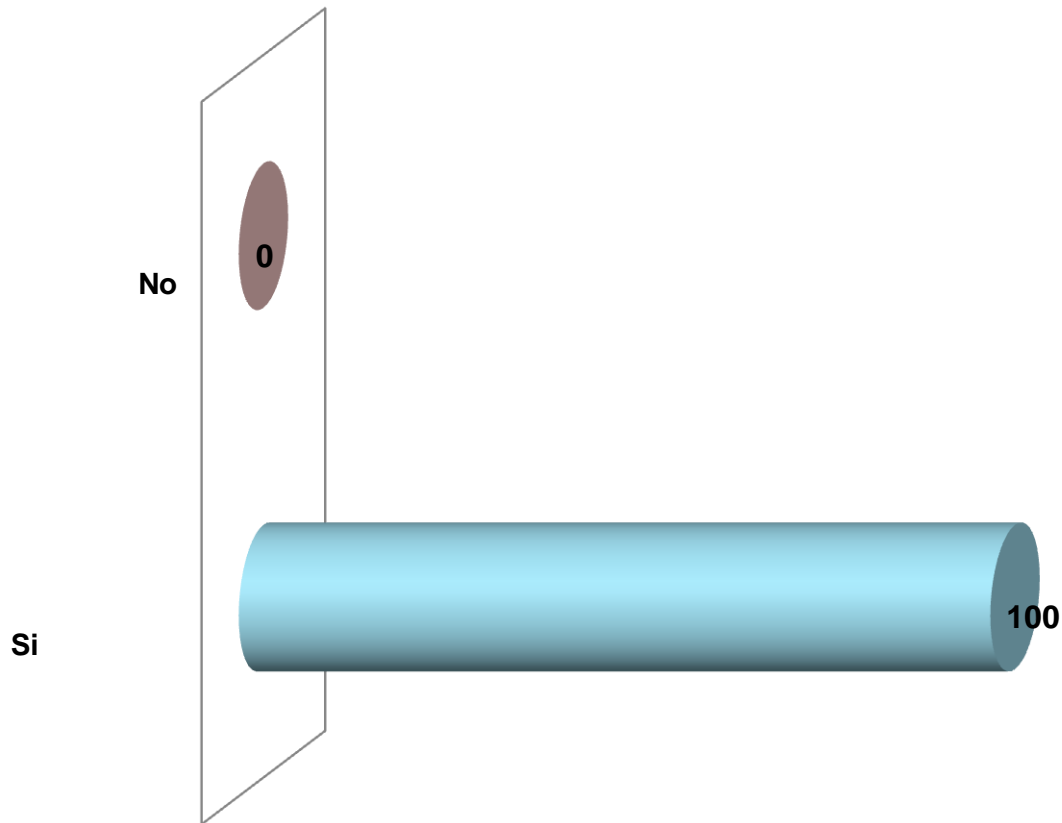
CUADRO No. 7

7. CONSIDERA UD. QUE LOS ALIMENTOS RECIBIDOS EN LA DIETA ESTÀN EN BUENAS CONDICIONES:

CONDICIONES DE LOS ALIMENTOS RECIBIDOS	F	%
Si	34	100
No	0	0
TOTAL	34	100

Fuente: Encuesta a usuarios sobre dietas recibidas del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de las encuestas a los usuarios del Hospital del IESS de Portoviejo nos indican que el 100% de ellos revelan que si han recibido en buenas condiciones los alimentos.

ENCUESTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

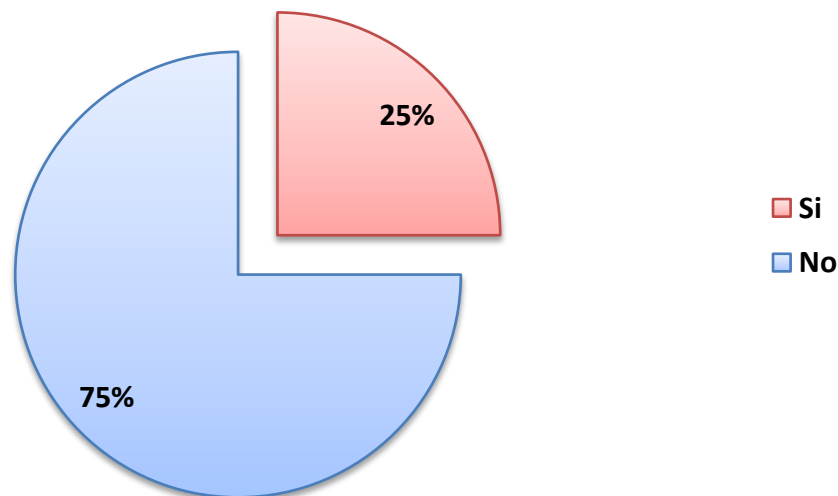
CUADRO No. 1

1. CONOCE UD. LOS PLANES DE DIETAS EXISTENTES EN EL HOSPITAL?

CONOCIMIENTO DE PLANES DE DIETAS EXISTENTES EN EL HOSPITAL	F	%
Si	5	25
No	15	75
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de las encuestas aplicadas al personal de enfermería sobre el manejo de dietas en el hospital IESS de Portoviejo, el 75% dice que no conoce los planes de dietas existentes en esta institución; mientras un 25% dice lo contrario.

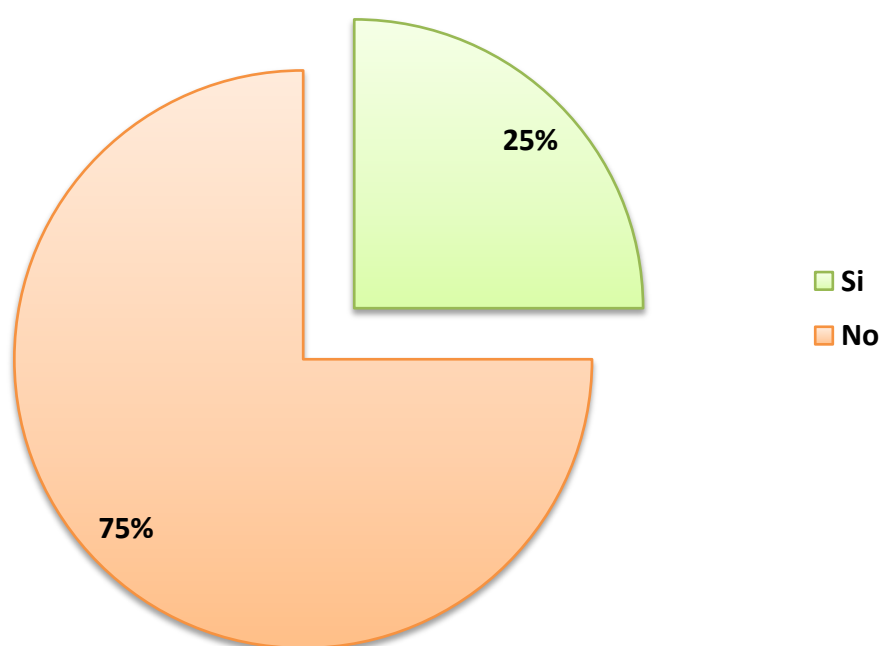
CUADRO No. 2

2. UD. SUPERVISA LAS DIETAS QUE RECIBEN LOS PACIENTES?

SUPERVISION DE DIETAS QUE RECIBEN LOS PACIENTES	F	%
Si	5	25
No	15	75
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de las encuestas aplicadas al personal de enfermería sobre el manejo de dietas en el hospital IESS de Portoviejo, el 75% dice que si supervisa las dietas que reciben los pacientes en esta institución; mientras un 25% manifiesta lo contrario.

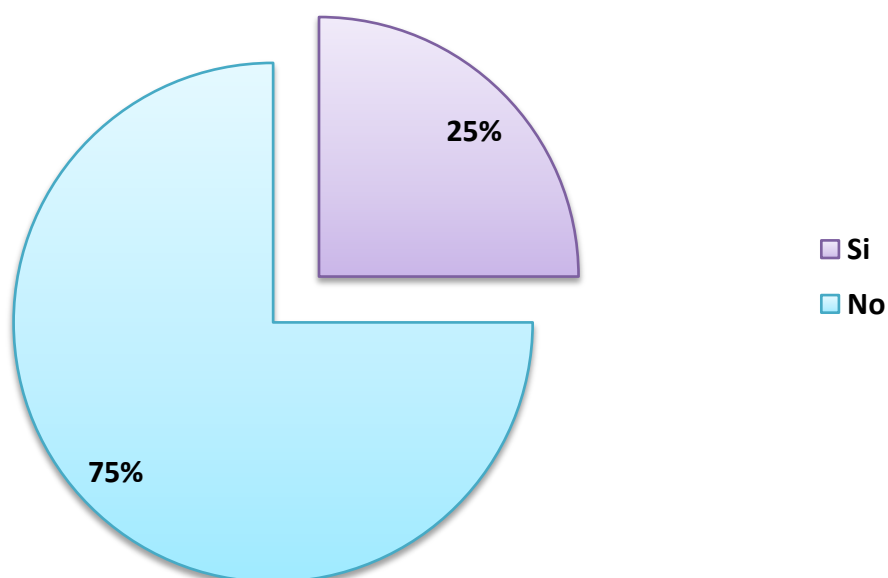
CUADRO No. 3

3. UD. COORDINA CON EL DPTO. DE NUTRICIÓN LAS DIETAS PRESCRITAS POR LOS MÉDICOS?

SUPERVISION DE DIETAS QUE RECIBEN LOS PACIENTES	F	%
Si	15	75
No	4	20
A veces	1	5
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo con respecto a las dietas; el 45% dijo que si coordina con el Dpto. de nutrición las dietas prescritas por los médicos; el 20% dijo que no; y, el 5% dijo que a veces.

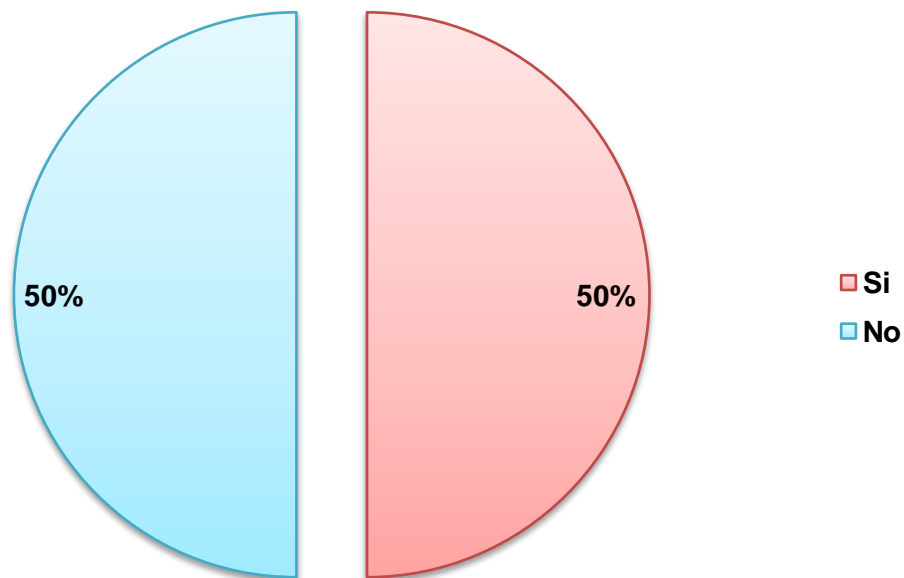
CUADRO No. 4

4. ELABORA LISTAS DE DIETAS DIARIAS?

ELABORACIÓN DE LISTAS DE DIETAS DIARIAS	F	%
Si	10	50
No	10	50
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si elabora o no listas de dietas diarias, este conglomerado contestaron en un 50% que sí; y otro 50% que no.

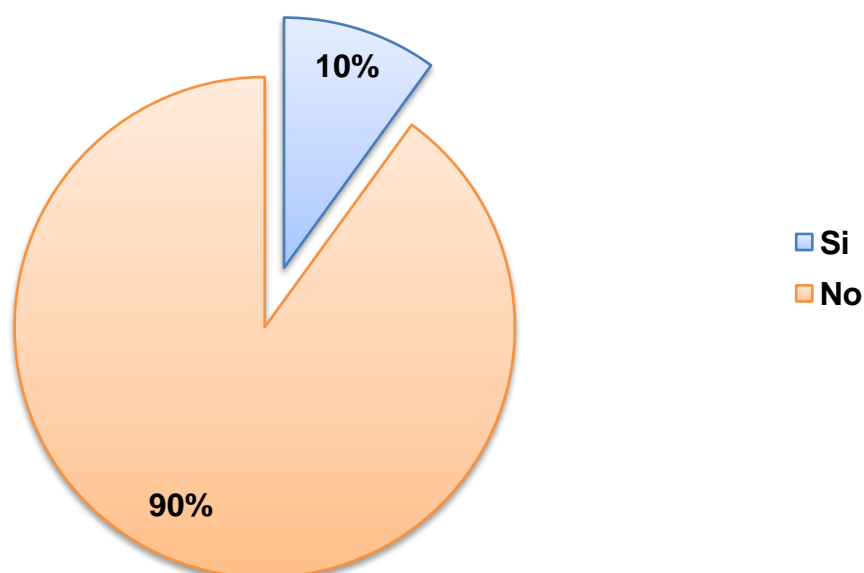
CUADRO No. 5

5. LOS USUARIOS ESTÀN SATISFECHOS CON EL SERVICIO DE NUTRICIÒN?

USUARIOS SATISFACHOS CON EL SERVICIO DE NUTRICIÒN	F	%
Si	2	10
No	18	90
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÀLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si conoce o no si el paciente se siente satisfecho con el servicio de nutrición; el 90% dice que no se siente satisfecho, mientras que el 10% dice que si está satisfecho con este servicio.

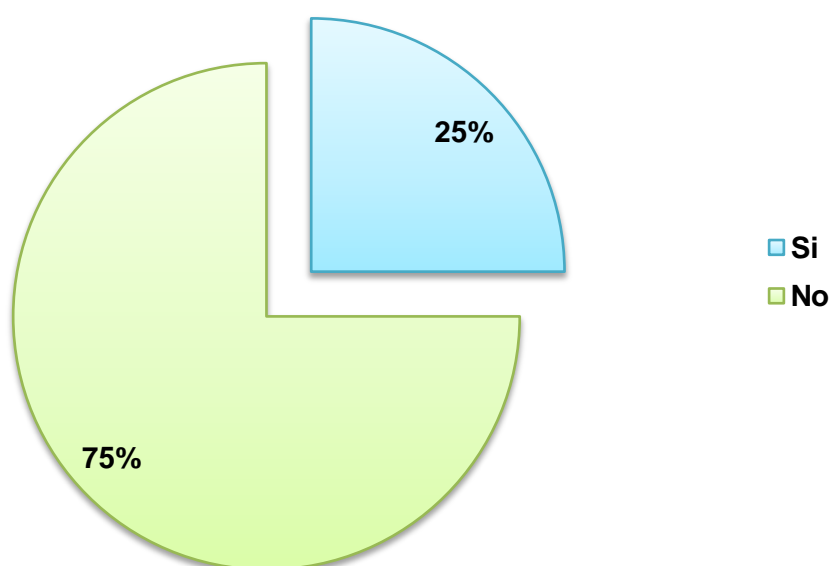
CUADRO No. 6

6. CREE UD. QUE LA DIETA QUE SIRVEN A LOS USUARIOS ES LA ADECUADA?

DIETAS ADECUADAS	F	%
Si	5	25
No	15	75
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si cree o no que la dieta que sirven a los usuarios es la adecuada; el 75% dijo que no cree; y el restante 25% que sí.

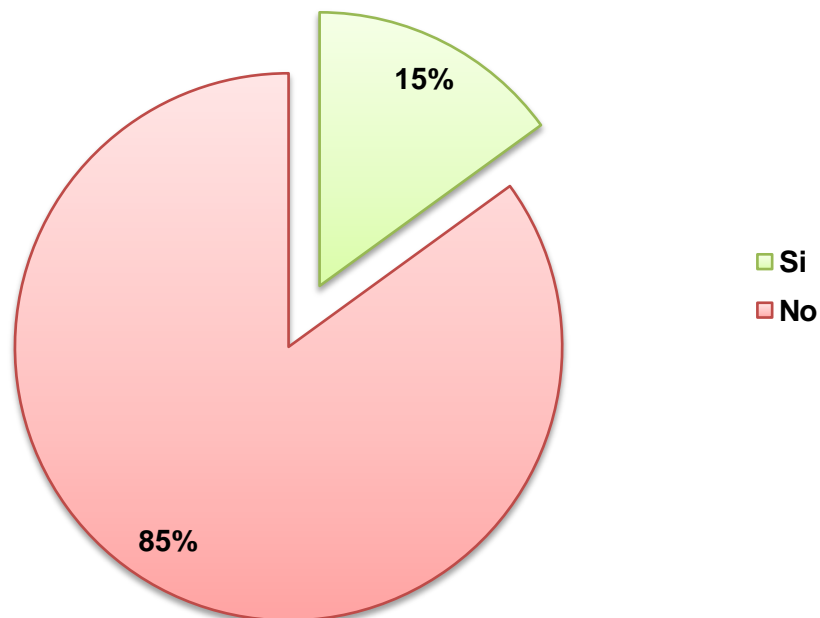
CUADRO No. 7

7. SE PUBLICAN LAS DIETAS EN LOS SERVICIOS?

PUBLICACIÓN DE DIETAS EN LOS SERVICIOS.	F	%
Si	3	15
No	17	85
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si se publican las dietas en los servicios: el 85% dijo que no se publican; mientras que un 15% dijo lo contrario.

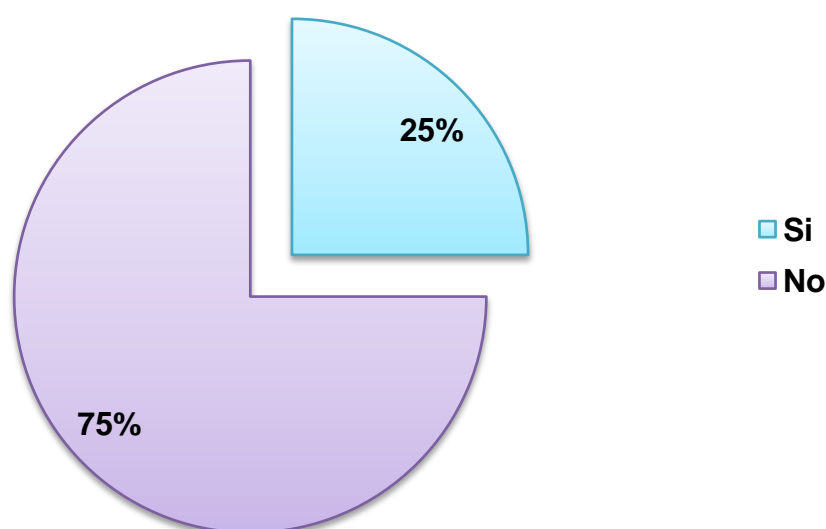
CUADRO No. 8

8. EL DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA REALIZAR LA VISITA DIARIA A PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES?

PERSONAL SUFICIENTE EN DPTO. DE NUTRICIÓN	F	%
Si	5	25
No	15	75
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo, sobre si o no, el Dpto. de nutrición cuenta con personal suficiente para realizar la visita diaria a pacientes con dietas especiales. A este respecto, el 75% del personal de enfermería piensa que el departamento de nutrición no cuenta con personal suficiente para realizar la visita diaria a pacientes con dietas especiales; mientras que un 15% dice lo contrario.

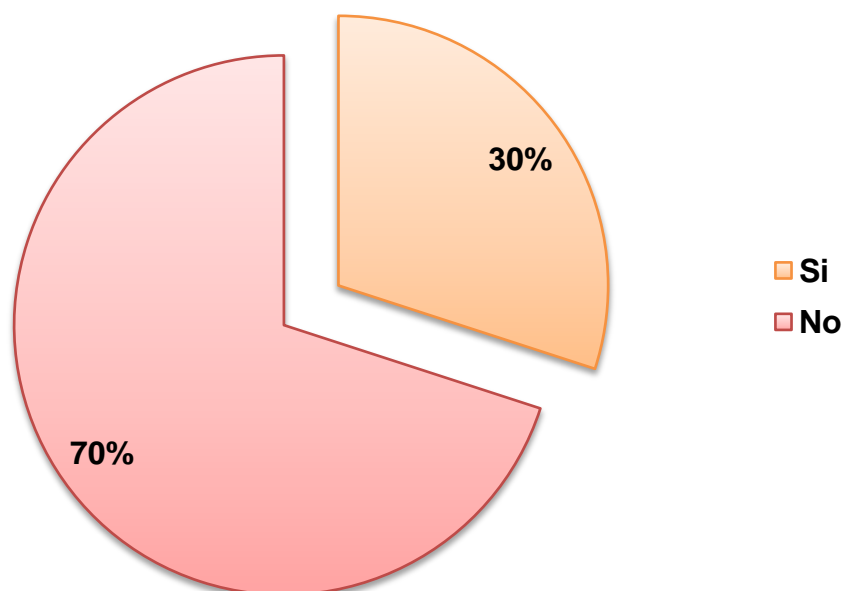
CUADRO No. 9

9. SE LLEVA REGISTRO DE LOS RECLAMOS O QUEJAS DE LOS USUARIOS?

EXISTENCIA DE REGISTRO DE QUEJAS Y RECLAMOS DE USUARIOS	F	%
Si	6	30
No	14	70
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo, sobre si se lleva o no registros de reclamos o quejas de los usuarios, a lo que el 70% respondió que no se llevan tales registros; mientras que un 30% dijo que sí.

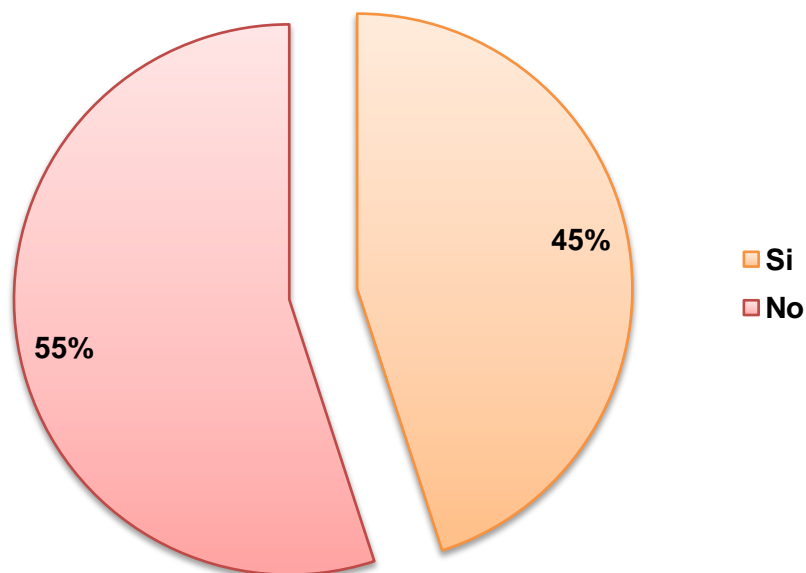
CUADRO No. 10

10.APLICA UD. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LAS DIETAS RECIBIDAS?

APLICACIÓN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN SOBRE DIETAS	F	%
Si	9	45
No	11	55
TOTAL	20	100

Fuente: Encuesta al Personal de Enfermería del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal de enfermería del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si se aplica o no encuestas de satisfacción a los pacientes sobre dietas, el 55% dijo que no se aplica; y, el 45% dijo que si se aplica.

ENCUESTA PARA EL DPTO. DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

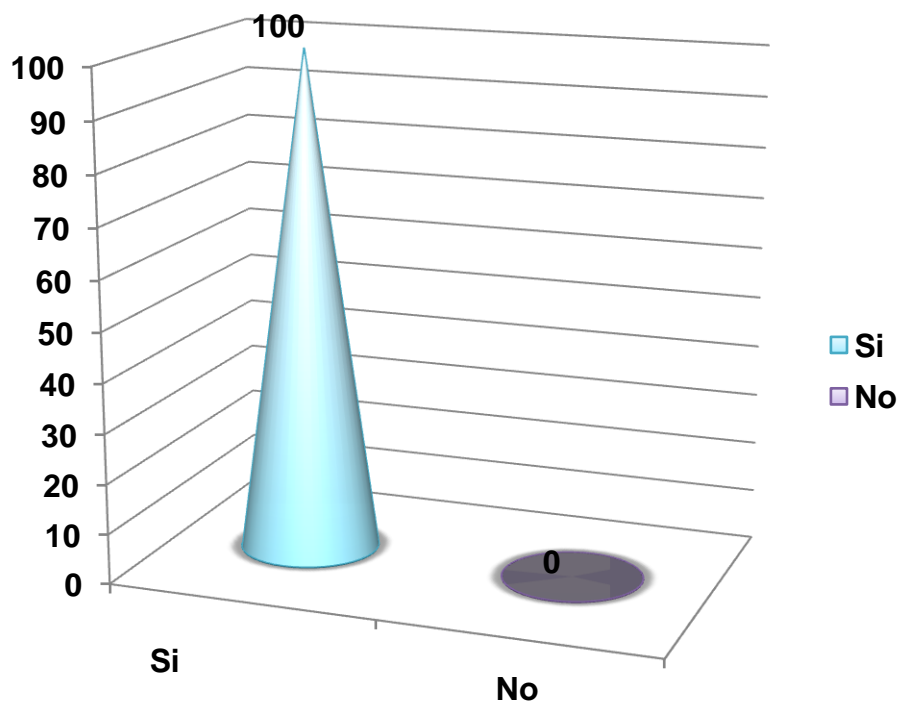
CUADRO No. 1

1. EL DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PLANES DE DIETA?

DPTO. CUENTA CON PLANES DE DIETA	F	%
Si	10	100
No	0	
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si este departamento cuenta o no con planes de dieta; el 100% dijo que si se cuenta con planes de dieta.

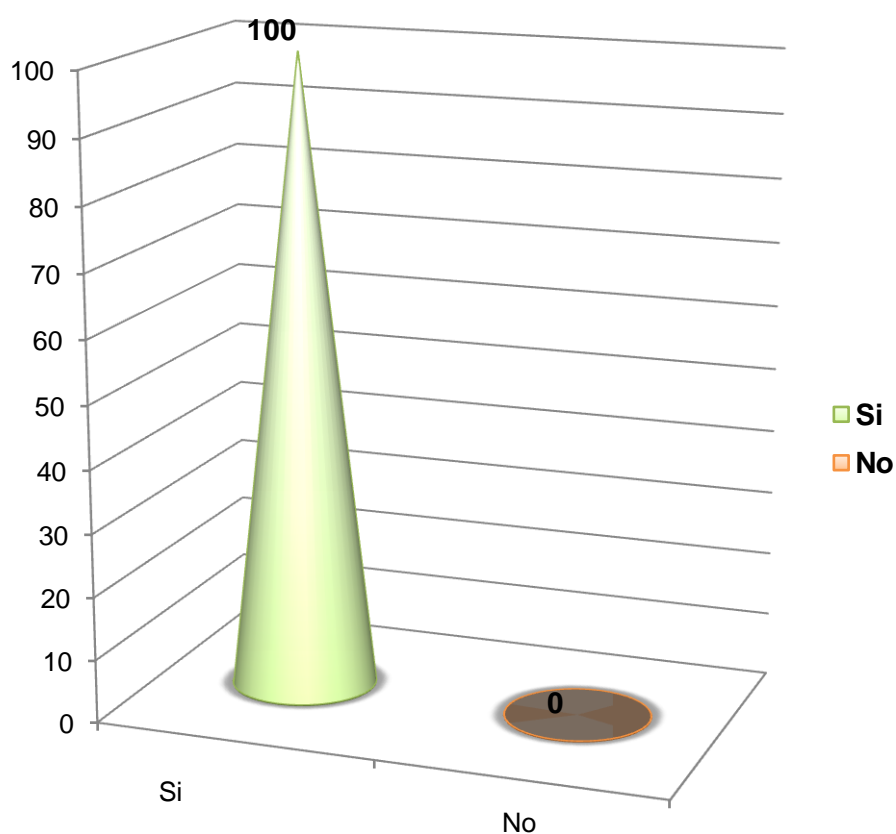
CUADRO No. 2

2. EL PERSONAL APLICA GUÌA PARA LA PREPARACION DE ALIMENTOS?

APLICACIÓN DE GUÌA PARA PREPARACION DE ALIMENTOS	F	%
Si	10	100
No	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si el personal aplica guía para la preparación de alimentos, el 100% dijo que si se aplican.

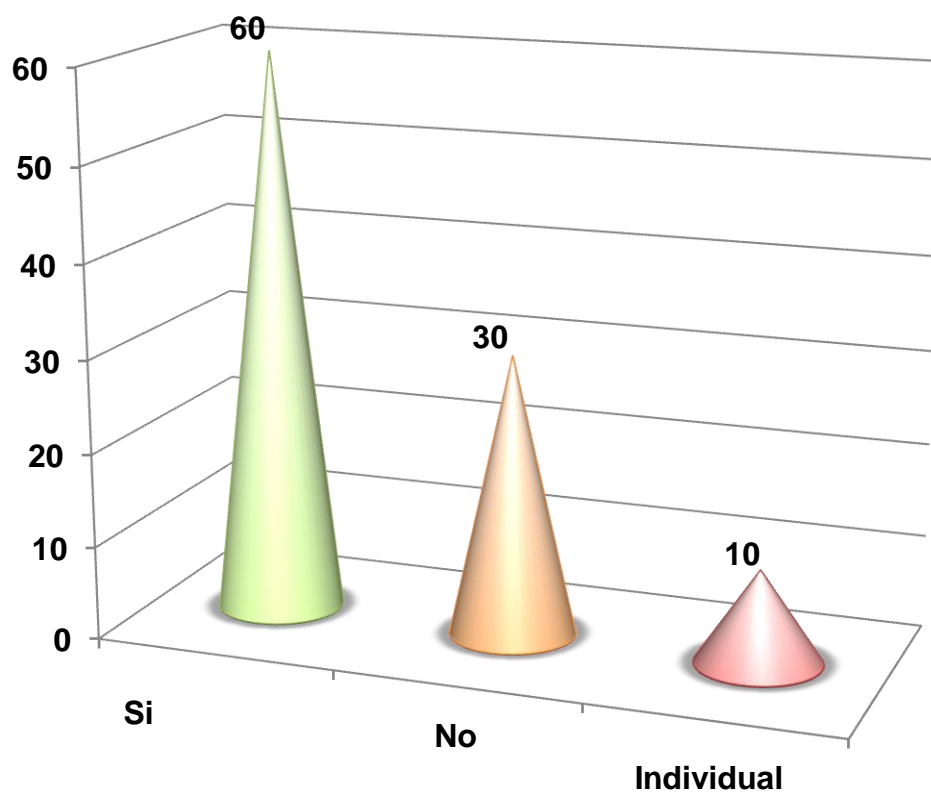
CUADRO No. 3

3. EL PERSONAL CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE DIETAS?

PERSONAL CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE DIETA	F	%
Si	6	60,00
No	3	30,00
Individual	1	10,00
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si el personal cuenta o no, con un plan de capacitación sobre dietas, a lo que el 60% dijo que sí; el 30% dijo que no; y, el 10% tuvo una respuesta individualizada.

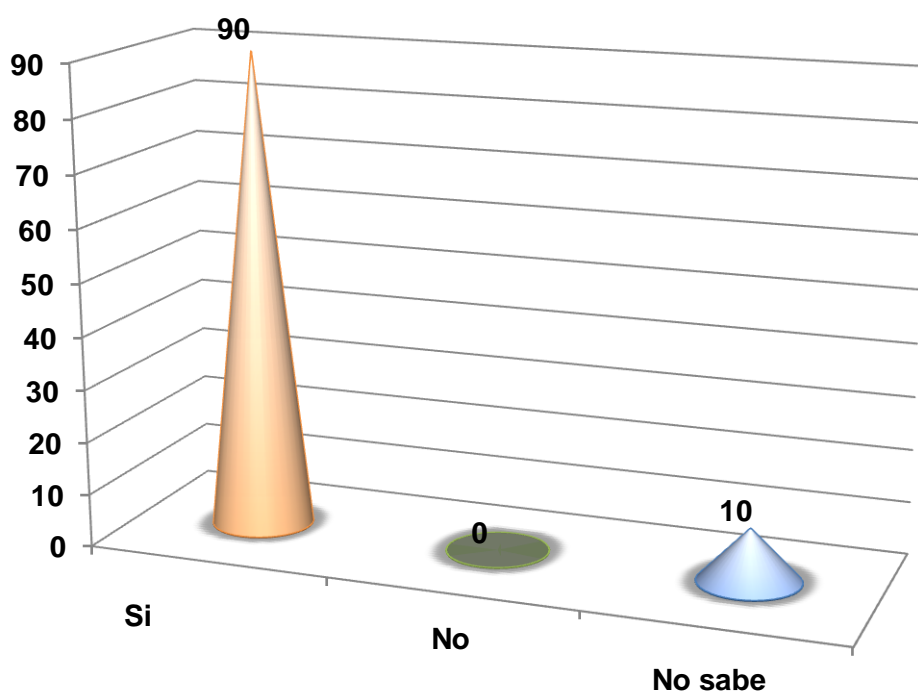
CUADRO No. 4

4. EL DPTO. CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PACIENTE Y FAMILIA?

DPTO. CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN PARA PACIENTE Y FAMILIA	F	%
Si	9	90
No	0	0
No sabe	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, referente a si el personal cuenta o no, con un plan de capacitación sobre dietas, a lo que el 60% dijo que sí; el 30% dijo que no; y, el 10% tuvo una respuesta individualizada.

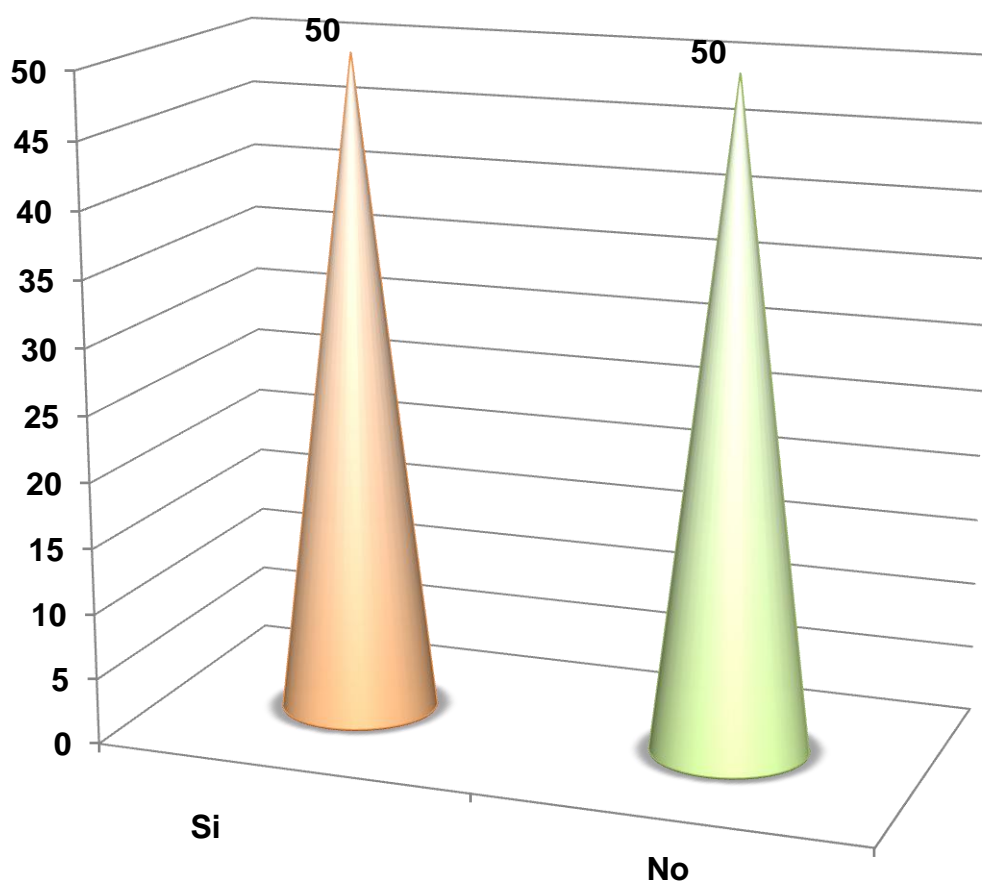
CUADRO No. 5

5. EL PERSONAL DEL DPTO. DE NUTRICIÓN HA RECIBIDO CURSOS DE BIOSEGURIDAD?

ITEMS	F	%
Si	5	50
No	5	50
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, respecto a si el personal del dpto. ha recibido o no cursos de bioseguridad. Hubo opiniones compartidas. Un sector dijo que si (50%) y el otro dijo que no (50%)

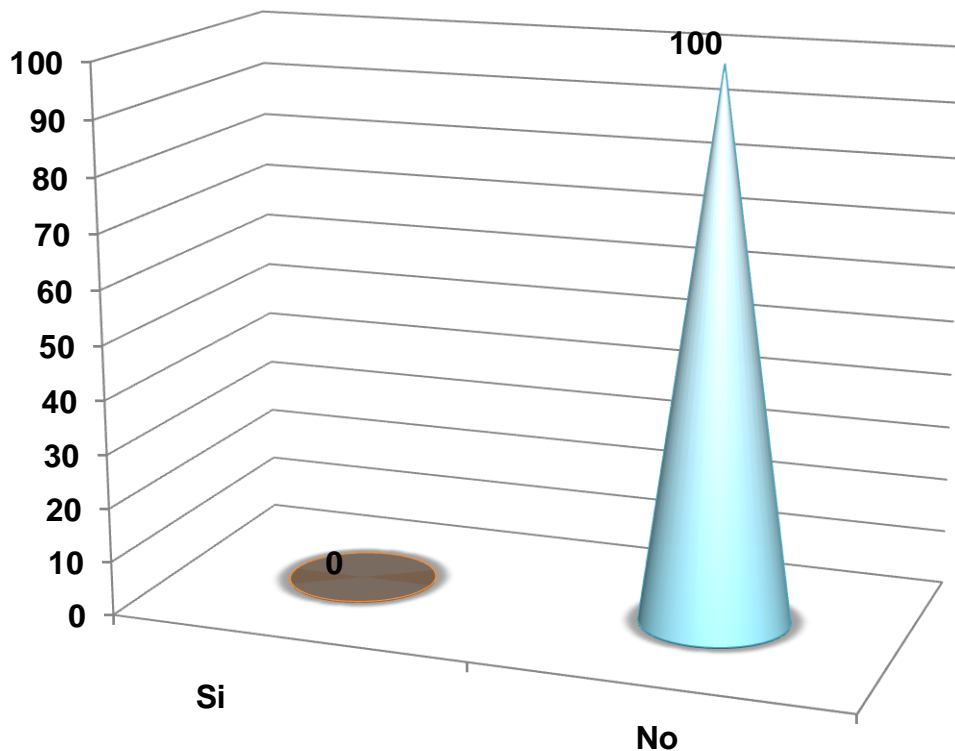
CUADRO No. 6

6. EL DPTO. LLEVA REGISTROS DE RECLAMOS O QUEJAS DE LOS USUARIOS?

DPTO. LLEVA REGISTROS DE RECLAMOS O QUEJAS DE LOS USUARIOS	F	%
Si	0	0
No	10	100
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, en relación a si el dpto. lleva o no registros de reclamos o quejas de los usuarios, a lo que contestaron en un 100% que no se lleva este procedimiento.

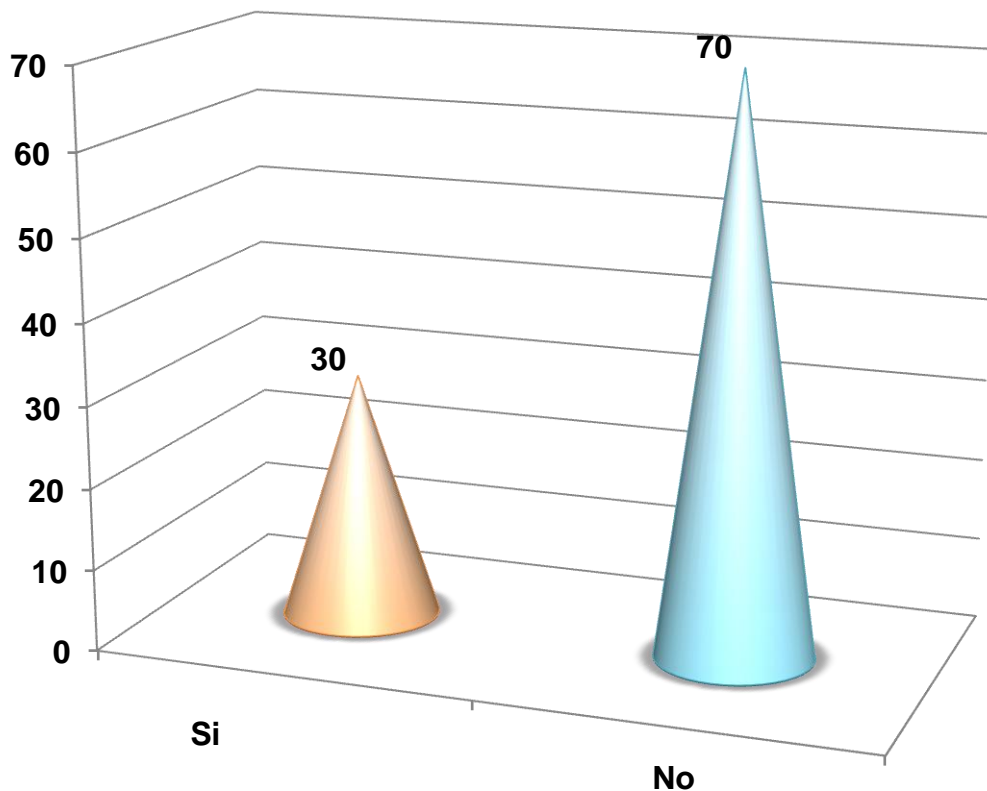
CUADRO No. 7

7. EL DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA REALIZAR LA VISITA DIARIA A PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES?

DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA REVISAR DIETAS ESPECIALES	F	%
Si	3	30
No	7	70
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, en relación a si el dpto. de nutrición cuenta o no con personal suficiente para realizar la visita diaria a pacientes con dietas especiales. A esta pregunta el 70% dijo que no; mientras que un 30% dijo que sí.

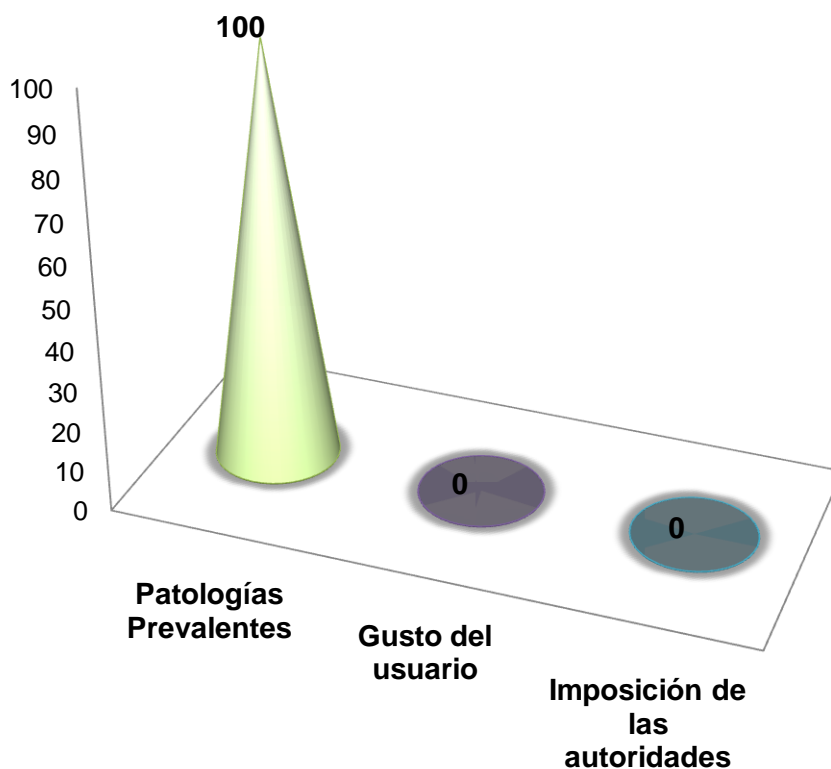
CUADRO No. 8

8. LA ADQUISICIÓN DE LOS ALIMENTOS SE LOS REALIZA DE ACUERDO A:

ADQUISICIÓN DE LOS ALIMENTOS SE LOS REALIZA DE ACUERDO A:	F	%
Patologías Prevalentes	10	100
Gusto del usuario	0	0
Imposición de las autoridades	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, en relación a si la adquisición de los alimentos se los realiza de acuerdo a: Patologías prevalentes; gusto del usuario; e, imposición de las autoridades, a lo que respondieron en un 100% que se efectúa de acuerdo a patologías prevalentes.

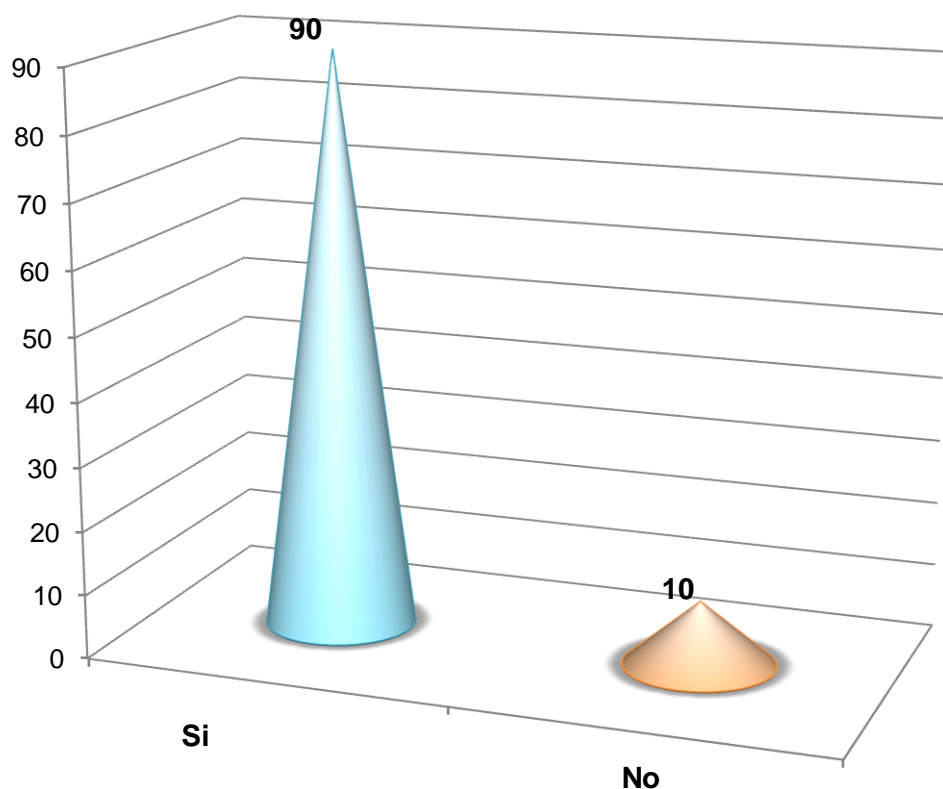
CUADRO No. 9

9. SE DA MANTENIMIENTO ADECUADO A LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DEL SERVICIO?

MANTENIMIENTO ADECUADO A LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DEL SERVICIO	F	%
Si	9	90
No	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, en relación a si se da o no mantenimiento adecuado a los instrumentos y equipos del servicio. Su respuesta fue: el 90% que sí; y el 10% dijo que no.

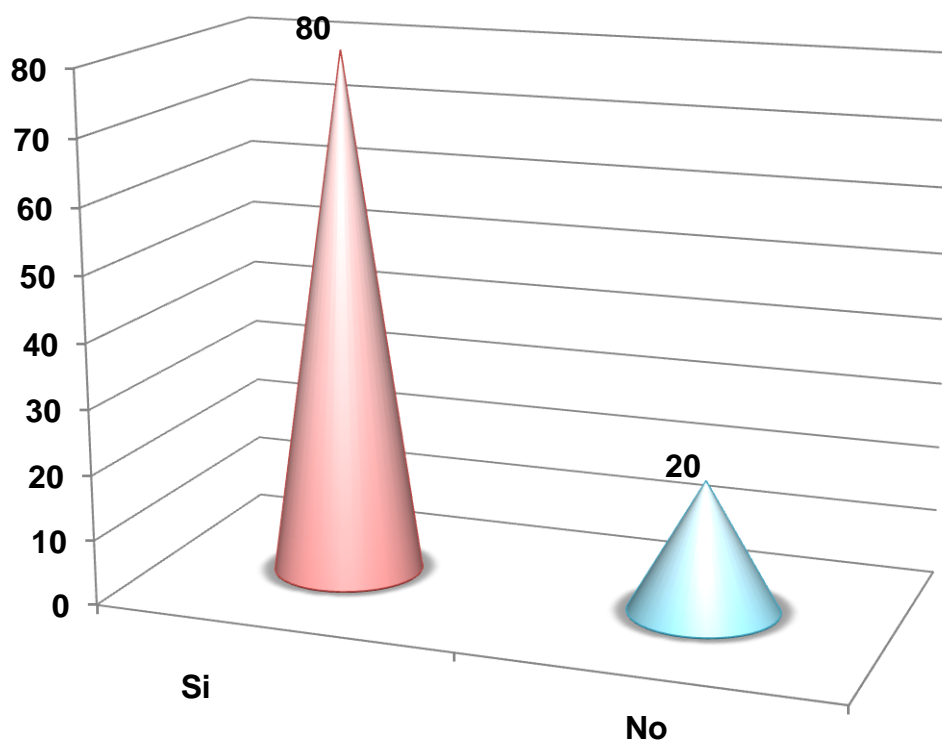
CUADRO No. 10

10. CUENTA EL SERVICIO CON TODOS LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE LAS DIETAS DE LOS USUARIOS?

CUENTA EL DPTO. CON TODOS LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS NECESARIOS	F	%
Si	8	80
No	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

En cuanto a si el servicio cuenta o no con todos los instrumentos y equipos necesarios para la preparación de las dietas de los usuarios, de acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, nos dijo que si, el 80%; y, que no el 20%.

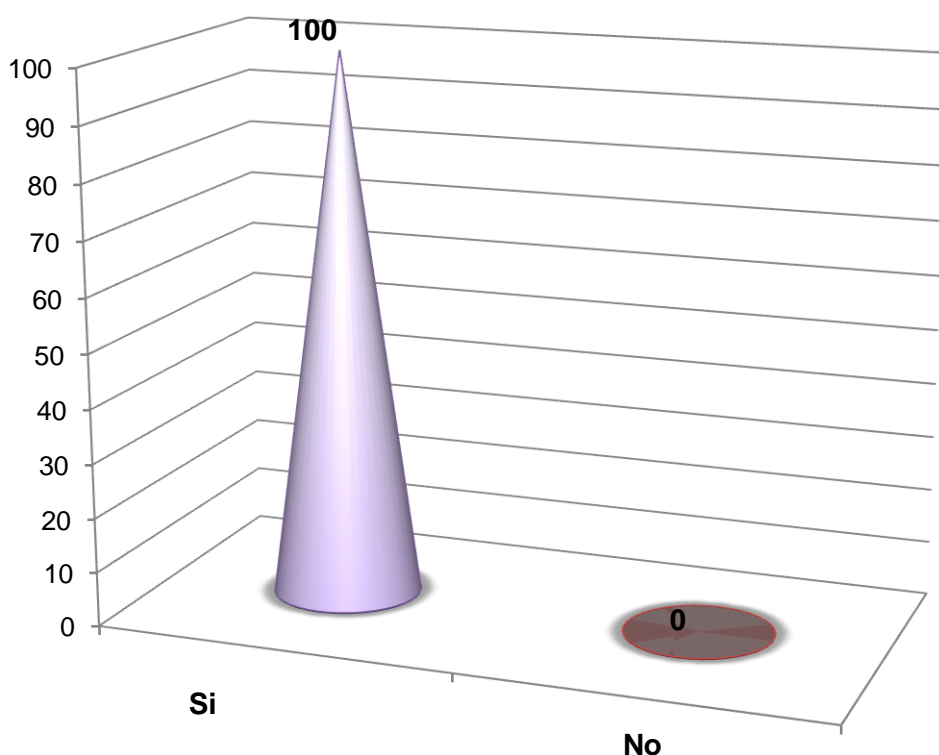
CUADRO No. 11

11.EL DPTO. CUENTA AGUA SEGURA Y DISPOSICIÓN ADECUADA DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS?

DPTO. CUENTA CON AGUA SEGURA Y DISPOSICIÓN ADECUADA DE DESECHOS	F	%
Si	10	100
No	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

A la pregunta si el Dpto. cuenta o no con agua segura y disposición adecuada de eliminación de residuos sólidos, los resultados de las encuestas aplicadas al personal del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, resultan que un 100% dice que sí.

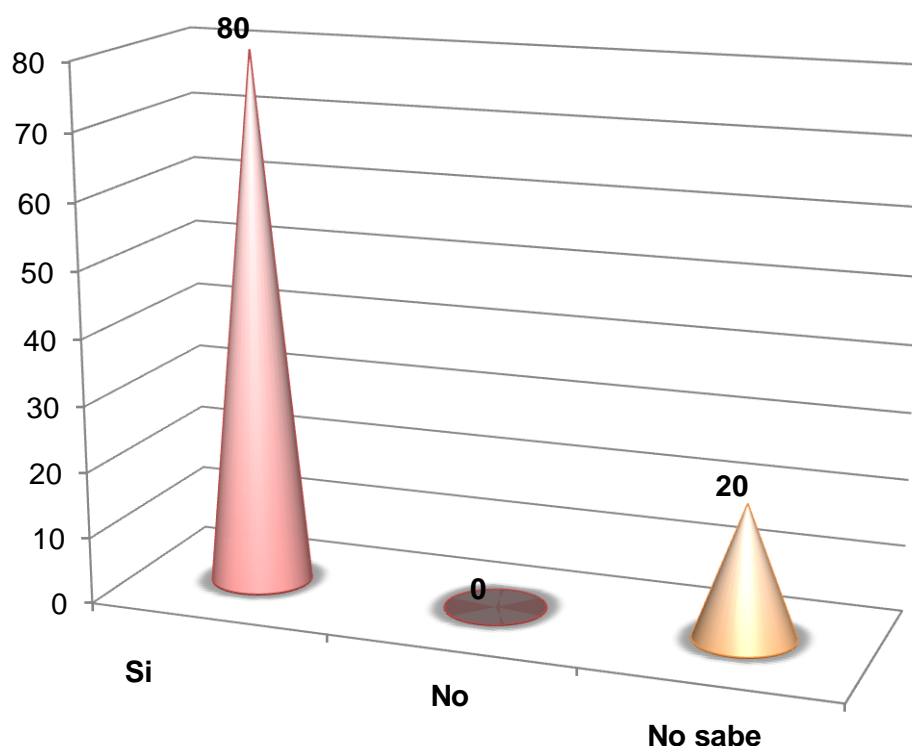
CUADRO No. 12

12. EL DPTO. CUENTA CON PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD?

DPTO. CUENTA CON PROYECTOS DE MEJORA DE CALIDAD	F	%
Si	8	80
No	0	0
No sabe	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Encuesta al Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

A la pregunta si el Dpto. cuenta o no con proyectos de mejora de calidad, los resultados de las encuestas aplicada a los miembros del Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, nos indican que el 80% dice que si; nadie contesta que no; y, el 20% no sabe.

ENCUESTA PARA LOS MÈDICOS SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

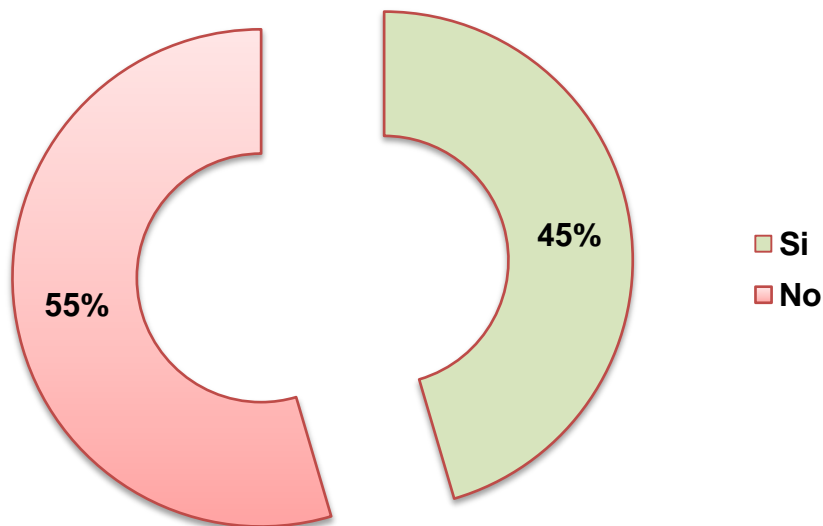
CUADRO No. 1

1. CONOCE UD. SOBRE LOS PLANES DE DIETAS QUE SE DAN EN EL HOSPITAL?

CONOCIMIENTO SOBRE PLANES DE DIETAS QUE SE DAN EN EL HOSPITAL	F	%
Si	5	45,45
No	6	54,55
TOTAL	11	100

Fuente: Encuesta a Médicos del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÀLISIS:

Los resultados de la encuesta aplicada a los médicos del Hospital del IESS de Portoviejo, sobre el manejo de dietas; el 54.55% dice que no conoce sobre este tema; y, el 45.45% dice lo contrario.

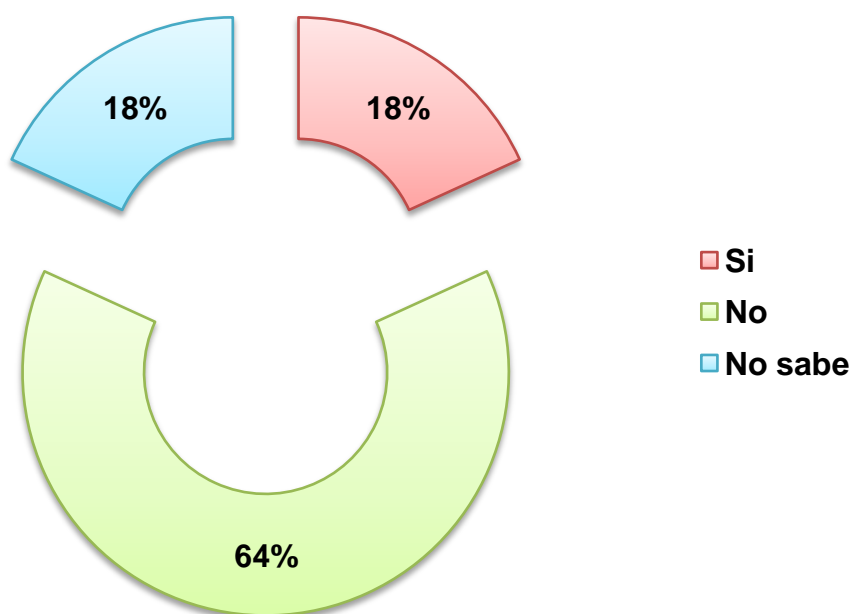
CUADRO No. 2

2. LAS DIETAS PRESCRITAS CONTIENEN LOS INGREDIENTES INDICADOS POR UD.?

CONTENIDO DE LAS DIETAS PRESCRITAS	F	%
Si	2	18,18
No	7	63,64
No sabe	2	18,18
TOTAL	11	100

Fuente: Encuesta a Médicos del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de la encuesta aplicada a los médicos del Hospital del IESS de Portoviejo, sobre el manejo de dietas; el 63.64% dice que las dietas prescritas no contienen los ingredientes indicados; compartiendo resultados con las opciones si y no sabe, con un 18.18% c/u.

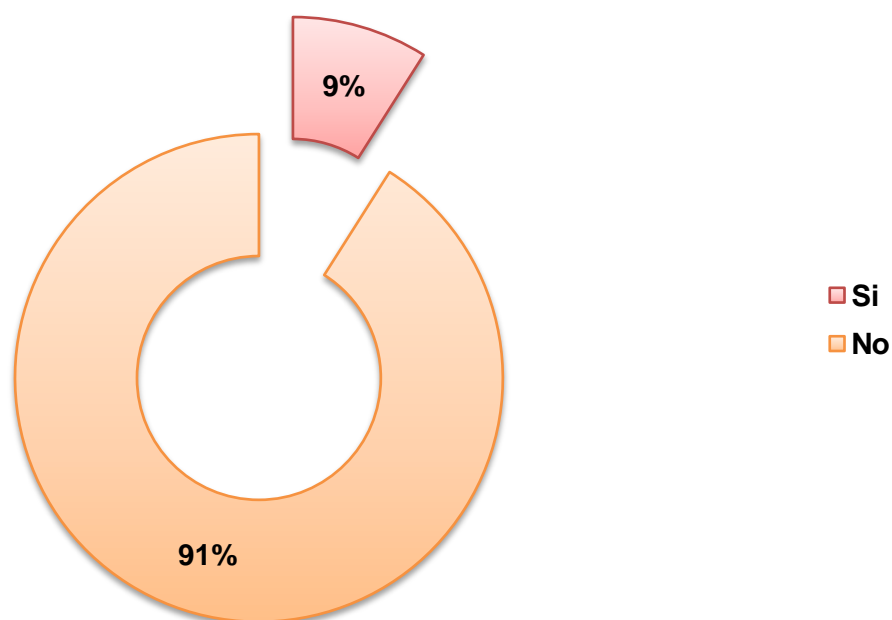
CUADRO No. 3

3. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA LE INFORMA A UD. SOBRE LAS DIETAS QUE SE LE SUMINISTRA A CADA PACIENTE?

INFORMACIÓN SOBRE LO QUE SE LE SUMINISTRA A CADA PACIENTE	F	%
Si	1	9
No	10	91
TOTAL	11	100

Fuente: Encuesta a Médicos del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de la encuesta aplicada a los médicos del Hospital del IESS de Portoviejo, sobre el manejo de dietas; el 91% dice que nutrición y dietética no le informa sobre las dietas que se le suministra a cada paciente; y un 9% dice que si se le suministra esta información.

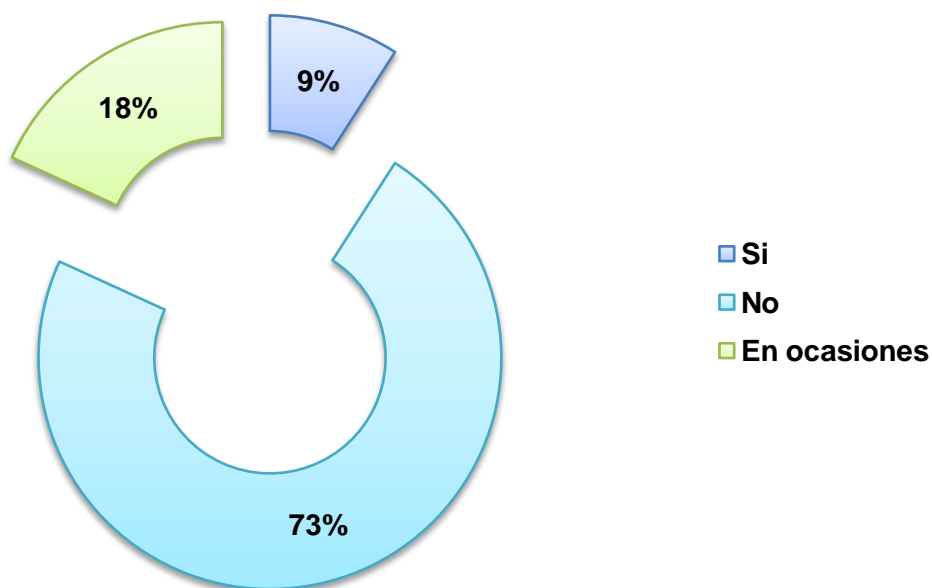
CUADRO No. 4

4. LAS DIETAS PRESCRITAS COINCIDEN CON LAS RECIBIDAS POR EL PACIENTE?

COINCIDENCIA DE DIETAS PRESCRITAS CON RECIBIDAS	F	%
Si	1	9
No	8	73
En ocasiones	2	18
TOTAL	11	100

Fuente: Encuesta a Médicos del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

Los resultados de la encuesta aplicada a los médicos del Hospital del IESS de Portoviejo, sobre el manejo de dietas; el 73% dice que las dietas prescritas no coinciden con las recibidas por el paciente; un 18% dice que en ocasiones; y, un 9% dice que si, a esta temática.

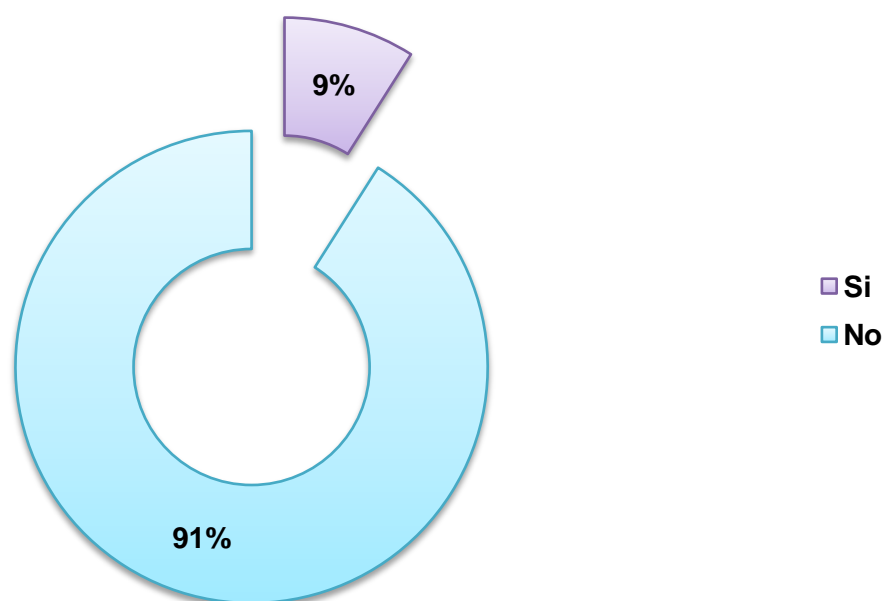
CUADRO No. 5

5. UD. CONOCE SI EL DPTO. DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA TIENE UN REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES?

EXISTENCIA DE UN REGISTRO DE EVOLUCIÓN NUTRICIONAL DE PACIENTES	F	%
Si	1	9
No	10	91
TOTAL	11	100

Fuente: Encuesta a Médicos del Hospital IESS de Portoviejo

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:




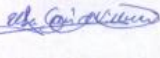
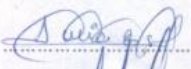
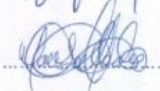
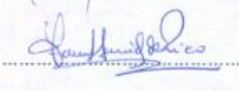
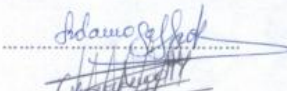


Los resultados de la encuesta aplicada a los médicos del Hospital del IESS de Portoviejo, sobre el manejo de dietas; específicamente sobre si conoce o no si el Dpto. de nutrición y dietética tiene un registro de la evolución del estado nutricional de los pacientes; el 91% dice que no; mientras un 9% dice que sí.

Evidenciándose que existe desconocimiento a cerca de los planes nutricionales para el área hospitalaria de esta casa de salud.

3.1.1.2. Actividad 2.- Organización del comité de Nutrición y Dietética.

Con fecha 23-05-2011, se cruzan oficios tanto a los Directivos del Hospital como a los Jefes de los diferentes servicios con los que cuenta, convocando a la organización del Comité de Nutrición y Dietética. Cabe indicar que la estructuración de este comité tuvo el éxito esperado, ya que asistieron un total de 11 personas.

(Apéndice 5)

	FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO	
HOSPITAL IESS PORTOVIEJO	Lcdo. Edmundo Pinargote <i>Maestrante</i>	UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ASISTENTES A LA ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO.		
Fecha: Mayo 30/2011		
Dr. Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs., GERENTE DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO	.....
Lcda. Aracely Romero, Mg. Sc., COORDINADORA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO	.....
Dr. Branly Zambrano, SUBDIRECTOR MÉDICO	.....
Lcda. Elba Cerón, Mg. Gs. DIRECTORA TÉCNICA	.....
Lcda. Julia Espinel, JEFE RESPONSABLE DE CLÍNICA DE VARONES	.....
Lcda. Rita Barreto, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE PEDIATRÍA	.....
Lcda. María Balladares, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES	.....
Lcda. Tania Hernández, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE CIRUGÍA	.....
Magaly Scott, Mg. Gs. JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE U.C.I.	.....
Tcnlg. Seleni Auad, DPTO. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	.....
Dra. Settys Carranza García, HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO	.....
Ing. Ricardo Loor, JEFE DE SERVICIOS GENERALES	.....

El 30/05/2011, se organiza el Comité de Nutrición y Dietética del Hospital, el mismo que quedó conformado así:

PRESIDENTE: Tcnlga. Seleni Auad
VICEPRESIDENTE: Dra. Settys Carranza,
SECRETARIA: Lcda. Magaly Scott,
COORDINADORAS: Lcda. Aracely Romero y Lcda. Elba Ceròn

El Dr. Marcelo Daza, Director del Hospital, agradeció a los presentes: Dr. Branly Zambrano, Subdirector Técnico, Dr. Ricardo Loor, Lcda. Elba Cerón, Dra. Settys Carranza, Tnlga. Seleni Auad, y, el Lcdo. Edmundo Pinargote, Maestrante UTPL, por haber asistido a este importante acto. Así lo demuestra la presente evidencia.



3.1.1.3. Actividad 3.- Difusión sobre aspectos de coordinación del Dpto. de nutrición y dietética, a la Subdirección Técnica y otras Áreas; y, aprobación del reglamento interno del comité.

Con 25-06-2011 se entrega a la Subdirección Técnica del hospital, un documento que contiene el Reglamento Interno del Comité de Nutrición y Dietética para su aprobación. El 12-07-2011 y 09-31-08-2011 se socializa este documento con las demás áreas. Además, se comunica aspectos de coordinación del Dpto. de nutrición y dietética. **(Apéndice 11)**



3.2. RESULTADO 2

3.2.1. TALENTO HUMANO QUE MANEJA DIETAS, CAPACITADO.

3.2.1.1. Actividad 1.- Aplicación de Encuesta Pre capacitación

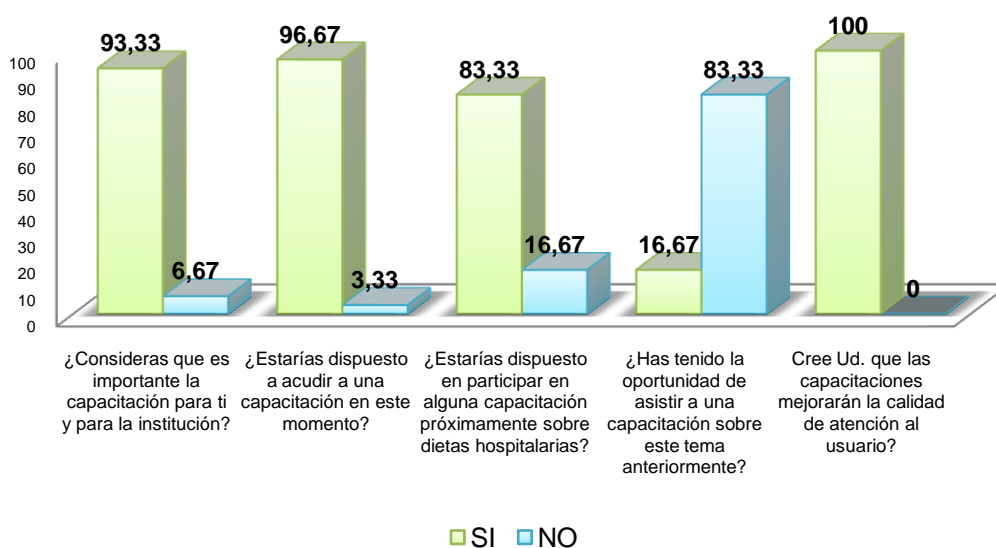
El día 24-10-2011, una vez iniciada la jornada de capacitación, se procede a aplicar la encuesta pre capacitación al equipo de salud asistente a este importante evento, cuyos resultados se reflejan a continuación:

ENCUESTA PRE CAPACITACIÓN AL EQUIPO DE SALUD ASISTENTE A LA ACTUALIZACIÓN SOBRE “DIETAS HOSPITALARIAS”

PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	F	%
¿Consideras que es importante la capacitación para ti y para la institución?	28	93,33	2	6,67
¿Estarías dispuesto a acudir a una capacitación en este momento?	29	96,67	1	3,33
¿Estarías dispuesto en participar en alguna capacitación próximamente sobre dietas hospitalarias?	25	83,33	5	16,67
¿Has tenido la oportunidad de asistir a una capacitación sobre este tema anteriormente?	5	16,67	25	83,33
Cree Ud. que las capacitaciones mejorarán la calidad de atención al usuario?	30	100,00	0	0,00

Fuente: Encuesta pre capacitación

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

De acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas al equipo de salud del Hospital del IESS de Portoviejo, previo a la capacitación, el 93.33% considera que es importante la capacitación tanto para ellos como para la institución; luego tenemos que el 96.67% manifiesta que si estaría dispuesto a acudir a una capacitación en este momento; un 83.33% que si estaría dispuesto a participar en alguna capacitación próximamente sobre dietas hospitalarias; el 16.67% dijo que si ha tenido la oportunidad de asistir a una capacitación sobre este tema anteriormente; y, finalmente, el 100% dijo que cree que las capacitaciones mejorarán la calidad de atención al usuario.

En tanto, un 83,33% dice que no ha tenido la oportunidad de asistir a una capacitación sobre este tema anteriormente; el 16,67, manifiesta que no estaría dispuesto en participar en alguna capacitación próximamente sobre dietas hospitalarias; y, un 6,67% dice que no considera importante la capacitación para ti y para la institución.

3.2.1.2. Actividad 2.- Ejecución de la Capacitación

Durante los días 24, 25, 26, 27 y 28 de Octubre del 2011, y con una jornada de duración de 8 horas diarias, se llevó a cabo la jornada de capacitación al Equipo de Salud que labora en el Hospital sobre “Dietas Hospitalarias”, con expositores tanto internos como externos. Se tuvo la participación activa de la Lcda. Esther Naranjo, nutricionista de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con exposiciones sobre la distribución de dietas hospitalarias. Cabe recalcar, que a cada una de estas conferencias se tuvo un total de 30 participantes, quienes conforman el equipo de salud del hospital.



Exposición de la Lcda. Esther Naranjo, Docente de la ULEAM, en la capacitación al equipo de salud del hospital sobre dietas hospitalarias.

3.2.1.3. Actividad 3.- Evaluación de la Capacitación.

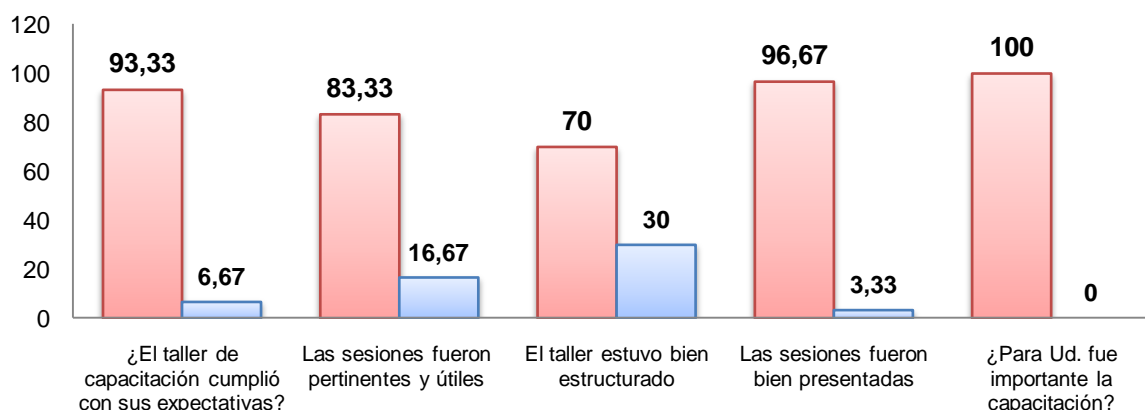
El día 28-10-2011, una vez culminada la jornada capacitatoria, se aplica una encuesta de satisfacción por la capacitación recibida, cuyos resultados se detallan a continuación:

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO ENCUESTA POST CAPACITACIÓN AL EQUIPO DE SALUD ASISTENTE A LA ACTUALIZACIÓN SOBRE “DIETAS HOSPITALARIAS”

PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	F	%
¿El taller de capacitación cumplió con sus expectativas?	28	93,33	2	6,67
Las sesiones fueron pertinentes y útiles	25	83,33	5	16,67
El taller estuvo bien estructurado	21	70,00	9	30,00
Las sesiones fueron bien presentadas	29	96,67	1	3,33
¿Para Ud. fue importante la capacitación?	30	100,00	0	0,00

Fuente: Encuesta post capacitación

Elaboración: Lcdo. Edmundo Pinargote



ANÁLISIS:

■ SI ■ NO

La encuesta post capacitación aplicada al equipo de salud del Hospital IESS de Portoviejo, nos indica que el 100% dice que la capacitación fue importante; el 96,67% dice que las sesiones fueron bien presentadas; el 93,33% dice que el taller de capacitación cumplió con sus expectativas; el 83,33% dice que las sesiones fueron pertinentes y útiles; y, el 70% dice que el taller estuvo bien estructurado. Por otro lado, el 30,00% dice que el taller no estuvo bien estructurado; el 16,67% dice que las sesiones fueron pertinentes y útiles; y, el 6,67% dice que el taller de capacitación no cumplió con sus expectativas.

3.3. RESULTADO 3

3.3.1. MANUAL DE DIETAS, ELABORADO Y APLICADO.

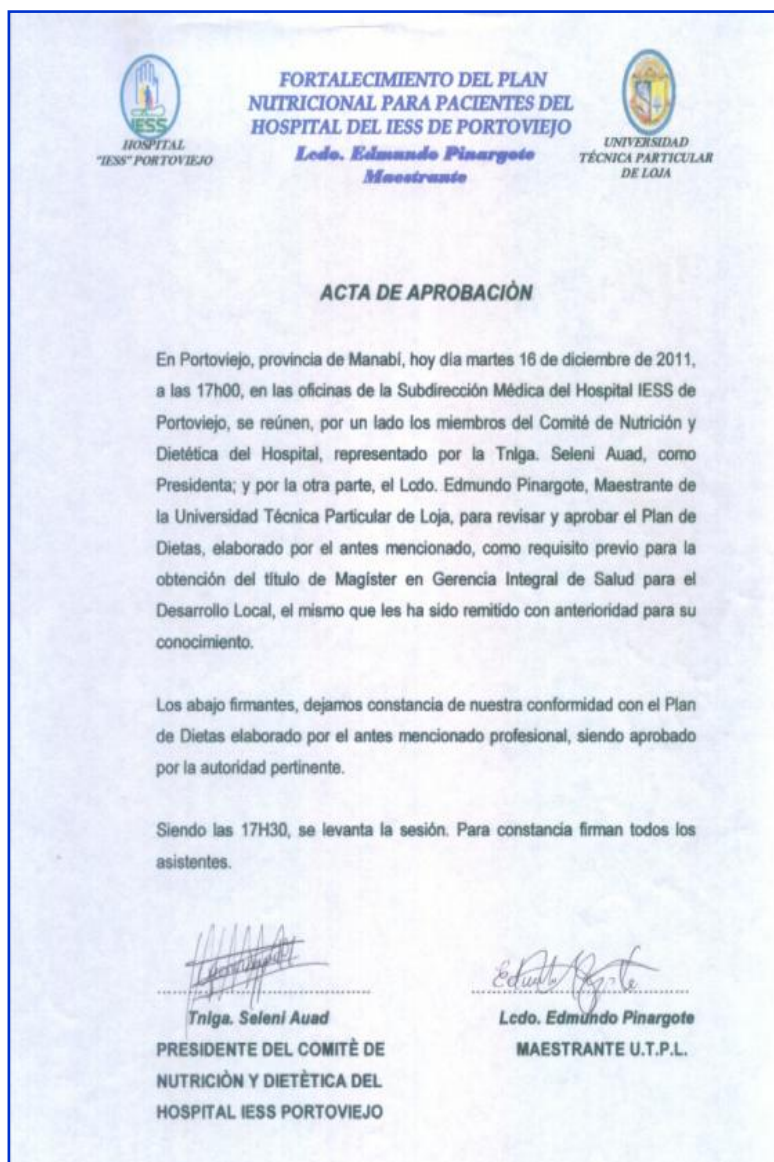
3.3.1.1. Actividad 1.- Elaboración del manual de dietas

Desde el 21 hasta el 30-11-2011, se inició la construcción del manual de dietas. Una vez recopilada toda la información necesaria, se la ordena y se procede a construir este documento, cuyo primer borrador fue entregado al Comité para su revisión. Una vez realizadas las observaciones y correcciones, se prepara el documento definitivo para su respectiva aprobación. **(Apéndice 13).**



3.3.1.2. Actividad 2.- Aprobación del manual de dietas

El 16-12-2011, en la Subdirección Técnica del Hospital IESS de Portoviejo, se llevó a cabo la aprobación del Plan de Dietas elaborado por el Maestrante, el mismo que fue aprobado por la Tnlga. Seleni Auad, en representación del Comité de Nutrición y Dietética. **(Apéndice 6)**



3.3.1.3. Actividad 3.- Difusión y entrega del documento a los diferentes servicios del hospital IESS Portoviejo.

El 22-12-2011, siendo las 15H00, en la Subdirección del Hospital IESS Portoviejo, se lleva a cabo una reunión, con la finalidad de realizar la entrega-recepción del Manual de Dietas aprobado a los diferentes servicios del hospital. Se recalca que a esta reunión asistieron las principales autoridades del Hospital, por lo que el acto resultó exitoso.

En la fotografía se observa al Lcdo. Edmundo Pinargote, realizando una breve explicación sobre el contenido del Manual de Dietas. Luego de este acto se procede a firmar el Acta de Entrega-Recepción con lo cual queda cumplida esta actividad.



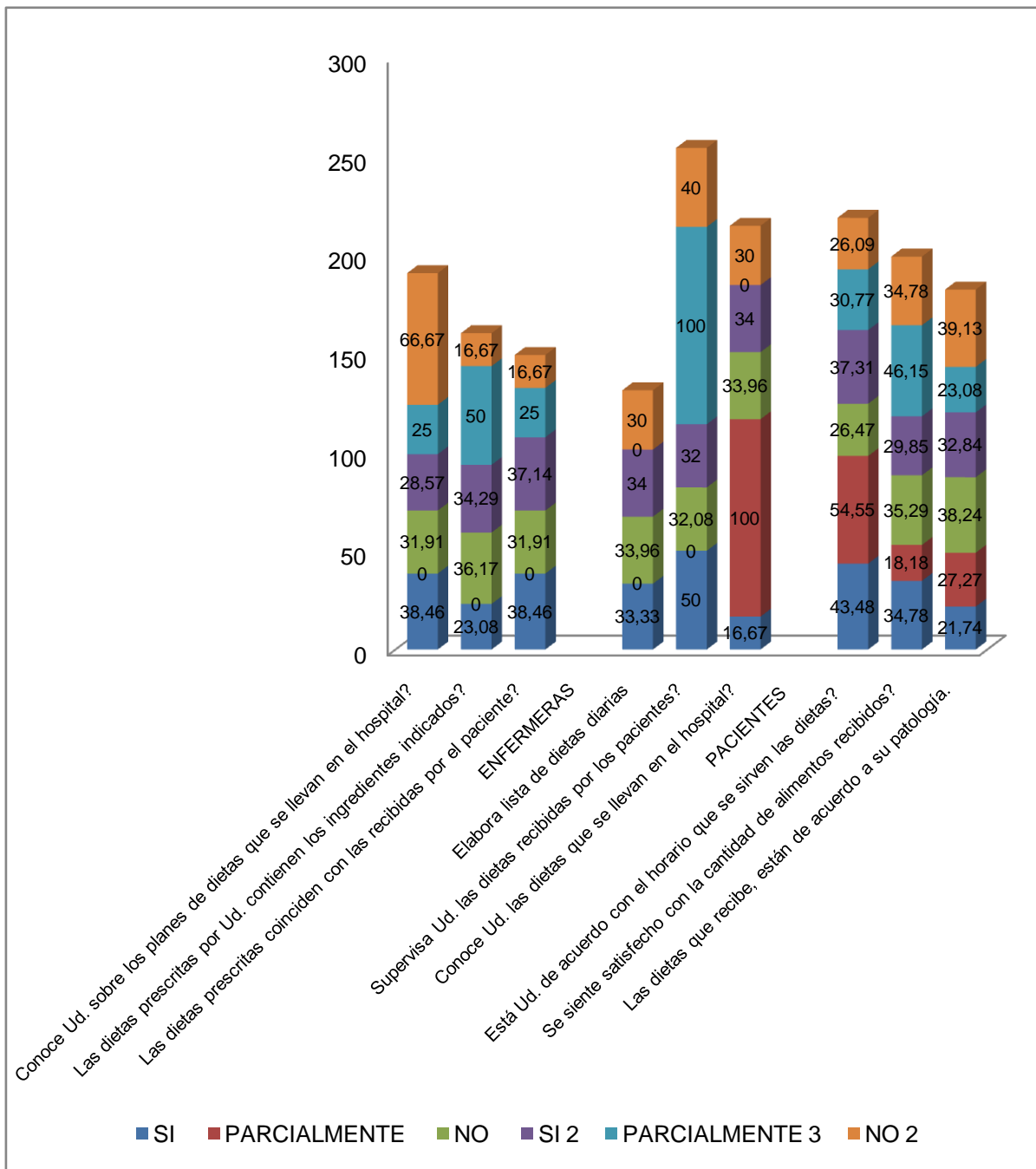
Constan en la foto, el Dr. Marcelo Daza, Director del Hospital, Dr. Branly Zambrano, Dra. Settys Carranza, Lcda. Elba Cerón, Lcda. Seleni Auad, y Lcdo. Edmundo Pinargote

3.3.1.4. Actividad 4.- Monitoreo del cumplimiento del plan de dietas.

El 30-12-2011, se realiza el monitoreo del cumplimiento del plan de dietas, para lo cual se aplicó una guía de supervisión del cumplimiento de planes nutricionales en el Hospital IESS de Portoviejo, cuyos resultados se reflejan en el presente cuadro y gráfico:

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO GUÍA DE SUPERVISIÓN DICIEMBRE 2011

ITEMS	ANTES DE EJECUTAR EL PROYECTO						DESPUÉS DE EJECUTADO EL PROYECTO					
	SI		PARC		NO		SI		PARC		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MÉDICOS (20)												
Conoce Ud. sobre los planes de dietas que se llevan en el hospital?	5	38,4	0	0	15	31,9	10	28,5	1	25,0	4	66,6
Las dietas prescritas por Ud. contienen los ingredientes indicados?	3	23,0	0	0	17	36,1	12	34,2	2	50,0	1	16,6
Las dietas prescritas coinciden con las recibidas por el paciente?	5	38,4	0	0	15	31,9	13	37,1	1	25,0	1	16,6
ENFERMERAS (20)												
Elabora lista de dietas diarias	2	33,3	0	0,00	18	33,9	17	34,0	0	0,00	3	30,0
Supervisa Ud. las dietas recibidas por los pacientes?	3	50,0	0	0,00	17	32,0	16	32,0	1	100	4	40,0
Conoce Ud. las dietas que se llevan en el hospital?	1	16,6	1	100	18	33,9	17	34,0	0	0,00	3	30,0
PACIENTES (34)												
Está Ud. de acuerdo con el horario que se sirven las dietas?	10	43,4	6	54,5	18	26,4	25	37,3	4	30,7	6	26,0
Se siente satisfecho con la cantidad de alimentos recibidos?	8	34,7	2	18,1	24	35,2	20	29,8	6	46,1	8	34,7
Las dietas que recibe, están de acuerdo a su patología.	5	21,7	3	27,2	26	38,2	22	32,8	3	23,0	9	39,1



ANÁLISIS:

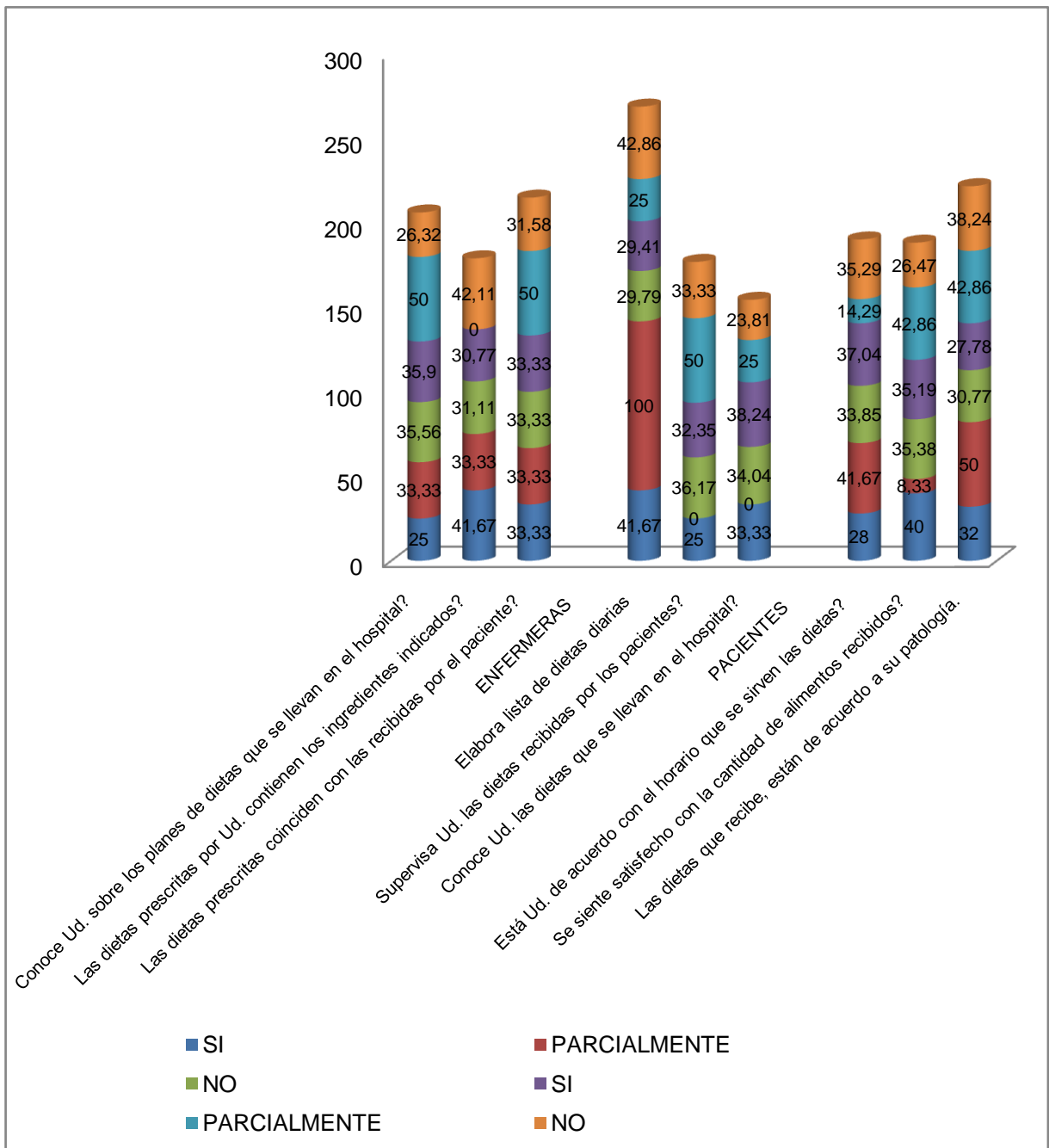
En el presente cuadro se puede observar que de 20 médicos; antes de la ejecución del proyecto 17 aducen que las dietas prescritas no contienen los ingredientes indicados; sin embargo, y luego de ejecutado el proyecto 12 contestan de manera positiva.

En las enfermeras se evidenció que antes de ejecutarse el proyecto, 18 no elaboraban lista de dietas diarias y conocía las dietas que se llevan en el hospital; luego de ejecutado el proyecto, 17 de ellas responde que si conoce de estas temáticas.

De los 34 usuarios hospitalizados, 26 dicen que las dietas que recibe no están de acuerdo a su patología; sin embargo, luego de ejecutado el proyecto 22 manifiestan que esta situación es positiva.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
GUÍA DE SUPERVISIÓN
ENERO 2012

ITEMS	ANTES DE EJECUTAR EL PROYECTO						DESPUÉS DE EJECUTADO EL PROYECTO					
	SI		PARC		NO		SI		PARC		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MÉDICOS (20)												
Conoce Ud. sobre los planes de dietas que se llevan en el hospital?	3	25,0	1	33,33	16	35,56	14	35,90	1	50,00	5	26,32
Las dietas prescritas por Ud. contienen los ingredientes indicados?	5	41,6	1	33,33	14	31,11	12	30,77	0	0,00	8	42,11
Las dietas prescritas coinciden con las recibidas por el paciente?	4	33,3	1	33,33	15	33,33	13	33,33	1	50,00	6	31,58
ENFERMERAS (20)												
Elabora lista de dietas diarias	5	41,6	1	100	14	29,79	10	29,41	1	25,00	9	42,86
Supervisa Ud. las dietas recibidas por los pacientes?	3	25,0	0	0,00	17	36,17	11	32,35	2	50,00	7	33,33
Conoce Ud. las dietas que se llevan en el hospital?	4	33,3	0	0,00	16	34,04	13	38,24	1	25,00	5	23,81
PACIENTES (34)												
Está Ud. de acuerdo con el horario que se sirven las dietas?	7	28,0	5	41,67	22	33,85	20	37,04	2	14,29	12	35,29
Se siente satisfecho con la cantidad de alimentos recibidos?	10	40,0	1	8,33	23	35,3	19	35,1	6	42,8	9	26,4
Las dietas que recibe, están de acuerdo a su patología.	8	32,0	6	50,0	20	30,7	15	27,7	6	42,8	13	38,2

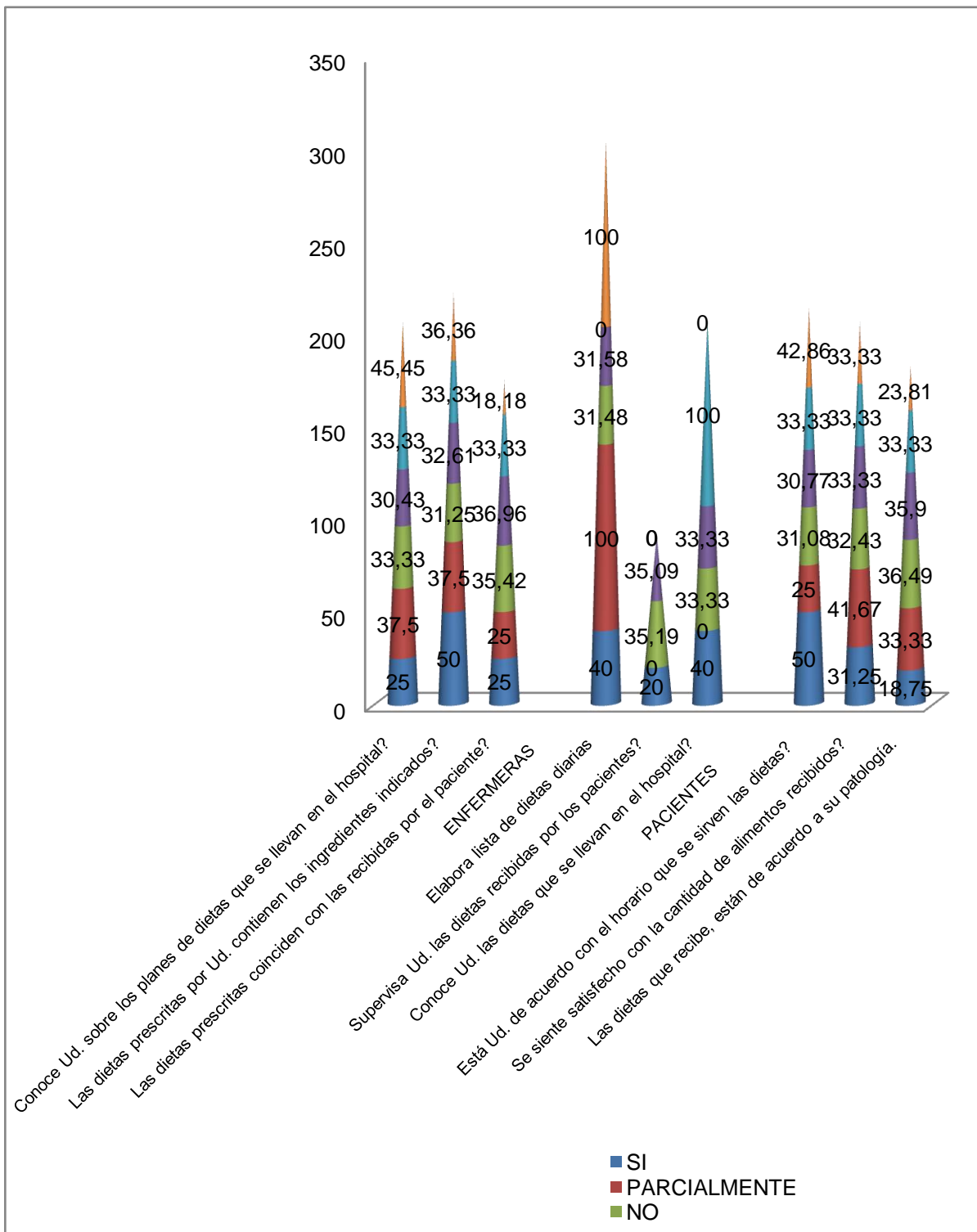


ANÀLISIS:

En el mes de Enero/2012, los médicos respondieron que no conocen sobre los planes de dietas que se llevan en el hospital; luego de ejecutado el proyecto 14 contestaron positivamente; por otro lado, el personal de enfermería respondió que no supervisa las dietas recibidas por los pacientes; una vez ejecutado el proyecto 11 dice que si realice esta supervisión; y, finalmente 23 pacientes antes de ejecutar el proyecto dijeron que no se sienten satisfechos con la cantidad de alimentos recibidos; luego de ejecutado el proyecto, 19 dicen que están satisfechos con esta situación.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
GUÍA DE SUPERVISIÓN
FEBRERO 2012

ITEMS	ANTES DE EJECUTAR EL PROYECTO						DESPUÉS DE EJECUTADO EL PROYECTO					
	SI		PARC		NO		SI		PARC		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MÉDICOS (20)												
Conoce Ud. sobre los planes de dietas que se llevan en el hospital?	1	25,00	3	37,50	16	33,33	14	30,43	1	33,33	5	45,45
Las dietas prescritas por Ud. contienen los ingredientes indicados?	2	50,00	3	37,50	15	31,25	15	32,61	1	33,33	4	36,36
Las dietas prescritas coinciden con las recibidas por el paciente?	1	25,00	2	25,00	17	35,42	17	36,96	1	33,33	2	18,18
ENFERMERAS (20)												
Elabora lista de dietas diarias	2	40,00	1	100	17	31,48	18	31,58	0	0,00	2	100
Supervisa Ud. las dietas recibidas por los pacientes?	1	20,00	0	0,00	19	35,19	20	35,09	0	0,00	0	0,00
Conoce Ud. las dietas que se llevan en el hospital?	2	40,00	0	0,00	18	33,33	19	33,33	1	100	0	0,00
PACIENTES (34)												
Está Ud. de acuerdo con el horario que se sirven las dietas?	8	50,00	3	25,00	23	31,08	24	30,77	1	33,33	9	42,86
Se siente satisfecho con la cantidad de alimentos recibidos?	5	31,25	5	41,67	24	32,43	26	33,33	1	33,33	7	33,33
Las dietas que recibe, están de acuerdo a su patología.	3	18,75	4	33,33	27	36,49	28	35,90	1	33,33	5	23,81



ANÁLISIS:

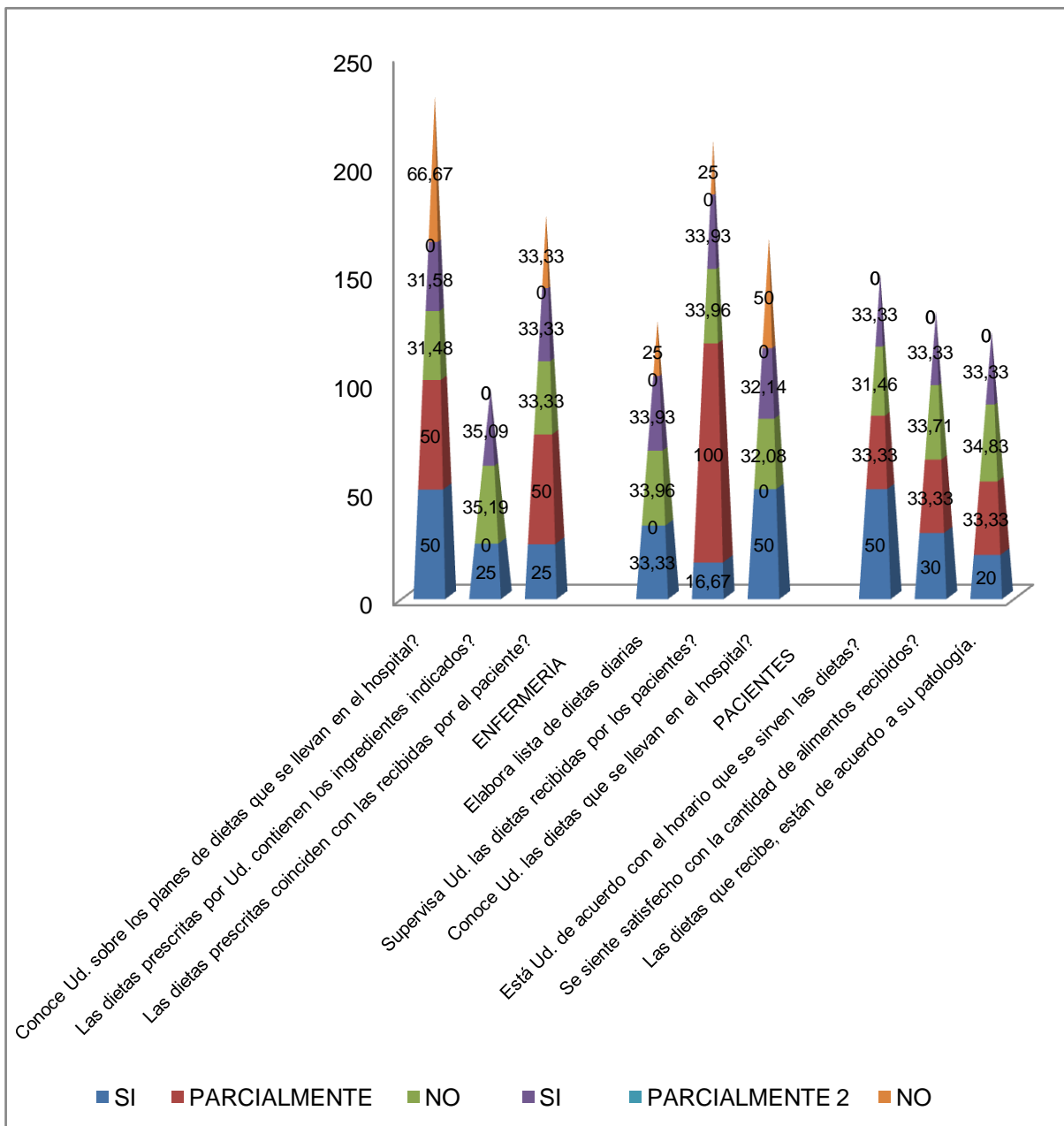
En el mes de Febrero, 17 médicos dicen que antes de ejecutar el proyecto que las dietas prescritas no coinciden con las recibidas por el paciente; una vez ejecutado el mismo 14 aducen conocer esta temática. Por otro lado, 19 enfermeras dicen que no supervisa las dietas; luego de ejecutado el proyecto, éstas manifiestan que si realizan esta actividad. 27 pacientes manifestaron que las dietas que reciben, no están acordes a su patología antes de ejecutar el proyecto; luego de la ejecución del mismo 28 dijeron que si se efectúa esta actividad.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

GUÍA DE SUPERVISIÓN

MARZO 2012

ITEMS	ANTES DE EJECUTAR EL PROYECTO						DESPUÉS DE EJECUTADO EL PROYECTO					
	SI		PARC		NO		SI		PARC		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MÉDICOS (20)												
Conoce Ud. sobre los planes de dietas que se llevan en el hospital?	2	50,00	1	50,00	17	31,48	18	31,58	0	0,00	2	66,67
Las dietas prescritas por Ud. contienen los ingredientes indicados?	1	25,00	0	0,00	19	35,19	20	35,09	0	0,00	0	0,00
Las dietas prescritas coinciden con las recibidas por el paciente?	1	25,00	1	50,00	18	33,33	19	33,33	0	0,00	1	33,33
ENFERMERAS (20)												
Elabora lista de dietas diarias	2	33,33	0	0,00	18	33,96	19	33,93	0	0,00	1	25,00
Supervisa Ud. las dietas recibidas por los pacientes?	1	16,67	1	100	18	33,96	19	33,93	0	0,00	1	25,00
Conoce Ud. las dietas que se llevan en el hospital?	3	50,00	0	0,00	17	32,08	18	32,14	0	0,00	2	50,00
PACIENTES (34)												
Está Ud. de acuerdo con el horario que se sirven las dietas?	5	50,00	1	33,33	28	31,46	34	33,33	0	0,00	0	0,00
Se siente satisfecho con la cantidad de alimentos recibidos?	3	30,00	1	33,33	30	33,71	34	33,33	0	0,00	0	0,00
Las dietas que recibe, están de acuerdo a su patología.	2	20,00	1	33,33	31	34,83	34	33,33	0	0,00	0	0,00



ANÁLISIS:

En el mes de marzo/2012, 17 médicos continuaban manifestando en su mayoría que las dietas prescritas por Ud. no contienen los ingredientes indicados, antes de ejecutarse el proyecto; sin embargo, una vez ejecutado el mismo, 18 manifestaron lo contrario. Así mismo, 18 enfermeras, antes de ejecutarse el proyecto manifestaron que no elabora lista de dietas diarias y que no supervisa las dietas recibidas por los pacientes; ya ejecutado el proyecto, 19 manifiestan que si lleva a cabo estas dos situaciones. De un total de 34 usuarios; 30 dijeron que no se siente satisfecho con la cantidad de alimentos recibidos antes del proyecto; luego de ejecutado el mismo, 34 dijeron que si la reciben.

COMPROBACION DE INDICADORES DE RESULTADO

RESULTADO 1: Comité de Nutrición y Dietética del Hospital IESS Portoviejo, conformado.

INDICADOR

- Hasta el 30-05-2011, el 100% del Comité de Nutrición y Dietética del Hospital IESS Portoviejo, conformado.

Este indicador se cumplió un 100%. Empezando por la realización de un diagnóstico del manejo dietético en el hospital y organizando el comité de nutrición y dietética del hospital.

Se convoca al equipo de salud involucrado en la alimentación del hospital para conformar el comité de nutrición y dietética, y con el fin de coordinar los compromisos para mejorar la calidad de vida hospitalaria.

Otra actividad que se llevó a efecto para cumplir con este indicador fue la difusión a la Subdirección Técnica sobre aspectos de coordinación del Dpto. de Nutrición y Dietética.



Directivos que conforman parte del Comité de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo. Constan: Dr. Marcelo Daza, Dr. Branly Zambrano; Dr. Ricardo Loor, Lcda. Elba Cerón, Lcda. Rita Barreto, y, Dra. Settys Carranza.

RESULTADO 2: TALENTO HUMANO QUE MANEJA DIETAS, CAPACITADO.

INDICADOR

- Hasta el 30-10-2011, el 85% del talento humano que maneja dietas, capacitado.

Este resultado también alcanzó un 100% de cumplimiento. Inicia con la revisión bibliográfica para diseñar el plan para el desarrollo de la capacitación. Aprovechando esta oportunidad para elaborar el material didáctico que se utilizaría en la misma, como trípticos, diapositivas, invitaciones, oficios, y papelògrafos.

También se aplicó antes de la capacitación una encuesta, la misma que reflejaba la necesidad de esta capacitación. El desarrollo de esta fue un éxito total, ya que se contó con la participación de 40 talentos humanos que forman parte del equipo de salud del hospital; y con expositores de reconocida valía dentro del ámbito local.

Al finalizar la capacitación se aplicó una encuesta de satisfacción, resultando que todos estuvieron complacidos con la capacitación realizada.



Equipo de Salud del Hospital del IESS de Portoviejo, asistentes a la Capacitación sobre el Manejo de Dietas Hospitalarias.

RESULTADO 3: MANUAL DE DIETAS, ELABORADO Y APLICADO.

INDICADOR

- Hasta el 31-12-2011, se elabora y aplica en un 100% el manual de dietas.

Este resultado se cumplió en un 100%; para este evento se realizó una revisión bibliográfica, la misma que sirvió para recolectar información para elaborar el manual de dietas. Una vez culminada esta actividad, se procede a la entrega para su aprobación, y luego dar paso a la difusión y entrega final del documento.



Lcdo. Edmundo Pinargote, durante la entrega del Manual de Dietas elaborado a la Lcda. Tania Hernández del Servicio de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo.

COMPROBACION DE INDICADORES DE PROPÓSITO Y FIN

PROPÓSITO: SE CUENTA CON UN PLAN NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

INDICADOR

- Hasta el 31-01-2012, el 100% del Hospital, cuenta con un plan nutricional.

Para el desarrollo de esta actividad, se procedió al diseño, elaboración, difusión y ubicación de una pancarta y/o gigantografía, en los diferentes servicios hospitalarios, con el fin de informar a los usuarios hospitalizados un plan nutricional.



FIN: Calidad de vida hospitalaria, buena.

INDICADOR

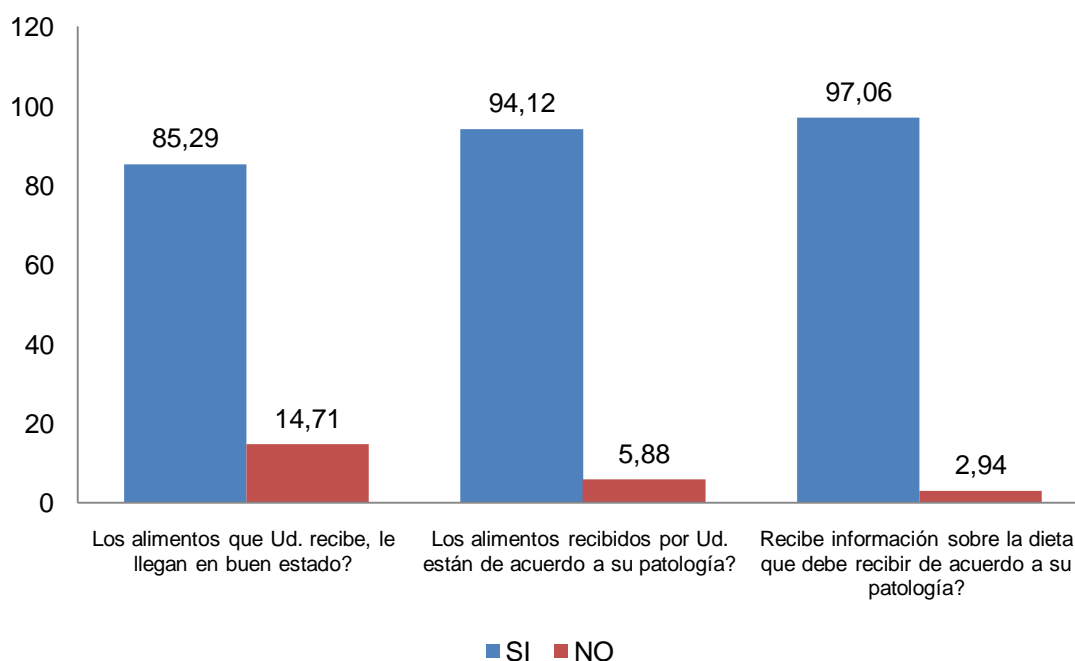
- Hasta el 30-03-2012, el 65% de la calidad de vida hospitalaria, es buena.

Este indicador se cumplió en su totalidad, como lo demuestran los resultados de la encuesta de satisfacción del usuario, cuyos resultados son:

HOSPITAL IESS – PORTOVIEJO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

1. Los alimentos recibidos, le llega a su cuarto:

RESPUESTA	SI		NO	
	F	%	F	%
Los alimentos que Ud. recibe, le llegan en buen estado?	29	85,29	5	14,71
Los alimentos recibidos por Ud. están de acuerdo a su patología?	32	94,12	2	5,88
Recibe información sobre la dieta que debe recibir de acuerdo a su patología?	33	97,06	1	2,94



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Al concluir el presente proyecto de acción, se concluye que:

- Se conformó el Comité de Nutrición y dietética entre el equipo de salud que labora en el Hospital IESS de Portoviejo, comprometiéndose a cumplir con lo estipulado dentro de las normativas que rigen este departamento.
- El 100% del equipo de salud del Hospital queda capacitado sobre el manejo de dietas al paciente hospitalizado.
- Se elaboró y aplicó el manual de dietas en áreas de alimentación y hospitalización de acuerdo a cuadros patológicos.
- Se monitorizó y evaluó la aplicación del manual de dietas en un 100%, cuyos resultados reflejan que actualmente se maneja mucho mejor la distribución de dietas a pacientes hospitalizados.

4.2. RECOMENDACIONES

A las autoridades hospitalarias: establecer una relación eficiente y eficaz a nivel institucional, con el propósito de desarrollar una gestión de formación continua en materia de actualización de conocimientos sobre distribución y manejo de dietas hospitalarias.

Que incrementen recursos humanos al Dpto. de Nutrición y Dietética, para cubrir la demanda de pacientes hospitalizados.

Que se implementen planes de supervisión para realizar el seguimiento de las dietas recibidas por los pacientes.

A los Jefes de área: monitorear, supervisar y evaluar semestralmente al equipo de salud, en la aplicación correcta de los planes de dietas para pacientes hospitalizados.

Al equipo de salud: coordinar el buen desenvolvimiento del manejo y distribución de dietas para el pacientes que se acerca a nuestra institución en busca de atención, utilizando los planes en forma adecuada, con el propósito de obtener una mejora en su salud, brindando así una atención con calidad, calidez, y equidad.

Al Dpto. de Nutrición y Dietética: que implemente un sistema de atención a los reclamos que realizan los pacientes hospitalizados con respecto a las dietas impartidas.

A la Universidad Técnica Particular de Loja: Que continúe promoviendo proyectos que permitan recibir el reconocimiento de las autoridades tanto locales como nacionales, por la aportación que se realiza para bien de las instituciones, personal y comunidad.

4.3. BIBLIOGRAFÍA

- 1. ALBARRACÍN MARÍN-BLAZQUEZ, Don Antonio. (2005).** Nutrición del paciente quirúrgico. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA REINA SOFIA. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVA. Recuperado: 20/03/2010. En: FCH53@ONO.COM
- 2. BECK, AM, et Al. (2001).** Food and nutritional care in hospitals: how to prevent undernutrition —report and guidelines from the Council of Europe. Clinical Nutrition.
- 3. BEHRENS Rolf (2004).** Práctica de la nutrición enteral: indicaciones, técnicas y cuidados posteriores. Editor Elsevier España
- 4. COELHO SC, y cols. (2004).** Perfil dos pacientes hospitalizados com úlcera de pressão. Revista Brasileira de Nutrição Clínica 19(2):64-69.
- 5. CULEBRAS-FERNÁNDEZ, J. M. (2001).** Nutrición en el paciente quirúrgico: inmunonutrición. (16:67-77). Encontrado en: www.nutrición.pdf. El: 24/03/2010).
- 6. DE LUIS ROMÁN, Daniel Antonio (2006).** Manual de nutrición y metabolismo. Ediciones Díaz de Santos S.A.
- 7. Dirección Provincial de Salud - Manabí (2007)**
- 8. DPSM. (2007).** Dpto. Epidemiología.

9. **ESTEBAN MJ, VICARIO MJ, LUCENA A, MOYANO N, GOMIS P, DE JUANA P. (2006).** Prescripción y elaboración de nutrición parenteral en los hospitales españoles. *Farmacia Hospitalaria*; 30:6-11.
10. **GARCÍA, RWD. y cols. (2004).** Estado nutricional e sua evolução em pacientes internados em clínica médica. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*.
11. **GIANOTTI, L, et Al. (2001).** A prospective randomized trial on immunonutrition in malnourished surgical patients. *Clin Nutr. (Suppl 3):67*.
12. **Gobierno de la Provincia de Manabí.** (Encontrado el 24-01-08). En: http://www.manabi.gov.ec/concejo_cat.php?gid=38&gidm=41&id=138
13. **Guía de Manabí** Recuperado (21-12-2007) En: <http://www.guiademanabi.com/cantones.php?can=4>
14. **HEYLAND, DAREN K. (2011).** Mejora de la práctica de terapia nutricional en el paciente crítico: Encuesta Internacional sobre nutrición 2011. Recuperado: 12/12/2011. Disponible en: dkh2@queensu.ca
15. **INEC – CEPAL.** Ecuador. Proyección de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Periodo 2001-2010.
16. **INEC. (2005).** Censo de Población y Vivienda. Folleto El Diario: Portoviejo y sus cantones. III Edición. Año 2005.
17. **INEC.- Anuario de Estadísticas Vitales (2005).** Encontrado en www.inec.gov.ec. El 15/03/09
18. **INEC. Encuesta de Condiciones de Vida. Quinta Ronda. 2006.**
19. **LEANDRO-MERHI, VA, (2004).** Estado nutricional de pacientes hospitalizados en un hospital privado. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*.
20. **LÓPEZ-PARDO, M Y COL. (2006).** “Adaptación de la Enseñanza Universitaria de Farmacología, Nutrición y Dietética a la Metodología Enfermera”. Escuela Universitaria de Enfermería de Córdoba. 2006
21. **MANTIK LEWIS, Sharon (2004).** *Enfermería medico quirúrgica*. Edit. Elsevier, España. Edic. 6ª.
22. **MATARESE, Laura E. (2004).** *Nutrición Clínica Práctica*. Edit. Elsevier/Saunders, 2ª. Edición. España.
23. **MEDINA MOYA JL (2005).** “Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería”. Publicacions I Edicions. Universidad de Barcelona.
24. **MONTEIRO JP, y cols. (2000).** Food intake of a typical brasilian diet among hospitalized malnourished patients. *Clinical Nutrition*

25. **MUNICIPALIDAD DE PORTOVIEJO. (2009).** Diagnóstico de Salud y Bienestar Social Portoviejo 2020. Encontrado: 15/03/2009). En: www.i.municipalidadportoviejo.gov.ec.
26. **SÁNCHEZ LÓPES AM, MORENO-TORRES HERRERA R, PÉREZ DE LA CRUZ AJ. (2005).** “Prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología”. Nutr Hosp. XX(2):121-30
27. **SIISE 4.5. (2001)** Tasa de población que cuenta con servicio de recolección de basura Cantón Portoviejo
28. **SNEM, INH, CEMEIN. (2007).** Informe Final de la Estimación de Cuentas Nacionales de Salud. Ecuador, Incluye Hospitales, Clínicas, Consultorios y Dispensarios privados.
29. **TOWNSEND, Courtney M. (2005).** Sabiston: Tratado de Cirugía. Edición 17, Editorial Elsevier España.
30. **UNDP-UNICEF (2003).** Ecuador: Sostenibilidad Fiscal y Desarrollo Humano, 1970-2010. Génesis Ediciones, Quito.

APÈNDICES

APÈNDICE 1: CERTIFICACION INSTITUCIONAL



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS. PORTOVIEJO

CERTIFICACION

Dr. Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs, en calidad de Director el Hospital IESS-Portoviejo, tiene a bien CERTIFICAR:

Que, el Lcdo. Edmundo Pinargote Macias, con C.I. No. 1305109215, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, previa autorización desarrolló con éxito en esta casa de salud, su proyecto de acción titulado:

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ASISTENCIA NUTRICIONAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO. AÑO 2011.

Proyecto que tuvo como objetivo mejorar la calidad de atención del paciente ingresado en el Hospital del IESS Portoviejo,

A través de las siguientes estrategias:

- Implementar el plan de fortalecimiento nutricional para los pacientes hospitalizados, mediante la conformación del Comité de Nutrición y Dietética.*
- Capacitar al personal que maneja dietas sobre el manejo de planes nutricionales*
- Normatizar planes nutricionales en las áreas de hospitalización, mediante el manual de dietas.*

Lo que certifico en honor a la verdad.

Portoviejo, Diciembre 16 del 2011.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Dr. Marcelo Daza Alvarado Mg. Gs.

**Dr. Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs.
DIRECTOR HOSPITAL IESS PORTOVIEJO**

APÈNDICE 2: REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN- ACCIÓN.

Nombres y Apellidos: Lcdo. Edmundo Pinargote



Centro Universitario: Universidad Particular de Loja

Título del proyecto: Fortalecimiento de la asistencia nutricional en pacientes del Hospital del IESS de Portoviejo. Año 2011.

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)									OBSERVACIONES
		E	F	M	A	M	J	J	A		
RESULTADO 1											
Comité de Nutrición y Dietética del Hospital IESS Portoviejo, conformado.	Hasta el 30-05-2011, el 100% del Comité de Nutrición y Dietética del Hospital IESS Portoviejo, conformado.	1 5	1 5	1 5	1 5	1 5	1 0	1 0	1 0	5	Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2											
Talento humano que maneja dietas, capacitado.	Hasta el 30-10-2011, el 85% del talento humano que maneja dietas, capacitado.		5 0	5 0							Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 3											
Manual de dietas, elaborado y aplicado.	Hasta el 31-12-2011, se elabora y aplica en un 100% el manual de dietas.				5 0	5 0					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

Lic. Susana Donoso, Mg.Sc
DIRECTORA DE TESIS

APÈNDICE 3: OFICIOS ENVIADOS

**FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
Lcdo. Edmundo Pinargote
Muestrante


Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

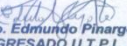
Dr.
Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs.
GERENTE DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Presente

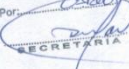
De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, solicito a Ud. ordene a quien corresponda, la autorización para conformar el Comité de Nutrición y Dietética, y, a la vez le hago una cordial invitación para que nos acompañe en tan importante acto, la misma que se llevará a cabo el día 27 de Mayo del presente año, a las 12H00, en el Comedor del Hospital.



Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
GERENCIA
Hora: 13H15
Fecha: 2011-05-23
Por: 
SECRETARIA

cc. Archivo.

**FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
Lcdo. Edmundo Pinargote
Muestrante


Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

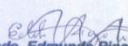
Dr.
Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs.
GERENTE DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Presente

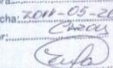
De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
GERENCIA
Hora: 12H34
Fecha: 2011-05-26
Por: 
SECRETARIA

cc. Archivo.



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
*Lcdo. Edmundo Pinargote
Muestrante*



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Lcda.
Aracely Romero, Mg. Sc.
**COORDINADORA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DEL IESS DE
PORTOVIEJO**
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,

Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L



cc. Archivo.



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
*Lcdo. Edmundo Pinargote
Muestrante*



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Dr.
Branly Zambrano,
SUBDIRECTOR TÉCNICO DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,

Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L



cc. Archivo.



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
*Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante*



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Lcda.
Julia Espinel,
**JEFE RESPONSABLE DE CLÍNICA DE VARONES DEL HOSPITAL DEL
IESS DE PORTOVIEJO**
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L



cc. Archivo.



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
*Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante*



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Lcda.
Rita Barreto,
**JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DEL
IESS DE PORTOVIEJO**
Presente

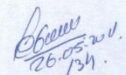
De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L


26.05.2011

cc. Archivo.



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
*Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante*



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Lcda.
Maria Balladares,
JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L

*Recibido
M. Balladares
26-05-2011
12/11/11*

cc. Archivo.



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
*Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante*



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Lcda.
Tania Hernández,
JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DEL
IESS DE PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L

*26/05/11
Tania Hernández*

cc. Archivo.



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

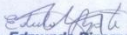
Lcda.
Magaly Scott,
JEFE DEL ÁREA DE U.C.I. DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L

cc. Archivo.


26-05-2011



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Tniga.
Seleni Auad,
DPTO. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL HOSPITAL DEL IESS DE
PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L

cc. Archivo.

Recibido.
2011-05-26




FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Mostrante



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Dra.
Setys Carranza García,
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L.



cc. Archivo.



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Mostrante



Portoviejo, Mayo 23 del 2011.

Ing.
Ricardo Loor,
JEFE DE SERVICIOS GENERALES DEL HOSPITAL DEL IESS DE
PORTOVIEJO
Presente


De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la conformación del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L.


2011-05-26
13:00

cc. Archivo.



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 23 del 2011.

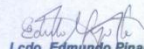
Ing.
Ricardo Loor,
JEFE DE SERVICIOS GENERALES DEL HOSPITAL DEL IESS DE
PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, solicito a Ud. se me facilite las instalaciones del Auditorium del Hospital, para la realización de las Conferencias "Distribución de dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo los días 23-24-25-28 y 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 17H00, eventos a los cuales le estoy invitando muy cordialmente.

Esperando una respuesta favorable a la presente, desde ya le quedo muy agradecido.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L


2011-10-29
12:11

cc. Archivo.



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Mayo 23 del 2011

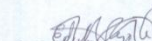
Lcda.
Elba Cerón, Mg. Gs.
DIRECTORA TÉCNICA DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

El suscrito, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, invito a Ud. a una reunión, la misma que tendrá como fin la organización del Comité de Nutrición y Dietética, la misma que se llevará a cabo el día 30 de Mayo del presente año, a las 10H00, en el Comedor del Hospital.

Seguro de contar con su presencia, me es grato reiterar a Ud. mis agradecimientos.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L

cc. Arch.


Recibido
2011-05-24 12:11



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Lcda.
Seleny Auad,
TECNÓLOGO MÉDICO NUTRICIONISTA
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Normas de higiene
FECHA: 24/10/2011
HORA: 14H00-16H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.

Recibida
2011-10-14




FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Dr.
Victor Vallejo
MÉDICO HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Dietas para pacientes con gastrectomía
FECHA: 25/10/2011
HORA: 09H00-11H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.


Recibida 6 de 10 2011



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



UNIVERSIDAD
TÉCNICA PARTICULAR
DE LOJA

Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Lcda.
Esther Naranjo, Mg. Sc.
NUTRICIONISTA-DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ELOY ALFARO DE MANABI
Presente


De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Plan de dietas hospitalarias
FECHA: 27/10/2011
HORA: 09H00-11H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.

*Recibido
14 Oct 2011
Esther Naranjo*



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.


Dr.
Jhonny Loor
MÉDICO HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como EXPOSITOR, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Dietas para pacientes postquirúrgicos
FECHA: 25/10/2011
HORA: 11H00-13H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,

Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.

14. 11. 2011
Recibido



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Dra.
Setis Carranza,
MÉDICO HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como **EXPOSITOR**, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Dieta hipocalórica
FECHA: 29/10/2011
HORA: 11H00-13H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.





FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Lcda.
Mayra Franco,
HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como **EXPOSITOR**, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Alimentación en el niño sano
FECHA: 24/10/2011
HORA: 10H00-12H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.


RECIBIDO
14/10/11



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**

**Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante**



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Dra.
Katty Zambrano
MÉDICO HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como **EXPOSITOR**, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Plan de dietas a pacientes diabéticos
FECHA: 27/10/2011
HORA: 11H00-13H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.

*Recibido
14/10/2011
Katty Zambrano*



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**

**Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante**



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Dr.
Gilberto Guillán
MÉDICO HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

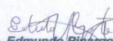
De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como **EXPOSITOR**, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Alimentación de pacientes con EDA
FECHA: 25/10/2011
HORA: 14H00-16H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.





FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Dra.
Peggy Palma Zambrano
MÉDICO DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

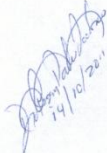
Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como **EXPOSITOR**, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Prevención y salud bucal
FECHA: 24/10/2011
HORA: 12H00-13H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.


14/10/2011



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



Portoviejo, Octubre 14 del 2011.

Dra.
Mariela Macías,
MÉDICO DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, el egresado de la Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo local de la U.T.P.L. Lcdo. Edmundo Pinargote Macías, le extiende un cordial saludo y a la vez le solicita su participación como **EXPOSITOR**, en las Conferencias "Dietas hospitalarias", las mismas que se llevarán a cabo desde el 24 al 29 de Octubre/2011, en el horario de 09H00 a 16H00, de acuerdo al siguiente cronograma:

TEMA: Nutrición Adolescentes y Adultos Mayores
FECHA: 24/10/2011
HORA: 09H00-10H00
LUGAR: Auditorium Hospital IESS de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,


Lcdo. Edmundo Pinargote Macías,
EGRESADO U.T.P.L.


N° 10 2011

APÉNDICE 4: ENCUESTAS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO



ENCUESTA SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

FECHA:

LUGAR:

RESPONSABLE:

1. El personal de salud aplica guías para la preparación de alimentos?
SI NO
2. El departamento identifica y aborda los problemas de acceso de los usuarios al Servicio de Nutrición y Dietética.
SI NO
3. El departamento cuenta con agua segura, disposición adecuada de eliminación de residuos sólidos.
SI NO
4. El departamento cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario
SI NO
5. El departamento de nutrición cuenta con proyectos de mejora de la calidad
SI NO
6. El equipo participa en el análisis de la problemática del servicio
SI NO
7. Los usuarios se sienten satisfechos con el servicio de nutrición
SI NO
8. El personal de salud está satisfecho con tu trabajo
SI NO
9. Cree Ud. que la dieta que sirven a los usuarios es la adecuada.
SI NO
10. Se publican las dietas en los servicios
SI NO



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO



ENCUESTA PARA EL USUARIO SOBRE DIETAS RECIBIDAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

FECHA:

LUGAR:

RESPONSABLE:

8. QUE LE PARECE LA PRESENTACION DE LOS ALIMENTOS?
Bien Regular Mal
9. LA CANTIDAD DE ALIMENTOS RECIBIDOS LE PARECE:
Suficientes Insuficientes
10. LOS ALIMENTOS RECIBIDOS LE LLEGAN A SU CUARTO:
Frio Caliente
11. ESTÁ UD. DE ACUERDO CON EL HORARIO QUE SE SIRVEN LAS DIETA S?

	SI	No
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Almuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. SE SIENTE SATISFECHO CON LOS ALIMENTOS RECIBIDOS?
SI No
13. ESTÁ CONFORME CON EL TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL QUE ENTREGA LAS DIETA S?
SI No
14. CONSIDERA UD. QUE LOS ALIMENTOS RECIBIDOS EN LA DIETA ESTÁN EN BUENA S CONDICIONES:
SI No



ENCUESTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

FECHA:

LUGAR:

RESPONSABLE:

1. CONOCE UD. LOS PLANES DE DIETAS EXISTENTES EN EL HOSPITAL?

Si No
2. UD. SUPERVISA LAS DIETAS QUE RECIBEN LOS PACIENTES?

Si No
3. UD. COORDINA CON EL DPTO. DE NUTRICIÓN LAS DIETAS PRESCRITAS POR LOS MÉDICOS?

Si No
4. ELABORA LISTAS DE DIETAS DIARIAS?

Si No
5. LOS USUARIOS ESTÁN SATISFECHOS CON EL SERVICIO DE NUTRICIÓN?

Si No
6. CREE UD. QUE LA DIETA QUE SIRVEN A LOS USUARIOS ES LA ADECUADA?

Si No
7. SE PUBLICAN LAS DIETAS EN LOS SERVICIOS?

Si No
8. EL DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA REALIZAR LA VISITA DIARIA A PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES?

Si No
9. SE LLEVA REGISTRO DE LOS RECLAMOS O QUEJAS DE LOS USUARIOS?

Si No
10. APLICA UD. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LAS DIETAS RECIBIDAS?

Si No



ENCUESTA PARA EL DPTO. DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

FECHA:

LUGAR:

RESPONSABLE:

1. EL DPTO. DE NUTRICIÓN CUENTA CON PLANES DE DIETA?

Si No
2. EL PERSONAL APLICA GUÍA PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS?

Si No
3. EL PERSONAL CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN SOBRE DIETA?

Si No
4. EL DPTO. CUENTA CON UN PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL PACIENTE Y FAMILIA?

Si No
5. EL PERSONAL DEL DPTO. DE NUTRICIÓN HA RECIBIDO CURSOS DE BIOSEGURIDAD?

Si No
6. EL DPTO. LLEVA REGISTROS DE RECLAMOS O QUEJAS DE LOS USUARIOS?

Si No
7. EL PERSONAL DE NUTRICIÓN CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA REALIZAR LA VISITA DIARIA A PACIENTES CON DIETAS ESPECIALES?

Si No
8. LA ADQUISICIÓN DE LOS ALIMENTOS SE LOS REALIZA DE ACUERDO A:

Patologías Prevalentes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Gusto del usuario	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Imposición de las autoridades	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. SE DA MANTENIMIENTO ADECUADO A LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DEL SERVICIO?

Si No
10. CUENTA EL SERVICIO CON TODOS LOS INSTRUMENTOS Y EQUIPOS NECESARIOS PARA LA PREPARACIÓN DE LAS DIETAS DE LOS USUARIOS?

Si No
11. EL DPTO. CUENTA AGUA SEGURA Y DISPOSICIÓN ADECUADA DE ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS?

Si No
12. EL DPTO. CUENTA CON PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD?

Si No



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO



ENCUESTA PARA LOS MÉDICOS SOBRE EL MANEJO DE DIETAS EN EL
HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

FECHA:
LUGAR:
RESPONSABLE:

1. CONOCE UD. SOBRE LOS PLANES DE DIETAS QUE SE DAN EN EL HOSPITAL?
Si No
2. LAS DIETAS PRESCRITAS CONTIENEN LOS INGREDIENTES INDICADOS POR UD.?
Si No
3. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA LE INFORMA A UD. SOBRE LAS DIETAS QUE SE LE SUMINISTRA A CADA PACIENTE?
Si No
4. LAS DIETAS PRESCRITAS COINCIDEN CON LAS RECIBIDAS POR EL PACIENTE?
Si No
5. UD. CONOCE SI EL DPTO. DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA TIENE UN REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES?
Si No

GRACIAS



FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO

*Ldo. Edmundo Pinargote
Maestrante*



ENCUESTA PRE CAPACITACIÓN AL EQUIPO DE SALUD ASISTENTE A
LA ACTUALIZACIÓN SOBRE "DIETAS HOSPITALARIAS"

Fecha: 24/10/2011

1. ¿Consideras que es importante la capacitación para ti y para la institución?
Si No
2. ¿Estarías dispuesto a acudir a una capacitación en este momento?
Si No
3. ¿Estarías dispuesto en participar en alguna capacitación próximamente sobre dietas hospitalarias?
Si No
4. ¿Has tenido la oportunidad de asistir a una capacitación sobre este tema anteriormente?
Si No
5. Cree Ud. que las capacitaciones mejorarán la calidad de atención al usuario?
Si No

GRACIAS |



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**
*Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante*



HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

**ENCUESTA POST CAPACITACIÓN AL EQUIPO DE SALUD ASISTENTE
A LA ACTUALIZACIÓN SOBRE "DIETAS HOSPITALARIAS"**

1. ¿El taller de capacitación cumplió con sus expectativas?

SI NO

2. Las sesiones fueron pertinentes y útiles

SI NO

3. El taller estuvo bien estructurado

SI NO

4. Las sesiones fueron bien presentadas


SI NO

5. ¿Para Ud. fue importante la capacitación?


SI NO

MUCHAS GRACIAS

APÈNDICE 5: LISTAS DE ASISTENCIA




FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante




ASISTENTES A LA ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

Fecha: Mayo 30/2011

Dr. Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs., GERENTE DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO	..... <i>[Signature]</i>
Lcda. Aracely Romero, Mg. Sc., COORDINADORA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO	..... <i>[Signature]</i>
Dr. Branly Zambrano, SUBDIRECTOR MÉDICO	..... <i>[Signature]</i>
Lcda. Elba Cerón, Mg. Gs. DIRECTORA TÉCNICA	..... <i>[Signature]</i>
Lcda. Julia Espinel, JEFE RESPONSABLE DE CLÍNICA DE VARONES	..... <i>[Signature]</i>
Lcda. Rita Barreto, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE PEDIATRÍA	..... <i>[Signature]</i>
Lcda. María Balladares, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES	..... <i>[Signature]</i>
Lcda. Tania Hernández, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE CIRUGÍA	..... <i>[Signature]</i>
Magaly Scott, Mg. Gs. JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE U.C.I.	..... <i>[Signature]</i>
Tcnlg. Seleni Auad, DPTO. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	..... <i>[Signature]</i>
Dra. Settys Carranza García, HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO	..... <i>[Signature]</i>
Ing. Ricardo Loor, JEFE DE SERVICIOS GENERALES	..... <i>[Signature]</i>



FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



ASISTENTES A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN SOBRE "DIETAS HOSPITALARIAS"

FECHA: 24 DE OCTUBRE /2011

NOMBRE	FIRMA	CÉDULA
Patty Mangané García	<i>[Signature]</i>	130690030-7
Marcela Delgado Macías	<i>[Signature]</i>	131025805-1
Carita Acosta Macías	<i>[Signature]</i>	130676007-9
Dolores Mielés García	<i>[Signature]</i>	1306896696
Mónica Zambrano Castro	<i>[Signature]</i>	130733498-5
Dany Nuro	<i>[Signature]</i>	130776282-1
Sonia García Ponce	<i>[Signature]</i>	131018005-2
Daly Loor	<i>[Signature]</i>	130565288-7
Shirley Mendoza	<i>[Signature]</i>	13098006929
Dr. Vicente Jacinto Vargas	<i>[Signature]</i>	090821095-8
Dr. Juan Nuro	<i>[Signature]</i>	090319882-4
Dr. H. Zapicho	<i>[Signature]</i>	130641117-1
Edo. Patricia Paredes	<i>[Signature]</i>	1303175739
Dr. Moisés Loor I.	<i>[Signature]</i>	1302550145
Dr. Juan Loor	<i>[Signature]</i>	130494289-7
Holma Estrella Palma	<i>[Signature]</i>	130371866-0
Dr. Jairo Ortiz	<i>[Signature]</i>	130481115-C
Dr. Ramos Salcedo	<i>[Signature]</i>	1302328326
Dr. Pablo Salcedo	<i>[Signature]</i>	130466112-2
Dr. Ucho Vallejo	<i>[Signature]</i>	130616387-6



FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



ASISTENTES A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN SOBRE "DIETAS HOSPITALARIAS"

FECHA: 25 DE OCTUBRE /2011

NOMBRE	FIRMA
Betty Alegre yuca	Betty Alegre yuca 130 090030-7
Carolina Mendez	Carolina Mendez 1302376282-1
Dalila Lopez A.	Dalila Lopez A. 130565318-2
Shuleys Mendez	Shuleys Mendez 1309656929
Dr. Moises Lopez I.	Dr. Moises Lopez I. 1302556145
Dolores Julia Garcia	Dolores Julia Garcia 1306896646
Marcela Estrella Marías	Marcela Estrella Marías 1310252053
Dr. Vicente Franco Vaya	Dr. Vicente Franco Vaya 0908210958
Dr. Julia Espinosa	Dr. Julia Espinosa 1305481176
Dr. Juan Vera	Dr. Juan Vera 0907198824
Lida Margely Scott	Lida Margely Scott 1302328834
Suzia Garcia Ponce	Suzia Garcia Ponce 1310180002
Dr. Luis Valpe	Dr. Luis Valpe 1302657113
Dr. Jimmy Lopez	Dr. Jimmy Lopez 1304942897
Blanca Vanessa Alvarado	Blanca Vanessa Alvarado 1308175739
Helen Estrella Palma	Helen Estrella Palma 1303718660
Dr. Ramiro	Dr. Ramiro 1309651727
Dr. Balbino	Dr. Balbino 1306911725
	Dr. Balbino 1306463876



FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante



ASISTENTES A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN SOBRE "DIETAS HOSPITALARIAS"

FECHA: 26 DE OCTUBRE /2011

NOMBRE	FIRMA
Marcela Estrella Marías	Marcela Estrella Marías 1310252053
Carolina de Caceres Alvarado	Carolina de Caceres Alvarado 1306816207-9
Suzia Garcia Ponce	Suzia Garcia Ponce 1310180002
Dalila Lopez A.	Dalila Lopez A. 130565318-2
Shuleys Mendez	Shuleys Mendez 1309656929
Dolores Julia Garcia	Dolores Julia Garcia 1306896646
Dr. Vicente Franco Vaya	Dr. Vicente Franco Vaya 0908210958
Dr. Blanca Vanessa Alvarado	Dr. Blanca Vanessa Alvarado 1308175739
Julia Espinosa	Julia Espinosa 1305481176
Dr. Juan Vera	Dr. Juan Vera 0907198824
Lida Margely Scott	Lida Margely Scott 1302328834
Dr. Moises Lopez I.	Dr. Moises Lopez I. 1302556145
Dr. Jimmy Lopez	Dr. Jimmy Lopez 1304942897
Helen Estrella Palma	Helen Estrella Palma 1303718660
Dr. Balbino	Dr. Balbino 1306463876
Dr. Luis Valpe	Dr. Luis Valpe 1302657113
Dr. Ramiro	Dr. Ramiro 1309651727
Dr. Balbino	Dr. Balbino 1306911725
Dr. Juan Vera	Dr. Juan Vera 1302376282-1



FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
 Maestroante



ASISTENTES A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN SOBRE "DIETAS HOSPITALARIAS"

FECHA: 27 DE OCTUBRE /2011

NOMBRE	FIRMA	IDENTIFICACION
Betty Maza yane	<i>Betty Maza yane</i>	130690030-7
Carmita de los rios, Mollina	<i>Carmita de los rios</i>	130676203-7
Humberto Gual	<i>Humberto Gual</i>	130733498-5
Sonia Garcia Ponce	<i>Sonia Garcia Ponce</i>	13108005-2
DAKTA LOOP	<i>DAKTA LOOP</i>	12065328-7
María de la Soledad Mollina	<i>María de la Soledad Mollina</i>	131025803-1
Dolores Huila Garcia	<i>Dolores Huila Garcia</i>	1306896646
Dr. Juan Vera	<i>Dr. Juan Vera</i>	0907198824
Dr. Vicente Jaimes Daza	<i>Dr. Vicente Jaimes Daza</i>	090821095-8
Lea Botero Caceres	<i>Lea Botero Caceres</i>	1303175739
Luz H. Balladares	<i>Luz H. Balladares</i>	1306911775
Esther Lopez Hernandez	<i>Esther Lopez Hernandez</i>	1309686929
Deisy Mero	<i>Deisy Mero</i>	130735282-1
Dr. Moises Leon I	<i>Dr. Moises Leon I</i>	1302556145
Lia Julia Espinosa	<i>Lia Julia Espinosa</i>	130548113-6
Dr. Henry Leon	<i>Dr. Henry Leon</i>	130494289-7
Leda Lagal Scott	<i>Leda Lagal Scott</i>	1302328396
Dr. Ramiro Lopez	<i>Dr. Ramiro Lopez</i>	130465732-4
Melba Estrella Palma Ceballos	<i>Melba Estrella Palma Ceballos</i>	130371866-0
Dr. Victor Collazo	<i>Dr. Victor Collazo</i>	130646387-6



FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
 Maestroante




ASISTENTES A LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN SOBRE "DIETAS HOSPITALARIAS"

FECHA: 28 DE OCTUBRE /2011

NOMBRE	FIRMA	IDENTIFICACION
Dolores Huila Garcia	<i>Dolores Huila Garcia</i>	1306896646
Dr. Vicente Jaimes Daza	<i>Dr. Vicente Jaimes Daza</i>	090821095-8
María de la Soledad Mollina	<i>María de la Soledad Mollina</i>	131025803-1
Humberto Gual	<i>Humberto Gual</i>	130733498-5
Carmita de los rios, MD	<i>Carmita de los rios</i>	130676203-7
Sonia Garcia Ponce	<i>Sonia Garcia Ponce</i>	13108005-2
DAKTA LOOP	<i>DAKTA LOOP</i>	12065328-7
Luz H. Balladares	<i>Luz H. Balladares</i>	1306911775
Lea Botero Caceres	<i>Lea Botero Caceres</i>	1303175739
Esther Lopez Hernandez	<i>Esther Lopez Hernandez</i>	130646387-6
Dr. Juan Vera	<i>Dr. Juan Vera</i>	0907198824
Betty Maza yane	<i>Betty Maza yane</i>	130690030-7
Dr. Moises Leon I	<i>Dr. Moises Leon I</i>	1302556145
Dr. Henry Leon	<i>Dr. Henry Leon</i>	130494289-7
Melba Estrella Palma Ceballos	<i>Melba Estrella Palma Ceballos</i>	130371866-0
Deisy Mero	<i>Deisy Mero</i>	130735282-1
Dr. Ramiro Lopez	<i>Dr. Ramiro Lopez</i>	130465732-4
Lia Julia Espinosa	<i>Lia Julia Espinosa</i>	130548113-6
Leda Lagal Scott	<i>Leda Lagal Scott</i>	1302328396
Dr. Victor Collazo	<i>Dr. Victor Collazo</i>	

APENDICE 6: ACTAS


UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL


ACTA DE COMPROMISO


En la ciudad de Portoviejo, a los catorce días del mes de Febrero del 2011, siendo las 09H30, en la Dirección del Hospital del IESS de Portoviejo, previa convocatoria de las partes involucradas, se llevó a cabo la sesión de trabajo con el **Dr. Marcelo Daza Alvarado**, Gerente del Hospital; y, el **Lcdo. Edmundo Pinargote**, Enfermero del Hospital, para revisar el PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LA ASISTENCIA NUTRICIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO. AÑO 2011, elaborado por el Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, **Lcdo. Edmundo Pinargote**, el cual se implementará en esta institución.


Los Señores representantes de esta institución, luego de la revisión del Programa, procedieron a aprobarlo, comprometiéndose a apoyar con todos los recursos necesarios y disponibles para que este se cumpla a cabalidad.

Siendo las 11H30, se da por terminada esta sesión de trabajo y como constancia de lo actuado, los suscritos firmamos para los fines legales pertinentes.


Portoviejo, Febrero 14 del 2011.


HOSPITAL IESS PORTOVIEJO
Dr. Marcelo Daza Alvarado
DIRECTOR DEL HOSPITAL


Lcdo. Edmundo Pinargote
MAESTRANTE U.T.P.L.


HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

FORTALECIMIENTO DEL PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante


UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

ACTA DE ORGANIZACIÓN DEL COMITÉ DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

En Portoviejo, a los treinta días del mes de mayo del año dos mil once, en el Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo, se reúnen por un lado el **Dr. Marcelo Daza Alvarado, Mg. Gs., GERENTE DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**; **Lcda. Aracely Romero, Mg. Sc., COORDINADORA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**; **Lcda. Elba Cerón, Mg. Gs., DIRECTORA TÉCNICA**; **Dr. Branly Zambrano, SUBDIRECTOR MÉDICO**; **Lcda. Elba Cerón, SUBDIRECTOR TÉCNICO**; **Lcda. Julia Espinel, JEFE RESPONSABLE DE CLÍNICA DE VARONES**; **Lcda. Rita Barreto, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE PEDIATRÍA**; **Lcda. María Balladares, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA CLÍNICA DE MUJERES**; **Lcda. Tania Hernández, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE CIRUGÍA**; **Magaly Scott, JEFE RESPONSABLE DEL ÁREA DE U.C.I.**; **Tcnlga. Seleni Auad, DPTO. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**; **Dra. Zettys Carranza, HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**; e, **Ing. Ricardo Loor, JEFE DE SERVICIOS GENERALES**; y por la otra parte el **Lcdo. Edmundo Pinargote, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja**; con la finalidad de organizar el Comité de Nutrición y Dietética del Hospital IESS de Portoviejo.

El Comité quedó conformado por:

PRESIDENTE: Tcnlga. Seleni Auad
VICEPRESIDENTE: Dra. Zettys Carranza,
SECRETARIA: Lcda. Magaly Scott, Mg. Gs.
COORDINADORAS: Lcda. Aracely Romero, Mg. Gs. y Lcda. Elba Cerón, Mg. Gs.


Para constancia de lo actuado, firman las partes:


Tcnlga. Seleni Auad
PRESIDENTE


Dra. Zettys Carranza,
VICEPRESIDENTE


Lcda. Magaly Scott, Mg. Gs.
SECRETARIA


Lcda. Aracely Romero, Mg. Gs.
COORDINADORA


Lcda. Elba Cerón, Mg. Gs.
COORDINADORA



**FORTALECIMIENTO DEL PLAN
NUTRICIONAL PARA PACIENTES DEL
HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO**

**Ldo. Edmundo Pinargote
Maestrante**



ACTA DE APROBACIÓN

En Portoviejo, provincia de Manabí, hoy día martes 16 de diciembre de 2011, a las 17h00, en las oficinas de la Subdirección Médica del Hospital IESS de Portoviejo, se reúnen, por un lado los miembros del Comité de Nutrición y Dietética del Hospital, representado por la Tniga. Seleni Auad, como Presidenta; y por la otra parte, el Ldo. Edmundo Pinargote, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, para revisar y aprobar el Plan de Dietas, elaborado por el antes mencionado, como requisito previo para la obtención del título de Magister en Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local, el mismo que les ha sido remitido con anterioridad para su conocimiento.

Los abajo firmantes, dejamos constancia de nuestra conformidad con el Plan de Dietas elaborado por el antes mencionado profesional, siendo aprobado por la autoridad pertinente.

Siendo las 17H30, se levanta la sesión. Para constancia firman todos los asistentes.

Tniga. Seleni Auad
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DEL
HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

Ldo. Edmundo Pinargote
MAESTRANTE U.T.P.L.

APÈNDICE 7: INVITACIONES Y TRIPTICOS

INVITACIÒN

SE INVITA AL PERSONAL DEL
HOSPITAL DEL IESS DE
PORTOVIEJO, A UNA
JORNADA DE CAPACITACIÒN
SOBRE: "DIETAS
HOSPITALARIAS"

EXPOSITOR: LCDA. ESTHER
NARANJO

FECHA: 27 DE OCTUBRE /2011
LUGAR: AUDITORIUM DEL
HOSPITAL
HORA: 09H00 A 11H00

AGRADEZCO SU ASISTENCIA.

ATENTAMENTE,

Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L.

INVITACIÒN

SE INVITA AL PERSONAL
DEL HOSPITAL DEL IESS DE
PORTOVIEJO, A UNA
JORNADA DE
CAPACITACIÒN SOBRE:
"DIETAS
HOSPITALARIAS"

FECHA: 24-28 DE OCTUBRE /2011
LUGAR: AUDITORIUM DEL
HOSPITAL
HORA: 09H00 A 17H00

AGRADEZCO SU ASISTENCIA.

ATENTAMENTE,

Lcdo. Edmundo Pinargote
EGRESADO U.T.P.L.

Recomendaciones Dietéticas

- Llevar a cabo una alimentación lo más variada posible
- Distribuir la alimentación en tres o cuatro tomas (desayuno, almuerzo, merienda y cena). Se puede incluir una colación a media mañana, según horarios y costumbre.
- No hacer comidas abundantes; pesadas o copiosas, comer lentamente y masticar bien.
- No comer alimentos sólidos justo antes de ir a la cama (fermentan en el estómago y producen molestias).
- No tomar bebidas gaseadas.



Recomendaciones Dietéticas



- No es aconsejable la toma frecuente de leche
- Preferir alimentos jugosos que apenas precisen grasa ni cocción prolongada.
- Sustituir el café, el descafeinado y el té (estimulan la secreción gástrica), por achicoria, malta o infusiones suaves (romero, salvia, manzanilla, etc.).
- No consumir cantidades excesivas de azúcar.
- En algunas personas que padecen acidez los derivados del tomate (salsas) y el zumo de cítricos pueden causarles molestias.
- Evitar los alimentos muy calientes o muy fríos ya que provocan irritación.
- Progresivamente incluir alimentos nuevos hasta llegar a una alimentación normal y de acuerdo a las indicaciones de dieta equilibrada.

ALIMENTACIÓN EN LA GASTRITIS



La gastritis es una inflamación de la mucosa del estómago que puede ser de tipo agudo, de aparición rápida y resolución en pocos días, o de tipo crónico, en cuyo caso puede persistir durante años y producir úlcera péptica.



Lcdo. Edmundo Pineda Bote
MAESTRANTE U.T.P.L.

¿Qué causa gastritis?

La aspirina y otras drogas anti-inflamatorias.

Otras causas:

Helicobacter pylori: Es una bacteria que habita la cubierta mucosa del estómago. Sin tratamiento para la infección se pueden presentar úlceras, y en algunas personas hasta cáncer del estómago.

Reflujo biliar: Es un flujo retrógrado de bilis hacia el estómago.

I/N.D: Alexandra Bowen, Alejandra Rivas

Cecilia García

ALIMENTACIÓN EN LA GASTRITIS



¿Cuáles son los síntomas de gastritis?

Los síntomas de gastritis varían de individuo a individuo, y en mucha gente no hay síntomas. Pero, los más comunes incluyen:

Gastritis

- Náusea
- Vómitos
- Indigestión
- Hipo
- Pérdida de apetito
- Sensación de inflamación del abdomen
- Vómitos de apariencia sanguínea



Alimentos Aconsejados

Leche y lácteos: No se recomienda la toma frecuente de leche, ya que crea acidez a las 2 ó 3 horas tras su ingesta. Es preferible consumir leche (total o parcialmente desnatada) u otros lácteos poco grasos (queso fresco, yogur desnatado..).

Carnes, pescado, huevos y sus derivados: Carnes con poca grasa, pescado blanco cocinado con poca grasa, huevos revueltos o en tortilla

Cereales, patatas y legumbres: Todos salvo los indicados en "alimentos limitados".

Verduras y hortalizas: Todas (cocidas enteras y en ensalada), salvo las flatulentas.

Frutas: Frescas muy maduras no ácidas, batidas, asadas, en compota o en puré.

Bebidas: Agua, caldos diluidos y desgrasados e infusiones suaves (salvo las indicadas en alimentos

Alimentos Limitados

Leche y lácteos: Leche condensada, quesos fuertes (grasos, muy maduros o fermentados).

Carnes grasas o muy condimentada, embutidos grasos y vísceras, huevos duros.

Cereales: Pan fresco recién horneado tipo baguette (fermenta en el estómago y crea molestias), galletas rellenas o bañadas con soluciones azucaradas o chocolate, etc.

Verduras: Evitar las flatulentas (col, coliflor, repollo, coles de Bruselas, alcachofas, cebolla y pimiento en crudo, etc.).

Frutas: frutas ácidas, fruta en almibar, frutas confitadas.

Bebidas: Café, descafeinado y té, bebidas con extractos de café o de guaraná, bebidas con chocolate, bebidas con gas y todas las bebidas alcohólicas (irritan la mucosa gástrica y aumentan la acidez).

Grasas: Nata, manteca, tocino y sebos.

Otros productos: cubito maggy, caldos concentrados, miel, fritos grasos, pastelería y repostería, chocolate, frutos secos, salsas picantes.



CLASIFICACION

PRIMARIA: Derivada de problemas en los sistemas transportadores del colesterol y factores genéticos. En este tipo de hipercolesterolemia se enmarcan las dislipidemias.

SECUNDARIA: el aumento de colesterol se asocia a ciertas enfermedades:

- hepáticas (hepatitis, colostasis y cirrosis)
- endocrinas (diabetes mellitus, hipotiroidismo y anorexia nerviosa)
- renales (síndrome nefrótico o insuficiencia renal crónica).

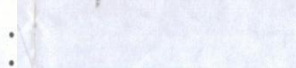
Además, existen algunas sustancias que pueden aumentar los niveles de colesterol como: los esteroides anabolizantes, los progestágenos, los betabloqueantes y algunas sustancias hipertensivas.



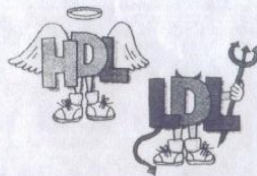
RECOMENDACIONES DIETETICAS

- Para que la alimentación sea apetecible y variada, existen alternativas que se pueden incluir en la alimentación, como el sustituto de las grasas, (disminuyen ingesta de lípidos en 10 gr.) para reducir niveles séricos de colesterol.
- Incorporar alimentos con ácidos grasos, omega 3 y omega 6
- Alcanzar un peso saludable mediante una ingesta adecuada de calorías.

Lcdo. Edmundo Pinargote
Evitar las comidas ricas en grasas saturadas.
MAESTRANTE U.T.P.L.



- vegetal
- Evitar el exceso de azúcar
- No sobrepasar el 20% de proteínas



CINDY ROJAS CAMPOZANO
I/N.D.

HIPERCOLESTEROLEMIA

La hipercolesterolemia consiste en la presencia de colesterol en sangre igual o superior a 240 mg/día. Este aumento, que se asocia a problemas coronarios, depende de la dieta, el sexo, el estilo de vida y la síntesis endógena.



OBJETIVO NUTRICIONAL

Evaluar los hábitos alimenticios del paciente y establecer una dieta individualizada en cuyo cumplimiento deben implicarse seriamente no sólo el paciente sino también los médicos y la familia del afectado.



Identificar los alimentos con alto contenido en grasas saturadas y colesterol que ingiere habitualmente el enfermo

CAUSAS

Dietas inadecuadas:

Las 3 variables de alimentación que en exceso elevan el colesterol son:

- Las grasas saturadas (grasas sólidas del reino animal, contenidas en: carne vacuno, cordero, cerdo, margarinas sólidas, aceite de coco, chocolate.)
- El colesterol (grasa que se encuentra en productos animales)
- El valor calórico total



Enfermedades hepáticas, endocrinas y renales

Hipercolesterolemia familiar

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

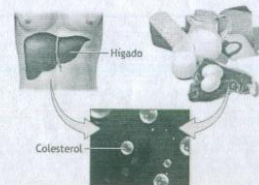
ALIMENTOS PERMITIDOS

- Grasas monoinsaturadas (aceitunas, maní, aceite de oliva, soja)
- Grasas poliinsaturadas (aceite de girasol, maíz, nueces, pescados)
- Hidratos de carbono complejos (cereales)
- Lácteos descremados
- Quesos descremados
- Clara de huevo
- Carnes magras
- Hortalizas
- Frutas
- Legumbres
- Aceites crudos



ALIMENTOS RESTRINGIDOS

- Grasas saturadas (manteca, mantequilla, margarina, crema de leche, chocolates, aceites de coco.)
- Grasas contenidas en carnes (vacuna, cedo, cordero, piel de pollo)
- Lácteos enteros
- Yema de huevos
- Cangrejos
- Langostas,
- Camarones
- Langostinos
- Frituras
- Gaseosas con azúcar
- Café



"UNA ALIMENTACION ADECUADA NOS PERMITIRA TENER UNA BUENA SALUD Y MEJOR CALIDAD DE VIDA"

ALIMENTOS PERMITIDOS



- Leche: descremada
- Queso fresco; preferiblemente dejarlo en agua de un día para el otro, para eliminar la sal
- Huevo, en cualquier tipo de preparación, (no frito)
- Carnes, res magra, pollo o pescado sin piel, evite lo ahumado, salado.
- Evite el atún
- Tubérculos: todos en cualquier tipo de preparación.
- Cereales: todos en cualquier tipo de preparación
- Leguminosas: lenteja, frejol seco, garbanzo, arveja seca
- Pan o galletas sin sal
- Hortalizas: Todas en cualquier tipo de preparación
- Azúcar, miel, mermeladas caseras
- Aceite de oliva, canola, girasol, maíz

ALIMENTOS NO PERMITIDOS

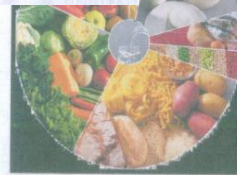
- Queso de todo tipo: mozzarella, maduro, con sal.
- Embutidos: mortadelas, salchichas, chorizo, longaniza
- Conservas de sal
- Frutas como el melón o la carne de coco
- Productos de pastelería que contengan polvo de hornear
- Condimentos tipo salsa picante, salsa de tomate
- Alimentos disecados
- Mariscos
- Pescado seco
- Café



Hipertensión Arterial



Lcdo. Edmundo
Dipacosta
MAESTRANTE
U.T.P.L.



I/ Nutrición y dietética

Cecilia García
Alejandra Rivas
Alexandra Bowen



HIPERTENSION ARTERIAL:

Se denomina hipertensión arterial sistólica cuando la presión sistólica es mayor de 150 mmHg y la diastólica es menor de 90 mmHg, teniendo como referencia que los valores normales son 120/80.

CAUSAS:

- Herencia
- Raza
- Factores psicológicos
- Tipo de alimentación
- Hábitos de vida

Dentro de las consecuencias que trae consigo la HTA podemos mencionar la insuficiencia renal, el estrechamiento de las arterias aorta o renales, enfermedades del sistema nervioso, problemas cardiacos en general.



Dentro de los síntomas podemos mencionar:

- Edemas
- Aumento de la presión arterial
- Cefalea
- Sudoración
- Fiebre
- Malestar general

TRATAMIENTO:

Primeramente se deben de hacer modificaciones del estilo de vida, como por ejemplo dejar a un lado la ingesta excesiva de sal en la dieta, el tabaco, la falta de actividad física, el consumo descontrolado de comida chatarra, frituras, dulces, y empezar a tener una vida mas sana, realizando una actividad física todos los días por al menos 30 minutos, consumir abundantes frutas, verduras, agua, alimentos ricos en fibra, alimentos ricos en omega 3, 6, carnes magras, pechuga de pollo, pescado blanco, prefiriendo siempre que las preparaciones sean al vapor, estofado, a la plancha, y siempre con una mínima cantidad de sal en todas las comidas.

EJEMPLO DE MENU PARA UN DÍA

Desayuno: Un vaso de leche de soja o descremada, una infusión o un yogur

Una rebanada de pan blanco o una tostada de pan integral sin sal con queso fresco sin sal.

Entre comida: Una fruta (lo más recomendable es una manzana, un plátano o una naranja)

Almuerzo: Caldo de verduras hecho en casa, un filete de pechuga a la plancha, una ensalada de tomate y una fruta.

Media tarde: Una fruta o un yogur

Merienda: pescado horneado, con ensalada de vainitas, zanahoria y papa

Una infusión.



APÈNDICE 8: FOTOGRAFÌAS



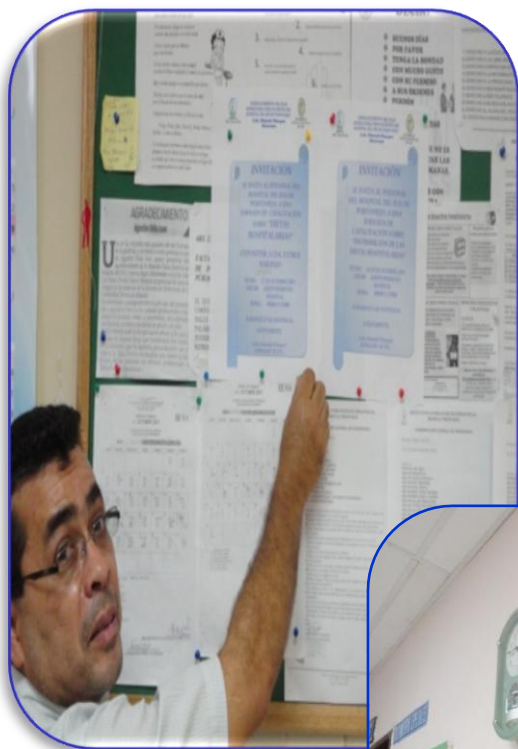
Director del Hospital IESS Portoviejo y Maestrante, durante la autorización para la ejecución del proyecto y firma del Acta de Compromiso.



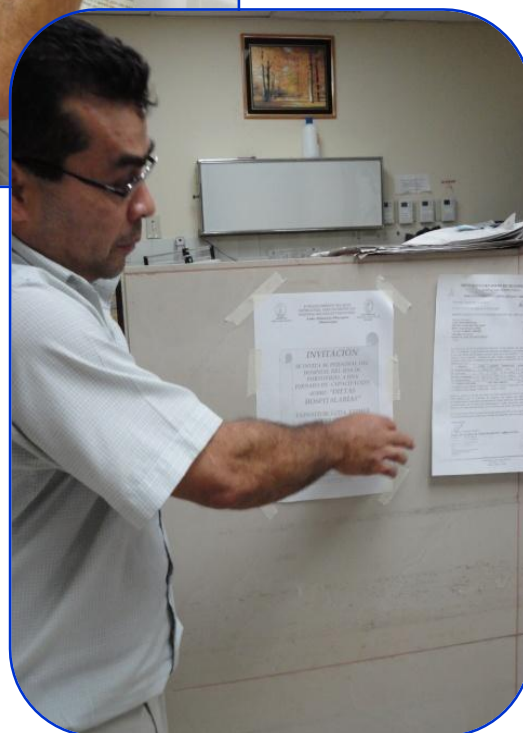


*Directivos del Hospital IESS
Portoviejo, durante la entrega del
Manual de Dietas Hospitalarias*





*Lcdo. Edmundo
Pinargote,
invitando a la
capacitación
sobre Manejo de
dietas
hospitalarias*





*Lcdo. Edmundo
Pinargote,
socializando la
capacitación sobre
Manejo de Dietas
Hospitalarias.*





*Lcda. Esther Naranjo,
Mg. Gs. Docente de
Nutrición y Dietética de
la Universidad Laica Eloy
Alfaro de Manabí,
durante su exposición.*





*Asistentes a la
capacitación sobre
Manejo de Dietas
Hospitalarias.*





*Asistentes a la
capacitación
sobre Manejo
de Dietas
Hospitalarias.*





*Lcdo. Edmundo
Pinargote,
Nutricionista y Auxiliar
de Nutrición y
Dietética, durante la
supervisión del
Manejo de dietas
hospitalarias.*





*Lcdo. Edmundo
Pinargote, durante la
supervisión del
Manejo de dietas
hospitalarias.*



APÈNDICE 9: PLAN DE CAPACITACIÒN

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÒN SOBRE DIETAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL DEL IESS DE PORTOVIEJO.

INTRODUCCION

Es derecho humano de los enfermos a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en cualquier lugar donde se encuentren

El deterioro del estado nutricional de los pacientes hospitalizados se encuentra bien documentado. La desnutrición cualquiera sea la causa sus consecuencias clínicas pueden ser muy serias, conduciendo a complicaciones de una enfermedad, pobre respuesta a la terapia medicamentosa, disminución de la inmunocompetencia y aumento de la morbimortalidad

Por otra parte las consecuencias para la salud que ha tenido el exceso de ingesta de alimentos, ha provocado la aparición del sobrepeso y obesidad como la gran epidemia del siglo, con consecuencias devastadoras como el incremento en las enfermedades crónico degenerativas y muertes prematuras.

Uniendo esfuerzos se presenta una capacitación, que permita que cualquier paciente ingresado en el hospital tenga acceso a un Derecho Fundamental de la Persona Humana como lo es la Nutrición oportuna, completa, suficiente y de calidad durante su internamiento y sobre todo a la prevención de la desnutrición hospitalaria a través de procesos hospitalarios bien estructurados.

JUSTIFICACION

La atención nutricional no es una opción, es una necesidad impostergable para todo paciente. El soporte nutricional es obligatorio para todo paciente malnutrido o en riesgo. La finalidad del mismo es brindar y satisfacer las necesidades del organismo, aportando los nutrientes precisos cuantitativa y cualitativamente en forma oportuna.

En este programa participarán expertos con una reconocida trayectoria nutricional, los que divulgarán conocimientos a los talentos humanos que laboran en el hospital.

OBJETIVO GENERAL

Capacitar al talento humano que labora en el Hospital del IESS de Portoviejo, sobre el manejo correcto de las dietas, a fin de mantener una buena calidad de vida hospitalaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar un sistema de manejo de dietas
- Contribuir al mejoramiento del diagnóstico del manejo dietético en el hospital.
- Fortalecer la organización del comité de Nutrición y Dietética del hospital.

RESPONSABLE

Lcdo. Edmundo Pinargote, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja.

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO

Va dirigido al Equipo de Salud que labora en el Hospital del IESS de Portoviejo.

LUGAR

Dpto. de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo.

FECHA DE PROGRAMACION

24 al 29 de Octubre/2011.

JORNADAS DE TRABAJO

Sesiones de 8 horas diarias (9H00 – 17H00)

EXPOSITORES:

Dra. Mariela Macías, Médico del Hospital

Lcda. Mayita Franco,

Dra. Peggy Palma Zambrano

Lcda. Seleny Andrade, Tecnólogo Médico Nutricionista

Dra. Katty Zambrano, Diabetòloga

Dra. Setis Carranza,

Dr. Víctor Vallejo

Lcda. Leyda López.

TEMAS DE LA CAPACITACION

- Nutrición Adolescentes y Adultos Mayores
- Alimentación en el niño sano
- Prevención y salud bucal
- Normas de higiene
- Plan de dietas hospitalarias
- Plan de dietas en pacientes diabéticos

PROGRAMA DE LA JORNADA DE ACTUALIZACIÓN SOBRE DIETAS HOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO

FECHA	HORA	TEMA	EXPOSITOR	METODOLOGIA
24/10/2011	09H00- 10H00	Registro de asistencia Inauguración del Acto Inicio del Ciclo de Conferencias. Nutrición Adolescentes y Adultos mayores.	Lcdo. Edmundo Pinargote. Dra. Mariela Macías	Charla Diapositivas Infocus
	10H00- 12H00	Alimentación en el niño sano	Lcda. Mayita Franco	
	12H00- 13H00	Prevención y Salud Oral	Dra. Peggy Palma Zambrano.	
	13H00- 14H00	Almuerzo		
	14H00- 16H00	Normas de higiene	Dra. Seleni Auad	

25/10/2011	09H00-11H00	Dietas para pacientes con gastrectomía	Dr. Víctor Hugo Vallejo	Charla Diapositivas Infocus
	11H00-13H00	Dietas para pacientes postquirúrgicos	Dr. Jhonny Loor	
	13H00-14H00	Almuerzo		
	14H00-16H00	Alimentación de pacientes con EDA	Dr. Gilberto Guillén	Charla Diapositivas Infocus
26/10/2011	09H00-11H00	Revisión y vigilancia de dietas	Lcda. Tania Hernández	
	11H00-13H00	Dieta hiperproteica	Dr. Bosco Barberán	
	13H00-14H00	Almuerzo		
	14H00-16H00	Dietas para pacientes con cáncer	Dr. Erick Ponce	
27/10/2011	09H00-11H00	Plan de dietas hospitalarias	Lcda. Esther Naranjo	Charla Diapositivas Infocus
	11H00-13H00	Plan de dietas a pacientes diabéticos	Dra. Katty Zambrano	
	13H00-14H00	Almuerzo		
	14H00-16H00	Dieta hiposódica	Dr. Ronny Alvarez	
28/10/2011	09H00-11H00	Normas de higiene	Tnlga. Nutric. Seleni Auad	Charla Diapositivas Infocus
	11H00-13H00	Dieta hipograsa	Dr. Bladimir Intriago.	
	13H00-14H00	Almuerzo		
	14H00-16H00	Dieta especial por sonda	Lcda. Magaly Scott	
Alimentación parenteral		Dr. Gleiner Cañarte		
29/10/2011	09H00-11H00	Dieta para pacientes críticos	Dr. Moisés Loor	Charla Diapositivas Infocus
	11H00-13H00	Dieta hipocalórica	Lcda. Settys Carranza	
	13H00-14H00	Almuerzo		
	14H00-16H00	Dieta líquida estricta	Dr. Víctor Lozano	

APÈNDICE 10: FICHA DE OBSERVACION

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

GUÌA DE SUPERVISIÒN

MES: ENERO 2012

ITEMS	ANTES DE EJECUTAR EL PROYECTO						DESPUES DE EJECUTADO EL PROYECTO					
	SI		PARC		NO		SI		PARC		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
MÈDICOS (20)												
Conoce Ud. sobre los planes de dietas que se llevan en el hospital?												
Las dietas prescritas por Ud. contienen los ingredientes indicados?												
Las dietas prescritas coinciden con las recibidas por el paciente?												
ENFERMERAS (20)												
Elabora lista de dietas diarias												
Supervisa Ud. las dietas recibidas por los pacientes?												
Conoce Ud. las dietas que se llevan en el hospital?												
PACIENTES (34)												
Está Ud. de acuerdo con el horario que se sirven las dietas?												
Se siente satisfecho con la cantidad de alimentos recibidos?												
Las dietas que recibe, están de acuerdo a su patología.												

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO



REGLAMENTO DEL COMITÉ DE NUTRICIÓN Y DIETÈTICA

*ELABORADO:
LCDO. EDMUNDO PINARGOTE*

INTRODUCCIÓN

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública de nuestro país transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna para garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

El presente documento, justifica la acción organizada para dar cumplimiento a la misión del Comité de Nutrición y Dietética del Hospital del IESS de Portoviejo. La estructura de organización, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinear la gestión administrativa de esta institución de salud.

Este documento contribuye a la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.

OBJETIVO GENERAL

Promover investigaciones, encaminadas a conocer las condiciones de nutrición que prevalecen en la población mexiquense y establecer las necesidades mínimas de nutrimentos para el mantenimiento de las buenas condiciones de salud de la población de la entidad.

DEL COMITÉ DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

1.1. Serán funciones de éste comité

Formular Políticas de tratamiento Alimentario–Nutricional de pacientes según patología, así como de personal u otros beneficiarios

Establecer estándares de calidad de Alimentos y/o preparaciones terapéuticas.

Revisar y proponer periódicamente: Número y Tipo de Fórmulas Lácteas.

Revisar y proponer periódicamente: Número y Tipo de Fórmulas Poliméricas enterales y parenterales u otros compuestos utilizados en Asistencia Nutricional Intensiva

Sugerir y/o gestionar los recursos humanos, físicos y financieros para dar cumplimiento a las políticas propuestas.

Otras funciones que le encomiende la Dirección del establecimiento

1.2. Integrarán en forma permanente éste comité

- Subdirector Médico, quien la presidirá
- Un Médico Especialista en Nutrición y/o Jefe de la Unidad de Asistencia Nutricional Intensiva.
- En ausencia del cargo, lo reemplaza un médico encargado de nutrición del establecimiento.
- Nutricionista Jefe del Servicio de Alimentación
- Químico Farmacéutico Jefe de Farmacia

1.3. En otras materias de mayor especificidad, se incorporará al (los) profesionales expertos en dichas áreas temáticas y por el período requerido para el análisis y proposición que el comité elabore para la Dirección del Establecimiento

1.4. El Comité de Alimentación y Nutrición (CAN), debe estar constituido en todos los Establecimientos, independiente de su nivel de complejidad. No obstante lo anterior, en los establecimientos de Mediana y Mínima complejidad; en ausencia de cargos; se podrán incorporar profesionales con 5 años de estudio y formación en dietoterapia, alimentación y nutrición disponibles en el nivel local, estableciéndose como mínimo la participación de tres integrantes para su funcionamiento.

2. Asimismo, la Estructura Organizacional encargada de la producción y distribución de los alimentos en una Institución pública o privada, se denomina: Servicio de Alimentación y Nutrición, el que a su vez está estructurado internamente en una jefatura a cuya cabeza se encuentra el Nutricionista Jefe, quien tiene la responsabilidad de la marcha de éste como jefe superior, y le corresponde la supervisión, coordinación y control de todas las unidades y dependencias del Servicio, para hacer cumplir las políticas, normas, planes, programas y directivas que imparta el Ministerio de Salud. Cuando el establecimiento compre servicios a terceros, le corresponderá velar por el estricto cumplimiento del convenio. Se define el “Servicio de Alimentación y Nutrición”, como la organización a cargo de profesionales Nutricionistas, que tiene como finalidad elaborar y distribuir alimentación científicamente planificada de acuerdo a recomendaciones nutricionales nacionales e internacionales, a través de platos preparados u otras preparaciones culinarias, de acuerdo a estándares técnicos y sanitarios; destinado a pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, usuarios sanos y/o clientes en general.
 - 2.1. Será responsabilidad de este Servicio brindar una asistencia alimentaria nutricional a pacientes hospitalizados y usuarios que lo requieran, respondiendo a las necesidades nutricionales de éstos a través de la entrega de una alimentación técnicamente planificada y de óptimas condiciones sanitarias.
 - 2.2. Para dar cumplimiento a sus funciones requerirá contar con:
 - Resolución de Autorización Sanitaria.
 - Recursos financieros que permitan otorgar una adecuada alimentación y nutrición a los usuarios.
 - Recursos humanos con dotación adecuada de Nutricionistas, auxiliares paramédicos de alimentación, personal de apoyo administrativo y auxiliar.
 - Planta Física que cumpla con las exigencias establecidas en el Reglamento Sanitario y superficie de acuerdo a volumen de producción.
 - Maquinaria y equipos de tecnología adecuada y en número suficiente para cubrir las necesidades de producción.
 - 2.3. De acuerdo al nivel de complejidad y estableciendo la producción como Criterio Organizacional, los Servicios de Alimentación y Nutrición se clasifican en la forma que a continuación se indica:

- 2.3.1. Servicio de Alimentación y Nutrición de Máxima Complejidad: Establecimiento que elabora un número igual o superior a 300 almuerzos-día.
- 2.3.2. Servicio de Alimentación y Nutrición de Mediana Complejidad: Establecimiento que elabora entre 150 a 299, almuerzos-día.
- 2.3.3. Servicio de Alimentación y Nutrición de Mínima Complejidad: Establecimiento que elabora un número igual o inferior a 149 almuerzos-día
- 2.4. La Estructura organizacional, así como la dependencia jerárquica relaciones de asesoría y coordinación; se presentan en tres diagramas diseñados para Servicios de Alimentación y Nutrición según nivel de complejidad (Figuras N°s1,2 y 3)
- 2.5. La organización propuesta en esta norma da cuenta de una estructura que permite cumplir cabalmente los objetivos generales y específicos planteados, siendo posible que los establecimientos adopten diferente estructura o modelo de organización, pero dando garantía del cumplimiento de los objetivos ya señalados.
- 2.6. El Servicio de Alimentación y Nutrición de un Establecimiento Asistencial comprende todas las dependencias que desarrollan procesos productivos y distribución: de alimentos y/o preparaciones
 - 2.6.1. Unidad Central de Producción de Alimentos (U.C.P.)
 - 2.6.2. Unidades Dietéticas de Distribución (U.D.D)
 - 2.6.3. Servicio Dietético de Leche (Sedile). Norma propia
 - 2.6.4. Central de Fórmulas Enterales. Norma propia
- 2.7. En atención a lo anteriormente señalado esta norma reglamentará solo la organización y funcionamiento de la Unidad Central de Producción (UCP)y Unidades Dietéticas de Distribución (UDD).
 - 2.7.1. Unidad Central de Producción: En esta dependencia se ejecutan los procesos destinados a elaborar las preparaciones culinarias planificadas de acuerdo a normas técnicas, criterios y estándares internacionales, con el propósito de cubrir los requerimientos nutricionales; individuales y colectivos; de los clientes sanos, usuarios hospitalizados, personal y otros beneficiarios que el establecimiento determine.
 - 2.7.2. Unidad Dietética de Distribución: Dependencia destinada a la complementación dietética simple de los pacientes en servicios de mediana y alta complejidad.

INTEGRACIÓN DEL COMITÉ

El Comité de Nutrición, estará integrado de la siguiente manera:

- I. Un Presidente/a
- II. Un Vicepresidente/a
- III. Un Secretario/a
- IV. Una Coordinador/a

OBJETIVO Y FUNCIONES DEL COMITÉ

OBJETIVO:

Coordinar las acciones interinstitucionales para unificar criterios de evaluación nutricional, fomentar la orientación alimentaria, física y contribuir al desarrollo de profesionistas en materia de nutrición y su orientación al mercado laboral con la finalidad de fomentar la mejora en la calidad de vida de la población mexiquense.

FUNCIONES:

- Promover entre las Instituciones de los sectores público, social y privado de la entidad el cumplimiento de la normatividad, políticas y criterios en materia de nutrición;
- Difundir entre los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud los principios y criterios que orientan las acciones de nutrición;
- Proponer programas de trabajo;
- Elaborar su Manual de Operación y Funcionamiento; y
- Las demás que le señale el Consejo Directivo del IESS.

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES

Del Presidente.

- Asumir la representación del Comité, con derecho a voz y voto;

- Designar al Vicepresidente y Secretario Técnico;
- Presidir las sesiones del Comité;
- Someter a consideración del Comité, el programa anual de actividades;
- Convocar a través del Secretario Técnico, a sesiones ordinarias y extraordinarias;
- Dirigir los debates;
- Someter a votación los asuntos tratados en las sesiones;
- Emitir voto de calidad en caso de empate;
- Vigilar y dar seguimiento a la ejecución de los acuerdos suscritos por el Comité;
- Proponer la creación de grupos de trabajo que apoyen al Comité, en el análisis de la problemática y emisión de propuestas para mejorar el sistema;
- Informar o presentar al Consejo de Salud sobre las actividades desarrolladas por el Comité, efectuadas, en forma anual, o cuando se le requiera; e
- Invitar a las sesiones a los representantes de los sectores público, social y privado.

Del Vicepresidente.

- Asistir a las sesiones ordinarias y extraordinarias, convocadas por el Comité, con derecho a voz y voto;
- Presidir las sesiones en ausencia del Presidente;
- Vigilar el cumplimiento de los Acuerdos y resoluciones del Comité; y
- Llevar el seguimiento de los Acuerdos tomados en el seno del Comité.

Del Secretario/a

- Coordinar las actividades que se deriven de los programas de trabajo;
- Preparar y convocar a los integrantes del Comité a las sesiones ordinarias y extraordinarias;
- Integrar la carpeta de la sesión, la cual deberán contener la convocatoria, orden del día, acuerdos de la sesión anterior, acuerdos pendientes, entregándola a los miembros del Comité, con antelación de cinco días hábiles de antelación;

- Asistir a las sesiones del Comité con derecho a voz;
- Mantener actualizado el directorio de los integrantes del Comité;
- Moderar los debates en las sesiones;
- Integrar el acta de la sesión y darla a conocer al inicio de cada sesión;
- Llevar el seguimiento de los acuerdos tomados en cada sesión, registrar en su caso a los responsables de su cumplimiento y el plazo señalado para su ejecución.

Del Coordinador/a:

- Asistir a las sesiones a las que sean convocados;
- Proponer los asuntos que deban formar parte del orden del día;
- Participar con voz y voto en el análisis y discusión de los asuntos a tratar en las sesiones;
- Promover la ejecución de los acuerdos en las dependencias y organismos que representen;
- Proponer al Secretario Técnico, los asuntos que consideren deban incluirse en el orden del día;
- Integrar, en su caso los grupos de trabajo que se constituyan para la realización de tareas específicas;
- Participar en la difusión y promoción del programa entre las instituciones y dependencias que representan, conforme a las estrategias correspondientes;
- y
- Las demás que les asignen el Consejo, el Comité y las inherentes a su cargo.

SESIONES DEL COMITÉ

El Comité llevará a cabo sesiones conforme a lo siguiente:

- El Comité celebrará sesiones ordinarias cada tres meses y extraordinarias cuando el Presidente del Comité, la mitad de sus integrantes más uno lo consideren necesario;
- El Presidente podrá invitar a las sesiones del Comité cuando lo estime pertinente, a personas, academias, colegios y grupos médicos, cuya labor se relacione con los asuntos a tratar, quienes tendrán derecho a voz;

- Las sesiones serán convocadas por escrito por el Secretario Técnico, con cinco días hábiles de anticipación, a excepción de las extraordinarias, en las convocatorias se señalarán fecha, lugar y hora de la sesión, así como orden del día, e incluirán la información sobre los asuntos a tratar;
- Las sesiones ordinarias y extraordinarias, se consideren instaladas, cuando se tenga la asistencia del cincuenta por ciento más uno de sus integrantes, entre los que se encontrará el Presidente/a, el Vicepresidente/a y el Secretario/a, si a la hora fijada para la reunión no se integra el quórum, se fijará nueva fecha de sesión.
- Por cada sesión celebrada se levantará un acta que será firmada por el Presidente/a, el Vicepresidente/a, el Secretario/a y el Coordinador, la cual contendrá los siguientes datos:
 - a) Número de acta incluyendo las siglas del Comité;
 - b) Lugar y fecha;
 - c) Lista de Asistencia;
 - d) Puntos del orden del día;
 - e) Asuntos tratados;
 - f) Acuerdos y compromisos tomados y responsables de su ejecución, así como el plazo del cumplimiento; y
 - g) Hora de inicio y término de la sesión.
- Los Acuerdos del Comité se tomarán por mayoría de votos, en caso de empate el Presidente resolverá con voto de calidad.

HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

PLAN DE DIETAS

HOSPITALARIAS



**ELABORADO POR:
Lcdo. Edmundo Pinargote
Maestrante UTP**

INTRODUCCIÒN

Todos los involucrados en la salud, tenemos la obligación de humanizar la comida para que sea un momento grato del día y represente un elemento confortable en la vida hospitalaria del paciente, pudiendo convertirse en uno de los pocos placeres que le quedan en el hospital.

La dietética es la ciencia de seleccionar los alimentos más convenientes para asegurar el mantenimiento o recuperación de un estado nutricional óptimo. Se ocupa de establecer la dieta más adecuada para cada persona según sus necesidades físicas y psicológicas, teniendo en cuenta el tipo de actividad y la patología.

El objetivo fundamental de la dieta es cubrir las necesidades nutricionales de la persona evitando el riesgo de enfermedad por ingestas o comportamientos inadecuados.

Según la Organización Mundial de la Salud, la aplicación de una dieta adecuada desarrolla el efecto preventivo, terapéutico y educativo del paciente y contribuye a su bienestar social y físico.

El presente manual de dietas se elabora a partir de la unificación de los menús existentes hasta ahora en este hospital, teniendo en cuenta los fundamentos básicos de la dietética y las características y costumbres de nuestra zona.

Parte de una dieta basal de doble opción para una semana y desarrolla los menús para dietas progresivas, de textura modificada, patologías gastrointestinales, control de residuos, control de proteínas, control de grasas, diabetes y control de peso, dieta pediátrica, dietas para diabetes pediátrica, dieta pobre en grasa saturada y colesterol y dieta ovo-lacto-vegetariana. Aparte de este grupo, existen otras dietas para patologías específicas así como una dieta especial con la posibilidad de elección de hasta cinco platos diferentes.

Aunque este manual recoge la mayoría de los casos que se puedan dar en nuestro hospital, existe la posibilidad de elaborar dietas personalizadas siempre que lo prescriba el facultativo que atiende al paciente.

OBJETIVOS

GENERAL:

Cubrir las necesidades nutricionales de la persona evitando el riesgo de enfermedad por ingestas o comportamientos inadecuados.

ESPECÍFICOS:

- Valorar las necesidades nutricionales en las diferentes etapas de los ciclos vitales.
- Valorar las necesidades nutricionales en el periodo de enfermedad.
- Enseñar a nutrirse de forma equilibrada.
- Adecuar una alimentación e hidratación correcta a sus circunstancias.
- Ayudar a la adquisición del Índice de Masa Corporal correcto
- Adiestrar para un tránsito seguro de líquidos y sólidos.
- Preparación y administración del soporte nutricional artificial.
- Seguimiento nutricional completo y continuado.
- Evaluación total y parcial de resultados.
- Preparación para el alta hospitalaria

PLAN DE DIETAS PARA EL SERVICIO DE CLÍNICA

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, la dietoterapia se ha convertido en el pilar fundamental para la recuperación del paciente ingresado disminuyendo así la estadía hospitalaria.

La dieta es fundamental para controlar, equilibrar o contrarrestar numerosas patologías, así por Ej. La dieta hiposódica para ayudar a controlar la hipertensión, problemas cardiológicos y renales.

La dieta hipoproteica para controlar las dislipidemias (hipocalórica); las dietas bajas en carbohidratos para controlar al paciente diabético.

OBJETIVOS:

- Mejorar la calidad de vida hospitalaria del paciente
- Ayudar a la pronta recuperación del paciente
- Disminuir la estadía hospitalaria.

DIETAS

Dieta Blanda Hipograsa

OBJETIVO: Facilitar el trabajo digestivo, con bajo contenido de grasa.

Se da en pacientes con afecciones de vesícula, páncreas, hígado, hepatitis, cirrosis, colecistitis y colelitiasis.



Tabla No. 1.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (medida casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Lácteos: Leche descremada o semidescremada: En coladas, guisos, sopas o Yogurt descremado o semidescremado natural	1 vaso 1 vaso	200cc	Leche con chocolate Leches cremosas En mayor cantidad que la indicada.
Quesos: Requesón	1 onza	30 gr.	Quesos muy maduros y cremosos
Ciara de huevo	2 darás	50 gr.	Yema de huevos, fritos
Carnes: Res magra Pollo sin piel, Pescado	2 porciones 1 porción 1 presa 1 porción	60 150 100	Carnes fritas, embutidos, piel de aves, enlatados, mariscos, vísceras.
Cereales: Arroz, Avena, Harinas, tapioca Fideos: Sopas Pastas de harina (tallarín)	1/2 Taza 3cdas 2cdas 2cdas porción	60 30 20 20 60	Cereales integrales, salvado de trigo, morocho. Fideos integrales.
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, o zanahoria blanca	2 raciones	240 gr.	Papas con cascara y tubérculos fritos
Hortalizas: Cocinadas: acelga, nabo, berenjena, sambo, zapallo vainitas, espinaca, tomate sin semilla.	4 porciones	160	Col, coliflor, nabo, pepinillo, apio, leguminosas tiernas y secas, vegetales enlatados, hortalizas crudas y frías
Frutas: o Sin cascara: babaco, durazno, pera, guanábana, rnebrillo, plátano, tomate de árbol sin pepas, melón o En compotas o almíbar	2-3 unidades	300	Frutas secas, con semillas enlatadas, conservas.
Azúcar: Miel de panela, azúcar común en preparaciones	3cdas	30	Azúcar cruda
Aceite de maíz, girasol, oliva	2cdas	30	Manteca animal, vegetal, aceite de palma.

"En caso de Hepatitis se prescribirá una dieta hipograsa e hipercalórica a expensas de hidratos de carbono simples y complejos".

Dieta hipocalórica:

OBJETIVO: Disminuir la ingesta calórica de los pacientes.

PRESCRIPCIÓN:

Para pacientes diabéticos y obesos

Tabla No. 2.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (medida)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche semidescremada o descremada: Yogurt natural	2 tazas 1 vaso	400cc 200cc	Leches entera
Quesos: Tipo quesillo	1 taja mediana	30	Quesos muy maduros y cremosos
Huevos 2 veces por semana.	1 unidad	50	No frito
Carnes: Res magra pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 porción 1 presa 1 porción	60 150 100	Fritas, embutidos, carne grasosas, vísceras
Leguminosas Secas Leguminosas tiernas	½ Taza 1 taza	30 40	Solo la cantidad indicada
Cereales: Arroz, arroz de cebada principalmente integrales Granos tiernos choclo	½ Taza	20 20	Harinas refinadas
Fideos integrales: Pastas de harina	2cda.	20	No
Tostadas, pan integral	4 unidades 1 pan	50	Pastas, panes, postres
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, zanahoria blanca, mellocos, ocas	1-2 unidades	50	Solo la cantidad indicada
Hortalizas: Zanahoria amarilla, rábanos, vainita, pepinillo, tomate riñón, acelga, nabo, berenjena, sambo, zapallo espinaca papa nabo, pimiento, cebollas, culantro, perejil, apio, achogchas.	Cocido 1/2 Taza Crudo 2 tazas (4 porciones)	80 160	Vegetales en conserva
Frutas: Jugo de Babaco, naranja, guanábana, guayaba, durazno, pera, manzana, pina, papaya, tunas, mandarinas, limas membrillo, tomate de árbol sin pepas, melón	1 vaso 2 unidades	200 cc. 200	Frutas muy maduras, plátano en grandes cantidades.
Azúcar			Azúcar común, mermeladas, jaleas, dulces, caramelos
Aceite Aceite maíz, girasol, oliva	2cdas.	20	Manteca animal, vegetal, aceite de palma.
Bebidas Aguas aromáticas, jugos consomés	2 litros	2000 ce	Colas, helados, licores, cerveza, bebidas con azúcares.

Dieta Hiposódica – Normoproteica

OBJETIVOS: Se administra con el fin de disminuir el edema, prevenir la retención de líquidos y regular el equilibrio de líquidos y electrolitos. El contenido de sodio que aportan los alimentos es de 800-1200 mg.

PRESCRIPCIÓN

Para enfermedades cardiovasculares, hipertensivas, renales, toxemias del embarazo, inmunodeficiencia hepática crónica con ascitis.

Tabla No. 3.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (medida)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche:	2 tazas	400	
Todo tipo de leche	1 vaso	200	
Yogurt			
Quesos:	1 taja	30	Quesos salados
Tipo queso sin sal			
Huevos	1 unidad	50	
Carnes:	2 porciones		Fritas, embutidos, carne ahumadas.
Res magra	1 porción	60	
pollo sin piel,	1 presa	150	
pescado y otras	1 porción	100	
Leguminosas Secas	1/2 taza	30	Enlatado y conserva.
Leguminosas tiernas	1/2 taza	20	
Fideos:	2cdas	20	Harinas que contengan polvo de
Pastas de harina			panes, galletas y
Pan de dulce	2 porciones	120	postre de sal
Cereales:	1 taza	60	
Arroz.			
Tubérculos y raíces:	3 unidad	120	
Papa, yuca, camote,	pequeñas		
zanahoria Blanca, mellocos			
Hortalizas:	4 porciones	240	De alto contenido de sodio.
Zanahoria amarilla,			
rábanos, vanita, pepinillo,			
tomate riñón, acelga, nabo,			
berenjena, sambo, zapallo			
Frutas:	80g	1 vaso	Frutas muy
Jugo de Babaco, naranja,	1 unidad	40gr	maduras, plátano,
mora, guanábana guayaba,	2 unidades	200	melón, tomate riñón
Claudia Durazno, pera,	½ Unidad	60	en grandes
manzana, pina, papaya.			cantidades.
Azúcar	Sedas	30	
Aceite	2cdas	20	Manteca animal,
Aceite maíz, girasol, oliva			vegetal, aceite de
Bebidas	200CC	2 litros	Colas, helados,
Aguas aromáticas, Jugos y		diarios	licores, cerveza,
Consumos			bebidas con

Dieta hipercalórica-hiperproteica

OBJETIVOS: Cubrir las elevadas necesidades nutricionales. Su principal característica es que el aporte de proteínas es superior a las necesidades de una persona normal.

PRESCRIPCIÓN:

Para pacientes con quemaduras, procesos infecciosos, traumatismos, desnutrición, pacientes con cáncer, por enfermedades crónicas que determinan pérdida de peso.

Tabla No. 4.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (medida casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche y derivados: Yogurt natural	1 -2 tazas 1 vaso	400 200	
Verduras Todas (acelga .achogchas, apio, brócoli, col blanca, col morada, coliflor, espinacas, nabo, mellocos, pimiento, zambo, rábano, zapallo, tomate riñón, pepinillo, remolacha, espinaca, lechuga, espárragos, cebollas, etc.	Cocido: 1/2 taza Crudo: 1 taza	80	
Huevos 5 veces a la semana dependiendo de su nivel lipídico	1 unidad	50	
Queso	1 tajada	30	
Carnes: Res magra, cerdo, hígado, lengua, riñón, ternera, pescado, pollo sin piel.	2 porciones	150	No frituras es preferible al vapor, estofadas en caso del pollo y pescado sin piel.
Leguminosas secas Leguminosas Tiernas	2 porciones/sem. 4-5 porciones/sem.	45	Excluir las leguminosas que no será toleradas
Cereales, derivados, plátanos tubérculos y raíces Pan, galletas Arroz cocido, fideo/ tallarines Arroz de cebada, avena quínoa, trigo, maicena, soja, etc. Plátano verde o maduro, yuca, papa o puré de papa Maíz tostado Granos tiernos, granos secos	1 unidad o 6 galletas 1/2 taza 1 unidad 1/2 taza	50 60 40 40	Excluir cereales simples
Frutas: todas, para realizar jugos Claudia, durazno, taxo, naranjilla, maracuyá, mandarina. Lima tomate de árbol Mango, manzana, naranja, plátano orto, pera, Papaya, pina, melón picado, babaco Uvas, Se recomienda servir en dulces y mermeladas.	1vaso 2 unidades medianas 1 unidad grande 1 unidad pequeña 1 taza 15 pequeñas	200 80 60 150	
Azúcar Azúcar, miel y panela	Seda	50	Limitar el consumo de bebidas gaseosas y alimentos
Grasas: Aceite maíz, girasol, oliva Aguacate Maní Coco rallado	1cdta (1/2) mediano 20 U. pequeñas (1/2) mediano	5cc 30 30 30	Evitar consumo de grasas saturadas

DIETAS PARA PACIENTES DE CIRUGÍA

DIETAS EN PACIENTES QUIRÙRGICOS

INTRODUCCIÒN

Una buena alimentaci3n se constituye en el pilar fundamental para la recuperaci3n y cicatrizaci3n de los tejidos lesionados.

Cuando se da movimientos peristálticos se restablecen los pacientes pueden iniciar con dietas líquidas claras. Si es tolerada pasan a dieta líquida completa, luego dieta blanda, hasta establecer el régimen normal de acuerdo a cada patología o intervenci3n quirùrgica.

OBJETIVOS

CLASES DE DIETAS

Dieta Normal (General)

Conjunto de alimentos que se ingieren habitualmente que permite mantener un adecuado estado nutricional y de salud. No tiene ningùn tipo de restricci3n de nutrientes.

Está indicada en pacientes de traumatología, psiquiatría, gineco-obstetricia y en todos los que no tienen trastornos del aparato digestivo.

Tabla No. 5.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (Medida Casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no aconsejados
Leche: Todo tipo de leche, yogurt	3 tazas	600cc	Leches con alto contenido en grasas
Quesos: Todas las variedades	1 taja pequeña	30	Quesos muy maduros
Carnes: Res magra pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 porci3n 1 presa 1 porci3n	70 150 100	Carnes grasosas
Huevos: Se incluye todos	1 unidad	50	No más de 3 por semana

Leguminosas: Arveja, lenteja, haba, fréjol, soya, habichuela, Secas: Tiernas:	1/2 taza 1 taza	40 60	Ninguna
Cereales: Arroz Fideo harinas Pan	1/2 taza 4 cdas 2 cdas 2 unidades	60 40 20 100	Harinas y sus derivados muy refinados.
Tubérculos y raíces: Papa Yuca Camote Zanahoria Blanca	3 porciones	120	Ninguna
Hortalizas: Acelga, nabo, col, coliflor, berenjena, vanitas, alcachofa, tomate, espinaca, lechuga, apio,	Cocido 1/2 taza Crudo 1 taza (4 porciones)	240 gramos	Ninguno
Frutas: Se incluyen todas	3-4 raciones	400	Ninguno
Azúcar Miel de paneta, azúcar común	3cdas	30	Ninguno
Aceite Aceite mate, girasol, oliva	Sedas	30 ce	Manteca animal, vegetal, aceite de palma.
Agua	8 vasos	1500 ml	

DIETAS MODIFICADAS CUALITATIVAMENTE

DIETA LÍQUIDA ESTRICTA O LÍQUIDOS CLAROS:

Objetivo

Mantener la nutrición oral del paciente hasta que recupere funciones normales de digestión y absorción. Controlar la tolerancia digestiva, reducir al mínimo la estimulación gastrointestinal.

Prescripción

Se utiliza para la transición de nutrición parenteral a nutrición enteral o vía oral en pacientes previo a intervenciones quirúrgicas intestinales, y post operatorio, exploración colonoscópica, gastroenteritis aguda, recuperación de cirugía abdominal o presencia de un íleo parcial.

Características nutricionales

- Valor Energético Total: aproximadamente 500 Kcal o 2100 Kj. (125 g de azúcar)

- Volumen: 1500 - 2000 cc
- Horario: Fraccionado 5 a 6 tomas; cada toma de 200 a 300 cc
- Alimentos permitidos: infusiones- consomé (13 cdas. o 130 g)

Características físico – químicas

Líquidos fáciles de absorber.

Cubre necesidades de líquidos y electrolitos (sodio, potasio) proporciona carbohidratos (azúcar).

No debe prolongarse por más de 48 horas por su escaso valor nutritivo.

DIETA LÍQUIDA AMPLIA:

Objetivo

Mantener la nutrición oral del paciente hasta que recupere funciones normales de digestión y absorción.

Favorecer progresión con seguimiento de respuesta gastrointestinal a la introducción de nuevos alimentos.

Se caracteriza por llevar los alimentos permitidos en la dieta normal preparados en consistencia líquida. Se utiliza como base líquidos: leche, jugos, caldos, infusiones, a los que se agregan alimentos sólidos llevados a una consistencia líquida mediante procedimientos mecánicos de licuado y tamizado.

Prescripción

Se utiliza en la etapa de transición para pacientes con problemas de masticación y disfagia o cuando está reducido el funcionamiento gastrointestinal, cirugía, quemadura de boca, cara, estenosis esofágica, en algunos problemas neurológicos como el que cursan con alteración en la masticación y deglución, "Guillain Barré".

Características Nutricionales

Valor Calórico	Total	1500 Kcal.	(6300 Kj.)
Proteínas:	13%	48.7g	195Kcal
Grasas:	30%	50 g	450Kcal
Carbohidratos:	57%	206g	825Kcal

Características físico químicas

Consistencia:	líquidos, semilíquida volumen fraccionada en 5 tomas cada tres horas
Horario:	tres comidas (desayuno, almuerzo, merienda) y dos colaciones
Temperatura:	de acuerdo a la preparación
Sabor.	condimentos naturales
Olor.	agradable
Purinas:	cantidad normales

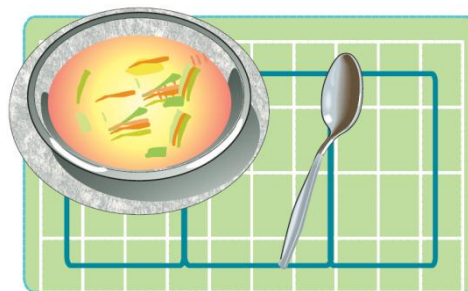
Tabla No.6.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitido	Cantidad (medida casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche: Entera, pasteurizada, en polvo. Yogurt natural	2 tazas 1 taza	400cc 200cc	Leches con alto contenido de grasas, leches enlatadas
Quesos: De comida	1 taja mediana	30	Quesos muy maduros y cremosos
Carne: Res magra pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 porción 1 presa	60 150 100	Carnes grasosas, tejido Fibroso, condimentadas, frita, embutidos, mariscos
Huevos: Se incluye todos	1 unidad	50	No más de 3 por semana
Cereales: Arroz, cebada, morocho y fideo Harinas Trigo modificado	3 cdas. 2 cdas. 3 cdas.	15 10 15	Cereales comerciales integrales.
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, zanahoria Blanca	3 porciones	120	Papas con cascara y fritos
Hortalizas: Acelga, nabo, col, coliflor berenjena, vainitas, alcachofa, tomate, espinaca, lechuga, apio, remolacha y rábanos	Cocido ½ taza Crudo 1 taza (4 porciones)	240	Hortalizas crudas y Mas
Frutas: Babaco, durazno, frutilla, guanábana, limón, mandarina, manzana, membrillo,	2-3 raciones	300	Frutas con cascara y semillas
Azúcar: Miel de panda, azúcar común	Sedas	60	Ninguno
Aceite de semilla: Aceite maíz, girasol, oliva, centeno,	2cdas	30	Manteca animal, vegetal, aceite de
Bebidas: Agua hervida, agua aromática	Sopas, consomés.	1.5 litros - 1500 cc	Evitar el consumo excesivo de chocolates, licores, postres, limonadas.

DIETAS BLANDAS

Objetivo

Facilitar la digestión y corrige las perturbaciones orgánicas y funcionales del aparato digestivo.



Prescripción

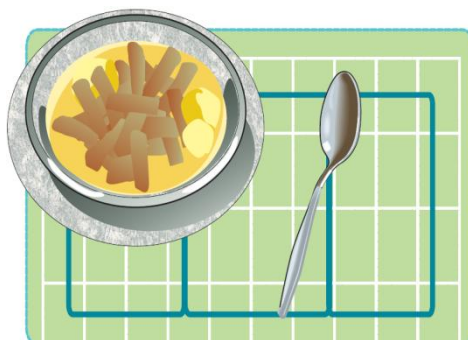
Pacientes post-operados de esófago, sin dentadura, radiados en oro-faringe, ulceraciones de boca y esófago, o con trastornos gástricos leves.

Es una dieta intermedia entre la líquida y la normal, compuesta por alimentos semisólidos, de poca consistencia, de fácil digestión y poco residuo, suaves y bien tolerados.

DIETA BLANDA GÁSTRICA

Objetivo

Permite la formación de un quimo bien elaborado, de fácil evacuación y capaz de favorecer el trabajo intestinal; de fácil digestión, disgregación, con pobre contenido de celulosa, subdividido o modificado por la cocción, no excitante gastrointestinal, sin ácidos orgánicos, escasas purinas. Se llama blanda no por su consistencia si no por la digestibilidad.



Prescripción

Este tipo de dietas se utiliza en pacientes con afecciones gástricas como gastritis, úlcera; y en período de recuperación quirúrgica de estómago, luego de haber pasado dos días en dieta líquida.

Características nutricionales:

Tabla No.7

Aporte energético total 2000 Kcal. (8.400 Kj)		
Proteínas: 13%	65g	260Kcal
Grasas: 25%	55 g	500Kcal
Carbohidratos: 62%	310	1240 Kcal

Características físicas

Consistencia: líquida, semilíquida

Horario: fraccionada en 5 tomas: desayuno, almuerzo, merienda y dos colaciones una a media mañana y otra a media tarde.

Temperatura: Templada.

Sabor. No excitante, sin condimentos picantes, sin bebidas estimulantes.

Olor. agradable

Características químicas

Purinas: bajo en purinas.



Tabla No.8.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

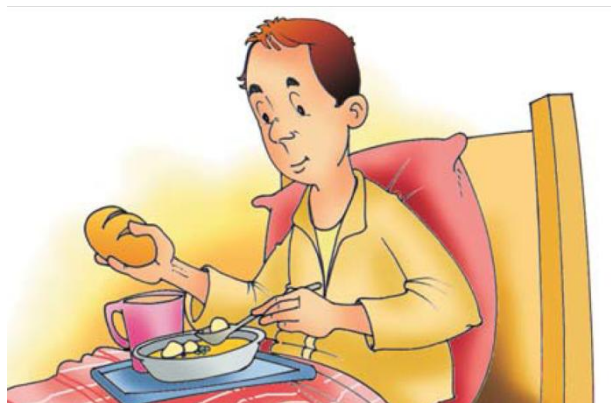
Alimentos permitidos	Cantidad (medida)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche: Semidescremada en polvo Yogurt natural	2 tazas 1 vaso	400cc 200cc	Leches con alto contenido en grasa 2% nata y crema.
Quesos: Frescos	1taja pequeña	30	Quesos muy maduros y cremosos
Carnes: pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 presa 1 porción	150 100	Carnes grasosas, tejido fibroso, condimentadas, frita, embutidos.
Huevos: cocidos	1 unidad	50	Huevos fritos
Cereales retinados: Arroz fideo Harinas: maíz, plátano, maicena Pan de agua, centeno, tostadas, galletas	6 cdas 3 cdas. 2 cdas 2 unidades	60 30 20 120	Cereales integrales, salvado de trigo, morocho Harinas integrales. Pan integral con frutas secas, y semillas.
Tubérculos y raíces: Todas pero cocinadas	3 unidades pequeñas	90	Papas fritas y con cascara.
Hortalizas Cocinadas: zanahoria amarilla, remolacha, sambo, tomate, alcachofa, espárragos	2 porciones	80	Vegetales crudos, o fritos, brócoli, col, coliflor, leguminosas secas y tiernas, apio.
Frutas cocinadas, en jugo: plátanos, duraznos, peras, manzana, babaco, melón, guayaba, guanábana, sandía, tomate de árbol, papaya etc.	2-3 raciones	300	Frutas con cascara y semillas
Azúcar Panela, miel de abeja	Sedas	30	Ninguno
Aceite Aceite maíz, girasol, diva,	Sedas	30	Manteca animal, vegetal, aceite de palma.

Nota: las preparaciones deben darse a los pacientes a la hora de comida señalada.

DIETA BLANDA INTESTINAL

Objetivo

Mantener en reposo al intestino en pacientes en etapa de recuperación. La dieta blanda es valiosa opción nutricional para pacientes con enfermedades gastrointestinales, en etapa de recuperación de una cirugía o para quienes tienen dificultad para masticar y deglutir, ya que evita condimentos, grasas y alimentos de difícil digestión.



Prescripción

Se indica este tipo de dieta para pacientes con afecciones intestinales como diarreas, resecciones intestinales, colitis, enteritis, gastroenteritis. No excita el tracto gastrointestinal, protege la mucosa garantizando la absorción y digestión de los nutrientes, modifica la consistencia y volumen de heces.

Alimentos que lo integran

Alimentos seleccionados cuya función será proteger al intestino sin ácidos orgánicos, sin lactosa, bajo contenido de purinas, azúcares y celulosa; pobre en grasa saturada, no lleva derivados de la hidrólisis de las grasas, se suministran carnes blancas (pollo sin piel, pescado) no (leva sustancias meteorizantes o alimentos flatulentos y estimulantes, acres o picantes, alimentos en conserva, enlatados o embutidos).

Características nutricionales:

Tabla No.- 9		
Aporte energético total 2000 Kcal. (8.400 Kj)		
Proteínas: 14%	70 g	280Kcal
	44g	400Kcal

Características físicas

Consistencia: blanda, semi-blanda

Horario: fraccionado de 5 a 6 comidas diarias

Temperatura: Templada

Residuos: 2-3 g de celulosa

Purinas: Baja en purinas

Grasas: Pobre

Celulosa: Baja

Lactosa: Sin lactosa

Tabla No. 10.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

ALIMENTOS PERMITIDOS	CANTIDAD (MEDIDA)	CANTIDAD (GRAMOS)	ALIMENTOS NO PERMITIDOS
Quesos: Quesillo	2 tajadas medianas	40	Quesos muy maduros y cremosos
Carnes: Pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 presa 1 porción	150 100	Carnes rojas fibrosas, embutidos, conservas
Huevos: Clara cocinada	2 unidades	50	Yema de huevo ni fritos
Cereales: Arroz Tapioca, sémola y arroz de cebada Harinas Fideo Pan: De agua, tostadas	1 Taza 2 onzas 2 cdas 2 porciones	60 20 20 100	Cereales integrales, ajonjolí, canguil, tostado Pastas, pasteles, pan de nuevo, integral.
Tubérculos y raicéis en purés sin leche: papa, yuca, zanahoria blanca	3 unidades medianas	120	Papas con cascara, ni en trituras
Hortalizas: con bajo contenido de celulosa Nabo, sambo, zanahoria amarilla, zapallo, papa nabo, mellocos, suquini, remolacha, espinaca, alcachofa en guisos y sopas	4 porciones	240 gramos	Brócoli, coliflor, choclo, espárragos, cebolla, todas las hortalizas crudas y flatulentas
Frutas: Bajo contenido en celulosa Babaco, durazno, manzana, pepino, pera, plátano maduro, guayaba y melón sometidos a	4 porciones	400	Frutas crudas, enteras, y secas {ciruelas pasas}
Azúcar Miel de panela cocinada	4 cdas	40	No azúcar cruda
Aceite Aceite maíz, girasol, oliva	Zedas	20	Manteca animal, vegetal, aceite de palma. Leguminosas

Peso neto en crudo

DIETA BLANDA HIPOGRASA

Objetivo:

Facultar el trabajo digestivo, con bajo contenido de grasa.

Prescripción:

Se administra a pacientes con afecciones de vesícula, páncreas, hígado, hepatitis (A, B), cirrosis, colecistitis y colelitiasis.

Tiene un contenido de grasa inferior en relación a la dieta normal, con bajo contenido en celulosa y reducidos alimentos meteorizantes. Se recomienda grasas polinsaturadas y monoinsaturadas.

Características nutricionales

El aporte de sustancias nutricionales deberá ser de acuerdo con la evaluación nutricional y se aplicara los siguientes parámetros:

Tabla No. 11
Aporte energético total 2000 Kcal. (8.200 Kj.)

Proteínas: 12 -14%	70g	280Kcal
Grasas: 18-20%	44g	400Kcal
Carbohidratos: 66-70%	330g	1320 Kcal.

Características físico-químicas

Consistencia: (blanda, semi-blanda)

Horario: fraccionada en 5 tomas, desayuno, almuerzo, merienda y dos colaciones una a media mañana y otra a media tarde.

Temperatura: De acuerdo a las preparaciones (templada)

Purinas: Bajo en purinas.

Tabla No. 12.- ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (medida casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche descremada o semidescremada: En coladas, guisos, sopas o Yogurt descremado o semidescremado natural	1 vaso 1 vaso	200cc	Leche con chocolate Leches cremosas En mayor cantidad que la indicada.
Quesos: Requesón	1 onza	30 gr.	Quesos muy maduros y cremosos
Clara de huevo	2 claras	50 gr.	Yema de huevos, fritos
Carnes: Res magra Pollo sin piel, Pescado	2 porciones 1 porción 1 presa 1 porción	60 150 100	Carnes fritas, embutidos, pie! de aves, enlatados, mariscos, visceras.
Cereales: Arroz, Avena, Harinas, tapioca Fideos: o Sopas o Pastas de harina (tallarín)	1/2 Taza 3cdas 2cdas 2cdas 1 porción	60 30 20 20 60	Cereales integrales, salvado de trigo, morocho. Fideos integrales.
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, o zanahoria blanca	2 raciones	240 gr.	Papas con cascara y tubérculos fritos
Hortalizas: Cocinadas: acelga, nabo, berenjena, sambo, zapallo vainitas, espinaca, tomate sin semilla.	4 porciones	160	Col, coliflor, nabo, pepinillo, apio, leguminosas tiernas y secas, vegetales enlatados, hortalizas caídas y frías
Frutas: Sin cascara: babaco, durazno, pera, guanábana, membrillo, plátano, tomate de árbol sin pepas, melón o En comotas o almíbar	2-3 unidades	300	Frutas secas, con semillas enlatadas, conservas.
Azúcar o Miel de panela, azúcar común en preparaciones	Sedas	30	Azúcar cruda
Aceite de maíz, girasol, oliva	2cdas	30	Manteca animal, vegetal, aceite de palma.

*En caso de Hepatitis se prescribirá una dieta hipograsa e hipercalórica a expensas día Hidratos de carbono simples y complejos.

PLAN DE DIETAS PARA PACIENTES EN UCI

INTRODUCCIÓN

La instauración de la nutrición en el paciente crítico debe ser precoz para contrarrestar la situación hipercatabólica.

Se pueden instaurar las siguientes dietas según las condiciones del paciente:

- Dieta líquida por sonda (enteral)
- Dieta licuada por sonda
- Nutrición parenteral



CLASES DE DIETAS

DIETA LÍQUIDA POR SONDA (NE/Nutrición Enteral)

OBJETIVO

Proporcionar al paciente soporte nutricional directamente al aparato digestivo, estimulando su normal funcionamiento, cuando éste es anatómica y funcionalmente útil, pero existe alguna dificultad para la normal ingestión de alimentos por boca.

PRESCRIPCIÓN

La Nutrición Enteral (NE) comprende alimentos en forma líquida, administrados al paciente a través de una sonda que llega al estómago o intestino delgado.

Es de fácil digestión, y se emplea por vía oral en pacientes conscientes e inconscientes como sucede en anorexias marcadas, problemas neurológicos severos, traumatismos craneoencefálico, estenosis esofágica.

La instauración de la Nutrición Enteral debe ser muy precoz, sobre todo en el enfermo crítico y en el postoperatorio inmediato, para contrarrestar la situación hipercatabólica.

Las fórmulas culinarias, compuestas por alimentos naturales cocinados, triturados y tamizados, en la actualidad están prácticamente contraindicadas por algunas razones el grueso calibre requerido en la sonda para su administración, el no poder conocer la cantidad de nutrientes administrada, el elevado riesgo de contaminación de la alimentación y la frecuente obstrucción de la sonda.

Se recomienda el uso de agua hervida 60 ml después de cada toma con la finalidad de evitar el taponamiento de la sonda.

Características

Fórmulas enterales son aquellos preparados constituidos por una mezcla definida de macro y micronutrientes.

Fórmula completa: es aquella que contiene todos los nutrientes necesarios, esenciales o no, que pueden sustituir totalmente la ingesta diaria de nutrientes. Asegurando una nutrición adecuada del paciente. Estas fórmulas pueden administrarse por sonda o también vía oral.



El suplemento: ayuda a ajustar la dieta oral para conseguir una ingesta adecuada que permita mantener un estado nutricional óptimo. Pueden ser completos o no dependiendo de si aportan todos los nutrientes.

CLASIFICACIÓN DE LAS FÓRMULAS ENTERALES

- Fórmulas poliméricas
- Fórmulas oligoméricas
- Fórmulas especiales
- Fórmulas modulares

La composición de tres fórmulas empleadas en la nutrición enteral son mezclas de proteínas, grasas e hidratos de carbono, que se obtienen a partir de productos alimentarios y que luego se pueden complementar con vitaminas y minerales.

El agua también es un componente muy importante que forma parte de las fórmulas líquidas en cantidades del 80-85% del volumen total; esto asegura que el paciente puede estar hidratado.

FÓRMULAS POLIMÉRICAS

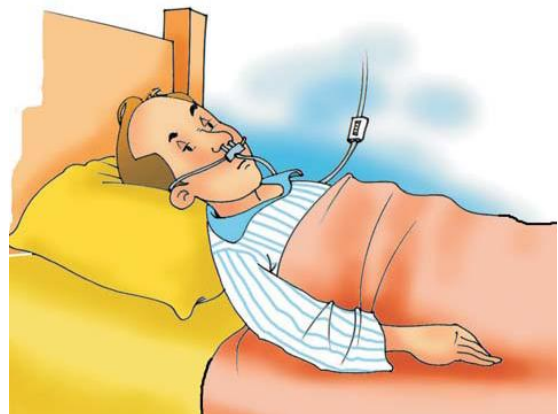
Son fórmulas preparadas industrialmente donde los nutrientes se encuentran en su forma completa, contienen moléculas de peso molecular elevado y requieren una digestión química antes de ser absorbidos.

Estas dietas se emplean en los pacientes con buena digestión y absorción. El sabor es agradable.

Las fórmulas poliméricas son las más utilizadas y se presentan en forma líquida o en polvo. Contienen la cantidad de proteínas, lípidos e hidratos de carbono adecuada para conseguir una alimentación equilibrada.

FÓRMULAS OLIGOMÉRICAS

En estas fórmulas, los nutrientes están predigeridos para facilitar su absorción. Se emplean cuando la digestión y absorción de) paciente está disminuida. Las proteínas se presentan bajo forma de hidrolizados proteicos. Al tratarse de moléculas pequeñas, la osmolalidad de la fórmula aumenta y el sabor se resiente.



Las fórmulas oligoméricas pueden ser normo proteicas o hiperproteicas. Son fórmulas adaptadas a una determinada patología o situación del paciente en las que los requerimientos nutricionales se alejan de la normalidad.

FÓRMULAS ESPECIALES

Son fórmulas adaptadas a una determinada patología o situación del paciente en la que los requerimientos nutricionales se alejan de la normalidad. Las patologías en las que se emplean fórmulas especiales son:

Nefropatías. Se emplean fórmulas con restricción en proteínas pero con los aminoácidos esenciales. Se retrasa así la progresión del deterioro de la función renal. Si el paciente está recibiendo diálisis, las proteínas no se limitan, pero sí se controlan los fluidos y el aporte de iones como el fósforo, sodio y potasio. En ocasiones conviene suplementar la fórmula con calcio y vitamina D. A veces se añade hierro y vitaminas hidrosolubles.

Hepatopatías. Las fórmulas contienen una restricción de proteínas para evitar el acumulo de amonio, son ricas en aminoácidos ramificados.

Insuficiencia respiratoria. Se reduce el aporte de hidratos de carbono, ya que durante su metabolismo se produce dióxido de carbono. Los lípidos se aumentan en estas fórmulas para compensar los hidratos de carbono. En ocasiones se aconseja añadir ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de la serie omega-3. Se les proporciona el aporte calórico recomendado y se administran enzimas pancreáticas y vitaminas liposolubles.

Diabetes. Como fuente de hidratos de carbono se emplea el almidón de tapioca modificado y cierta cantidad de fructosa para mejorar el sabor. La fórmula es rica en lípidos y los hidratos de carbono están disminuidos. A veces se incorpora fibra del tipo soluble, que mejora la tolerancia a la glucosa al disminuir o retardar la absorción de ésta.

Inmunología-stress. En estas situaciones el paciente requiere un mayor aporte proteico, por ello las fórmulas empleadas suelen ser hiperproteicas.

La administración de aminoácidos de cadena ramificada y especialmente la leucina, estimulan la síntesis proteica y disminuyen la degradación de las proteínas y el catabolismo muscular. Además aportan aminoácidos que en esta patología se consideran esenciales como son la glutamina y la arginina.

Pediátricas. Especialmente diseñadas en función de su composición corporal, reservas energéticas, crecimiento, maduración de órganos, enfermedad de niños y niñas.

Pacientes oncológicos. Se emplean fórmulas poliméricas con fibra y el ajuste de nutrientes se hace adecuado a cada caso; suelen enriquecerse en ácidos grasos omega-3 y aminoácidos ramificados.

Diarreas. En estas situaciones, las fórmulas empleadas contienen fibra soluble como el hidrolizado de goma.

FÓRMULAS MODULARES

Son fórmulas que están constituidas por diferentes nutrientes que se encuentran en módulos separados y mediante una combinación adecuada, se pueden preparar las dietas de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente. Se seleccionan en función de las características de cada paciente, capacidad funcional de su tracto gastrointestinal y la composición que se desea preparar cada día.

CÓMO SE DEBE ADMINISTRAR?

Para empezar o probar tolerancia se comienza con el aporte de $\frac{1}{3}$ parte de los requerimientos energéticos y nutrimentales. Se evoluciona a $\frac{2}{3}$ partes y finalmente se administra el 100% de sus requerimientos.

Valor nutritivo Se incrementa en forma progresiva, dependiendo de la necesidad individual del paciente y su tolerancia, se empezará con un cociente gramo/caloría menor a 1, es decir 0.5 Kcal/ luego 0.75 Kcal/ hasta alcanzar un cociente gr/ Kcal. Es decir que debe llegar a 1 Kcal/ml.



Por goteo continuo: Este método se recomienda para pacientes que están alimentándose a nivel de duodeno y yeyuno que tienen disminuida la capacidad digestiva; se incrementará el volumen poco a poco y luego la concentración, no los dos al mismo tiempo.

Bolos: Se debe utilizar con pacientes con buena tolerancia digestiva, se incrementa el volumen paulatinamente iniciando de 150 cc. Cada 4-6 horas y luego se incrementará 500ml cada toma durante las 24 horas. La concentración habitual de la formula es de 1 Kcal/ml.

Tabla No. 13.- PROCEDIMIENTO DE MONITOREO EN LA ADMINISTRACIÓN

PROCEDIMIENTOS	BOLOS	GOTEO CONTINUO
Elevar la cabecera de la cama a 30 grados	Una hora antes y después de la alimentación	Permanente, sobre todo si la alimentación es por estómago
Revisar la posición de la sonda	Antes de cada alimentación	Cada seis horas
Medir residuos gástricos (vaciamiento lento >de 100ml)	Antes de cada alimentación	Cada cuatro horas
Administración	Por gravedad por jeringa de 50 cc pasar lentamente (durante 15 min. o más)	Utilizar infusión. La fórmula no debe estar a temperatura ambiente por más de cuatro horas.

Si los residuos gástricos son mayores a 100 ml consultar al médico para disminuir el volumen a administrarse.

Se inserta una sonda a través de la nariz y la garganta hasta el estómago o el intestino delgado. Este tipo de sonda se utiliza generalmente a corto plazo.

Se inserta una sonda en el estómago o el intestino delgado a través del estomago (una apertura realizada en la parte externa del abdomen). Este tipo de sonda es el elegido habitualmente para uso a largo plazo o para pacientes que no pueden tolerar una sonda a través de la nariz y garganta.

Si la sonda se coloca en el estómago, los alimentos pueden suministrarse a través de la sonda ininterrumpidamente bolos varias veces por día. Si la sonda se coloca en el intestino delgado, los alimentos se suministran de forma continua. Se cuenta con diferentes preparaciones disponibles. Algunas ofrecen nutrición completa y otras suministran ciertos nutrientes. Se seleccionan las preparaciones que satisfacen las necesidades específicas de los pacientes. Para pacientes que sufren otras afecciones de la salud, como la diabetes, se cuenta con preparaciones específicas disponibles.

En algunos casos se utiliza también la nutrición enteral cuanto el paciente puede comer cantidades pequeñas por la boca pero no puede obtener suficientes alimentos de esa manera. El paciente puede continuar comiendo o bebiendo según sus posibilidades, y la alimentación por sonda suministra el equilibrio necesario de calorías y nutrientes.

LA NUTRICIÓN ENTERAL PODRÍA SER ADECUADA EN PACIENTES CON SISTEMA GASTROINTESTINAL AÚN EN FUNCIONAMIENTO.

La nutrición enteral sigue utilizando el estómago y los intestinos para digerir alimentos

Se utiliza en pacientes con cáncer de cabeza, cuello, o aparato digestivo y cuyo tratamiento con quimioterapia y radioterapia produce efectos secundarios que restringen el consumo de alimentos o la ingestión de bebidas.

La nutrición enteral no es adecuada en los siguientes pacientes:

- Pacientes cuyo estómago e intestinos no funcionan o se han extirpado.
- Pacientes que tienen un bloqueo en el intestino.
- Pacientes que padecen náuseas, vómitos o diarrea agudos.

- Pacientes cuyo recuento de plaquetas es bajo. Las plaquetas son glóbulos que ayudan a evitar hemorragias mediante la formación de coágulos de sangre.
- Pacientes que tienen concentraciones bajas de todos glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas.

LA NUTRICIÓN ENTERAL PODRÍA CONTINUAR DESPUÉS DE QUE UN PACIENTE ABANDONA EL HOSPITAL

Si se recomienda nutrición enteral después de que el paciente abandona el hospital, El paciente y la persona a cargo de su atención, recibirán instrucciones para utilizar la sonda con la bomba y dar atención domiciliaria- El hogar debe estar limpio y el paciente debe ser supervisado con frecuencia por el equipo de apoyo nutricional.

Complicaciones más frecuentes en la nutrición enteral

- Infecciones y ulceraciones en el lugar de inserción de la sonda.
- Taponamiento de la sonda.
- Mala colocación de la sonda.



Almacenamiento

- Las fórmulas preparadas deben mantenerse refrigeradas por 24 horas.
- El volumen que no se haya utilizado durante este periodo debe desecharse.
- En los recipientes de las dietas por sonda constará la fecha de elaboración.

ALIMENTOS CASEROS PREPARADOS: DIETA ARTESANAL PARA NUTRICIÓN ENTERAL

DIETA LICUADA POR SONDA

PRESCRIPCIÓN.

- Pacientes con alteraciones mecánicas de la deglución o del intestino, que precisan sonda por cursar con afagia o disfagia severa.
- Tumores de cabeza y cuello, tumores de aparato digestivo (esófago, estómago)

- Cirugía oral, estenosis esofágica no tumoral. Excepcionalmente, en casos de disfagia severa y si la sonda está contraindicada, podrá utilizarse nutrición enteral sin sonda, previo informe justificativo del facultativo responsable de la indicación del tratamiento.
- Pacientes con trastornos neuromotores que impidan la deglución o el tránsito y que precisan sonda.
- Enfermedades neurológicas que cursan con afagia o disfagia severa: Esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, síndromes miasteniformes.
- Secuelas de enfermedades infecciosas traumáticas del sistema nervioso central, retraso mental severo, procesos degenerativos de sistema nervioso central, accidentes cerebro vascular, tumores cerebrales, parálisis cerebral, coma neurológico, trastornos de la motilidad intestinal: pseudo obstrucción intestinal, gastroparesia diabética.

PACIENTES CON REQUERIMIENTOS ESPECIALES DE ENERGÍA Y/O NUTRIENTES

Síndrome de mal absorción severa, síndrome, de intestino corto, diarrea intratable de origen auto-inmune, linfoma, esteatorrea postgastrectomía, carcinom de páncreas, resección amplia pancreática, insuficiencia vascular mesentérica, amiloidosis, esclerodermia, enteritis eosinofílica, intolerancias digestivas a grasas:

Enfermedad de Swaschman, linfangiectasia intestinal, deficiencia primaria de apolipoproteína B1, enfermedades peroxisomates hereditarias.

- Alergia o intolerancia diagnosticada a proteínas de leche de vaca en lactantes, hasta dos años si existe compromiso nutricional.
- Pacientes desnutridos que van a ser sometidos a cirugía mayor programada o trasplantes.

SITUACIONES CLÍNICAS QUE CURSAN CON DESNUTRICIÓN SEVERA

- Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn
- Caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento con quimio y/o radioterapia.

- Patología médica infecciosa que presenta malabsorción severa: SIDA v Fibrosisquística, fístulas entero-cutáneas de bajo débito.
- Insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente.

DIETA POR SONDA No. 1 (Fórmula de iniciación)

Esta dieta se administra en la fase inicial de la alimentación por sonda para probar tolerancia digestiva, luego se evoluciona a la DIETA POR SONDA No. 2 que es más completa y tiene mayor aporte energético, vitaminas y minerales, permitiendo mantener y recuperar el estado nutrimental del paciente.

En 1 litro de agua, cocinar a fuego lento, en un recipiente tapado los siguientes alimentos, previamente lavados, pelados y picados.

DIETA POR SONDA No. 2 (Fórmula de recuperación nutricional)

Que se prepara agregando a las tomas respectivas de la DIETA POR SONDA No. 1 en vez del 3% de azúcar, el 6% o sea el doble y el 3% de aceite de soya, maíz, girasol u oliva.

ALIMENTO	MEDIDA CASERA
<ul style="list-style-type: none"> • Pechuga de pollo • Acelga, espinaca o Berros • Zanahoria amarilla • Cebolla blanca • Hierbas • Papa • Arroz (cocido) • Huevo • Aceite de maíz o soya • Azúcar 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 onza • 3 hojas medianas - 1 unidad • 1 pedazo pequeño • 1 rama • 1 unidad pequeña • 1 cucharas colmada • 1 unidad mediana • cantidad indicada • cantidad indicada • cantidad indicada

MODO DE REALIZAR LAS PREPARACIONES:

- 1 litro de agua en ebullición (a excepción del huevo, el aceite y el azúcar), v Luego de 30 minutos retirar del fuego y medir. El líquido que debe quedar son 2 tazas llenas (medio litro).

- Licuar bien todos los alimentos previamente cocinados con el medio litro de caldo, agregando un huevo cocinado y 1 1/2 taza de leche hervida.
- Cernir la preparación por dos veces, moviendo la cernidera sin presionar con cuchara.

Seguidamente se debe añadir la miel de azúcar a la preparación de 1 litro o en su vez en cada toma de fórmula a administrar. En todo caso, es al 3% previo a la esterilización terminal. El 3% corresponde aproximadamente a 10 g. de azúcar por cada 8 onzas de preparación o 4 cucharaditas de miel. Para el litro de preparación son 30 g de azúcar u 24 cucharaditas de miel.



COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL

Entre las complicaciones más frecuentes de la Nutrición Enteral cabe destacar la existencia de:

NÁUSEAS Y VÓMITOS: En función casi siempre de patología gastrointestinal preexistente, por posición incorrecta del paciente o de la sonda, o por la existencia de un flujo demasiado rápido que lleva a un excesivo contenido gástrico.

DIARREA: Generalmente en relación con una velocidad de infusión excesiva, por la toma de medicamentos (como antibióticos, antiarrítmicos, magnesio), o por la utilización de una fórmula hiperosmolar.

ESTRINIMIENTO: En relación habitualmente con un alto grado de inactividad física por parte del paciente, pero también por la utilización de fórmulas con muy bajo contenido de fibra y el aporte insuficiente de fluidos.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES.

Habrá que detectar su existencia y poner en conocimiento del especialista. Todas estas complicaciones son de poca gravedad y el paciente adecuadamente entrenado

procurará que no aparezcan, sabrá detectar los síntomas precozmente y tomará medidas iniciales antes de dirigirse al equipo terapéutico.

NUTRICIÓN PARENTERAL

OBJETIVO:

Proporcionar al paciente soporte nutricional; va directamente a la sangre; se utiliza cuando el paciente no puede ingerir alimentos por la boca o por alimentación enteral para mantener o restaurar el estado nutricional.

PRESCRIPCIÓN:

La nutrición parenteral consiste en la administración de nutrientes por vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir las necesidades energéticas y mantener un estado nutricional adecuado en aquellos pacientes en los que la vía enteral es inadecuada, insuficiente o está contraindicada.

Si el aporte de nutrientes es total se trata de una Nutrición Parenteral Total; si sólo constituye un complemento nutricional a la vía enteral hablaremos de NP Parcial.

Se administra nutrición parenteral en las siguientes situaciones:

- Estómago e intestinos que no funcionan o se han extirpado.
- Náuseas, diarrea o vómitos graves,
- Llagas agudas en la boca o el esófago.
- Una fístula (perforación) en el esófago o en el estómago,
- Pérdida del peso corporal y masa muscular.

Digestivas

Patologías neonatales, congénitas o adquiridas: íleo meconial, atresia intestinal, gastroquisis, onfalocele, enfermedad de Hirschprung complicada, hernia diafragmática, pseudoobstrucción intestinal, enterocolitis necrotizante, Intervenciones quirúrgicas: resecciones intestinales, peritonitis infecciosa, malrotación y vólvulo.

Malabsorción intestinal: síndrome del intestino corto, diarrea grave prolongada, enfermedad inflamatoria intestinal grave, fístulas digestivas, enterostomía proximal, linfangiectasia intestinal, algunas inmunodeficiencias, enteritis por radiación.

Otros: pancreatitis aguda grave, postquimioterapia, postirradiación, pseudo obstrucción intestinal, vómitos irreversibles, ascitis quillosa, quilotórax.

Extradigestivas

Estados hipercatabólicos: sepsis, politraumatismos, quemados, neoplasias, trasplantes, caquexia

- Recién nacidos pretérmino, de muy bajo peso.
- Fallo visceral: insuficiencia hepática o renal aguda.
- Oncología: mucositis grave.



La Nutrición Parenteral consiste en un tratamiento endovenoso, destinado a reponer o mantener el estado nutricional. Se usa en pacientes cuyo tracto gastrointestinal no está funcionando normalmente. Existen dos modalidades: la nutrición parenteral central (NPC) y la periférica (NPP).

La Nutrición Parenteral Periférica: se instala en venas de menor calibre, en casos de requerimientos relativamente bajos y por tiempo muy corto, máximo dos semanas. Está indicada, por ejemplo, en las enfermedades inflamatorias intestinales, síndrome de mal absorción, insuficiencia pancreática, gastrectomizados, pacientes en radio y quimioterapia. Es más lenta, más fácil de manejar y desarrolla menos complicaciones.

La Nutrición Parenteral Central: se utiliza en pacientes con requerimientos mayores y que se prolongarán más allá del postoperatorio, por ejemplo, en el caso de un cáncer gástrico resecable en que debe recuperarse e) estado nutricional lo más rápido posible y mantenerse en el postoperatorio. Se manejan en Terapia Intensiva y pueden llevar a complicaciones que agravan mucho a los pacientes, pudiendo en ocasiones causarles la muerte.

El catéter puede colocarse en una vena del pecho o brazo

El catéter venoso central es colocado por un cirujano, debajo de la piel y en una vena grande en la parte superior del tórax.

El catéter venoso periférico es colocado en una vena del brazo por parte de personal médico capacitado. El tugar puede utilizarse para alimentación parenteral a corto plazo.

Se controla periódicamente que el paciente no padezca infección o hemorragia en el lugar en que se colocan los catéteres.

Algunos medicamentos no deben administrarse con preparaciones parenterales.

Muchos medicamentos y otras sustancias no se combinan de manera adecuada con preparaciones utilizadas para alimentación parenteral.

Se debe consultar a un farmacéutico o un médico antes de agregar algo a la preparación o utilizar el catéter para otra sustancia.

La nutrición parenteral debe ser administrada por personal médico capacitado.

Las técnicas y las preparaciones necesarias para el soporte nutricional parenteral son precisas y deben ser administradas por personal médico capacitado o un equipo de apoyo nutricional.

Las complicaciones serias que pueden ocurrir con la alimentación parenteral incluyen las siguientes:

- Colocación del extremo del catéter en el lugar equivocado.
- Coágulos de sangre.
- Colapso pulmonar.
- Concentración alta o baja de azúcar en la sangre.
- Concentración baja de potasio en la sangre.
- Enzimas hepáticas elevadas.
- Infecciones y ulceraciones en el lugar de inserción del catéter.

El apoyo nutricional parenteral puede continuar después que el paciente abandona el hospital.

Si la nutrición parenteral forma parte de la atención que el paciente necesitará después que abandone el hospital, el paciente y la persona a cargo de su atención serán instruidos sobre los procedimientos y la atención del paciente. El hogar debe estar limpio y el paciente debe ser supervisado con frecuencia por el equipo de apoyo nutricional.

PERSONAL MÉDICO CON EXPERIENCIA DEBE ESTAR A CARGO DE RETIRAR AL PACIENTE EL SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL

La finalización del apoyo nutricional parenteral necesita realizarse de manera gradual y bajo supervisión médica. Las alimentaciones parenterales se reducen en pequeñas porciones de forma continua y gradual hasta que el paciente pasa a una alimentación entera! u oral.

Características físico-químicas

Existen fórmulas estándar para el aporte central y el periférico:

Tabla No.26
NUTRIENTES NPC - NPP

d:	Dextrosa	10-25%	5%
i:	Aminoácidos	4,25%	4,25%
	Sodio	36,5mEqA-	36,5mEq/L
*NPC:		*NPP	

Además, se cuenta con soluciones inyectables multivitaminas, emulsiones de grasas (que aportan más calorías) y soluciones standard de oligoelementos. El aporte parenteral está indicado en:

- Gastrectomía total.
- Esofagectomía.

- Gastrectomía
- Duodeno-pancreatectomía.
- Colectomía total.
- Características nutricionales:

Requerimientos

Los requerimientos calóricos varían entre distintas personas. Los requerimientos basales (RB) de pacientes en condiciones normales pueden estimarse en base a la siguiente fórmula:

Se conoce que los requerimientos aumentan en los procesos agudos; así, en un paciente post quirúrgico siempre hay un incremento del 10-15%; en un paciente febril el incremento es de 5,8 por cada grado de fiebre; en un politraumatizado del 25%; en un paciente con sepsis severa del 50%; en peritonitis grave entre 20-40%; y en un quemado, el incremento puede ser de un 100% o un 200% (asociado a un aumento importante del requerimiento diario de proteínas, que es de 0,8grs/kg/día). También hay aumento en pacientes desnutridos y en aquellos con afecciones tumorales. Las modificaciones en los requerimientos implican en ocasiones, modificación en la vía de administración.

Ventajas de la nutrición parenteral:

- Absorción del 100%.
- Infusión continua: impide exceso de déficit de algún componente.
- Muy completa.
- No usa tubo digestivo, lo que es útil en un grupo específico de pacientes

Desventajas de la nutrición parenteral:

- No participa el tubo digestivo: pero debe usarse siempre que sea posible, pues de lo contrario se altera la calidad de la mucosa y el tránsito intestinal, produciéndose translocación bacteriana y problemas en la alimentación posterior.
- Es cara: requiere mayor manipulación, monitorización y lugar físico especial.

- Sus complicaciones son graves, con infección del catéter venoso central con sepsis por microorganismos intra hospitalarios, lo que implica tratamientos antibióticos de alto costo, desnutrición e incluso la muerte. Requiere recambio de todo el sistema (catéter venoso central).

Composición de las mezclas de NP debe cubrir las necesidades energéticas individuales de cada paciente teniendo en cuenta su estado clínico y los resultados de los controles de laboratorio.

Es importante valorar el volumen final (principalmente en el prematuro de muy bajo peso) y la osmolaridad resultante a la hora de administrar la NP. Los requerimientos calóricos son aportados por los tres macronutrientes principales: hidratos de carbono, grasas y proteínas mezclados con una solución de micronutrientes (agua con vitaminas, electrolitos



y oligoelementos). Disponibles en soluciones de dextrosa con concentraciones desde el 2,5% hasta el 70% y cuya osmolaridad se calcula multiplicando por 55 la concentración de glucosa en gr/día.

Emulsiones de lípidos, proporcionan ácidos grasos esenciales y forman parte importante del aporte global de energía no proteica, se recomienda del 30% al 40% del aporte calórico total. Son de baja osmolaridad (de 280 y 340 mosm/l y concentraciones al 10%, 20% y 30%).

Proteínas: se aportan en forma de aminoácidos esenciales y no esenciales y son necesarios para el mantenimiento de los tejidos. Los requerimientos proteicos (entre el 8-15% de las kilocalorías totales) varían según las necesidades de cada tipo de paciente, ya sea recién nacido, lactante o niño mayor. Se recomienda en recién nacidos prematuros mayor proporción de aminoácidos esenciales y que se incluya cistina, taurina y tirosina, para favorecer un adecuado crecimiento global y cerebral.

Hidratos de carbono: se administran en forma de glucosa y es la principal fuente de energía.

Líquidos: todas las sustancias esenciales deben ir disueltas en agua cuyo volumen dependerá de las necesidades de mantenimiento y la sustitución de las pérdidas.

Vitaminas: los aportes se adaptarán a los requerimientos y edad del niño. Los preparados contienen vitaminas lipó e hidrosolubles, excepto vitamina K que se administrará por separado.

Electrolitos: se administran los minerales como el sodio, potasio, calcio, fósforo y magnesio según necesidades. Son importantes a nivel de metabolismo celular y formación ósea. Las cantidades totales de calcio y fósforo están limitadas por su solubilidad y el riesgo de precipitación, por este motivo, en ocasiones, parte de la dosis total del calcio requerido se administrará por separado.

Oligoelementos: las soluciones de oligoelementos contienen zinc, cobre, manganeso, selenio y cromo y forman parte de muchos enzimas. La adición de hierro es controvertida por la mayoría de autores.

Consejos sobre Administración de Nutrición parenteral

En el control y administración de una NP existen consideraciones generales que hay que tener presente:

- No almacenar la solución de NP a temperatura ambiente porque favorece el crecimiento bacteriano. No congelar.
- Se recomienda no añadir otras medicaciones a la bolsa de parenteral bajo el riesgo de precipitados, contaminación o incompatibilidad.

DIETAS ENRIQUECIDAS

HIPERCALÓRICAS- HIPERPROTEICAS

Objetivo

Cubrir las elevadas necesidades nutricionales. Su principal característica es que el aporte de proteínas es superior a las necesidades de una persona normal.

Prescripción

Esta dieta aporta al organismo proteínas y calorías en mayor cantidad que la dieta normal, este tipo de dietas en el hospital se proporciona para quemaduras, procesos infecciosos, traumatismos, desnutrición en período de recuperación, pacientes oncológicos y enfermedades crónicas que determinan pérdida de peso.

Tabla No. 38		
Aporte energético total 3.000-3.500* Kcal. (12.600-14.700 Kj)		
Proteínas: 20%	150 g	600 Kcal.
Grasa: 30%	100g	900 Kcal.
Carbohidratos: 50%	375g	1500 Kcal.

Tabla No. 39

ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (medida casera)	Cantidad	Alimentos no permitidos
Leche y derivados:	1-2 tazas	400	
Yogurt natural	1 vaso	200	
Verduras Todas (acelga achogchas, apio, brócoli, col blanca, col morada, coliflor, espinacas, nabo, mellocos, pimiento, zambo, rábano, zapallo, tomate riñon, pepinillo, remolacha,	Cocido: 1/2 taza Crudo: 1 taza	80	
Huevos 5 veces a la semana dependiendo de su	1 unidad	50	
Queso	1 tajada	30	
Carnes: Res magra, cerdo, hígado, lengua, riñón, temerá, pescado, pollo sin piel.	2 porciones	150	No frituras es preferible al vapor, estofadas en
Leguminosas secas Leguminosas Tiernas	2 porciones/sem. 4-5 porciones/sem.	45	Excluir las leguminosas que no serian

Cereales, derivados, plátanos, tubérculos y raíces	1 unidad o 6 galletas	50	Excluir cereales simples
Pan, galletas			
Arroz cocido, fideo/tallarines	1/2 taza	60	
Arroz de cebada, avena, quinua, trigo, maicena, soja, etc.	1 unidad	40	
Plátano verde o maduro			
Frutas: todas, para realizar jugos	1 vaso	200	
Claudia, durazno, taxo, naranjilla, maracuyá, mandarina.	2 unidades medianas	80	
Lima, tomate de árbol	1 unidad grande	60	
Mango, manzana, naranja, plátano orito, pera,	1 unidad pequeña	150	
Papaya, pina, melón picado, babaco	1 taza		
	15 pequeñas		
Azúcar	5 cda	50	Limitar el consumo de bebidas azucaradas y
Azúcar, miel y panela			
Grasas: Aceite maíz, girasol, oliva	1 cda	5cc	Evitar consumo de grasas saturadas
Aguacate	(1/2) mediano	30	
Maní	20 U. pequeñas	30	
Coco rallado	(1/2) mediano	30	

DIETAS ESPECIALES INDIVIDUALES

El paciente debe ser evaluado en forma individual para sujetarse a las necesidades especiales de una determinada dieta, que no puede sujetarse a los regímenes ya descritos.

Por su importancia, prevalencia e incidencia de las patologías, se describen las más importantes.



DIETA Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La enfermedad cardiovascular es una patología crónica que debe incluir en su tratamiento un régimen dietético concreto tanto para su prevención como para no agravar más el cuadro ya instaurado. Hay una serie de factores de riesgo relacionados para el padecimiento de este problema, unos no se pueden controlar como sexo, herencia genética; pero otros son controlables o cuando menos, modificable y es donde se debe actuar desde el punto de vista dietético.

DIETA EN LAS HIPERLIPIDEMIAS

Desde el punto de vista dietético, hay que intervenir sobre la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia, reduciendo los niveles plasmáticos de ambos, contribuyendo a la recuperación y/o prevención de la cardiopatía isquémica. Unas veces la dieta será el único tratamiento y otras irá acompañando al tratamiento farmacológico. La terapia dietética corregirá los valores sanguíneos.

Tabla No. 40	
Valores normales de triglicéridos	
Normal:	menos de 150 mg/dL
Limítrofe alto:	150 a 199 mg/dL
Alto:	200 a 499 mg/dL
Muy alto:	500 mg/dL o superior

Los niveles altos de triglicéridos pueden estar asociados con un mayor riesgo de enfermedad cardíaca y accidente cerebro vascular, lo cual resulta especialmente válido, si se tiene en cuenta que las personas con niveles altos de triglicéridos a menudo presentan otras afecciones, como diabetes y obesidad, que incrementan la probabilidad de desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Tratamiento dietético en hipercolesterolemia.

El colesterol total está formado por las fracciones de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y las de alta densidad (HDL). Las LDL son las más abundantes, su función es la de transportar el colesterol a las células y se les atribuye un poder aterogénico muy importante, las HDL depuran el colesterol de los tejidos por lo que su acción es beneficiosa; por tanto, la dieta persigue disminuir el colesterol total y a la vez aumentar la fracción de las HDL.

Características nutricionales:

- **Energía:** estará en función del peso del paciente, si está en un peso normal la dieta será normocalórica; si está obeso será hipocalórica; si está delgado será hipercalórica.
- **Lípidos:** en cuanto a la cantidad se limita a 20 a 25 % de la energía total de la dieta. Cambiar el patrón en cuanto a la distribución de ácidos grasos, reducir los

ácidos grasos saturados ya que la presencia de éstos en la dieta se asocia a la elevación del colesterol total en plasma, aumentar la proporción de ácidos grasos insaturados y dentro de éstos, serán los monoinsaturados los que aumentarán y que son los que tienen una acción depresora del colesterol total manteniendo la fracción de HDL. Un objetivo del tratamiento dietoterapéutico es mantener los valores normales de colesterol en sangre.

- Fibra: Incrementar su consumo con relación a lo normal para producir un efecto depresor sobre el colesterol plasmático. Es el caso de las fibras de las leguminosas, las del salvado de avena y la pectina; las demás parece ser que no tienen este efecto depresor.
- Polifenoles (especialmente flavonoides): Tiene efectos antioxidantes, los alimentos que tienen fuente rica en flavonoides son: el té amargo, vino tinto, manzanas y las uvas. El consumo de estos alimentos reduce los índices de mortalidad por accidente cerebro vascular, cáncer de boca, páncreas, colon, esófago, piel, pulmón, próstata y vejiga.
- Alcohol: en algunos estudios se ha visto que el consumo moderado, entendiéndose como moderado al proveniente de vino tinto con un máximo de 2,5 grados de alcohol, que no sobrepase de un vaso al día, (30 gramos al día), regula el DHL en un 8.3% lo cual sería beneficioso para la reducción del colesterol convirtiéndose en un producto cardioprotector.
- La dieta debe ser fraccionada en 5 o 6 tomas.
- Esta dieta se puede prescribir a pacientes con niveles de colesterol sobre los 200 mg/día.

Tabla No. 41
ALIMENTOS Y PREPARACIONES

Alimentos permitidos	Cantidad (medida casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche: Descremada Yogurt natural	2 tazas 2 vaso	400 400	Leche entera, leche con chocolate
Quesos: Descremados, tipo quesillo	1 tajada pequeña	30 gr.	Quesos maduros cremosos.
Huevo: Clara en preparaciones o cocinados Se puede consumir diariamente	1 unidad	30	La yema de huevo

Carnes: Res magra pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 porción 1 presa 1 porción	60 150 100	Frituras, piel de aves, pescados enlatados, camarones langostinos, carnes grasosas, embutidos, vísceras, borrego.
Hortalizas Todo tipo de hortalizas crudas o cocinadas	2 tazas	300	No añadir mayonesa o salsa
Leguminosas secas y fiemas Oleaginosas	Sedas	30	
Cereales y derivados: Principalmente integrales, germen de trigo, arroz, avena y otros. Pan integrales, pan de agua	2cdas 2 unidades medianas	20 120	Preparados con huevo, mantequilla, quesos cremosos. Panes de harina refinada, y harinas refinadas
Frutas: Preferiblemente al natural con cascara	2 medianas	200	Coco
Azúcares: Azúcar, miel y panel	3 cdas	30	En almibares, dulces y compotas
Grasas: Aceites de semillas (maíz, soya, girasol, ajonjolí, oliva)	2 cdas	20	Grasa animal, aceites de palma, manteca, margarinas.
Bebidas: jugos, aguas aromáticas Consomé con poca grasa	6-8 tzas	1 500- 2000	Bebidas comerciales, licores cerveza

'Peso neto en crudo

TRATAMIENTO DIETÉTICO EN LA HIPERTRIGLICERIDEMIA

La dieta será igual a la anterior con alguna diferencia:

Glúcidos: Se debe reducir los azúcares solubles ya que el exceso es almacenado en forma de triglicéridos. Los glúcidos que se utilicen serán los complejos por ejemplo, cereales integrales como avena, trigo, cebada, maíz y frutas como manzana.

Alcohol: Deberá restringirse su consumo ya que tiende a aumentar el peso corporal y por tanto el aumento de triglicéridos en plasma, a excepción del vino tinto que es beneficioso porque es un antioxidante y reduce la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

DIETA DIABETES MELLITUS (DM)

El tratamiento dietético tiene como objetivo suministrar una ingesta nutricional adecuada con un aporte energético dirigido al logro y mantenimiento de un peso deseable, debe prevenir la hiperglucemia y la hipoglucemia, reducir el riesgo de aterosclerosis y complicaciones.

Las dietas desempeñan un papel importante en la regulación de la homeostasis que se emplean como parte del tratamiento de la Diabetes Mellitus; se basa en el control de la ingesta de energía, proteínas, grasas e hidratos de carbono en los pacientes diabéticos.

Además, se requiere un tratamiento dietético adecuado para el uso seguro de la insulina. Entre las consideraciones dietéticas adicionales se incluyen la regularidad del horario de las comidas, la distribución uniforme de energía e hidratos de carbono entre las comidas y el control de la ingesta de energía, grasa saturada y colesterol.

Objetivo del tratamiento dietético

Por razones prácticas, las principales divisiones de la diabetes son:

Tipo I: Insulina dependiente y tipo II no Insulina dependiente, aportan una forma de clasificar el control dietético, aunque los objetivos del tratamiento dietético en estos dos grupos son iguales en la mayor parte de los aspectos:



Mantenimiento de una glucemia prácticamente normal, equilibrando el consumo alimentario, la actividad física y el tratamiento médico adecuado con insulina o antidiabéticos orales.

- Normalización de las concentraciones plasmáticas de lípidos.
- Suministro de las calorías adecuadas para alcanzar y mantener un peso razonable.

- Prevención o retraso de la progresión de la complicación de la diabetes: retinopatía, nefropatía, neuropatía, vasculopatía y la hipertensión arterial.
- Mejora la salud global a través de la nutrición óptima.

Las recomendaciones dietéticas específicas y la importancia de las consideraciones adicionales varían según el tipo de diabetes mellitus y el progreso del tratamiento médico global. Para el cálculo de la dieta en los pacientes con diabetes se considera la energía, proteínas, grasas y la fibra dietética.

Energía:

El aporte dietético de la dieta se calcula multiplicando el peso deseable por las kilocalorías correspondientes según la actividad física y el estado actual del peso y la actividad que se realiza.

Tabla No. 42			
Cálculo del aporte dietético en relación al peso deseable y actividad física			
Kilocalorías/Kilogram o de peso deseable	Actividad física		
	Ligera	Moderada	Intensa
Peso normal	30	35	40
Sobrepeso	20	25	30
Bajo peso	35	40	45

Este cálculo es aproximado, y si no se logra el objetivo o cuando se llegue al peso deseado, es preciso reajustar la dieta. La distribución porcentual energética recomendada es:

Tabla No. 43			
Proteínas	12 al 15%	(Hipoglucemia dependiente)	en insulina
Grasa	25 a 30%		
Hidratos de Carbono	50 a 60%		

De la distribución de hidratos de carbono, al menos 40% debe ser de lenta absorción, como vegetales, cereales y leguminosas, no dan lugar a elevaciones bruscas de la glicemia después de su ingestión. Los hidratos de carbono simples de rápida absorción (monosacáridos, disacáridos y oligosacáridos) se deben restringir. Muchos factores influyen en la respuesta corporal a un alimento en particular,

incluidos la cantidad, tipo de grasas y fibra en la comida; la dosis y el tipo de medicamentos utilizados y la función del tracto digestivo.

Proteínas

El porcentaje de proteínas puede alcanzar 20% en dietas de 1200 Kcal o menos y puede descender al 12% a niveles energéticos superiores. Fuentes preferidas proteicas son: pescado, pollo y productos derivados de la leche.

Grasa

La ingestión de grasa saturada y colesterol debe ser limitada por la predisposición de pacientes con diabetes a presentar hiperlipoproteinemias y enfermedad vascular aterosclerótica. Se recomienda que la ingestión de ácidos grasos poliinsaturados sea entre 6 y 7%, que la de los ácidos grasos insaturados esté entre 13 y 15% y los ácidos grasos saturados en menos del 10% de energía total.

Fibra dietética

Una dieta rica en fibra mejora el control de la glicemia, reduciendo las necesidades de insulina. Dentro de los alimentos solubles están frutas, vegetales, leguminosas, avena. Se recomienda consumir de 35 a 40 gramos de fibra soluble.

DIETA POR TIPO DE DIABETES

Diabetes tipo I

Los pacientes suelen estar delgados y deben recibir un aporte energético suficiente para alcanzar un peso corporal deseable. Es importante el cumplimiento de horario, la regularidad y la composición de las comidas. Se deben consumir 6 comidas al día y la distribución de la energía total debe ser la siguiente:

Tabla No. 44		
Desayuno: 15%	Refrigerio: 10%	Almuerzo: 25%
Refrigerio: 10%	Merienda: 25%	Cena: 15%

Los pacientes descompensados con hipercatabolia y desnutridos, se les calcula la energía e individualiza en cada caso, según las necesidades sin dejar de tener en cuenta las enfermedades asociadas.

Diabetes tipo II y obesidad

La pérdida de peso es fundamental para lograr un adecuado control metabólico. La intervención dietética tiene mayor valor preventivo de complicaciones, mientras más precozmente se inicie la restricción energética moderada de 500 a 1000 Kcal/día por debajo de las necesidades para mantener el peso.

A los pacientes que se controlan con hipoglicemiantes orales o insulina, se les recomienda dieta reducida en energía. Es importante mantener constante el número de comidas, su horario, composición y distribución.

Los pacientes que se controlan con dieta solamente no es tan importante mantenerles el horario de las comidas. La distribución energética que se les recomienda es de 5 comidas al día, excluida la cena.

Diabetes en el embarazo

Se ajusta a las mismas características que la dieta a la mujer no embarazada que padece de diabetes y se asocian las necesidades especiales de energía y proteínas propias del embarazo.

El nivel energético de la dieta se basa en la cantidad de Kilocalorías para mantener el peso de la mujer previo al embarazo, y se les adiciona durante todo el embarazo 285 Kcal a las mujeres con actividad normal, y 200 Kcal a las embarazadas con actividad reducida. Se debe controlar el ritmo de aumento de peso durante el embarazo que debe ser semejante a la de las embarazadas sin diabetes.

Tabla No. 45
Cálculo de energía
30Kcal/Kg de peso real si es de peso normal
25Kcal/Kg de peso real si es sobrepeso
15 a 20Kcal/Kg de peso real si es obesa
35 a 45Kcal/Kg de peso real si es peso bajo

El consumo de alimentos entre las comidas reduce al mínimo la fluctuación de la glicemia y contribuye a prevenir la cetosis.

El aporte energético se distribuye en 6 comidas, se debe evitar los alimentos ricos en azúcares simples.

DIETA EN LA OSTEOPOROSIS

Las dietas bajas en energía, 1200 Kcal o menos tienen con frecuencia, poca cantidad de calcio y pueden contribuir a una ingesta no adecuada de calcio, especialmente en mujeres.

Este problema se presenta en mayor proporción en mujeres a partir de la menopausia; se estima que 1 de cada cuatro mujeres mayores de cincuenta años presenta osteoporosis al final de la primera década post menopausia por la reducción de la producción de estrógenos. El porcentaje de pérdida ósea se incrementa significativamente, más de 5% por año.

La masa ósea se construye desde el nacimiento y al final de la maduración del esqueleto se alcanza el "pico de masa ósea", momento en el que los huesos han alcanzado su mayor tamaño y fortaleza, lo que ocurre en la tercera década de la vida.



Objetivo del tratamiento

Prevenir la disminución de masa ósea

Tratamiento Dietético

- Moderar el consumo de cafeína (no más de tres tazas al día).
- Evitar dietas que superen los 35 gramos de fibra dietética al día.
- Evitar dietas con excesivo contenido proteico. Una medida prudente consiste en no exceder el doble de las recomendaciones para proteína.
- Evitar el consumo de alcohol excesivo.
- No fumar.
- Para mantener los huesos sanos se necesita calcio, y otros nutrientes como proteínas, energía, vitaminas (D, K y C) y minerales {Fósforo, magnesio, Zinc, hierro, cobre}.
- La proteína y energía son necesarias para la multiplicación de las células que forma el hueso.
- La vitamina C junto a otras vitaminas antioxidantes, puede servir para proteger el esqueleto del estrés oxidativo.
- La vitamina D favorece la absorción de calcio en el intestino y ayuda a proteger el hueso.
- Vitamina K y D trabajan conjuntamente para aumentar la masa ósea.
- En pacientes con osteoporosis la dieta debe cubrir las necesidades de calcio, por lo cual es necesario el consumo de leche o derivados lácteos.

Un individuo sano, normal absorbe aproximadamente de 25 a 35% de calcio de la dieta. Los vegetales de hojas verde oscuro contiene niveles moderados de calcio. Sin embargo, su contenido en oxalatos y fibra dietética puede disminuir la cantidad disponible para su absorción.

La molienda de los cereales puede alterar su contenido en calcio. Las harinas de trigo integral o entero contienen más calcio que la harina blanca.

Las mejores fuentes de calcio son leche, queso, yogurt, el queso de soya y el pescado junto con las espinas son una buena fuente de calcio. Las personas con intolerancia a la lactosa experimentan distensión abdominal, meteorismo, cólico o diarrea con la ingestión de leche y derivados; en estos casos se recomienda ingerirla en pequeñas cantidades acompañado de otros alimentos.

Si se prescriben suplementos de calcio y otros tratamientos se deben registrar en la historia clínica al paciente.

DIETA EN EL CÁNCER

Objetivos:

- Restaurar las deficiencias de nutrientes, mantener la salud nutricional y evitar complicaciones.
- Prevenir o corregir la malnutrición.
- Evitar la atrofia muscular, ósea, sanguínea, de órganos y otros tejidos magros.
- Ayudar al paciente a tolerar el tratamiento.
- Reducir los efectos secundarios y las complicaciones relacionadas con la nutrición.
- Mantener o mejorar el estado nutricional.
- Mantener la composición corporal.
- Mantener la respuesta inmune,
- Mantener la calidad de vida.
- Educar al paciente y su familia en aspectos relacionados con nutrición.



MÉTODOS DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN EL CÁNCER

El apoyo nutricional provee sustento alimenticio a los pacientes que no pueden comer normalmente.

El ingerir alimentos por la boca es el método preferido y debe utilizarse siempre que sea posible, pero algunos pacientes talvez no puedan consumir alimentos suficientes por la boca debido a complicaciones del cáncer o su tratamiento. Un paciente puede recibir la alimentación enteral (sonda nasogástrica, gastrostomía, yeyunostomía, e ileostomía) o de manera parenteral (administrada al torrente sanguíneo



directamente). Los nutrientes son administrados en preparaciones líquidas que contienen agua, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas o minerales. El contenido de la preparación depende de las necesidades del paciente y el método de alimentación.

El apoyo nutricional puede mejorar la calidad de vida del paciente durante el cáncer, pero se deben considerar los riesgos y desventajas que existen antes de decidir utilizarlo. No se conoce el efecto del apoyo nutricional en el crecimiento del tumor.

Asimismo, cada forma de terapia nutricional tiene sus propios beneficios y desventajas. Por ejemplo, la nutrición enteral mantiene al estómago y los intestinos funcionando normalmente y tiene menos complicaciones que la nutrición parenteral; el cuerpo utiliza mejor los nutrientes en la alimentación enteral.

Soporte nutricional en algunas afecciones

El soporte nutricional puede ser útil para pacientes que presentan una o más de las siguientes complicaciones:

Hiporexia

- Bajo peso corporal.
- Incapacidad para absorber nutrientes.
- Perforaciones o abscesos de drenaje en el esófago o en el estómago.
- .Incapacidad para comer o beber por la boca durante más de 5 días.
- Riesgo nutricional moderado o alto.
- Problemas gastrointestinales.

Recomendaciones nutricionales para prevención de riesgos

- No sobrepasar las necesidades energéticas establecidas, para la edad, sexo y altura asociados al ejercicio físico habitual.
- Limitar la ingesta de grasas saturadas a un 7-8 %, así como



las que aportan los ácidos grasos poliinsaturados.

- Incluir en la dieta los alimentos portadores de fibra, aportes mínimos de 10g/1000 kcal diarias.
- Incluir en la dieta los alimentos ricos en vitaminas A, E, C fundamentalmente frutas y verduras.
- No abusar en cantidad y frecuencia de alimentos ahumados
- Evitar la frecuencia de carnes rojas, especialmente asadas, directamente al carbón o leña.
- No incluir azúcares caramelizados.
- Excluir la ingesta de líquidos a temperaturas extremas.
- Evitar el excesivo consumo de alcohol. s/ Excluir el tabaco de los hábitos de vida.

Anorexia

La anorexia (falta de apetito) es uno de los problemas más comunes en los pacientes de cáncer. Las siguientes sugerencias ayudan a tratar la anorexia:

Consumir comidas pequeñas con alto contenido proteico y calórico cada 1-2 horas, en lugar de 3 comidas grandes.

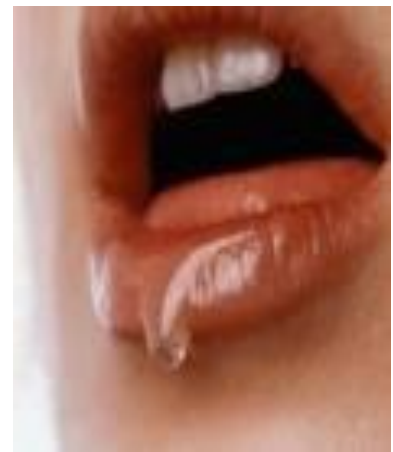
- Obtener ayuda para preparar las comidas.
- Agregar calorías y proteínas extras a los alimentos como aceite monoinsaturado, poliinsaturado, leche en polvo descremada, miel o azúcar morena, módulos proteicos, albúmina de huevo.
- Enjuagar la boca con agua antes de las comidas.
- Probar frutas cítricas (naranjas, mandarinas, limones, toronja, lima) cuando no haya llagas en la boca.
- Ingerir suplementos líquidos (bebidas especiales que contienen nutrientes), sopas, leche, jugos, leche malteada y batidos de frutas cuando el consumo de alimentos sólidos es problemático.
- Consumir refrigerios que contienen muchas calorías y proteínas,
- Comer comidas pequeñas y refrigerios sanos varias veces por día.
- Comer cuando se siente hambre en lugar de hacerlo a horarios establecidos.
- Utilizar utensilios de plástico si los alimentos tienen sabor metálico,
- Probar los alimentos preferidos,

- Comer con familiares y amigos.
- Hacer que otras personas preparen las comidas.
- Probar alimentos nuevos cuando se encuentra con mejor ánimo.
- Reemplazar la carne roja por carnes vegetarianas, aves, pescado, huevos queso.
- Emplear caramelos de limón sin azúcar, goma de mascar o pastillas de menta cuando se siente un gusto metálico o amargo en la boca.
- Agregar especias y salsas a los alimentos.
- Comer carne con algo dulce, jalea o puré de frutas.

Alteraciones del gusto

Las siguientes sugerencias son útiles en el manejo de las alteraciones del gusto en pacientes con cáncer:

- Preparar y almacenar porciones pequeñas de los alimentos preferidos del paciente de manera que estén listos para el consumo cuando la persona tiene hambre.
- Ingerir desayunos que contienen un tercio de las calorías y las proteínas necesarias para el día.
- Administrar alimentos con aromas agradables. Deben evitarse los olores fuertes; se sirven alimentos fríos en lugar de calientes, dado que los olores se concentran en el vapor ascendente, y se quitan las coberturas de los alimentos para liberar los olores antes de ingresar a la habitación del paciente. Pueden utilizarse ventiladores pequeños portátiles para expulsar los olores lejos del paciente.
- Probar comidas nuevas. Ser creativo a la hora de los postres. Experimentar con recetas, saborizantes, especias, tipos y consistencias de alimentos. Las preferencias y el rechazo a ciertos alimentos cambian a diario.
- Alimentos ligeros (propicios para refrigerios) como huevos rellenos sazonados, queso crema o mantequilla de maní, jamón sobre galletas.
- Probar frutas cítricas (naranjas, mandarinas, limones, toronja, lima) siempre que no haya Hagas en la boca.



Sequedad bucal

Sugerencias para tratar esta afección incluyen:

- Comer alimentos húmedos con agregado de salsas hechas con el jugo de la carne asada, mantequilla o margarina.
- Chupar caramelos duros o goma de mascar.
- Comer postres congelados (como uvas congeladas y bebidas heladas con sabor) o trozos de hielo.
- Limpiar los dientes, incluidas las dentaduras postizas y enjuagar la boca al menos cuatro veces por día, después de cada comida y antes de ir a la cama, usando enjuagues bucales.
- Mantener agua al alcance en todo momento para humedecer la boca.
- Evitar líquidos y alimentos con contenido alto de azúcar.
- Evitar enjuagues que contienen alcohol.
- Beber néctar de fruta.
- Emplear un sorbete para beber los líquidos.

Llagas e infecciones orales

Sugerencias para ayudar a tratar las llagas y las infecciones orales:

Consumir alimentos blandos que se mastican y tragan fácilmente, como los siguientes:

- Frutas blandas, como bananas, puré de manzana y sandía.
- Néctares de durazno y pera.
- Queso.
- Puré de papas.
- Macarrón y queso.
- Natillas; budines.
- Gelatina.
- Batidos
- Huevos revueltos.

Indicaciones

- Avena u otros cereales cocidos.
- Evitar alimentos ásperos, gruesos o secos, como verduras crudas, granolas, tostadas y galletas.
- Evitar alimentos picantes o salados.
- Evitar alimentos ácidos, como vinagre, encurtidos y aceitunas.
- Evitar frutas y jugos cítricos como la naranja, toronja y mandarina.
- Cocinar los alimentos hasta que estén blandos y tiernos.
- Cortar los alimentos en trozos pequeños.
- Utilizar sorbete.
- Comer alimentos fríos o a temperatura ambiente. Los alimentos calientes o más que tibios, pueden irritarla boca.
- Limpiar los dientes (incluidas las dentaduras postizas) y enjuagar la boca al menos, cuatro veces por día (después de cada comida y antes de ir a la cama).
- Agregar salsas, caldos o jugos a los alimentos.
- Consumir bebidas de alto contenido calórico y proteico además de las comidas.
- Insensibilizar la boca con trozos de hielo o líquidos helados.
- El empleo de un enjuague bucal con glutamina ayuda a reducir la cantidad de llagas bucales. La glutamina es una sustancia que se encuentra en las proteínas vegetales y animales.

Diarrea

Sugerencias en el tratamiento de la diarrea en pacientes con cáncer:

- Ingerir caldos, sopas, cremas, bebidas para deportistas, plátanos y frutas envasadas a fin de ayudar a renovar la sal y el potasio perdidos por la diarrea.
- Evitar alimentos grasos, líquidos calientes o fríos y cafeína.
- Evitar alimentos con fibra especialmente fréjoles secos y crucíferas (como brócoli, coliflor y repollo).
- Beber gran cantidad de líquidos durante el día. Los líquidos a temperatura ambiente tal vez ocasionen menos problemas que los líquidos calientes o fríos, v Utilizar leche deslactosada o de soya y yogurt hasta que se haya identificado la fuente del problema.

- Limitar el consumo de alimentos y bebidas que producen gases como arvejas, lentejas, col, coliflor, brócoli, col morada, col de brúcelas, col blanca, apio, goma de mascar y gaseosas.
- Limitar el consumo de dulces sin azúcar elaborados con sorbitol (alcohol del azúcar).
- Beber al menos una taza de líquido después de cada evacuación intestinal diarreica.
- La administración de glutamina oral contribuye a preservar el buen estado de los intestinos cuando se toma el medicamento anticanceroso fluorouracilo.



Para mantener o mejorar la inmunidad

Las sugerencias son útiles en la prevención de infecciones en pacientes con recuento bajo de glóbulos blancos:

- Aplicar las normas de bioseguridad en la cadena alimentaria
- Revisar las fechas de los alimentos y no comprar o emplear alimentos vencidos.
- No comprar o utilizar alimentos en latas que están hinchadas, abolladas o dañadas
- Descongelar alimentos en la nevera o el microondas. Nunca descongelar alimentos a temperatura ambiente.
- Cocinar los alimentos inmediatamente después de descongelarlos.
- Refrigerar las sobras de alimentos dentro de 2 horas de la cocción y comerlos dentro de las 24 horas.
- Mantener la temperatura de los alimentos calientes o fríos, según corresponda.
- Evitar frutas y verduras viejas, mohosas o dañadas.
- Cocinar las carnes, aves y pescados completamente.
- Evitar el consumo de huevos crudos o pescado crudo.
- Cuando se come fuera de la casa, evitar bares de ensaladas y bufetes.
- Evitar exponerse a grupos grandes de personas o personas que padecen infecciones.
- Lavarse las manos frecuentemente para evitar la diseminación de bacterias.
- Evitar alimentos ahumados y embutidos.

Deshidratación

Las sugerencias útiles para evitar la deshidratación en pacientes con cáncer

- Beber de 8 a 10 tazas de líquidos por día. Esto podría ser en forma de agua, jugo, leche o alimentos que contienen gran cantidad de líquidos como budines, helado, bebidas heladas con sabor, sorbetes y gelatinas.
- Llevar una botella de agua consigo cada vez que saiga del hogar.
- Es importante beber incluso si no se tiene sed, dado que la sed no es un buen indicador de la necesidad de líquidos,
- Limitar el consumo de bebidas que contienen cafeína como refrescos, café y té (tanto calientes como fríos).
- Beber la mayoría de los líquidos después de las comidas o entre comidas.
- Utilizar medicamentos para el alivio de las náuseas y vómitos.
- Utilizar suero oral o suero casero (suero de arroz, zanahoria amarilla, sal y azúcar)

Estreñimiento

La prevención del estreñimiento es parte del tratamiento del cáncer. Las sugerencias a continuación son útiles para evitar el estreñimiento en pacientes con cáncer:

- Comer con frecuencia más alimentos que contengan fibras. La cantidad recomendada de fibras es de 25 a 35 gramos por día. Aumentar la ingesta de fibras gradualmente y beber muchos líquidos al mismo tiempo, a fin de mantener el movimiento en los intestinos.
- Beber de 8 a 10 tazas de líquidos todos los días. El agua, el jugo de uvas pasas, papaya, jugos tibios, limonada y tés descafeinados pueden resultar especialmente convenientes.
- Realizar caminatas y ejercicios periódicamente.
- El calzado adecuado es importante.



Si el estreñimiento continúa, las siguientes sugerencias en cuanto a la dieta, ejercicios y medicamentos pueden ayudar a corregirla:

- Continuar comiendo alimentos con alto contenido de fibras y beber bastante líquidos. Intentar agregar salvado de trigo al régimen alimentario; comenzar con dos cucharadas colmadas todos los días durante 3 días, luego aumentar una cucharada todos los días hasta que se alivie la constipación. No exceder las seis cucharadas por día.
- Mantener la actividad física.

DIETA Y SIDA

Objetivos de la terapia nutricional

Normalizar el peso, que habitualmente se encuentra muy disminuido a partir de cierto grado de evolución de la enfermedad, y la normalización de la composición corporal, principalmente los porcentajes de masa grasa y magra. También, se buscan mejorar los valores de laboratorio, si es que estos están alterados y la reducción de los efectos colaterales relacionados con la nutrición y los medicamentos por ejemplo la diarrea, vómitos u otras manifestaciones gastrointestinales. Ayudar a la recuperación funcional del sistema inmunológico del paciente

Objetivos de la intervención dietética en el enfermo de SIDA

- Proporcionar los nutrientes necesarios para mantener un buen estado de salud.
- Conseguir mantener la masa muscular y el peso. Proporcionar nutrientes para el crecimiento y desarrollo de los niños
- Proporcionar consejos flexibles.
- Mantener la dieta con intervención dietética.
- Modificar la dieta y soporte nutricional según las complicaciones.
- Proporcionar consejos adecuado a cada caso.
- Mantener la dieta con intervención dietética.
- Optimizar las condiciones para una mejor tolerancia al tratamiento de infección y proceso de la enfermedad.

- Proporcionar mejor calidad de vida.
- Minimizar los síntomas de malabsorción.
- Mejorar o aliviar síntomas
- Proporcionar educación a los pacientes para que puedan tomar una decisión informada sobre su tratamiento.
- Educar sobre bioseguridad en la cadena alimentaria.

La malnutrición en el SIDA

Tiene diferentes causas que aparecen simultáneamente o por separados:

- Alteraciones metabólicas
- Malabsorción

Causas de la disminución de la ingesta

- Náuseas y vómitos por la medicación, fiebre u otros motivos.
- Dificultad en la masticación o deglución debido a las infecciones oportunistas.
- Problemas neurológicos por no poder comer o no acordarse de hacerlo.
- Problemas económicos
- Anorexia: falta de apetito

Anorexia en HIV/SIDA

La anorexia es uno de los problemas más importantes. A menudo los afectados por el virus comer es un castigo.

Causas de la anorexia: medicación, infecciones, fiebre, cambios gustativos, factores psico sociales. Aumento de las pérdidas o de las necesidades:

En HIV/SIDA las necesidades nutricionales se ven aumentadas por:

- Diarreas no siempre tratables (entre 3 y 15 deposiciones/día). Producen una pérdida de peso crónica y a veces dejan de comer por no padecerlas.
- Malabsorción sobretodo de grasas.
- Hipermetabolismo (elevado "consumo*") en infecciones oportunistas activas.

Desórdenes metabólicos en HIV

Estos desórdenes metabólicos son debidos a:

- Las citoquinas que producen cides inútiles del metabolismo que conducen a caquexia por disminución de la masa muscular.
- Niveles reducidos de hormonas anabólicas "constructoras" como la testosterona.
- Metabolismo alterado de sustratos.
- Aumento de los triglicéridos.

Progresión de la enfermedad del SIDA

La progresión de la enfermedad está relacionada con:

- La pérdida de peso.
- Pérdida de masa grasa.
- Niveles reducidos de micronutrientes: vitamina B12, B6, R-carotenos, zinc (Zn)
- Niveles reducidos de albúmina a partir de niveles de albúmina de 3.5 o superiores aumenta la supervivencia y por debajo de 2.5 aumenta la mortalidad.
- Niveles reducidos de colesterol.
- Catastróficamente se llega a la muerte con un 66% de pérdida de peso y un 54% de pérdida de masa magra.

Necesidades energéticas

El gasto energético total viene dado corla suma del gasto energético basal, el gasto por estrès (infección).

De forma simplificada para HIV son 35-45 Kcal/Kg/día.

Necesidades proteicas

De forma simplificada para HIV son 1.5-2.5 g/Kg/día.

Necesidades de vitaminas, minerales y micronutrientes

(No están demostradas)

- Fase asintornática: 1 ó 2 veces las RDA.
- Fase sintomática: hasta 5 veces las RDA pues a menudo hay mal absorción,

- Consumo de antioxidantes vitamina A, hierro, megadosis de Vitamina C.

Educación nutricional

En la fase asintomática de la enfermedad del SIDA se debe explicar los conceptos sobre alimentación saludable y bioseguridad en la cadena alimentaria.

Fase sintomática de la enfermedad del SIDA

La infección por HIV produce alteraciones metabólicas que conducen a debilidad con la pérdida de peso. Del mismo modo actúan las infecciones secundarias que provocan la anorexia y conducen también a debilidad con pérdida de peso. Cuando se fracasa en la recuperación total se producen episodios de pérdida de peso conduciendo a una debilidad progresiva.

Soporte dietético y nutricional al enfermo de SIDA.

- Consejos dietéticos
- Dieta oral con suplementos
- Nutrición enteral
- Nutrición parenteral.

Soluciones dietéticas en situaciones especiales del enfermo de SIDA

Consejos a las siguientes situaciones especiales:

- Diarrea.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida del hambre
- Fiebre crónica o aguda
- Sequedad bucal
- Problemas de deglución
- Alteraciones del gusto
- Estreñimiento

Soluciones dietéticas a la diarrea

Según la importancia de la diarrea por su volumen, frecuencia y duración deberá seguirse una dieta astringente más o menos severa teniendo en cuenta que lo primero que se pierde es la capacidad de digerir la lactosa.



- Proporcionar muchos líquidos: agua, caldo, zumos y zumos diluidos.
- Evitar el alcohol, la cafeína, chocolate y la reina.
- Seguir la alimentación rica en proteínas e hidratos de carbono para evitar la pérdida de peso.
- Evitar la lactosa
- Evitar los alimentos con mucha fibra insoluble
- Evitar la grasa
- Utilizar suplementos dietéticos de características especiales si así lo recomienda el nutricionista tratante.

Soluciones dietéticas a la pérdida de peso

- Realizar ingestas frecuentes y de poca cantidad.
- Frecuencia alimentaria (5 comidas)
- Probar diferentes alimentos para dar la máxima variación y estímulo.
- No beber líquidos durante las comidas
- Selecciona alimentos y líquidos lo mas nutritivos posibles
- Enriquecer las preparaciones con productos ricos en proteínas y calorías.
- Eliminar el café, tabaco, bebidas alcohólicas y drogas no prescritas.
- Comer en un ambiente relajado y agradable.
- Utilizar un suplemento dietético de características especiales si es necesario.

Soluciones dietéticas a las náuseas y vómitos

En caso de náuseas y vómitos se debe seguir las siguientes recomendaciones que se basan en disminuir la estimulación del sistema digestivo:

- Realiza ingestas pequeñas y frecuentes (dieta fraccionada).
- No beber líquidos durante las comidas.
- Comer lentamente, masticando bien.
- Seleccionar alimentos blandos.
- Consumir alimentos o preparaciones con poca grasa.
- Evitar los olores de la cocina.
- En lo posible recurrir a alimentos secos como pizza o bocadillos.
- Evitar alimentos que provoquen náuseas para y posterior rechazo
- Mantén la ingesta de líquidos y calorías.
- Las bebidas carbonadas en general, calman las náuseas
- Tomar sorbetes de fruta, helados, gelatinas.
- Aumentar el consumo de alimentos lácteos si se disminuye el consumo de los otros.
- Comer galletas o tostadas antes de levantarse por la mañana.
- Comer bocadillos y suplementos.

Soluciones dietéticas a los problemas de deglución

En caso de disfagia, la alimentación oral es posible siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Evitar los alimentos secos
- Evitar los condimentos, los ácidos y las especias.
- Beber con un sorbete
- Realiza ingesta pequeñas y frecuentes.

Soluciones dietéticas a las alteraciones del gusto

Las alteraciones del gusto pueden evitarse siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Aumentar la condimentación de los platos, buscar aromas más penetrantes.
- Evitar los alimentos muy calientes
- Evitar los alimentos que dejan gusto metálico (como la carne roja)
- La medicación debe controlarse y, si es necesario buscar alternativas.

Suplementación dietética en enfermos de SIDA.

Se debe valorar, mediante seguimiento del enfermo de SIDA si se cumple la dieta o se pierde peso:

- Valoración de la ingesta del paciente mediante el cálculo de necesidades.
- Conocer los productos que pueden ayudar al paciente (suplementos nutricionales)
- Conocer los sabores que prefiere el enfermo.
- Se debe controlar la osmolaridad: si es elevada, deberán introducirse lentamente para evitar diarrea.
- Se debe comprobar si el suplemento contiene fibra y/o lactosa.
- Si existe mal absorción debe comprobarse si los suplementos contienen mucha grasa.
- Comprobar el precio de los suplementos
- Especificidad de los suplementos nutricionales: existen productos para determinadas enfermedades.

Tipos de suplementos nutricionales:

- Batidos hipercalóricos/hiperproteicos
- Enriquecimiento de la leche con leche en polvo desnatada.
- Leche deslactosada con helado de vainilla o fresas
- Utilización de suplementos orales.
- Valoración individual de la necesidad de uso de suplementación nutricional.
- La ingesta oral debe cubrir el 70-75% de las necesidades energéticas. El resto puede ser completado con suplementos nutricionales.
- Debe valorarse el efecto de estos suplementos sobre la sensación de hambre.
- El horario debe ser individualizado.
- Los suplementos pueden crear fatiga, aburrimiento,
- Debe hacerse una monitorización constante del paciente.
- En caso necesario valorar la necesidad de nutrición enteral total.

RECOMENDACIONES

La malnutrición es una complicación importante de la infección por HIV. Se encuentra relacionada con varios factores, entre los que cabe destacar la presencia de infecciones por gérmenes oportunistas. Las complicaciones infecciosas causan alteraciones metabólicas y originan también una disminución de la ingesta de nutrientes. En pacientes estables, la pérdida de peso es un indicador sensible de la presencia de complicaciones infecciosas.

Existen también alteraciones nutricionales que afectan a la distribución de la grasa corporal, con depleción de la grasa subcutánea y acumulación de grasa visceral, y se asocian también con alteraciones metabólicas, entre ellas hiperlipidemia y resistencia a la insulina.

El paciente con SIDA precisa de apoyo nutricional, bien en las situaciones de pérdida de peso secundaria a desnutrición o en las descompensaciones graves de la enfermedad.

Recomendaciones dietéticas para pacientes en régimen ambulatorio

El hospital a través del profesional nutricionista, debe disponer de un conjunto de dietas para entregar a aquellos pacientes no hospitalizados o que son dados de alta del hospital.

Posibles opciones del tratamiento nutricional de Diabetes Mellitus.

- Insuficiencia renal crónica total en sus diferentes tratamientos sustitutivos.
- Recomendaciones de una alimentación con alto contenido en fibra.
- Recomendaciones dietéticas en presencia de hepatopatía.
- Dietas con bajo contenido en grasa.
- Distintas fases del tratamiento dietético de las hiperlipidemias.
- Dieta astringente.



- Dietas y recomendaciones para una aumentación hipocalórica, con múltiples opciones (1.200, o 1.500 Kcal., por ejemplo).
- Dieta en patologías oncológicas.
- Nutrición enteral completa.

Y otras instrucciones dirigidas por ejemplo al paciente con SIDA, gastrectomizados, enfermedad inflamatoria intestinal, intolerancia al gluten.

También es de utilidad disponer de listados con los alimentos caracterizados por un elevado nivel en su composición de ciertos nutrientes. Por ejemplo listado de alimentos con alto, medio o bajo contenido en sodio, con alto o bajo contenido en potasio, colesterol.

PEDIATRÍA

NUTRICIÓN EN ESTADOS NORMALES DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Evaluación nutricional al niño

La evaluación general del estado nutricional del niño es similar a la que se le hace al adulto. Se puede evaluar a partir de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

Evaluación antropométrica

Para valorar el progreso del crecimiento de cada niño se emplean los gráficos y valores del estudio de crecimiento y desarrollo de la población cubana. Los datos básicos para evaluar el estado nutricional son edad, sexo, peso y talla.

Los valores que regularmente se sitúan entre los percentiles 10 y 90 suelen indicar un crecimiento normal. El cambio de percentil en dirección progresivamente creciente o decreciente, o la obtención de valores próximos a los extremos superior e inferior de los percentiles normales, puede indicar la existencia de problemas nutricionales o de salud.

Peso para la talla

Es un Índice del estado nutricional actual, reciente, aunque también puede ser el resultado de una condición crónica.

El bajo peso para la talla es un índice de emaciación, que se define como un déficit de masa hística y grasa, si se compara con la cantidad esperada en un niño de la misma talla o longitud, y puede ser el resultado de una falta de ganancia de peso o de una pérdida de peso reciente. Puede ser ocasionado por infecciones, y generalmente ocurre en condiciones donde la ingestión de alimentos es baja. Ese índice es relativamente independiente de la edad.

Su principal desventaja es el grado de dificultad y la magnitud del error que se asocia con la medición de la talla, especialmente en el lactante.

El término de sobrepeso, cuando hay un peso elevado para la talla, es preferido al de obesidad, ya que ese índice no mide exactamente adiposidad.

Talla o longitud para la edad

El índice talla para la edad permite evaluar el crecimiento lineal alcanzado, y su déficit indica o se asocia con deficiencias nutricionales por períodos largos o repetidos o durante períodos críticos del crecimiento. La deficiencia de talla, usualmente se interpreta como desnutrición crónica o retardo del crecimiento.

Ese índice no permite hacer un diagnóstico de desnutrición o sobrepeso en el momento de la medición; por tanto, ese indicador se debe asociar con el peso para talla.

Peso para la edad

Es un índice global del estado de nutrición. Refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica. Su principal ventaja es que no requiere de la medición de la talla. Tiene la desventaja de que no permite distinguir entre un niño desnutrido con talla adecuada o elevada y un niño bien nutrido o con obesidad pero con talla baja.



En los niños con riesgo (infecciones respiratorias y gastrointestinales, riesgo dietético, socioeconómico, bajo peso al nacer, alteraciones de la conducta alimentaria, enfermedades crónicas) se debe hacer un seguimiento más frecuente.

En momentos de catabolismo exagerado por enfermedades agudas, se produce una rápida disminución de los depósitos de grasa, lo cual se manifiesta en el peso corporal y se puede detectar en un corto plazo si se utiliza la velocidad de peso para el seguimiento, y de la misma forma, pasado el proceso agudo, se puede identificar una rápida recuperación, que se refleja en un aumento de la velocidad de ganancia de peso. Por esto, el peso es la variable de elección en el seguimiento del efecto de cualquier agente desfavorable sobre el crecimiento en la primera infancia y para medir su recuperación.

Evaluación dietética

La evaluación dietética supone una estimación retrospectiva o prospectiva de la ingesta de alimentos, con la finalidad de obtener información cualitativa sobre la ingesta dietética, la frecuencia de las comidas y las pautas habituales de comidas y meriendas. Se debe valorar la suficiencia de fuentes alimentarias de nutrientes claves en la dieta.

En los lactantes, la historia dietética debe hacer referencia a la alimentación mediante leche materna y preparados lácteos, la edad de introducción de alimentos sólidos, la diversidad de sólidos consumidos, la forma de preparación de los alimentos, los suplementos de vitaminas y minerales administrados y los problemas relacionados con la alimentación (vómitos, diarrea, estreñimiento y cólicos).

Los nutrientes claves en niños en fase de crecimiento son de energía, las proteínas, el hierro, el calcio y las vitaminas A, D y C. Se debe valorar la cantidad de alimentos con baja densidad en nutrientes en la dieta y la interferencia entre nutrientes.

La historia dietética debe incluir también información, sobre dietas previas, indias diarias vegetarianas, dietas para el tratamiento de enfermedades crónicas y dietas para el adelgazamiento.

Es preciso valorar también el rechazo y la sensibilidad alimentaria, el consumo de suplementos y el uso de medicamentos, porque esos factores pueden mejorar o empeorar el nivel nutricional y de salud.

El conocimiento del comportamiento del niño y el adolescente, especialmente en relación con los alimentos y los hábitos de alimentación, resulta esencial. En varias fases, durante la infancia y la adolescencia, son frecuentes los períodos de aumento o disminución del apetito, el desinterés por los alimentos, la tendencia a probar nuevos alimentos y el rechazo a los desconocidos.

Evaluación bioquímica

Los exámenes pueden confirmar excesos o deficiencias nutricionales sospechados a partir de otros indicadores de evaluación nutricional o identificar trastornos

nutricionales silentes desde el punto de vista clínico. Estos estudios de laboratorio se deben seleccionar según el paciente, el nivel de evaluación, la valoración de otros marcadores y los factores de riesgo determinados a partir de la historia familiar y considerar la cantidad de volumen sanguíneo preciso para cada prueba en relación con el tamaño del niño o el lactante.

Alimentación en el primer año de vida

El ser humano no nace preparado para ingerir, absorber y utilizar cualquier alimento. Varias características estructurales y funcionales del sistema digestivo, renal e inmunológico maduran gradualmente durante el primer semestre de la vida extrauterina.

Entre los 4 y 6 meses de edad, los niños ya son capaces de digerir y absorber eficientemente la mayoría de los alimentos. A los 4 meses digieren en forma aceptable los almidones y grasas de los alimentos, aun cuando no hayan alcanzado un grado óptimo de madurez para la síntesis de enzimas pancreáticas y sales biliares.

La capacidad para digerir las proteínas y absorber los aminoácidos contrasta con las limitaciones fisiológicas del riñón, ya que la filtración glomerular y la capacidad para concentrar la orina aumentan marcadamente después del primer trimestre, aun cuando persiste por mucho más tiempo cierta incapacidad para metabolizar grandes cargas de sodio.

El niño recién nacido tiene un aumento en su permeabilidad intestinal a diversas macromoléculas, entre ellas, proteínas potencialmente antigénicas. Esto representa un elevado riesgo de padecer alergias alimentarias cuando se introducen alimentos distintos a la leche materna en una edad muy temprana. Todo esto apunta hacia lo inadecuado de incorporar alimentos complementarios a la leche materna, o sucedáneos adecuadamente modificados, antes de los 4 ó 6 meses de edad. A ello, se agrega la dificultad de deglutir alimentos semisólidos antes del cuarto mes.

Los niños, aun los más pequeños, regulan su ingestión energética de una manera muy eficiente, lo que lleva a una gran variabilidad en la cantidad de alimentos que aceptan durante el día, y a la ingestión de menos alimentos en un tiempo de comida que ha sido ofrecido por otro, con una ingestión abundante.

Alimentación para las distintas etapas

Etapas de 0 a 4 meses

Lactancia materna exclusiva, según demanda del niño.

Etapas de 4 a 5 meses

Introducción de jugos de frutas y vegetales naturales. Las frutas se pueden indicar también como puré (majadas); se pueden utilizar los jugos excepto cítricos o puré de frutas y vegetales en conserva.

Los jugos se preparan diluidos al principio con una cantidad igual de agua hervida fresca, las concentraciones irán aumentando de manera progresiva hasta ofrecerlo puro. No es aconsejable el empleo de azúcar ni de miel, pues este último alimento está con frecuencia contaminado. Además, no es conveniente habituar al niño al consumo de alimentos excesivamente dulces. El jugo se ofrece una vez al día, se comienza por 3 ó 4 onzas y se aumenta la cantidad de forma gradual. Hay que advertir que no se hierva o caliente, porque ocasiona pérdida de vitaminas. Se debe brindar preferentemente a temperatura ambiente y recién preparada.

Se introduce las viandas en forma de puré. Se ofrecen una sola vez al día, que puede ser un puré de viandas y vegetales y luego puré o jugo de frutas.

Es recomendable agregar alimentos semisólidos a la dieta del niño entre los 4 y 6 meses de edad.



Además de los nutrientes que esos alimentos pueden proporcionar, dicha práctica enseña al niño a comer alimentos con diferentes texturas, consistencia y sabor.

A medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes, se le deben dar alimentos más sólidos. Al principio deben ser blandos, picados en trocitos pequeños, y a medida que se desarrolla la dentición, se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos.

Etapa de 5 a 6 meses

A partir de esa edad, la reserva de hierro comienza a disminuir y es necesario el aporte de dicho nutriente para prevenir su deficiencia. Una forma de aportarlo es ofrecer al niño cereales sin gluten, tales como el arroz y el maíz. Se recomienda empezar por el arroz, el cual puede adicionarse, en algunos casos, entre los 4 y los 5 meses. Los cereales se pueden preparar mezclados con leche; casi siempre es necesario cocinarlos y es conveniente colar los de consistencia gruesa.

Al principio se comienza con una pequeña cantidad en las primeras horas de la mañana (desayuno) que se irá aumentando poco a poco a la vez que la consistencia puede ser más espesa.

En los niños, principalmente en el primer año de vida, la densidad energética de los alimentos es un factor esencial, debido a la capacidad gástrica limitada característica de tal edad. Si la concentración de energía es baja, el niño no puede ingerir las cantidades necesarias, motivo por el cual se recomienda que los alimentos líquidos para esa etapa tengan una densidad energética de 0,60 a 0,75 kcal/mL, y los sólidos de 2 kcal/g.

A esa edad se pueden introducir vegetales que aportan, entre otros, carotenos y complejo B. Se puede cocinar al vapor en poca cantidad de agua y comenzar con una papilla suave que se irá espesando hasta una mayor consistencia, también se sirven leguminosas en forma de puré, que aporta proteína, fibra dietética y algunas vitaminas.



Cuando se utilizan alimentos de origen vegetal, se debe poner atención a factores como el descascarado, refinamiento y grado de molienda de los cereales, las leguminosas y sus productos (harinas y mezclas de vegetales), que aumentan la digestibilidad de las proteínas y almidones, pero pueden reducir el aporte de algunos

micronutrientes. El contenido de fibra, filatos, taninos y otros compuestos pueden interferir con la biodisponibilidad de diversos nutrientes.

El tiempo de cocción y el procesamiento industrial como la precocción, extrusión y tostado destruyen los factores antinutricionales y mejoran la digestibilidad de proteínas y almidones.

Etapas de 6 a 8 meses

En esa etapa se incluye la carne, que se brinda molida fina, raspada o pasada por licuadora. De esta forma se aportan al niño proteínas de gran valor biológico, hierro y algunas vitaminas del complejo B. Luego, se introduce la yema de huevo cocida o pasada por agua (1 min en agua hirviente), ya que el calor coagula la albúmina y la hace más digestiva y también menos alergénica, "nunca debe ofrecerse cruda".

Se comienza solamente con la yema por su contenido en hierro y ser menos alergénica que la clara; esta última se ofrece en edades posteriores. Se debe comenzar con un octavo de la yema (se recomienda partir la yema cocida a la mitad, y ésta a su vez, en 4 partes, resulta así fácil ofrecer una de las 8 partes en que queda finalmente dividida), e ir aumentando progresivamente hasta daría completa una vez al día, por lo general en el horario del almuerzo.

A esa edad se incorporan los jugos, preferentemente naturales de frutas cítricas y los cereales con gluten (derivados del trigo); se comienza con papilla de cereal de trigo, y más tarde, se ofrecen pastas alimenticias

Además de ser una excelente fuente de proteínas, las carnes aportan hierro hémico, que es fácilmente absorbido, cinc y ácidos grasos esenciales. También favorecen la absorción del hierro inorgánico que se encuentra en los alimentos vegetales.

El aumento de la absorción también ocurre cuando se digieren alimentos que contienen vitamina C, junto con alimentos que contienen hierro inorgánico.

Se debe evitar la administración de remolacha y espinaca durante el primer año de vida, para reducir el riesgo de metahemoglobinemia como consecuencia de producción de nitritos, a partir de los nitratos contenidos en esos alimentos.

Se agrega la carne de cerdo y el pescado magro. En esa edad se ofrecen al niño las frutas maduras en trocitos. Puede comer helados, preferentemente de frutas, y dulces caseros que no contengan clara de huevo.

Etapas de 8 a 10 meses

Se adicionan el aceite, la mantequilla y la margarina.

Etapas de 10 a 12 meses

Se introducen el queso crema y la gelatina.

Los alimentos se ofrecen finamente picados, ya que la fórmula dentaria del niño permite su asimilación en esa forma de presentación.

Mayores de 12 meses

Se ofrece el huevo completo, y se comienza por pequeñas porciones de clara para ir observando su tolerancia, también otros vegetales y carnes en conserva, que no se recomiendan antes de esa edad, ya que en su procesamiento y conservación se utilizan sustancias cuyo empleo se prohíbe en la alimentación al lactante.

Otros alimentos que contienen aditivos químicos se pueden comenzar a ofrecer en dicha etapa, así como los alimentos fritos.

No se debe agregar sal a la comida y se deben escoger alimentos con bajo contenido de sodio, para reducir el riesgo de padecer de hipertensión en la edad adulta.

A cualquier edad, la introducción de un nuevo alimento se debe hacer en pequeñas cantidades y con intervalo al menos de 3 días entre uno y otro.

GUIA DE ALIMENTACIÓN PARA EL NIÑO MENOR DE 1 AÑO

0 a 4 meses	4 a 5 meses	5 a 6 meses	6 a 8 meses	8 a 10 meses	10 a 12 meses	> 12 meses
Lactancia materna exclusiva	Jugos de frutas y vegetales: guayaba, piña, mango, melón mamey, tamarindo, anón, chirimoya, fruta bomba, guanábana, plátano, tomate, zanahoria	Cereales sin gluten: arroz y maíz	Carnes: res, carnero, cerdo magra conejo, pescados, aves y yema de huevo	Judías Garbanzos	Queso crema Gelatina	Huevo completo Jamón Otros quesos
		Verduras: acelga, berza, chayote, habichuela	Pastas alimenticias	Grasas: aceite, mantequilla, margarina.		Chocolate Remolacha Espinaca Aguacate
	Puré de frutas y vegetales: compotas, frutas majadas: platanito, mango, guayaba, mamey, anón, chirimoya, guanábana. Puré de calabaza.	Leguminosas: lentejas, chícharos, frijoles: negros bayos, colorados.	Helados Natillas, pudín y flan Arroz con leche Frutas maduras en trocitos Frutas cítricas: naranja, mandarina, toronja, limón, lima.			Nabo Quimbombó Col Coliflor Pepino Rábano Alimentos fritos
	Puré de viandas: papa, malanga, ñame, boniato, plátano.					

Alimentación al pre-escolar y escolar

En esa etapa, el organismo está en proceso de crecimiento y desarrollo, a la par de ser un período de actividad física intensa e irregular. El gasto metabólico basal es elevado en comparación con el adulto.

El niño debe ser estimulado para que coma los mismos alimentos que el resto de la familia, y hacer las comidas principales junto con ella, lo que ayuda a su integración psicológica y socio familiar a crear hábitos sanos. Fuera de las 3 comidas ordinarias, puede intercalar dos tomas de alimento adicional, una a media mañana y otra a media tarde; esta última puede coincidir con el regreso de la escuela

Es importante que el niño reciba un aporte alimenticio suficiente durante la mañana, lo que contribuye a mantener una adecuada actividad física y mental hasta la hora de la próxima comida. Se ha demostrado que un desayuno insuficiente reduce la atención durante las últimas horas de clases.

Necesidades nutricionales de los niños en edad pre-escolar y escolar

Energía

Las necesidades energéticas tienen una amplia variación en los niños, en dependencia de la etapa de crecimiento y de la actividad física. Dichas necesidades son similares en los niños y las niñas hasta la pubertad.

Proteínas

Normalmente las fuentes de proteínas aportan de 10 a 15% del total de la energía diaria en los niños en esas edades. Por ello, la ingesta proteica prácticamente duplica la cantidad recomendada. El aporte proteico en los niños en edad escolar es de alrededor de 12% de la recomendación de energía

Otros nutrientes

Aunque no se han establecido los aportes de hidratos de carbono ni de grasas, se ha recomendado que el ácido linoleico aporte de 1 a 2% del total de kilocalorías, con la finalidad de asegurar una ingesta adecuada de ácidos grasos esenciales.

Alimentación al adolescente

La adolescencia es un periodo de cambios biológicos rápidos, que se exterioriza por una intensificación del crecimiento y desarrollo, que lleva a una duplicación de la masa corporal.

Las necesidades nutritivas están, lógicamente elevadas en esos años, con grandes requerimientos energético--proteicos, mayores que en cualquier otra etapa de la vida, y hay correlación entre el grado de desarrollo físico y un adecuado aporte alimenticio. Corrientemente, los adolescentes tienen muy buen apetito, lo que, en algunas ocasiones, les puede hacer ingerir raciones hiperenergéticas que, si no son compensadas con una adecuada actividad física, pueden producir sobre peso, e incluso, obesidad.

En esas edades, el consumo energético es apreciablemente mayor para el varón que para la hembra. El peso es sumamente variable, pues está en función de la estatura alcanzada y de su complejión o grado de desarrollo.

Necesidades nutricionales del adolescente

Durante el pico de crecimiento púbera se produce la mayor demanda de energía y nutrientes, cuya variación depende del sexo y de cada individuo. La limitación de la ingesta de energía o proteínas durante dicha etapa de la vida disminuye el crecimiento. El periodo de máxima demanda de vitaminas coincide con el de máxima velocidad del crecimiento.



Los nutrientes consumidos en cantidades bajas o marañaes por tos adolescentes son, con mayor frecuencia, el hierro, el calcio, la riboflavina y la vitamina A. La necesidad de hierro del adolescente se incrementa debido a la expansión del volumen sanguíneo y al incremento de la masa muscular.

Además del incremento de sus necesidades, las adolescentes deben reponer el hierro perdido con la menstruación.

El consumo de una dieta variada constituye la mejor forma de satisfacer las necesidades nutricionales. Los aportes recomendados para todos los nutrientes, con excepción del hierro, se pueden satisfacer si se selecciona y consume una dieta balanceada.

PATRÓN DE ALIMENTACIÓN PARA EL NIÑO DE 3 A 7 AÑOS

Valor nutricional aproximado:

Energía (kcal): 1700 Proteínas (g): 51 (12%) Grasas (g) 53(28%) HC (g): 255 (60%)

PATRONES DIETÉTICOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Grupo de alimentos	Patrón de niños de 1 a 3 años Intercambios	Patrón de niños de 3 a 7 años Intercambios	Patrón de niños de 7 a 12 años Intercambios	Patrón de adolescentes de 12 a 16 años Intercambios	Patrón de adolescentes de 16 a 18 años Intercambios
Leche	2	2	2	2	2
Carnes y leguminosas	2	2½	3	4¼	5
Cereales y viandas	4	7	9	12	16
Vegetales	1	2	2	2	2
Frutas	2	2	2	2	2
Grasas	2	2	3	4	4
Azúcares y dulces	6	6	9	10	12
Energía (kcal)	1300	1700	2100	2500	2800 kcal
Proteínas (g)	39 (12%)	51 (12%)	63 (12%)	75 (12%)	84 (12%)
Grasas (g)	43 (30%)	53 (28%)	65 (28%)	78 (28%)	87 (28%)
Hidrato de carbono (g)	189 (58%)	255 (60%)	315 (60%)	375 (60%)	420 (60%)
Para indicar los alimentos que se han de intercambiar se debe tener en cuenta la disponibilidad de los alimentos en la unidad.					

Reacciones alimentarias adversas en los niños

Las reacciones alimentarias adversas a los alimentos y a los aditivos pueden ser reacciones inmunológicas (alergia alimentaria) o reacciones no inmunológicas (intolerancia al alimento).

Las reacciones no inmunológicas se pueden deber a una acción farmacológica o tóxica del alimento o al resultado de un déficit enzimático. Como ejemplos de intolerancia a un alimento o a un aditivo, se encuentran la intolerancia a la lactosa y las reacciones a la tartracina.

A cualquier edad se puede presentar una alergia alimentaria. No obstante, es en los lactantes y los niños de menor edad donde con más frecuencia se pueden encontrar dichas reacciones. Su frecuencia suele disminuir a medida que aumenta la edad.

El alimento responsable de provocar una reacción alérgica se denomina alérgeno, y genera casi siempre una reacción inmediata. Los alimentos que con mayor frecuencia producen alergia son: la leche, el pescado, los huevos, los frutos secos, la soya, el trigo y el maní.

Todo niño con alergia a un alimento determinado puede presentarla al resto de los alimentos que integran familias relacionadas con aquel. El maní, por ejemplo, pertenece a la familia del guisante. Las personas que no pueden ingerir maní pueden ser alérgicas también a las judías o los chícharos. Sin embargo, pueden tolerar bien los frutos secos, porque estos pertenecen a una familia diferente de alimentos.

Es posible encontrar a personas con alergias a más de dos alimentos pertenecientes a grupos diferentes.

El tratamiento dietético de esas afecciones implica la eliminación, de la dieta, del alimento responsable y de otras preparaciones que lo contenga. En dependencia del alimento o grupos de alimentos que se elimine es que se hace necesaria la suplementación de vitaminas.



Objetivo del tratamiento dietético

Planificar una dieta que excluya los alimentos responsables de la alergia o intolerancia alimentaria y asegure la satisfacción de las necesidades nutricionales del niño.

Recomendaciones dietéticas

Una historia dietética exhaustiva puede ayudar a identificar el alimento o alimentos responsables de la acción adversa.

Si tenemos en cuenta que la alergia alimentaria puede ser de carácter transitorio se deben realizar pruebas de reexposición tras un periodo prudencial conforme con la consideración del facultativo.

CLASIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS EN FAMILIAS

Alimentos de origen animal	
Moluscos	Mejillón, ostra, almeja y calamar
Crustáceos	Cangrejo, langosta y camarón
Reptiles	Tortuga y cocodrilo
Anfibios	Rana
Mamíferos	Vacuno, cerdo, cordero, caballo y conejo
Aves	Pollo, pavo, gallina, pato, ganso, pavo, paloma, faisán y guinea
Peces	Merluza, sardina, arenque, eglefino, robalo, trucha salmón, anguila, bacalao, lenguado, jurel, macarela pargo, cherna, corvina, atún, pez espada, serrucho, caballa, salmonete, tenca, carpa, tilapia y otros.
Alimentos de origen vegetal	
Cereales	Trigo, arroz, maíz, avena, cebada, centeno, sorgo, germen de trigo
Leguminosas	Frijoles de todos tipos (negro, colorado, pinto, bayo, blanco, soya, carita) guisantes (chícharos), maní, frijol mungo (frijol chino sin germinar), lentejas, garbanzo
Las frutas y vegetales se clasifican en aproximadamente 40 familias, ente tas que sólo se mencionan algunas:	
Familias rutáceas	Naranja, toronja, limón, lima, mandarina y naranja china
Familia solanáceas	Papa, tomate, berenjena y pimiento
Familia curcubitáceas	Calabaza, pepino, melón de Castilla y melón de agua
Hongos	Setas (champiñón, boletos, pleurotos y otros), levaduras

Indicación médica de la dieta

Debe indicar los alimentos que es preciso evitar debido a alergia o intolerancia alimentaria.

Afecciones cardiovasculares infantiles

Dieta en la hipertensión arterial

El tratamiento a los niños con hipertensión se debe individualizar en dependencia de su causa. La modificación del contenido de sodio en la dieta, el control del peso y el ejercicio físico, constituyen el tratamiento inicial de la hipertensión en la infancia, juntamente con el tratamiento de la enfermedad de base.

Objetivos del tratamiento dietético

- Lograr una reducción gradual de la ingesta de sodio hasta niveles prudentiales y mantener la suficiencia nutricional de la dieta, para permitir el crecimiento y el desarrollo normales.
- Mantener el control del peso.

Tratamiento dietético

Una dieta que contenga entre 95 y 150 mEq de sodio por día represente una disminución significativa y mejora el cumplimiento terapéutico. Al individualizar la recomendación dietética se debe conocer la ingesta habitual de sodio y considerar los tipos, cantidades y frecuencia del consumo de alimentos con elevado contenido en sodio, así como los métodos de preparación de los alimentos y si consume sal en la mesa.

Se recomienda aumentar la ingestión de grasas poliinsaturadas y evitar el consumo de ácidos grasos saturados.

Deben ofrecerse en libre demanda frutas y vegetales que contengan antioxidantes: la vitamina C y el β -carotenos.

Se recomienda aumentar la ingestión de potasio. Un exceso de potasio conlleva un aumento de la excreción de sodio. También se debe garantizar una ingesta adecuada de calcio, al menos que cumpla las recomendaciones, según la edad del niño o adolescente.

Indicación médica de la dieta

Se indica "dieta para el control de sodio en el	Cantidad (medida)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche: Todo tipo de leche Yogurt	2 tazas 1 vaso	400 200	
Quesos: Tipo quesillo sin sal	1 taja	30	Quesos salados
Huevos	1 unidad	50	
Carnes: Res magra pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 porción 1 presa 1 porción	 60 150 100	Fritas, embutidos, carne ahumadas.
Leguminosas Secas Leguminosas tiernas	1/2 taza 1/2 taza	30 20	Enlatado y conserva.
Fideos: Pastas de harina	2cdas	20	Harinas que contengan polvo de
Pan de dulce	2 porciones	120	Panes, galletas y postre de sal.
Cereales: Arroz.	1 taza	60	
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, zanahoria Blanca, mellocos	3 unidad pequeñas	120	
Hortalizas: Zanahoria amarilla, rábanos, vanita, pepinillo, tomate riñón, acelga, nabo, berenjena, sambo, zapallo	4 porciones	240	De alto contenido de sodio.
Frutas: Jugo de Babaco, naranja, mora, guanábana guayaba, Claudia Durazno, pera, manzana, pina, papaya, tunas, mandarinas, tomate de árbol, frutilla, plátano de	80g 1 unidad 2 unidades ½ Unidad	1 vaso 40gr 200 60	Frutas muy maduras, plátano, melón, tomate riñón en grandes cantidades. Enlatados
Azúcar	2cdas	30	
Aceite Aceite maíz, girasol, oliva	2cdas	20	Manteca animal, vegetal, aceite de
Bebidas Aguas aromáticas, Jugos y Consomé	200CC	2 litros diarios	Colas, helados, licores, cerveza, bebidas con azúcares.

Dieta en la hiperlipidemia

Desde la infancia, la hipercolesterolemia puede acelerar el proceso aterosclerótico, el cual progresa durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta, a pesar de que sus manifestaciones clínicas graves no suelen aparecer hasta las edades más avanzadas.

Es importante establecer buenos hábitos de alimentación durante los primeros años de la infancia. Es probable que los estilos de vida y hábitos de alimentación incorrectos resulten más fáciles de corregir durante los primeros años de vida que en edades posteriores, en que pueden autoperpetuarse y resultar más intratables.

Objetivos del tratamiento dietético

- Lograr cambios moderados de la ingesta de colesterol y grasa y conservar la suficiencia nutricional de la dieta, para permitir el crecimiento y el desarrollo normal.
- Evitar un incremento excesivo del peso.

Tratamiento dietético

El tratamiento inicial debe ser una dieta con reducción del contenido de grasa y colesterol. Se recomienda una dieta similar a la de la población general integrada por niños mayores de 2 años. No se recomiendan restricciones importantes de grasas (hasta 30% como máximo) y colesterol, porque tales limitaciones pueden significar una reducción importante del contenido de energía y, por consiguiente, una interferencia con el crecimiento y desarrollo normales del paciente.

Se recomienda la sustitución de las carnes rojas por carnes de aves sin piel y, preferiblemente, pescados de carnes oscuras; se utilizan las partes más oscuras que son las que contienen la grasa portadora de los ácidos grasos de la serie n-3, beneficiosos en esos casos.

Las proteínas no deben sobrepasar 15% de la energía total.

Indicación médica de la dieta

La indicación dietética debe presentar "dieta con control de la grasa y el colesterol". Si es necesario, se debe indicar reducción del peso corporal. También se debe indicar cualquier otra restricción como puede ser la de sodio.

Alimentos permitidos	Cantidad (medida casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche: Descremada Yogurt natural	2 tazas 2 vaso	400 400	Leche entera, leche con chocolate
Quesos: Descremados, tipo quesillo	1 tajada pequeña	30 gr.	Quesos maduros cremosos.
Huevo: Clara en preparaciones o cocinados Se puede consumir diariamente	1 unidad	30	La yema de huevo
Carnes: Res magra pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 porción 1 presa 1 porción	60 150 100	Frituras, piel de aves, pescados enlatados, camarones langostinos, carnes grasosas, embutidos, vísceras, horro
Hortalizas Todo tipo de hortalizas crudas o cocinadas	2 tazas	300	No añadir mayonesa o salsa
Leguminosas secas y fiemas Oleaginosas	Sedas	30	
Cereales y derivados: Principalmente integrales, germen de trigo, arroz, avena y otros. Pan integrales, pan de agua	2cdas 2 unidades medianas	20 120	Preparados con huevo, mantequilla, quesos cremosos. Panes de harina refinada y harinas
Frutas: Preferiblemente al natural con cascara	2 medianas	200	Coco
Azúcares: Azúcar, miel y panel	3 cdas	30	En almibares, dulces y compotas
Grasas: Aceites de semillas (maíz, soya, girasol, ajonjolí, oliva)	2 cdas	20	Grasa animal, aceites de palma, manteca, margarinas.
Bebidas: jugos, aguas aromáticas Consumé con poca	6-8 tzas	1 500-2000	Bebidas comerciales, licores cerveza

Afecciones metabólicas

Dieta en la diabetes mellitus

La diabetes es un síndrome de causa heterogénea, con una insuficiencia absoluta o relativa de insulina, lo que condiciona un trastorno general del metabolismo, que al transcurrir el tiempo produce cambios estructurales y funcionales de órganos específicos.

La diabetes mellitus primaria de transmisión genética se reconoce en 90% de los pacientes, y existen dos formas clínicas: la diabetes insulino dependiente o tipo I, que aparece en la infancia; se asocia a determinados antígenos de histocompatibilidad y anticuerpos contra las células insulares; y requiere tratamiento con insulina; es muy inestable y su forma más común de presentación es la cetoacidosis. La diabetes no insulino dependiente o tipo II es propia de los adultos y muestra una estrecha relación con la obesidad.

La dieta de los niños con diabetes debe aportar una cantidad adecuada de nutrientes esenciales, con la finalidad de permitirles un crecimiento y desarrollo normal.

Objetivos del tratamiento dietético

- Aportar energía y nutrientes suficientes para lograr un crecimiento y desarrollo normales.
- Lograr un peso corporal adecuado para su talla y edad
- Prevenir la hiperglucemia y la hipoglucemia.

Para lograr un buen control metabólico es esencial combinar tres factores: los periodos de acción máxima de la insulina exógena, la actividad física y la ingesta de alimentos.



Tratamiento dietético

Las necesidades nutricionales del niño con diabetes coinciden con las del niño que no la padece. Sin embargo, es preciso prestar más atención al horario de comidas y

meriendas, a la regularidad de la ingesta a lo largo del tiempo y a la composición y contenido energético de los alimentos.

Es importante que el momento de las comidas mantenga un horario regular y no permitir que sus variaciones superen los 30 min de un día a otro. Se recomienda distribuir de manera uniforme la energía, hidratos de carbono y las proteínas entre comidas y meriendas, para estabilizar los cambios de la glucosa y permitir resultados más previsibles tras los cambios de las dosis de insulina.

Se distribuye el contenido de hidratos de carbono de la dieta de forma que cada comida aporte entre 25 y 30% y cada merienda de 8 a 10%.

Se planifica la dieta con el objetivo de modificar, de la forma más realista posible, las prácticas alimentarias ya existentes y asegurar un nivel de nutrición óptimo para su actividad física, crecimiento y desarrollo normales. Es preciso reevaluar periódicamente la dieta para que se acomode a las necesidades del niño, así como sus preferencias nutricionales cambiantes.

Determinación de las necesidades

Energía. El aporte energético depende de la edad, sexo y actividad física. En forma práctica, se puede calcular con la utilización de 1000 kcal por el primer año de edad y 100 kcal por cada año hasta los 10 años de edad. Para los mayores, se utilizan las recomendaciones nutricionales para las edades, sin pasar de 2400 kcal en las hembras y 2800 kcal en los varones. En los lactantes la dieta debe ser igual a la de un lactante sano.

Proteínas: Las proteínas deben aportar entre 15 y 20% de la energía total del día.

Grasas: Con el objetivo de reducir el riesgo de que aparezcan complicaciones vasculares, se modifica el contenido de grasa total, y se sitúa el máximo de energía aportada por las grasas en 30%, con una distribución de 10% saturadas, 10% poliinsaturadas y 10% monoinsaturadas. Limitar el colesterol a 100 mg/1000 kcal (sin exceder los 300 mg/día).

Hidratos de carbono: Se deben preferir los de absorción lenta (almidones y fibra dietética). Aunque las frutas contienen monosacáridos, tienen en su composición fibra dietética, lo que toma más lenta la absorción de los hidratos de carbono. Se elimina la sacarosa y glucosa en todas sus formas, debido a que se absorben rápidamente y producen una elevación brusca de la cifra de glicemia. Se ha comprobado que en sujetos bien compensados, una cantidad no mayor de 5% en forma de sacarosa no provoca hiperglicemia especialmente si va incorporada a alimentos que contienen proteínas y grasas. Se recomienda que de 55 a 60% de la energía total sea aportada por los hidratos de carbono.

Fibra dietética: Como medida general, resulta apropiado recomendar un mayor consumo de cereales integrales, frutas frescas y verduras crudas.

Sodio: Se debe eliminar el consumo de sal añadida a las comidas y imitar la ingesta de alimentos salados.

Indicación médica de la dieta

Se debe indicar "dieta para niño con diabetes mellitus". Indicar las necesidades de energía y proteínas, así como cualquier otra indicación necesaria.

DIETA PARA DIABÉTICO

Cálculo del aporte dietético en relación al peso deseable y actividad física			
Kilocalorías/Kilogram o de peso deseable	Actividad física		
	Ligera	Moderada	Intensa
Peso normal	30	35	40
Sobrepeso	20	25	30
Bajo peso	35	40	45

Dieta en la obesidad infantil

La obesidad infantil se asocia con hiperinsulinemia, hiperlipidemia, hipertensión e intolerancia a los hidratos de carbono. Se registran datos que demuestran que la obesidad infantil constituye un factor de riesgo para una posterior enfermedad coronaria y el origen de muchas alteraciones aterogénicas de los lípidos séricos.



Se define como obesidad un incremento de la grasa corporal hasta un valor que signifique riesgo para la salud y no solamente a un exceso de peso.

Una definición fisiopatogénica cataloga la obesidad como un trastorno metabólico de origen multifactorial, expresado en muy diversas formas clínicas, y que se caracteriza por dos anomalías comunes: Incremento de la ingesta de energía y sedentarismo; y, cifras altas circulantes de insulina.

Objetivo del tratamiento dietético

- Alcanzar y mantener un peso adecuado para la talla.
- Lograr cambios graduales de la ingesta energética del niño y conservar la suficiencia nutricional para el crecimiento y el desarrollo.

Tratamiento dietético

En el niño es necesaria la ingestión adecuada de energía y nutrientes (según edad y sexo) para garantizar que el crecimiento y el desarrollo normales no estén comprometidos.

Las modificaciones dietéticas que pretenden controlar la energía y proporcionar una suficiencia nutricional, se deben realizar de forma gradúa durante varios meses, a una velocidad que se considere razonable para cada niño o adolescente.

La modificación debe ser flexible y acomodarse a un estilo de vida, que incluya todas las comidas del día y algunos alimentos preferidos.

En el niño menor de 2 años, se recomienda revisar su plan de alimentación, frecuencia y cantidades de alimentos, mantener la lactancia materna o artificial, según corresponda. No hacer indicaciones especiales.

En preescolares el cálculo de las necesidades energéticas se hace sobre la base de estimar 1000 kcal por el primer año de vida, más 100 kcal por cada año restante. La

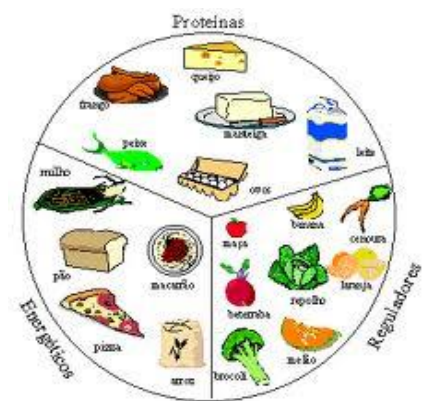
distribución de la energía debe ser de 20% para las proteínas, 30% de grasas y 50% para los hidratos de carbono, distribuidos en 3 comidas y 3 meriendas diarias.

En escolares igual recomendación que en preescolares. Puede utilizarse leche semidescremada.

En los adolescentes la aumentación puede ser hipoenergética, hasta 25% menos de la energía recomendada si no padeciera de obesidad y en cualquier caso, la dieta no debe ser inferior a 1200 kcal/día, con igual distribución energética que en el caso de los preescolares y escolares.

Generalmente se recomienda:

- Aumentar el consumo de frutas y vegetales.
- Mantener 6 frecuencias de alimentación.
- Preferir los asados a los fritos.
- Comer despacio y en plato pequeño.
- Evitar segundas porciones.
- Limitar el tamaño de las porciones.
- Reducir la ingestión de golosinas con grandes concentraciones de energía y poco nutritivas.
 - Ejercicio físico: frecuencia diaria.
 - Modalidad: caminar a paso rápido, trotar, nadar, patinar, montar bicicleta
 - Fomentar actividades recreativas al aire libre.
 - Cambiar los hábitos de alimentación y tratar de que perduren en el tiempo.



No se recomiendan: dietas de ayuno, dietas de ayuno con valor biológico elevado, dietas cetogénicas, ni otras dietas desequilibradas.

Indicación médica de la dieta

Debe indicar "dieta para el control del peso", y tener en cuenta las recomendaciones de energía y nutrientes correspondientes a la edad del niño o adolescente.

Alimentos permitidos	Cantidad (medida casera)	Cantidad (gramos)	Alimentos no permitidos
Leche semidescremada o descremada: Yogurt natural	2 tazas 1 vaso	400cc 200cc	Leches entera
Quesos: Tipo quesillo	1 taja mediana	30	Quesos muy maduros y cremosos
Huevos 2 veces por semana.	1 unidad	50	No frito
Carnes: Res magra pollo sin piel, pescado y otras	2 porciones 1 porción 1 presa 1 porción	60 150 100	Fritas, embutidos, carne grasosas, vísceras
Leguminosas Secas Leguminosas tiernas	½ Taza 1 taza	30 40	Solo la cantidad indicada
Cereales: Arroz, arroz de cebada principalmente integrales Granos tiernos choclo	½ Taza	20 20	Harinas refinadas
Fideos integrales: Pastas de harina	2cda.	20	No
Tostadas, pan integral	4 unidades 1 pan	50	Pastas, panes, postres
Tubérculos y raíces: Papa, yuca, camote, zanahoria blanca, mellocos, ocas	1-2 unidades	50	Solo la cantidad indicada
Hortalizas: Zanahoria amarilla, rábanos, vainita, pepinillo, tomate riñón, acelga, nabo, berenjena, sambo, zapallo espinaca papa nabo, pimiento, cebollas, culantro, perejil, apio, achogchas.	Cocido 1/2 Taza Crudo 2 tazas (4 porciones)	80 160	Vegetales en conserva
Frutas: Jugo de Babaco, naranja, guanábana, guayaba, durazno, pera, manzana, pina, papaya, tunas, mandarinas, limas membrillo, tomate de árbol sin pepas, melón	1 vaso 2 unidades	200 cc. 200	Frutas muy maduras, plátano en grandes cantidades.
Azúcar			Azúcar común, mermeladas, jaleas, dulces, caramelos
Aceite Aceite maíz, girasol, oliva	2cdas.	20	Manteca animal, vegetal, aceite de
Bebidas Aguas aromáticas, jugos consomés	2 litros	2000 ce	Colas, helados, licores, cerveza, bebidas con azúcares.

Dieta en la glucogenosis

El glucógeno es un polímero notablemente ramificado de la glucosa, que se almacena en el hígado y músculos. Se han descrito diferentes trastornos de su biosíntesis y degradación, e identificado los defectos enzimáticos que los originan.

Las glucogenosis se caracterizan por alteraciones metabólicas que conducen al depósito de concentraciones anormales de glucógeno en el hígado y tejidos musculares.

Los tipos más comunes de glucogenosis se caracterizan por falta de crecimiento, hepatomegalia e hipoglicemia en ayunas.

Glucogenosis de tipo I

La glucogenosis de tipo I constituye un trastorno que afecta la enzima glucosa 6-fosfatasa y produce alteraciones de la síntesis de la glucosa a partir de sus precursores gluconeogénicos.

Objetivos del tratamiento dietético del tipo I

- Reducir la acidemia orgánica.
- Conservar los niveles de glucemia por encima de 70 mg/dl, y evitar con ello la hipoglucemia secundaria a una ingesta insuficiente de glucosa (almidón).

Tratamiento dietético

Se recomienda la administración de alimentos de elevado contenido en almidón, separados por intervalos de 2½ a 3½ h durante el día, y la combinación con tratamiento de almidón de maíz o administración nocturna por sonda de preparados líquidos con polímeros de glucosa.

El almidón de maíz no cocido se utiliza en niños mayores, adolescentes y adultos, como forma alternativa al tratamiento eficaz a pacientes con glucogenosis.

Se ha demostrado que la ingestión de 1,75 a 2,50 g de almidón de maíz/kg de peso, cada 6 h, aporta de 5,3 a 7,6 mg glucosa/kg peso/min, mantiene una cifra de glucemia relativamente constante, siempre que la cifra de glicemia inicial fuese normal. Resulta tan eficaz como la aumentación nocturna mediante sonda nasogástrica en cuanto a conservación constante de niveles de glicemia y restitución del crecimiento normal.

Después de los 8 meses de edad, se ha tratado a lactantes con almidón de maíz sin cocer en leche baja en grasa (2%) cada 4h, más 3 comidas al día.

Se añade una cantidad determinada de almidón de maíz igual a la velocidad de producción de glucosa de 5 a 8 mg/kg peso/min a 120 mL de leche baja en grasa cada 4h. En los lactantes se impide la hipoglucemia y se obtienen niveles sanguíneos de lactato prácticamente normales.



Alimentación por vía oral

Entre 5 o 6 comidas al día por vía oral. La primera comida 30 min antes o inmediatamente después de interrumpir la alimentación nocturna por sonda. La última comida 2 ó 3 h previa al inicio de la alimentación nocturna

De las kilocalorías totales se deben aportar de 60 a 65% en forma de hidratos de carbonos, 25 a 30% de grasa y de 10 a 15% en forma de proteínas.

Es preciso evitar el consumo de sacarosa, galactosa y fructosa ya que se convierten rápidamente en lactato (leche, frutas, o azúcar de mesa), deben darse alimentos frecuentes y con elevado contenido de almidón.

Glucogenosis tipo III

Se caracteriza por un déficit de la enzima desramificante hepática (amilo 1-6 glucosidasa), necesaria para la liberación de glucosa de todas las porciones de la molécula de glucógeno, salvo las terminales.

Tratamiento dietético

El almidón de maíz crudo constituye un tratamiento alternativo. La administración de una dieta consistente en 3 comidas con 2 meriendas al día, más 1,75 g de almidón de maíz/kg de peso, cada 6h se asocia a conservación de la glucemia, aumento de la velocidad del crecimiento y disminución de la concentración de aminotransferasa sérica. Después de la pubertad, el hígado aumenta de volumen, los episodios de hipoglucemia sintomática son raros y se produce un brote normal del crecimiento.

El tratamiento nutricional de otros tipos de glucogenosis no ha resultado útil.

Dieta para la fenilcetonuria

La fenilcetonuria (PKU) se produce cuando ocurre un déficit de la enzima fenilalanina-hidroxidasa hepática, que convierte la fenilalanina (FEN) en tiroxina. El tratamiento temprano evita el retraso mental grave, la hiperactividad y las convulsiones, que son algunas de las manifestaciones propias de la enfermedad. Por ello, se debe restringir la fenilalanina de la dieta desde los primeros días de nacido el bebé.

En la actualidad se considera que la restricción de fenilalanina debe continuar por toda la vida, pues aun en el adolescente y en el adulto puede haber cambios sutiles en el coeficiente de inteligencia y en la conducta, que pueden ser irreversibles después de suspender la dieta. El cumplimiento de un tratamiento adecuado garantiza un normal desarrollo físico e intelectual, incluso los pacientes de más edad que nunca han sido tratados, se benefician con la dieta en cuanto a hiperactividad y autoagresión.

Objetivos del tratamiento dietético

- Limitar la ingesta dietética de fenilalanina a cantidades que permitan el crecimiento y desarrollo normales, pero que corten a un tiempo el retraso mental.
- Los niveles séricos adecuados de fenilalanina deben oscilar entre 2 y 10 mg/dL y para lactantes entre 2 y 6 mg/dL

Tratamiento dietético

Los productos dietéticos especiales empleados en el tratamiento de la fenilcetonuria (hidrolizados de proteínas ubres de fenilalanina) tienen un contenido bajo o nulo en fenilalanina. Todo lactante diagnosticado debe recibir, inmediatamente, tratamiento dietético mientras se realizan las pruebas de confirmación.

Los lactantes se pueden aumentar con lactancia materna, pero con modificaciones para evitar una ingesta excesiva de fenilalanina. Sabiendo que la leche materna tiene 0,43 mg de fenilalanina por gramo de leche y que la leche de vaca contiene 1,73 mg/g, se puede autorizar la lactancia materna antes de los 4 meses de nacido, si se añaden tomas de un preparado con hidrolizados de aminoácidos ubre de fenilalanina, que permitan disminuir las frecuencias de pecho, según los requerimientos de proteínas totales y energía del paciente, así como los niveles de fenilalanina en sangre. A estos pacientes es necesario determinarles los niveles séricos de fenilalanina con una frecuencia semanal, y si fuera necesario cada 2 ó 3 días, hasta lograr su control.



Después de los 6 meses de nacido, se pueden determinar los niveles cada 15 días y estos niños continúan alimentándose con una fórmula láctea. Se puede suspender la leche materna y comenzar el suministro de alimentos sólidos que le aporten el mínimo de fenilalanina que necesitan para su crecimiento y desarrollo, junto con la pequeña cantidad de leche que se le añade a la fórmula láctea.

En el niño mayor de 1 año y hasta la adolescencia, los niveles en sangre se miden mensualmente y el paciente debe registrar la ingesta correspondiente a los 3 días antes de la toma de la muestra. Deben introducirse nuevos alimentos libres de fenilalanina y, además, el hidrolizado de proteínas.

El adolescente debe vigilar su peso, pues algunos aumentan con facilidad debido a que en estas edades aumenta su apetito y los preparados para fenilcetonúricos son más hiperenergéticos que el resto de las bebidas ordinarias.

Los preparados más conocidos en Cuba son el PKU 1 y el PKU 2 en la forma Milupa que tienen alto contenido en proteína con relación al aporte energético que brindan los productos de la forma SHS (XP Analog y XP Maxamaid).

Los padres de niños con fenilcetonuria precisan de una educación nutricional cuidadosa. Durante cada consulta se debe evaluar el registro dietético, controlar la variedad de alimentos requeridos, la suficiencia de la ingesta energética, proteica, de fenilalanina, de vitaminas y de minerales. Debe, así mismo, registrarse el peso y la talla de forma sistemática como indicador de la satisfacción de la dieta.

Cálculo de la dieta

- Establecer las necesidades individuales de energía, proteínas y fenilalanina.
- Determinar la cantidad de fenilalanina adicional que resulte necesario consumir a partir de fuentes alimenticias completas.
- Determinar cantidad y tipo de alimento sólido que se deben administrar. Los alimentos especiales de consumo libre, bajos en proteínas, aportan energía y variedad a la dieta.

Indicación médica de la dieta

Debe indicar "dieta para pacientes con fenilcetonuria" y especificar el nivel de fenilalanina.

Tabla 2. Recomendaciones para el aporte de calorías, proteínas, FEN y TIR. ¹				
Edad	Nutriente			
	FEN (mg/kg)	TIR (mg/kg)	PROTEINA (g/kg)	ENERGIA (cal/kg)
LACTANTES				
0 - 3 meses	25 - 70	300 - 350	3.0 - 3.5	120
3 - 6 meses	20 - 45	300 - 350	3.0 - 3.5	120
6 - 9 meses	15 - 35	250 - 300	2.5 - 3.0	110
9 - 12 meses	10 - 35	250 - 300	2.5 - 3.0	105
NIÑOS Y NIÑAS				
1 - 4 años	200 - 400	1.7 - 3.0	> 30	1300
4 - 7 años	210 - 450	2.2 - 3.5	> 35	1700
7 - 11 años	220 - 500	2.5 - 4.0	> 40	2400
MUJERES				
11 - 15 años	250 - 750	3.4 - 5.0	> 50	2200
15 - 19 años	230 - 700	3.4 - 5.0	> 50	2100
> 19 años	220 - 700	3.7 - 5.0	> 50	2100
HOMBRES				
11 - 15 años	225 - 900	3.8 - 5.5	> 55	2700
15 - 19 años	295 - 1100	4.4 - 6.5	> 65	2800
> 19 años	290 - 1200	4.3 - 6.5	> 65	2900

Afecciones gastrointestinales

Dieta en la constipación

En los lactantes y niños ocurre con frecuencia la constipación o estreñimiento, y en ocasiones se trata incorrectamente. Se considera constipación la expulsión de heces excesivamente secas, de volumen insuficiente o con un período prolongado entre una y otra defecación.

El cambio de prácticas alimentarias, como es el paso de leche materna a otro tipo de leche o la adición de nuevos alimentos en la dieta, son las causas más frecuentes de estreñimiento simple. También puede producir estreñimiento en los niños una dieta inadecuada, carente de frutas y vegetales, o a intervalos irregulares.

Objetivos del tratamiento dietético

- Ofrecer a los niños una dieta variada que cubra las necesidades nutricionales, aporte fibra dietética y proporcione una ingesta adecuada de líquidos.

Tratamiento dietético

La dieta debe incluir una cantidad suficiente de fibra dietética contenida en vegetales, frutas y cereales, de forma que el volumen remanente en el intestino después de la digestión favorezca el desplazamiento del contenido intestinal y estimule la evacuación periódica.

Debe tenerse en cuenta que la cantidad de fibra dietética debe ser dosificada, porque si bien es necesaria para evitar el estreñimiento también tiene efectos adversos: los alimentos ricos en fibra dietética son voluminosos, producen saciedad y tienen baja densidad energética; de igual modo, las dietas con elevado contenido de fibra dietética pueden tener influencia sobre la adsorción de minerales esenciales como el calcio, el hierro, el fósforo, el zinc y el magnesio.

El salvado de trigo se debe emplear, en caso necesario, de forma moderada. Se recomienda que cuando se utiliza el salvado, se añada a alimentos normalmente consumidos por el niño y la cantidad total se divida al menos en 3 dosis diarias. Para un funcionamiento normal de los intestinos es esencial la ingesta de líquidos,

principalmente cuando la dieta tiene un elevado contenido de fibra dietética. Se estima que la cantidad mínima necesaria de agua es de aproximadamente 60 mL/kg de peso corporal por día. En algunos casos, puede ser necesaria una ingesta superior a dicha cantidad.

Algunos alimentos pueden producir estreñimiento, entre ellos se incluyen la leche y el queso, los plátanos y la zanahoria. Si la dieta resulta monótona e incluye predominantemente esos alimentos, cabe esperar que el niño presente estreñimiento.



Indicación médica de la dieta

Se debe indicar cantidad de fibra dietética, cantidad de líquidos, y si resulta necesario, suprimir algún tipo de alimento.

Dieta en la diarrea

La diarrea se puede definir como el cambio de la consistencia de las heces, la pérdida excesiva de líquidos y electrolitos por vía intestinal o el incremento significativo de la frecuencia o volumen de las heces. La diarrea aguda en niños se puede deber a diversas causas: infecciones bacterianas, por virus o por parásitos. La diarrea crónica es la que persiste durante más de 2 semanas y, frecuentemente, se asocia con pérdida de peso y alteraciones del crecimiento.

Objetivos del tratamiento dietético

- Reemplazar las pérdidas de líquidos y electrolitos.
- Impedir la desnutrición.
- Aportar una cantidad suficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades del paciente y el aumento de las demandas por la infección y la mala absorción.

Tratamiento dietético

Una vez corregida la deshidratación, la fase de mantenimiento consiste en aportar una dieta normal. Se recomienda:

- Continuar la lactancia materna en aquellos niños que estén siendo lactados al pecho, una vez corregida la deshidratación, en caso de que haya ocurrido.
- Los niños que reciben una alimentación mixta deben ingerir su dieta habitual.
- A los niños de 4 o más meses de edad, que no pueden satisfacer sus necesidades energéticas solamente con la lactancia materna o cualquier otra fórmula láctea, se les debe estimular para que ingieran alimentos sólidos.
- A los niños con anorexia no se les debe obligar a comer, pero sí se deben estimular para que ingieran líquidos.
- Los alimentos con elevado contenido de hidratos de carbono simple (monosacáridos y disacáridos), como los que se encuentran en las frutas y dulces, se debe limitar su ingesta, debido a que estos tienden a aumentar los mecanismos de absorción, que ya se encuentran alterados.
- Las fórmulas bajas en lactosa se indicarán por 1 ó 2 días cuando la diarrea sobrepase los 14 días (diarrea persistente).
- Se contraindica la fórmula basal de carne o pollo en la diarrea aguda por ser hipoenérgica y por conocerse que las intolerancias transitorias o disacaridasas no se producen, ya que la vellosidad intestinal se regenera en un periodo de 3 a 4 días.
- En la diarrea persistente (más de 14 días) se aconseja fraccionar la comida total en 6 porciones, para mejorar la tolerancia y la anorexia.
- En los niños con diarrea aguda a los cuales se les afecte el estado nutricional, se aconseja administrar durante 1 mes una comida extra después de que cesen las diarreas, 1 mes para la recuperación nutricional del paciente.
- La leche diluida está contraindicada en la diarrea aguda, ya que no hay argumentos para ello.

Indicación médica de la dieta

Se debe indicar "dieta en diarrea aguda o crónica". Es preciso valorar la situación de cada paciente, y prescribir las restricciones dietéticas necesarias, por ejemplo lactosa.

DIETAS OFRECIDAS A LOS NIÑOS DURANTE EL EPISODIO DE DIARREA AGUDA.

	Ter. día	2do. día	≥ 3er. día
Edad: 4-6 meses: seno materno a libre demanda			
Mañana	Manzana en puré	Manzana o plátano en puré	Igual + su dieta habitual
Tarde	Puré de papa	Caldo de frijol y tortilla	Igual + su dieta
Noche	Manzana en puré	Manzana o plátano en puré	Igual + su dieta habitual
Edad: 6-12 meses: si aún toma seno materno, continuar a libre demanda; ofrecer agua de arroz a libre demanda (como agua de uso)			
Mañana	Manzana o plátano rayado o colado	Manzana o plátano rayado y caldo de frijol	Igual + su dieta habitual
Colación	Manzana o plátano rayado o colado	Sopa de fideos con tortilla o bolillo	Continuar con los alimentos preferidos
Tarde	Caldo de pollo deshebrado con tortilla y arroz cocido	Caldo de pollo y arroz cocido con papa, plátano, tortilla o bolillo	Igual + su dieta habitual
Colación	Manzana o plátano rayado o colado	Manzana o plátano rayado o colado	Continuar con los alimentos preferidos
Noche	Caldo de frijol y tortilla remojada	Sopa de tortilla	Igual + su dieta habitual
Edad: 1-5 años: ofrecer agua de arroz a libre demanda (como agua de uso)			
Mañana	Manzana o plátano entero, rayado	Manzana o plátano, caldo de frijol y tortilla	Igual + su dieta habitual
Colación	Manzana o plátano	Caldo de frijol y tortilla	Ofrecer alimentos preferidos
Tarde	Arroz cocido o guisado con pollo, tortilla, plátano	Sopa de pasta, carne de pollo o res, papa, tortilla o bolillo	Igual + su dieta habitual
Colación	Caldo de frijol con tortilla	Manzana o plátano	Ofrecer alimentos preferidos
Noche	Caldo de pollo deshebrado, papa y pan	Arroz guisado, plátano, caldo de pollo deshebrado, tortilla	Igual + su dieta habitual

Dieta en la enfermedad celíaca

De las enteropatías crónicas que con mayor frecuencia producen mala absorción en la infancia se encuentra la enfermedad celíaca. Sus síntomas se inician, por lo general, durante el segundo semestre de la vida.

En dicha enfermedad, se pueden observar también intolerancias transitorias a la lactosa, y en ocasiones, a las grasas.

Objetivos del tratamiento dietético

- Controlar la ingesta de gluten y aportar, a un tiempo, la totalidad de nutrientes en cantidad suficiente para asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo normales.
- Garantizar la adecuación de la dieta a las necesidades individuales.

Tratamiento dietético

La dieta, en primer lugar, debe controlar el contenido de gluten (gliadina y prolaminas). En los casos de intolerancia transitoria a la lactosa, no se debe incluir leche ni productos lácteos, que no hayan sido tratados con lactasa. En cierta medida, el contenido de grasa debe ser controlado para evitar que los ácidos grasos de cadena larga no absorbidos puedan convertirse en hidroxiácidos capaces de producir diarreas.



Una vez controlados los síntomas, se debe incluir leche y derivados en la alimentación, y puede incrementarse el nivel de grasa.

La dieta debe ser rica en energía (20% por encima de las recomendaciones), elevada en proteínas con 6 y 8 g/kg de peso, y baja en grasas (20% de la energía total).

Los hidratos de carbono deben aportar 50% del total de la energía y ser de fácil digestión como las frutas y los vegetales.

La dieta se debe ofrecer en comidas frecuentes y pequeñas, debe ser de textura suave y blanda y evitar residuos irritantes. Deben aumentarse los alimentos enteros, según sean tolerados de acuerdo con la edad del niño.

Alimentos prohibidos

Pan, galletas, bizcochos, empanadas, pasteles, fideos, macarrones, coditos, espaguetis, barquillos, torrijas, pizzas, queso crema, mayonesa, dulce de coco, vegetales crudos, sopas con harinas, salsas espesadas con harina, croquetas, alimentos empanizados o rebozados, albóndigas, batido de trigo, gofio, butifarras, embutidos y otros que contengan avena, cebada y centeno.

Alimentos permitidos

Arroz, maíz, maicena, sagú, papa, boniato, malanga, yuca, plátano, calabaza, cereal de arroz, té, café en grano, jugo de tomate, puré de remolacha, puré colado de zanahoria, jugos de frutas, compotas, frutas majadas (excepto pina), carne de res, conejo, pollo, pescado, huevo, pavo, gelatina, leche y yogur.

Los alimentos deben ser naturales, y evitar las conservas y los congelados.

Indicación médica de la dieta

Se debe indicar "dieta estricta sin gluten (gliadina y prolaminas) para paciente con enfermedad celiaca". Deben tenerse en cuenta las necesidades normales de energía y nutrientes y las posibles intolerancias alimentarias asociadas.

Dieta en la enfermedad inflamatoria intestinal

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son las 2 enfermedades inflamatorias intestinales idiopáticas crónicas. La colitis ulcerosa es un proceso inflamatorio limitado al colon. Por el contrario, la enfermedad de Crohn puede afectar cualquier tramo del tracto gastrointestinal, a pesar de que, en la mayoría de los pacientes, se afectan, fundamentalmente, el íleo terminal y el colon.

En los niños, la enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente la enfermedad de Crohn, se asocia a disminución del peso corporal, interrupción del crecimiento, retraso de la maduración ósea y de la maduración sexual.

Objetivos del tratamiento dietético

- Reponer las pérdidas de nutrientes asociadas al proceso inflamatorio.
- Corregir las deficiencias del organismo.
- Aportar cantidades suficientes de nutrientes para favorecer el equilibrio de energía y nitrógeno.
- Restaurar el crecimiento.



Tratamiento dietético

Se recomienda la administración de 75 a 100 kcal/kg de peso y de 2 a 3 g de proteínas/kg de peso deseable en lugar del peso real. La dieta debe cubrir las necesidades energéticas y proteicas que permitan la recuperación del crecimiento.

La utilización de una dieta baja en grasa y suplementada con aceite de triglicéridos de cadena media puede llegar a controlar los síntomas en niños con diarreas o esteatorrea. También es conveniente que la dieta sea baja en residuos y administrada en comidas frecuentes y poco abundantes, siempre que exista dolor posprandial importante u obstrucción parcial de los intestinos.

En pacientes con enfermedad de Crohn y esteatorrea pueden aparecer cálculos renales de oxalato. Si existe mala absorción de las grasas, el exceso de oxalato se absorbe a través del colon y produce hiperoxaluria. En esos pacientes se puede indicar la restricción del oxalato dietético. Esta medida sólo es aplicable a los pacientes que se les ha practicado colectomía.

Cuando la dieta habitual no cubra las recomendaciones de energía y proteínas, se pueden administrar suplementos nutricionales mediante un preparado líquido.

Indicación médica de la dieta

Se debe indicar "dieta para niños con enfermedad inflamatoria intestinal", y tener en cuenta las necesidades de energía y proteínas necesarias para mantener el crecimiento y desarrollo normales.

Afecciones neurológicas

Dieta cetogénica como tratamiento anticonvulsivante

La cetosis y la acidosis resultante de la dieta pobre en energía o de la inanición tienen efecto anticonvulsivante. Esto ha permitido el empleo de dietas ricas en grasas y pobres en hidratos de carbono (dieta cetogénica) como tratamiento de las convulsiones, aunque se señala su ineficacia en el tratamiento de la ausencia y las mioclonías. Su máxima efectividad se reconoce en niños por debajo de los 10 años.

Su aceptación es baja, aunque la inclusión de los triglicéridos de cadena media ha permitido incluir más hidratos de carbono y proteínas en la dieta, y hacerla más aceptable al paciente. Las dietas cetogénicas han sido recomendadas en el tratamiento nutricional a niños con cáncer.

Con la finalidad de producir cetosis, la relación usual de las grasas respecto a las proteínas e hidratos de carbono (1:3) se invierte gradualmente en la dieta. El tiempo necesario para alcanzar la relación inversa (3:1) es de 4 días.

Si la relación cetogénica/anticetogénica de la dieta final no produce cetosis, un posterior incremento de la cantidad de grasa y una disminución de las cantidades de hidratos de carbono pueden ser necesarios.

La prescripción de suplementos de vitaminas y minerales se debe tener en cuenta, ya que la dieta puede no cubrir las recomendaciones diarias de dichos elementos.

En pacientes con dieta cetogénica, la selección de drogas debe ser cuidadosa, pues puede ocurrir: acidosis severa si el medicamento es la acetazolamida, interferencia de la vía mitocondrial de los ácidos grasos de cadena corta durante la utilización de valproato e incremento considerable de los niveles plasmáticos del fenobarbital.

Necesidades nutricionales de la dieta cetogénica

Energía: Puede ser modificada de acuerdo con el apetito, tasa de crecimiento y peso corporal del niño. Se sugieren la cantidad de energía por kilogramo de peso corporal siguiente:

Edad en años	Energía por kilogramo de peso corporal ideal
1 a 3	100 a 80
3 a 5	80 a 60
5 a 10	75 a 55
10 a 15	55 a 40

La energía total obtenida puede ser redondeada a la centena más próxima

Proteínas: Para pacientes menores de 3 años de edad, 1,5 g/kg de peso corporal ideal. Para pacientes mayores de 3 años de edad, 1 g/kg de peso corporal idea.

Hidratos de carbono: Se determinan mediante la resta de los gramos de proteínas del valor total permitido para hidratos de carbono y proteínas. La cantidad de hidratos de carbono no debe ser inferior a 10 g.

Afecciones oncológicas en niños

Dieta en el cáncer

Del diagnóstico y el estadio de la enfermedad, así como de la edad y el tratamiento indicado al niño, va a depender el grado de la mala nutrición que puede presentar el paciente.

Tanto los cambios metabólicos debidos a la propia enfermedad, como una ingesta alimentaria incapaz de satisfacer las necesidades de energía y nutrientes, son los responsables de la pérdida de peso y el retraso en el crecimiento observado en niños que padecen de cáncer.

Una de las razones por las cuales puede haber una disminución de la ingesta es la anorexia, causada por las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia y la radioterapia.

Objetivos del tratamiento dietético

- Procurar una ingesta adecuada de energía y proteínas, para asegurar un crecimiento y desarrollo normales.



Tratamiento dietético

No interrumpir el horario de comidas con pruebas, tratamientos o análisis de temas conflictivos.

Una actitud tranquila y positiva puede ayudar al niño a incrementar su ingesta de forma más eficaz que los intentos por forzarle a que coma.

Se debe estimular la ingesta de pequeñas cantidades de alimento a intervalos frecuentes, y las meriendas pueden constituir pequeñas comidas en sí mismas.

Si se producen náuseas después de algún tratamiento, se debe planificar la administración de comidas de forma tal que se eviten dichas náuseas en las horas siguientes a su aplicación.

Indicación médica de la dieta

Se debe indicar dieta con la cantidad de energía y proteínas necesarias, que permitan asegurar un crecimiento y desarrollo normales.

Afecciones pulmonares: Dieta en la fibrosis quística

La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria de las glándulas exocrinas que afecta a lactantes, niños, adolescentes y adultos. Los individuos con dicha afección pueden presentar retraso del crecimiento, detención de la curva de peso, protrusión abdominal, falta de grasa subcutánea y tono muscular insuficiente.

Esa enfermedad se caracteriza por la excesiva viscosidad de las secreciones de las glándulas exocrinas, que obstruyen los conductos biliares y pancreáticos, el intestino y los bronquios.

La mala nutrición en los pacientes con fibrosis quística se debe, entre otras causas, a la insuficiencia pancreática, la mala absorción gastrointestinal y la frecuencia de infecciones pulmonares. De las 3 enzimas pancreáticas (amilasa, proteasa y lipasa), la mayor parte de los efectos clínicos se deben a la disminución de la actividad de la lipasa. Como resultado de la esteatorrea consecuente, se produce una pérdida significativa de energía y una mala absorción de vitaminas liposolubles, ácidos grasos esenciales, algunos minerales y sales biliares.



La dieta para pacientes con fibrosis quística debe satisfacer las necesidades nutricionales, con énfasis en el aumento de energía y proteínas. El uso de enzimas pancreáticas administradas por vía oral para controlar la esteatorrea, permite un

consumo más liberal de grasa en la dieta, y con ello, el aumento de la energía, ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles.

Objetivo del tratamiento dietético

Proporcionar una ingesta suficiente de energía, proteínas, minerales y vitaminas, para permitir el crecimiento y el incremento de peso normales.

Tratamiento dietético

Energía: En pacientes con fibrosis quística que crecen normalmente, y cuya esteatorrea está controlada, las necesidades energéticas diarias coinciden con las recomendaciones dietéticas diarias para su edad y sexo. Los niños que no crecen normalmente necesitan un incremento de la ingesta energética hasta de un 150 % de las recomendaciones dietéticas diarias.

Proteínas: Las necesidades proteicas del lactante, niño o adolescente con fibrosis quística, coinciden con las de las personas sanas. Puede observarse déficit de proteína durante el primer año de vida; etapa en que las necesidades medias son superiores.

Grasas: Siempre que el paciente lo tolere, el contenido de grasa de la dieta debe ser el mismo que el de una dieta normal, el aporte de enzimas pancreáticas se debe ajustar a la ingesta del individuo, con la finalidad de reducir al mínimo la mala digestión y la mala absorción. Si se observa que algún alimento en particular produce molestias con regularidad, se debe excluir de la dieta.

odio: Las pérdidas excesivas de sodio y cloro con el sudor hacen necesario añadir a la dieta una cantidad adicional de sal, que se puede aportar si se permite el libre consumo de sal de mesa.

Los triglicéridos de cadena media han sido la fuente nutricional fundamental para lactantes con fibrosis quística; más recientemente, se ha comenzado a emplear el tratamiento de sustitución de enzimas pancreáticas, junto con otros tipos de productos lácteos, entre los que se encuentra la leche humana.

Durante los 2 primeros años de vida se debe valorar frecuentemente al niño, debido a que es en esta etapa donde ocurre la mayor velocidad de crecimiento.

Por ser los preparados de leche de vaca y los derivados lácteos los que mayor aporte de nutrientes dan al niño durante los 2 primeros años de vida, en algunos casos, es necesario administrar suplementos de grasa o hidratos de carbono para incrementar la densidad energética por encima de 0,67 kcal/g. En algunos pacientes puede estar indicado el ajuste del tratamiento de sustitución de enzimas pancreáticas. La administración de preparados hasta los 24 meses se recomienda como una forma de disminuir los riesgos de desnutrición.

La incorporación del resto de los alimentos se hace conforme con la guía de alimentación para el niño menor de 1 año.

El cumplimiento de la dieta y la medicación prescrita debe ser continuado durante la adolescencia, ya que esa etapa de la vida se caracteriza por un crecimiento y desarrollo acelerados, además de un incremento de la actividad física. Por todo ello, las necesidades nutricionales son elevadas. Las infecciones pulmonares, frecuentes durante dicho período, pueden aumentar las necesidades energéticas.

Con cierta regularidad, se debe hacer una reevaluación al paciente, para determinar la suficiencia de la ingesta nutricional, para permitir el crecimiento y desarrollo normales.

Indicación médica de la dieta

Se debe indicar dieta para pacientes con fibrosis quística del páncreas y valoración periódica de la suficiencia nutricional de la dieta.

Afecciones renales en la infancia y adolescencia

Dieta en te insuficiencia renal

El retraso del crecimiento en los niños con insuficiencia renal se debe a varios factores, entre ellos: una ingesta dietética insuficiente, hiperparatiroidismo

secundario, metabolismo anormal de la vitamina D, acidosis y trastornos del metabolismo de electrolitos, enzimas y hormonas.

El control rígido de la dieta es imprescindible para evitar que algunos de los electrolitos séricos y los productos del catabolismo proteico alcancen cifras letales durante los intervalos entre tratamientos.

La dieta al niño con insuficiencia renal crónica pretende el control de la ingesta de proteína, sodio, potasio y fósforo.

Objetivos del tratamiento dietético

- Aportar energía suficiente para garantizar el crecimiento.
- Controlar la ingesta proteica para reducir los síntomas de uremia.
- Controlar el sodio para regular la presión arterial y el equilibrio de líquidos (edema o deshidratación).
- Controlar la ingestión de potasio.

Tratamiento dietético

- La ingesta proteica se ajusta en relación con la edad y el peso, no debe ser inferior a 1 g/kg de peso por día. El 70% de las proteínas deben ser de valor biológico elevado.
- Moderar la ingesta dietética de fósforo, para reducir el hiperparatiroidismo secundario.
- Moderar el potasio dietético cuando existe hipercalcemia. Estimular el consumo de carbohidratos complejos en caso de hipertrigliceridemia.
- Evitar las grasas saturadas en caso de hipercolesterolemia.

La dieta al paciente con insuficiencia renal se asocia a déficit potencial de piridoxina, niacina, vitamina B12, ácido fólico, hierro y zinc. Se recomienda administrar un complejo vitamínico infantil, que aporte ácido fólico. El contenido de calcio es bajo en la dieta, debido a la



necesidad de limitar la ingesta de proteína y fósforo. Por lo tanto, es necesario según la edad administrar suplementos de caldo para aportar los requerimientos.

Indicación médica de la dieta

Se deben indicar las cantidades concretas de: proteína, sodio, líquido, potasio, calcio y fósforo. También se debe indicar á existe alguna otra modificación de la dieta.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA RELACIÓN TALLA/EDAD PARA LA INSUFICIENCIA RENAL

Componente	Comentario	
Energía	Lactantes (años)	105 a 115 (Kcal/kg)
	1 a 3	100
	4 a 10	85
	11 a 14	60
	11 a 14	48 (masculino)
	15 a 18	42 (femenino)
	15 a 18	42 (masculino)
	15 a 18	38 (femenino)
Proteína	Nacimiento 1 año	2 a 3 g/kg peso caporal real
	1 a 2 años	2 g/kg peso caporal real
	2 años a la adolescencia	1 a 2 g/kg peso corporal real
	Adolescencia	1 g/kg peso corporal real
Sodio	Lactantes	2 a 4 mEq/kg/día
	Niños y adolescentes	Sin sal adicional
Líquido	No se imita, excepto que exista edema importante durante el periodo predialítico. Se restringe, además, si se comprueba hiponatremia dilucional. En la diabetes insípida nefrogénica pueden requerirse grandes volúmenes de agua por vía oral	
Potasio	Lactantes	2 a 4 mEq/kg/día
	Niños y adolescentes	2 a 4 mEq/100kcal gastadas en caso necesario. En pacientes con nefropatías terminales e hipercalemia deben restringirse los alimentos con cantidades elevadas de potasio
Calcio y fósforo	Suplemento de calcio para satisfacer los requerimientos, restringir los alimentos con gran contenido de fósforo. Antes del trasplante y la diálisis deben normalizarse los niveles séricos. Se requiere estricto control de la leche y derivados, para evitar la ingestión excesiva de fósforo. El carbonato o el acetato de calcio se prefieren, pues mejora la ingesta de calcio.	
Vitaminas y minerales	Complejo multivitamínico diario En lactantes, añadir 50 µg de ácido fólico diario. Se recomienda la leche materna en lactantes o un preparado con bajo contenido de sodio y fósforo como los preparados a partir de la leche de soya. Evitar la leche de vaca por la carga elevada de solutos.	

Dieta en la hemodiálisis

La dieta debe garantizar el crecimiento y desarrollo normales del niño, y además, garantizar la sustitución de los nutrientes perdidos en el líquido de la diálisis.

Indicación médica de la dieta

La prescripción dietética debe indicar las cantidades concretas de: proteína, sodio, potasio, fósforo y líquido. También se debe indicar el contenido energético y cualquier otra modificación necesaria.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA RELACIÓN TALLA/ EDAD Y EL PESO DESEABLE PARA LA HEMODIÁLISIS

Componente	Comentario	
Energía	Lactantes (años)	110a115(kcal/kg)
	1 a 3	100
	4 a 10	85
	11 a 14	60
	11 a 14	48 (masculino)
	15 a 18	42 (femenino)
	15 a 18	42 (masculino)
	15 a18	38
Proteína	Nacimiento laño	2 a 6 (g/kg peso corporal deseable)
	1a2años	2
	1 años a la adolescencia	1,5
Sodio	Lactantes	1a3mEq/kg/día
	Niños y adolescentes	Sin sal adicional
Líquido	Compensar las pérdidas insensibles (30 a 35 ml/100 kcal gastadas/día) más las pérdidas urinarias.	
Potasio	Lactantes 1 a 3 mEq/kg/día, para niños con peso inferior a 20 kg de peso corporal deseable 40 a 70 mEq/kg/día y con más de 20 kg de peso corporal, 60 a 70 mEq/kg/día Restringir la ingestión de alimentos ricos en potasio el día que no se recibe diálisis. Suplementos de calcio para satisfacer las recomendaciones nutricionales, restringir los alimentos con gran contenido de fosforo. Antes del trasplante y la diálisis deben normalizarse los niveles séricos.	
Vitaminas y minerales	Complejo multivitamínico diario En menores de 11 años de edad añadir 1 mg de ácido fólico diario. En adolescentes agregar calcio.	

Dieta en la diálisis peritoneal

La dieta debe garantizar el crecimiento y desarrollo normales del niño, y además, garantiza la sustitución de los nutrientes perdidos en el líquido de la diálisis.

Indicación médica de la dieta

Se deben indicar los niveles concretos de proteínas, sodio y potasio, y cualquier otra modificación necesaria.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA RELACIÓN TALLA/EDAD Y EL PESO DESEABLE PARA LA DIÁLISIS

Componente	Comentario	
Energía	Lactantes (años)	110 a115(kcal/kg)
	1 a 3	100
	4 a 10	85
	11 a 14	60
	11 a 14	48 (masculino)
	15 a 18	42 (femenino)
	15 a 18	42 (masculino)
	15 a18	38
Proteína	Nacimiento laño	2 a 6 (g/kg peso corporal deseable)
	1 a 2 años	2
	1 años a la adolescencia	1,5
Sodio	Lactantes	1a3mEq/kg/día
	Niños y adolescentes	Sin sal adicional
Líquido	No se requiere restringirlo, excepto si el médico lo considera conveniente.	
Potasio	Restringir el consumo de alimentos ricos en potasio, en caso de hipercaliemia	
Calcio y fósforo	No se requiera restringirle, excepto si el médico lo considera conveniente Suplementos de calcio para satisfacer las recomendaciones nutricionales, restringir los alimentos con gran contenido de fósforo, excepto carnes. Limitar el consumo de leche y derivados	
Vitaminas y minerales	Complejo multivitamínico diario En menores de 11 años de edad, añadir 1mg de ácido fólico diario. Se recomienda limitar el consumo de flúor cuando se suministran suplementos vitamínicos a lactantes.	

Dieta en el síndrome nefrítico

El síndrome nefrítico en niños se caracteriza por proteinuria, hipoproteinemia, hiperlipidemia, edema y trastornos del metabolismo de líquidos y electrolitos. Generalmente, se limita el contenido de sodio en la dieta, aunque según el grado de hiperlipidemia, se pueden restringir los niveles de grasa, colesterol e hidratos de carbono simples.

Objetivos del tratamiento dietético

- Aportar cantidades adecuadas de energía para favorecer el crecimiento, e impedir, al mismo tiempo, el desarrollo de la obesidad en niños tratados con corticoides.
- Limitar el sodio, en caso necesario, para controlar la presión arterial y el equilibrio líquido.
- Controlar la ingesta de grasa, colesterol e hidratos de carbono simples, en caso necesario, para reducir al mínimo la gravedad de la hiperlipidemia.

Tratamiento dietético

Energía: Al valorar las necesidades energéticas se debe considerar la progresión de la enfermedad, el estado nutricional, el nivel de actividad y la edad del niño. La dieta debe aportar la energía necesaria para el crecimiento y desarrollo normales del niño, sin exceder las recomendaciones diarias, sobre todo en aquellos pacientes tratados con dosis elevadas de corticoides, lo que puede conducir al exceso de peso y la obesidad.

Proteínas: Se recomienda continuar la ingesta proteica normal y recordar que debe ajustarse a las recomendaciones dietéticas diarias según la edad del paciente. No se aconseja aumentar la ingesta de proteínas en un intento de compensar las que se pierden por la orina.



Sodio: Se recomienda una dieta sin sal adicional, con la finalidad de prevenir la retención de agua y la elevación de la presión arterial. Se debe evitar añadir sal a los alimentos, una vez preparados. Debe evitarse el consumo de alimentos procesados con elevado contenido de sodio. Si la restricción no logra un control adecuado, pueden ser necesarias restricciones más importantes, solo durante la fase aguda del síndrome nefrótico. Habitualmente, una vez logrado el control de la proteinuria y remitido el edema, no se precisa ninguna restricción dietética.

Indicación médica de la dieta

Se debe indicar dieta para pacientes con síndrome nefrótico y especificar los niveles concretos de sodio, grasa, colesterol e hidratos de carbono simples.

Dieta para el control de la hiperlipidemia

Los niños con síndrome nefrótico pueden presentar un incremento del colesterol total, los triglicéridos y diversas lipoproteínas.

El tratamiento actualmente propuesto para combatir la hipertipoproteinemia supone la administración de una dieta, que aporte menos de 30% de energía en forma de grasa, menos de 200 mg de colesterol, con predominio de hidratos de carbono complejos.

Dieta en los trastornos del ciclo de la urea

Los defectos en las enzimas del ciclo temprano de la urea, como la carbamoylfosfato sintetasa (CPS), suelen presentarse en la infancia con hiperamonemia grave y rápidamente mortal, vómitos y encefalopatías, después de la ingesta de proteínas o de infecciones. Aunque los defectos en la ácido argininosuccinico sintetasa (citrulinemia) y la ácido argininosuccinico liasa (acidemia argininosuccínica) también pueden presentarse con hiperamonemia grave en la infancia; en esos trastornos, es más usual crónica con retardo mental.

Las alteraciones del ciclo de la urea se expresan mediante una hiperamonemia, intolerancia a proteínas y urea plasmática normal.

Tratamiento dietético

En el recién nacido se realiza la reducción de amoníaco sérico con hemodiálisis, diálisis peritoneal o exsanguínea, transfusión doble volumen tan pronto como se confirma la hiperamonemia. Se suspende la ingesta de proteínas y se administra glucosa, para reducir la carencia endógena de proteína. Se administra arginina por vía endovenosa.

El tratamiento a largo plazo incluye la administración de arginina o citrulina, una dieta baja en proteínas y administración de benzoato de sodio, para aumentar la excreción de nitrógeno. Muchos pacientes con defectos en el ciclo de la urea, presentan alteraciones neurológicas e intelectuales permanentes, con atrofia cortical y dilatación ventricular observables en la tomografía axial computarizada. El pronóstico mejora si se trata con rapidez el episodio hiperamoniémico inicial.

Mal nutrición energético-proteica

La mala nutrición energético-proteica (desnutrición) de los niños pequeños es, en la actualidad, el problema de nutrición más importante de los países no industrializados. La Organización Mundial de la Salud ha expresado que, al menos, quinientos millones de niños en todo el mundo padecen de mala nutrición.

La mala nutrición energético-proteica es un estado de labilidad funcional (darlo o deficiencia de la integridad estructural), que conduce a una discrepancia entre el suplemento de nutrientes esenciales a los tejidos corporales y la demanda biológica específica de ellos. Se utiliza para describir una amplia variedad de situaciones clínicas, que oscilan desde las muy graves a las leves. En un extremo se encuentran el kwashiorkor y el marasmo nutricional, y en el otro, una mal nutrición energético-proteica leve, cuya manifestación principal es el retraso en el crecimiento.

Desde el punto de vista patogénico se clasifica en:

Primaria: Debido a un aporte dietético deficiente relacionado con factores socioculturales, económicos y ecológicos, e incluye dietas pobres en proteínas o con escaso contenido energético.

Secundaria: Cuando la célula no puede utilizar adecuadamente dichos nutrientes, causada por trastornos en la ingestión, digestión, absorción, transporte, por aumento del consumo o aumento de las pérdidas.

Mixta: Se imbrican causas primarias y secundarias.

En el proceso de desequilibrio de energía y nutrientes, el organismo pasa por diferentes periodos:

Período prepatogénico: Es cuando influyen sobre el sujeto los factores ecológicos desfavorables, constituyen una situación de riesgo y la actitud del médico debe ser preventiva.

Periodo patogénico: Es cuando ya se ha establecido el desequilibrio nutricional y, por ende, ya existen cambios en las células. Inicialmente, no tienen expresión clínica y el sujeto está en estado subclínico o marginal. Al aparecer los síntomas ocurre una evolución hacia el estadio clínico en el cual se distinguen cuatro etapas:

- Etapa de compensación: Cuando el organismo, expuesto a un balance nutricional negativo, es capaz de equilibrar el aporte insuficiente por medio de la utilización de sus reservas dísticas.
- Etapa de descompensación: Cuando el organismo no puede compensar el déficit de energía y nutrientes y se caracteriza por desequilibrio ácido-base, hidromineral, trastornos metabólicos y de la termorregulación.
- Etapa de recuperación: Si se corrigen los factores que determinan el desbalance nutricional, el paciente puede pasar de la etapa de compensación a la recuperación y es un paso obligado para la vuelta al estado de nutrición normal. El paciente aumenta diariamente de peso y se distinguen los subsíndromes de recuperación nutricional: subsíndrome cushingoide, de hipertensión endocraneana e hipertensión portal.
- Etapa de homeorresis: Cuando el déficit de energía y nutrientes se prolonga indefinidamente, el organismo establece un reajuste metabólico, que se traduce en una reducción de las necesidades celulares; de esa forma, el desequilibrio entre las necesidades y el



aporte des aparecen, se equilibra el peso y la talla, se recuperan las reservas y el individuo adopta una morfogénesis casi armónica

Periodo postpatogénico: El sujeto culmina su recuperación del estado nutricional, casi siempre con alguna secuela y se debe comenzar la rehabilitación.

Objetivos del tratamiento dietético

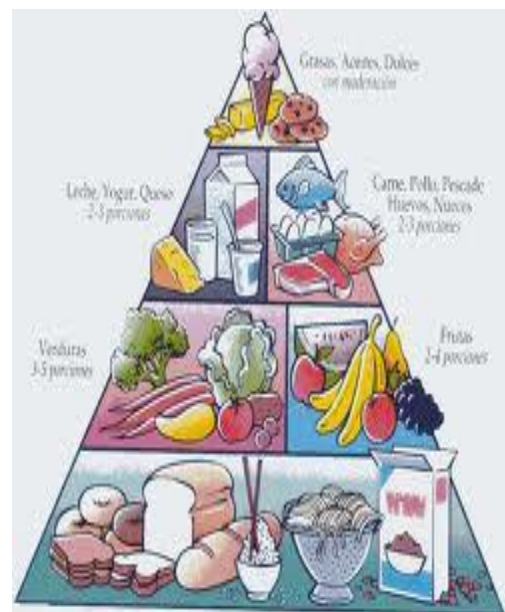
- Llevar a los pacientes a un buen estado de nutrición.
- Reparar el déficit de nutrientes ya presentes.
- Prevenir los efectos de nuevas pérdidas.

Tratamiento dietético

E principio básico del tratamiento es aumentar el nivel nutricional del niño lo antes posible y proporcionarle suficiente energía y proteínas de valor biológico elevado.

La alimentación se debe iniciar en forma progresiva y tan rápida como sea posible, tratar de lograr la aceptación y tolerancia del niño y vencer su anorexia. E alimento más recomendado en los niños pequeños es la leche materna, pero, en ocasiones, es necesario una lactancia mixta, y en los lactantes mayores de 4 meses, se aplica la guía de alimentación para el niño menor de 1 año.

En la etapa de compensación se recomienda el aporte de energía de 100 a 120 kcat/kg de peso deseable/día, la cual se debe aumentar de forma progresiva, y puede llegar hasta 200 kcat/kg peso deseable/día en los niños con marasmo en etapa de recuperación. Las recomendaciones de proteínas son de 1 a 2 g/kg de peso deseable/día, y pueden llegar hasta 4 g/kg/día en esa etapa.



En la etapa de descompensación se recomienda el aporte de energía de 50 a 60 kcal/kg de peso deseable y las recomendaciones de proteínas son de 0,5 a 1 g/kg de peso deseable.

En el recuperado y homeorresis se utilizan las recomendaciones nutricionales normales, según la edad y el sexo. Sólo se indican suplementos de vitaminas y minerales si existe deficiencia.

Las recomendaciones de energía varían según la edad y el sexo del niño y se debe lograr una dieta suficiente, equilibrada, completa, adecuada y variada, y tener en cuenta los gustos individuales. La frecuencia de la alimentación varía en dependencia de la edad, la enfermedad y su gravedad, y el incremento debe ser de forma progresiva, según tolerancia, y utilizar alimentos ricos en proteínas para lograr un desarrollo físico y mental normal.

Alimentos permitidos

Se permite la ingestión de todos los alimentos sin restricción alguna y se utilizan, fundamentalmente, los ricos en hidratos de carbono y grasas, que son las fuentes principales de energía. Deben ser empleados preferiblemente los métodos de cocción, fritos, guisados y rebozados.

Las líneas de desarrollo de la mala nutrición energético-proteica son:

- Marasmo nutricional.
- Kwashiorkor.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida nutricionalmente (SIDAN).

Los niños con SIDAN muestran un daño de la inmunidad celular con involución tímica o timectomia nutricional. Por lo tanto, el tratamiento de la inmunodeficiencia es solamente dietético y similar al tratamiento del niño con mala nutrición energético-proteica. En ello desempeñan una función muy importante el cinc, el selenio, el cobre, los carotenoides y las vitaminas como la: A, C, B6, B12, E, entre otras.

Indicación médica de la dieta

Se deben indicar necesidades nutricionales del paciente, según su estado y etapa evolutiva en que se encuentre.

CETOGÈNICA

Tabla 1

Recomendaciones

La dieta cetogénica se indica a personas que no han podido controlar las crisis a pesar del tratamiento médico.

- Pacientes tratados más de 12 meses con antiepilépticos de primera línea, indicado para ese tipo de epilepsia, llegando a niveles terapéuticos adecuados sin lograr el control de las crisis.
- Cuando existe efecto adverso grave a los medicamentos antiepilépticos.
- En los Síndromes epilépticos que se conocen por tener mala respuesta a tratamiento, como en el Síndrome de Lennox- Gastaut o las epilepsias mioclónicas graves.

En estos casos se debe indicar la dieta de manera precoz, en lo posible no más de 6 meses de crisis intratables, para evitar el mayor deterioro del niño.

No aplicar esta dieta en el niño menor de 1 año

La nutricionista debe realizar un evaluó cada 3 meses o más frecuente, principalmente en el niño menor de 2 años.

La dieta debe balancearse según el incremento pondero-estatural del paciente.

También debe vigilarse la adherencia al tratamiento.

Retiro de la dieta: Es difícil de determinar. Se indica un retiro paulatino en un año, tras 3 o 4 años de dieta, pudiendo reinstalarla si el paciente recayera sin riesgo de resistencia.

Tabla 2

Protocolo Hospitalario

Antes de la dieta

- Minimizar los carbohidratos por 1 o 2 días
- Iniciar el ayuno en la tarde antes del ingreso

Día 1 - Hospitalización.

- Continúa el ayuno.
- Medicamentos libres de carbohidratos
- Restringir líquidos (sin cafeína ni carbohidratos) a 60-75 ml/Kg (máx. 1200 ml)
- Dextrostic cada 6 hrs. si la glucosa < 40 mg/dl cada 2 hrs.
- Si hipoglicemia es sintomática o glucosa < 25 mg/dl dar 30 ml de jugo de naranja y controlar

Día 2

- Continúa el ayuno
- Cena: 1/3 de lo calculado
- Cetosis excesiva (náuseas, vómitos), se alivia con pequeña cantidad de jugo de naranja

Día 3

- Desayuno y almuerzo 1/3 de lo calculado
- Cena: 2/3 de lo calculado
- Cetosis excesiva (náuseas, vómitos), se alivia con pequeña cantidad de jugo de naranja

Día 3

- Desayuno y almuerzo 1/3 de lo calculado
- Cena: 2/3 de lo calculado

Día 4

- Desayuno y almuerzo: 2/3 de lo calculado
- Cena: primera comida cetogénica completa
- Cetosis o acidosis severa manejar con líquidos adicionales sin carbohidratos

Día 5

- Desayuno: comida cetogénica completa
- Egreso con indicación de no consumir azúcares, suplemento de vitaminas solubles en grasas y calcio

Tabla 3
EFFECTOS ADVERSOS DE LA DC

Frecuentes

- Acidosis
- Náuseas/ vómitos al inicio
- Pérdida de peso
- Constipación (dieta clásica)
- Diarrea (versión MCT) Menos frecuentes
- Hiperlipidemia
- Reflujo gastroesofágico (dieta clásica)
- Cálculos renales
- Crecimiento lento e inadecuado

Raros (casos reportados)

- Intervalo QT prolongado
- Deficiencia de selenio y vitaminas
- Alteración de ganglios basales
- Pancreatitis
- Acidosis tubular renal de Fanconi

Tabla 4

Mediadores posibles de la acción de la DC

- Acidosis
- Cuerpos cetónicos/ acidosis (b-hidroxiacetato, acetacetato, acetona)
- Deshidratación
- Restricción de calorías
- Ácidos grasos poliinsaturados
- Aumento de la reserva energética
- Glutathion peroxidasa
- Desacoplamiento mitocondrial de proteínas

