



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**ESCUELA DE MEDICINA**  
**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD**  
**PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIO**  
**NUTRICIONAL PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DIALÍTICO DE LA**  
**UNIDAD RENAL BAXTER QUITO 2010**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN GE-**  
**RENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**AUTOR:**

**DRA. MAYRA AVILÉS PANCHO**

**DIRECTORA:**

**DRA. PHD. MÓNICA VILLALOBOS**

**QUITO - 2011 - ECUADOR**

## CERTIFICACIÓN

Dra. PHd.

Mónica Villalobos

**DIRECTORA DE TESIS**

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DIALÍTICO DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO 2010” el mismo que está de acuerdo por lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, Abril del 2011

f) \_\_\_\_\_

Dra. PHd. Mónica Villalobos

## 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 du autor

Quito, Abril del 2011

f). \_\_\_\_\_  
Dra. Mayra Avilés Pancho  
CC. 0602683633

## CESIÓN DE DERECHO

“Yo, Mayra Aidé Avilés Pancho, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad de la propiedad intelectual de las 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”

Quito, Abril del 2011

f). \_\_\_\_\_  
Dra. Mayra Avilés Pancho  
CC. 0602683633

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a aquellas personas que siempre confiaron en mí y supieron apoyarme en mis sueños e ideales Marcelo y Carlita motores de mi vida y fuentes de inspiración para ser mejor cada día.

## **GRACIAS**

Mayra Avilés Pancho

## **AGRADECIMIENTO**

Mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal Docente y Administrativo del Programa de Maestría en Gerencia Integral en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la gran oportunidad brindada para el mejoramiento y progreso profesional.

A la Dirección Médica, personal médico, técnico y pacientes de la Unidad Renal Baxter por su predisposición a colaborar en el desarrollo y culminación del presente trabajo.

A la Dra. PHd. Mónica Villalobos, por su clara enseñanza, los consejos impartidos durante el proceso de realización del proyecto, sus excelentes y sabios consejos, su absoluta paciencia y por darme la oportunidad de mejorar y capacitarme profesionalmente.

f). \_\_\_\_\_  
Dra. Mayra Avilés Pancho  
CC. 0602683633

## ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>Páginas</b>
<b>PRELIMINARES</b>	
Caratula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii
<b>APARTADOS</b>	
1. Resumen	1
2. Abstract	4
3. Introducción	7
4. Problematización	10
5. Justificación	14
6. Objetivos	17
7. Marco Teórico	19
8. Diseño Metodológico	46
9. Resultados	54
10. Conclusiones	97
11. Recomendaciones	99
12. Bibliografía	101
13. Anexos	105

# **1. RESUMEN**

La Unidad Renal Baxter Quito cuenta con 137 pacientes en convenio con diferentes instituciones, 99 pacientes con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), 36 del Ministerio de Salud Pública (MSP) y 2 pacientes del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Estos pacientes se encuentran en tratamiento dialítico trisemanal.

En los diferentes convenios los requerimientos nutricionales específicamente son mantener niveles de electrolitos y líquidos en rangos normales, más no un análisis y mantenimiento nutricional integral.

El estado nutricional de los pacientes evaluados mediante parámetros antropométricos utilizando el Índice de masa muscular (IMC) recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para adultos, indica que el 44% de éstos presenta algún tipo de sobrepeso y/o obesidad (malnutrición), el 45% se encuentra en estado nutricional normal, y el 11% presenta desnutrición.

Con la finalidad de mantener un control organizado, regular y establecido en el ámbito alimentario nutricional para disminuir la malnutrición de los pacientes en tratamiento dialítico y evitar complicaciones secundarias, se desarrolla el DISEÑO DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DIALÍTICO DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO,

Se crea un documento electrónico en red para vigilancia alimentaria nutricional, en donde se encuentran datos generales de cada uno de los pacientes en ámbitos

antropométricos, bioquímicos, encuestas alimentarias y evaluaciones mensuales, que permiten analizar en forma global el estado nutricional y crear planes de mejora continua a tiempo.

A continuación se selecciona la muestra de pacientes con estado nutricional normal y aquellos que presentan algún grado de malnutrición (122 pacientes con un porcentaje del 89%), y se mantiene un programa de educación nutricional personalizada con familiares.

Se elabora un manual de alimentación y dietas para pacientes con riesgo o presencia de malnutrición, en tratamiento dialítico que será utilizado como documento guía de educación nutricional en la Unidad Renal Baxter Quito.

Finalmente se evalúa el proyecto concluyendo en que se realizaron el 100% de las actividades propuestas, además evaluaron un programa computarizado específico para el manejo y evaluación nutricional de los pacientes en tratamiento dialítico. Es importante mencionar que una vez que el paciente conoce a ciencia cierta el diagnóstico de su estado nutricional, las causas y consecuencias, colabora en el manejo integral de su tratamiento.

## **2. ABSTRACT**

Quito Baxter Renal Unit has 137 patients in partnership with different institutions, 99 patients with the Social Security Institute (IESS), 36 from the Ministry of Public Health (MSP) and 2 patients in the Social Security Institute National Police (ISSPOL). These patients are on dialysis three times a week.

In the various agreements specific nutritional requirements are to maintain fluid and electrolyte levels within normal ranges, but not a comprehensive nutritional analysis and maintenance.

The nutritional status of patients by using anthropometric muscle mass index (BMI) recommended by the World Health Organization (WHO) for adults indicated that 44% of them have some type of overweight or obesity (malnutrition), 45% are in normal nutritional status, and 11% had malnutrition.

In order to maintain an organized control, regular and established in the area of food nutrition to reduce malnutrition among dialysis patients and prevent secondary complications, develops DESIGN OF A MONITORING SYSTEM FOR PATIENTS IN FOOD NUTRITION OF dialysis BAXTER RENAL UNIT QUITO.

You create a spreadsheet in a surveillance network for food and nutrition, where there are general data of each patient in areas anthropometric, biochemical, dietary surveys and monthly assessments that analyze global as nutritional status and create plans continuous improvement over time.

Then select the sample of patients with normal nutritional status and those who have some degree of malnutrition (122 patients at a rate of 89%), and maintain a personalized nutrition education program with family.

A handbook of food and diets for patients at risk or presence of malnutrition in dialysis to be used as a guiding document for nutrition education in Quito Baxter Renal Unit.

Finally, an evaluation concluded that the project is conducted 100% of the activities proposed, and evaluated a specific computer program for the management and nutritional assessment of dialysis patients. It is important to note that once the patient knows with certainty the diagnosis of nutritional status, causes and consequences, collaborates in the comprehensive management of their treatment.

### **3. INTRODUCCIÓN**

El tratamiento dialítico permite al ser humano salvar y mantener la vida, al ingresar a una terapia dialítica su ritmo de vida cambia totalmente en el ámbito psicológico social, sentimental y económico, sin embargo esto le permitirá mantenerse más tiempo junto a sus seres queridos.

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, y refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales, entre otros.

Las personas con o sin tratamientos crónicos necesitan contar con una adecuada salud, para un mantenimiento y/o evolución efectiva siendo el pilar fundamental una alimentación y nutrición balanceada como base prioritaria.

La malnutrición engloba el sobrepeso y la obesidad, que mucho se ha escrito y hablado en el país y en el mundo incrementa la morbimortalidad afectando la calidad de vida de la comunidad, siendo ya considerado un problema de salud pública, que todavía no se toma en cuenta el tema en personas con tratamientos crónicos como es el caso de personas con Insuficiencia renal en tratamiento dialítico y lleva a complicaciones secundarias como dislipidmias, diabetes.

El paciente dialítico necesita un cuidado especial en nutrición ya que a más del control de electrolitos como sodio, potasio, fosforo, calcio e ingesta hídrica su alimentación deberá ser adecuada, equilibrada y mantener un estado nutricional optimo.

Añadir alteraciones adyacentes a este grupo poblacional afecta de manera considerable su estado clínico, biopsicosocial y limita continuar con actividades cotidianas por el exceso de peso.

La malnutrición en la Unidad Renal Baxter Quito es uno de los problemas que aqueja y crece día a día pasando por desapercibido y solo tomando en cuenta tratamientos nutricionales propios de la enfermedad como es control de electrolíticos y líquido.

Bajo esta óptica se presenta el Diseño de un Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional con el fin de conocer de forma oportuna y eficiente el estado nutricional, focalizar grupos de riesgo, monitorear y presentar planes de acción inmediatos.

Conjugando esfuerzos para lograr un mejoramiento continuo a favor de la comunidad involucrada se mantienen actividades positivas en la realización de un diagnóstico situacional de base, un programa de capacitación alimentaria nutricional, creación de un manual para el manejo y control de la malnutrición y la presentación del sistema de vigilancia alimentaria nutricional.

## **4. PROBLEMATIZACIÓN**

El manejo integral de los pacientes y más aun aquellos con patologías crónicas demanda un esfuerzo integral de mejora continua de la calidad donde participen todas las áreas involucradas con el fin de proveer servicios que satisfagan las necesidades del usuario.

La condición nutricional del ser humano y específicamente del paciente en tratamiento dialítico es parte de su bienestar y su alteración influye en su funcionamiento integral, esto es en su rendimiento físico, capacidad intelectual, resistencia a la enfermedad de base, estado psíquico y por ende en su desempeño social.

El diagnóstico oportuno para poder definir las estrategias y acciones de intervención, tanto preventivas como curativas, que se deben desarrollar para controlar los problemas nutricionales y sus consecuencias, es fundamental y merece la atención y compromiso de la comunidad y de las autoridades siendo la malnutrición prevalente en este centro, que afecta directamente la calidad de vida del paciente con IRCT.

En el Ecuador un estudio de Pacheco y Pasquel establece que en adultos, mayores de 20 años la MN es alrededor del 50%, donde el 40% presentan sobrepeso y el 10% son obesos con prevalencia del sexo femenino, Sugieren también que los estratos urbanos de bajos ingresos económicos tendrían una prevalencia mayor.

En nuestro medio, hasta la presente fecha no existen trabajos que enfoquen la gran importancia del cuidado dietético nutricional que se debería brindar a este grupo poblacional con malnutrición y evitar complicaciones secundarias, solo se hallan datos

almacenados sin tabular ni dar ninguna respuesta o planes de mejora, pero según estadísticas de las Unidades de Diálisis de la Provincia de Pichincha en convenio con el IESS los resultados son asombrosos, donde se muestra que el 55% de pacientes en tratamiento dialítico presentan algún tipo de MN, en poblaciones mayores de 17 años con predominio del sexo femenino<sup>1</sup>

La falta de requisitos en el ámbito nutricional por parte del cliente al contratar los servicios de diálisis, hace que no exista mayor importancia en esta área, simplemente se observen y se traten pautas alimentarias propias del insuficiente renal, existiendo carencia de apoyo dietoterapéutico integral o que observe estado nutricional carenciales o lo contrario.

La ausencia de programas educativos es otro antecedente que contribuye a mantener arraigados mitos y creencias alimentarias mal fundadas y por ende malas prácticas en la comunidad estudiada, al decir siempre “mientras más gordito mejor tolerancia a la enfermedad”

La pobre y/o nula presencia de manuales educativos en pacientes con malnutrición en tratamiento dialítico acentúa más la falta de información.

Se ha encontrado que los pacientes en tratamientos dialíticos que tienen obesidad, sobrepeso, brazos grandes pueden tener problemas particulares con el acceso vascular para la hemodiálisis. Esto dificulta el tratamiento como llegar a sus venas, o éstas pueden ser débiles y dificultar la formación de una fístula arterio venosa.

---

<sup>1</sup> Campaña, R. (2008). Datos epidemiológicos Hospital Carlos Andrade Marín, 1,12-49

En la Unidad Renal Baxter Quito la incidencia de malnutrición es elevada en un 44% del total de la población eso hace pensar que al ser personas con tratamientos crónicos no quedan exentas de las estadísticas de Ecuador donde también se observa niveles de malnutrición en adultos del 50%<sup>2</sup>

La incidencia en cuanto al apareamiento de diabetes y dislipidemias en el 2010 corresponde al 12 % y 36%respectivamente, siendo importante en este grupo, y al tener una patología de base incrementa padecimientos.

Esta condición de obesidad y sobrepeso hace que los pacientes decrezcan emocionalmente en beneficio de su salud.

Para tomar medidas necesarias es preciso saber quiénes padecen de inseguridad alimentaria y quiénes integran los grupos vulnerables, enfatizan la necesidad de implementar estrategias de intervención y prevención en los individuos de mayor riesgo, no sólo en el plano individual sino también en la población en su conjunto.

El presente proyecto tiene una relevancia clínica, humana y social al paciente crítico en tratamiento dialítico como un ser humano integral que requiere de una atención de calidad, con una connotación holística en pro de su bienestar biopsicosocial.

---

<sup>2</sup> PACHECO, PASQUEL M. 1999, Obesidad en Ecuador: una aproximación epidemiológica. En: Obesidad; un desafío para América Latina. Ed. J. Braguinsky, R. Álvarez Cordero y A. Valenzuela. (En prensa).

## **5. JUSTIFICACIÓN**

La atención a los pacientes con insuficiencia renal por el mismo hecho de ser crónico y por largos periodos de tiempo, demanda un esfuerzo integral de mejora continua donde participe todo el equipo médico con el fin de proveer un servicio de calidad que satisfaga las necesidades del usuario.

El mantenimiento integral del paciente se hace necesario, y un balance en el estado nutricional será el pilar fundamental en el tratamiento adecuado.

Es aquí donde nace mi proyecto de acción como estudiante de la Maestría en Gerencia Integral en salud en Diseñar un Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional, estrategia para crear conciencia y sensibilizar sobre la problemática que enfrentan los pacientes en tratamiento dialítico con malnutrición.

Propuse realizar un programa donde los propios pacientes de la Unidad renal Baxter Quito participen de forma activa en la búsqueda y solución de las causas que afectan este problema.

Con los resultados de este proyecto es decir el diseño y manejo del SISVAN busco caracterizar de forma eficiente y oportuna la situación nutricional de los pacientes, focalizar grupos de mayor riesgo nutricional con el propósito de que sirva como insumo para la priorización de acciones y fortalecer la gestión para la canalización efectiva a programas y evitar el crecimiento de la malnutrición.

Lo ideal será que a futuro el área nutricional integral sea considerada como un indicador en el tratamiento global, promocionar a las entidades contratantes de los servicios de diálisis que no demandan el ámbito nutricional como un requisito en los convenios, y que el sistema de vigilancia alimentaria nutricional se mantenga en las diferentes unidades de país y que los más beneficiados sean los pacientes y obviamente la Institución como entidad que ofrece servicios de calidad

Las autoridades, el personal médico y pacientes brindaron gran apertura y colaboración para el desarrollo de estas actividades, los recursos y medios que facilitaron este trabajo, fueron los existentes dentro de la Unidad, tanto humanos como materiales, con buena predisposición sin limitaciones ni obstáculos, en conclusión el apoyo humano, técnico y económico convirtieron al proyecto en sostenible a largo plazo.

## **6. OBJETIVOS**

## **1. OBJETIVO GENERAL**

Modificar la malnutrición en pacientes en tratamiento dialítico mediante la implementación de un Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional, que permita mantener la salud y calidad de vida del paciente en la Unidad Renal Baxter Quito 2010- 2011.

## **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- a.- Actualizar el diagnostico situacional en la Unidad Renal Baxter Quito.
- b.- Diseñar un sistema de vigilancia alimentario nutricional.
- c.- Implementar un programa educativo alimentario nutricional
- d.- Elaborar un manual de alimentación y nutrición para pacientes con malnutrición en tratamiento dialítico.

## **7. MARCO TEÓRICO**

## 7.1 Marco Institucional

### Aspecto geográfico

La Unidad Renal Baxter Quito forma parte de la Compañía Baxter Ecuador S.A, es una empresa privada parte de una multinacional que cuenta con capital de sociedades anónimas a nivel mundial, brinda atención en el tratamiento de personas con enfermedad renal promoción, prevención, productos de diálisis, soportes a trasplantes, está dotada con la última tecnología en el manejo de la enfermedad renal. Tiene una superficie total de 916m<sup>2</sup>, 883m<sup>2</sup> corresponden al área construida y el resto corresponde a parqueaderos. (Anexo 1).

Está dividida en dos pisos, la planta alta correspondiente a las oficinas administrativas, ventas y otros negocios. En la planta baja se ubican dos salas de diálisis, información, facturación, sala de procedimientos, dos consultorios; en el área posterior, sala de lavado, bodega y farmacia.



Para ampliar más el espacio la Unidad Renal se utiliza un auditorio en el edificio junto a la Unidad que pertenece actualmente a la misma.

En la parte anterior el parqueadero con capacidad de seis autos.

### Fotografía externa de la Unidad Renal Quito



Elaborado por: Mayra Avilés  
Fuente: Unidad Renal Baxter  
Fecha: 2010

### Dinámica Poblacional

Ubicada en la zona centro norte de Quito, sector de la Avenida Rio Amazonas y Orellana, brinda atención a pacientes de convenios con el IESS, y MSP, ISPOL y privados de acuerdo al criterio de cada contratante el paciente es remitido a la unidad para su respectivo tratamiento.

### Croquis de ubicación de la Unidad Renal Baxter Quito



Elaborado por: Mayra Avilés  
Fuente: Baxter Ecuador S.A  
Fecha: 2010

A su alrededor se encuentra ubicados centros de salud privados, públicos, educativos, comerciales y en lo relacionado a centros de diálisis no se encuentran en toda el área.

Los usuarios acuden a la Unidad en procura de atención de diálisis peritoneal o hemodiálisis, consulta médica nefrológica, psicológica, nutricional básicamente. El servicio es exclusivo para de tratamientos dialíticos ya que para urgencias medicas el paciente asiste a las casas de salud remitentes.

### **Misión Institucional.**

Debido a que la Unidad Renal Baxter Quito forma parte de la compañía Baxter Ecuador S.A, se acoge a la misión empresarial:

### **Misión**

Somos una compañía de gran reconocimiento en el Ecuador que provee insumos hospitalarios, medicamentos y servicios renales especializados para salvar y mantener la vida de los pacientes, orientando esfuerzos integrales para garantizar la satisfacción de nuestros clientes, siendo la mejor opción para los empleados, accionistas y proveedores, con énfasis permanente en la ética y en la excelencia en todo lo que hacemos.

### **Visión**

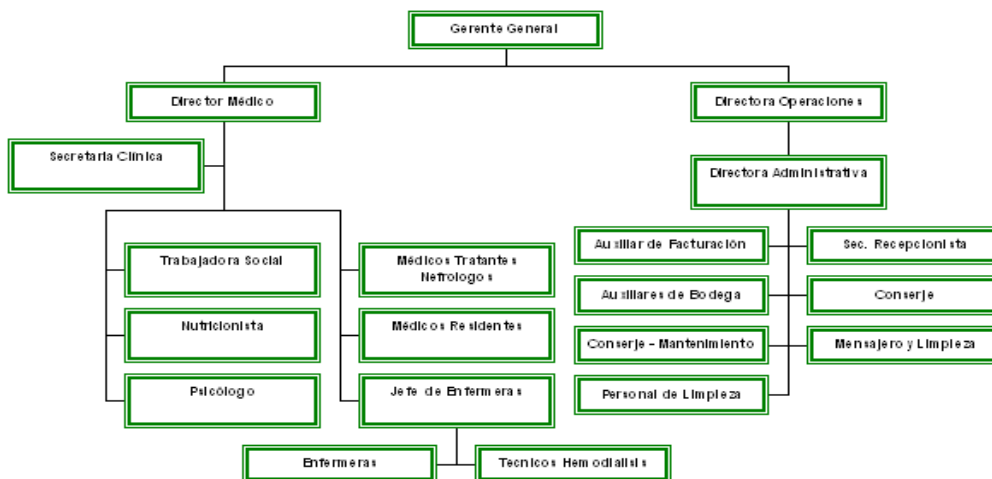
En el 2012 seremos reconocidos en el Ecuador como la empresa más respetada, confiable y la mejor opción para la comercialización de productos y servicios innova-

dores para mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades críticas, con un equipo humano capacitado y comprometido con los valores compartidos y la cultura organizacional, mejorando continuamente nuestros procesos operacionales, contribuyendo con la comunidad, respetando el medio ambiente y asociándonos con los mejores proveedores y aliados estratégicos.<sup>3</sup>

### Organización Administrativa.

La organización de la Unidad Renal constituye la base piramidal para su funcionamiento dentro de la Estructura Orgánica Funcional de la Administración.

### Organización Administrativa Unidad Renal Baxter Quito



Elaborado por: Mayra Avilés  
 Fuente: Unidad Renal Baxter  
 Fecha: 2010

<sup>3</sup> Dirección de Operaciones Baxter Ecuador S.A. 2010

## **Servicios que presta la Institución**

La Unidad Renal Baxter Quito es un centro de diálisis privado que actualmente a más de contar con tratamiento dialítico en hemodiálisis y diálisis peritoneal, ofrece los siguientes servicios y especialidades:

### Consulta externa nefrológica

- Manejo ambulatorio del paciente con insuficiencia renal crónica y enfermedades concomitantes: Hipertensión arterial, osteodistrofia renal, anemia, etc.
- Tratamiento hemodialítico: Hemodiálisis, y diálisis peritoneal
- Confección de fístula arteriovenosa y colocación de catéteres
- Inmunización (vacunas de hepatitis)
- Suministro de recetas medicas
- Laboratorio clínico y banco de sangre
- Estudio de Imagen (Rx)
- Apoyo psicológico
- Apoyo Nutricional
- Apoyo de Trabajo Social
- Manejo ambulatorio de complicaciones
- Transporte de emergencia (servicio de ambulancias)<sup>4</sup>

Brinda atención eficaz y eficiente a los pacientes renales y contribuye al mantenimiento de la vida de la población, a través de la revisión permanente de sus procesos para lograr la satisfacción de sus usuarios.

Desarrolla programas de capacitación constantes para el personal de la Institución  
Anexo 2 Participa en la ejecución de planes docentes a través de convenios con

---

<sup>4</sup> Dirección Medica Unidad Renal Baxter Quito 2010

Universidades como la Central e Internacional, para la formación, especialización y capacitación de profesionales afines, específicamente nefrólogos y psicólogos.

Proyecta campañas de prevención de enfermedades renales en hospitales públicos, específicamente Hospital Carlos Andrade Marín y Eugenio Espejo a través de clubs de hipertensos.

### **Datos Estadísticos de Cobertura**

La Unidad renal Baxter Quito (URBQ) posee dos salas de diálisis con capacidad de 180 pacientes dividida en dos áreas bien definidas una para pacientes contaminados y otra de no contaminados, con una plantilla de 40 empleados en sus diferentes niveles, administrativos y clínicos.

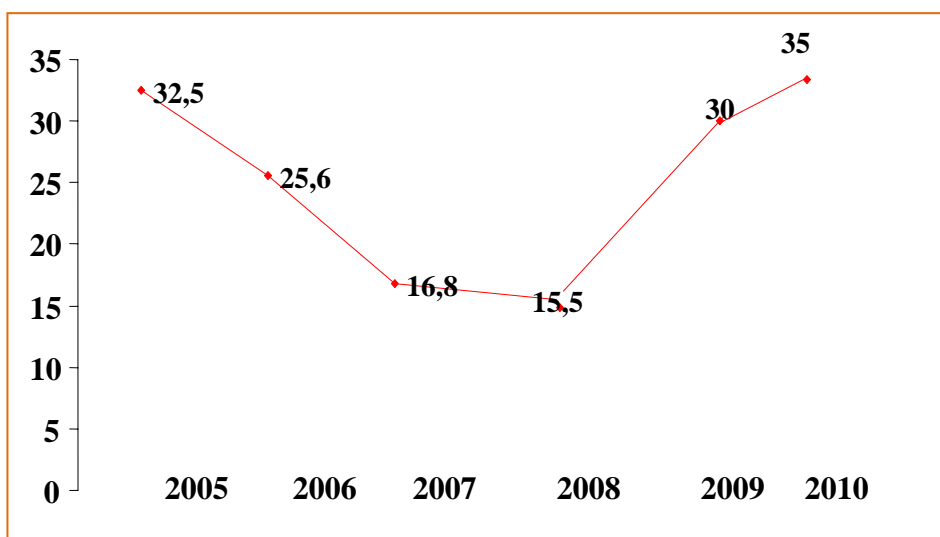
A partir del 2009, un año después de la aprobación de la nueva constitución, el estado asume a la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), como una enfermedad catastrófica debiendo cubrir los gastos por el tratamiento dialítico, a pacientes que no poseen seguro social por medio del Ministerio de Salud Pública (MSP), haciendo que la unidad renal crezca en cuanto a cobertura.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Dirección Medica Unidad Renal Baxter Quito 2010

**Gráfico No. 1**

**Porcentaje anual de crecimiento poblacional de la Unidad Renal Baxter Quito**



Elaborado por: Mayra Avilés

Fuente: Base de datos Dirección Medica URBQ

Fecha: 2010

### **Características Geofísicas**

La URBQ se encuentra ubicada en una zona estratégica del centro norte de la Capital, es de fácil acceso al disponer de innumerables líneas de transporte público, sin embargo la zona es de relativa peligrosidad por el crecimiento de la delincuencia en el país, sobre todo en horas de la noche. Cuenta con todos los servicios básicos, tiene estructura de hormigón armado Su infraestructura responde a las exigencias de funcionalidad propias para una Unidad Renal pese a ser un local acondicionado para el fin, construida desde hace 18 años, consta de dos pisos.

La Unidad Renal se encuentra ubicada físicamente en el primer piso, con dos salas de diálisis en un área de 15x12 metros destinadas a la atención dialítica, con una capacidad para quince maquinas cada sala, con tecnología de punta, personal clíni-

co y administrativo profesional, capacitado especializado y humanizado, cada sala se encuentra equipada con : tomas de oxígeno, tomas eléctricas, maquinas para diálisis, coche de paro, ventilador, cuenta además de un coche de medicación e insumos que abastecen la demanda del servicio.



También encontramos un área física de 3x5 metros destinada para realizar procedimientos quirúrgicos o revisión de fistulas y catéteres.

Cuenta con una sala de reuniones, dos consultorios para la atención médica o de apoyo, farmacia y bodega



Dentro de las condiciones ambientales debemos considerar la presencia de un traga luz en la parte superior que proporciona iluminación adecuada, se encuentra aire acondicionado, cuenta con una sala de reuniones



### **Políticas de la institución**

Las decisiones corporativas mediante las cuales se definen los criterios y se establecen los marcos de actuación que orientan la gestión de todos los niveles de la Unidad Renal Baxter Quito se detallan a continuación.

- a. Estamos comprometidos a proveer productos, terapias y servicios seguros, con los más altos estándares, garantizando la efectividad del Sistema de Calidad mediante:
- b. El establecimiento de acuerdos de mutuo beneficio con nuestros clientes y proveedores
- c. El cumplimiento de los acuerdos mencionados y la satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- d. La aplicación de las regulaciones locales y corporativas.

La mejora continua de los procesos organizacionales, con la participación activa y permanente de todos los empleados. “Donde la calidad y el servicio son vida”.<sup>6</sup>

## **7.2 Marco conceptual**

### **Sistema de vigilancia alimentaria nutricional (SISVAN).**

El Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN) en la práctica significa el monitoreo de la disponibilidad y el acceso a los alimentos para tratar de eliminar o minimizar los obstáculos que se encuentren a lo largo de la cadena alimentaria, conocer el consumo efectivo y adecuado de alimentos por diferentes grupos poblacionales y el monitoreo del estado nutricional de aquellos grupos en riesgo para determinar dónde y cuándo existen los problemas y detectar quiénes son los grupos más

---

<sup>6</sup> Dirección de Operaciones Baxter Ecuador S.A 2010

afectados con el objetivo implementar planes de acción inmediatas.<sup>7</sup> Es decir que la vigilancia alimentaria y nutricional implica acción.

## **Componentes del SISVAN**

Para un claro estudio el SISVAN está integrado por tres componentes básicos que son:

Componente de salud: evalúa el comportamiento de las patologías que se presentan en alta proporción en el grupo estudiado o que están estrechamente relacionadas con el estado nutricional.

Componente de antropometría: estudia la dirección y magnitud de la tendencia del estado nutricional de las poblaciones en el tiempo, identificando las comunidades que se están deteriorando o mejorando nutricionalmente y focalizando aquellas que presentan mayor riesgo nutricional. La malnutrición indica déficit o exceso de reservas corporales en una persona.

Componente de seguridad alimentaria: evalúa el riesgo que tiene una población de encontrarse en inseguridad alimentaria. Se dice que existe seguridad alimentaria cuando .todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades nutricionales y preferencias alimentarias a fin de llevar una vida activa y sana.<sup>8</sup> Así como limitar el exceso en la ingesta alimentaria. La inseguridad alimentaria puede

---

<sup>7</sup> FAO/OMS. SISVAN. 2008 Conferencia Internacional 3, 24-59

<sup>8</sup> <http://www.monografias.com/trabajos23/globalizacion-diversidad/globalizacion-diversidad.shtml>

ser transitoria, cuando hay incapacidad temporal para conseguir suficiente alimento, o crónica, cuando esa incapacidad se presenta a largo plazo. La desnutrición se presenta cuando hay inseguridad alimentaria.

## **Generalidades del SISVAN**

La condición nutricional del individuo es parte de su bienestar y su alteración influye en su funcionamiento integral, esto es en su rendimiento físico, capacidad intelectual, resistencia a enfermedades, estado psíquico y por ende en su desempeño social.<sup>9</sup>

No solo es un factor que determina el buen desarrollo y mantenimiento sino que si se afecta y se transforma en una condición de desventaja e inequidad ante la sociedad tomando en cuenta que la mayor prevalencia de malnutrición se manifiesta en la población menos favorecida.

Para poder definir las estrategias y acciones de intervención, tanto preventivas como curativas, que se deben desarrollar para controlar los problemas nutricionales de la población general y específicamente de la más necesitada de atención es indispensable establecer claramente las causas e identificar los principales grupos de riesgo para los problemas de salud. Esto permitirá priorizar las acciones y orientar los recursos para lograr una mayor equidad e impacto

---

<sup>9</sup> OMS. 2005 Alimentación y Nutrición

La Seguridad alimentaria es desarrollar un conjunto de acciones poblacionales más que individuales que disminuyan la problemática en salud que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla. La vida humana se forja entre los aspectos que nos hacen daño y los que nos protegen en cada momento y el resultado de esas contradicciones es lo que se llama la “salud enfermedad” cuyos fenómenos observables se hacen evidentes en las personas.<sup>10</sup>

Debemos tener claro que desde la perspectiva de la salud no se reduce a la aparición de un trastorno y la búsqueda de un servicio curativo. Por lo tanto, los problemas nutricionales no comienzan con la aparición de una deficiencia ni terminan con el tratamiento de los casos.

### **Objetivos del SISVAN**

Caracterizar de forma eficiente y oportuna la situación nutricional de una población definida.

Focalizar grupos de mayor riesgo nutricional con el propósito de que sirva como insumo para la priorización de acciones

Seguir el estado nutricional y de salud de la población con mayores problemas nutricionales, y fortalecer la gestión para la canalización efectiva a programas alimentarios<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Solís. A, (2002), Actividad y Técnicas de la Salud Pública México, Editorial Cornejo

<sup>11</sup> FAO/OMS. SISVAN. 2008 Conferencia Internacional. 3, 24-59

## Valoración nutricional

El estado nutricional refleja en cada momento si la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuadas a las necesidades del organismo. La evaluación del estado de nutrición debe formar parte del examen rutinario de la persona sana y es una parte importante de la exploración clínica del paciente enfermo.<sup>12</sup>

Para que la valoración sea completa, se debe analizar no sólo la situación clínica del sujeto, sino el propio proceso de la nutrición, de manera que se puedan conocer si la ingesta dietética, la absorción y utilización de los nutrientes es adecuada y definir el estado nutricional.

En principio, la valoración inicial se basa en: valoración antropométrica, valoración bioquímica y anamnesis alimentaria.

Valoración Antropométrica.- Los métodos antropométricos son simples, seguros, y económicos, entre las técnicas existentes para la evaluación inicial.

Son mediciones válidas y clínicamente útiles del estado nutricional calórico proteico de los pacientes renales crónicos.<sup>13</sup>

Comprenden la estatura, el peso libre de edema, índice de masa corporal (IMC)

---

<sup>12</sup> MSP, (1998), Evaluación Nutricional en Adultos Lineamientos Generales. Quito Ecuador

<sup>13</sup>OMS. 2005 Alimentación Y Nutrición

El porcentaje de peso usual, el porcentaje de peso teórico y el IMC, son más precisos que los pliegues cutáneos y la circunferencia del brazo.

Porcentaje de peso usual:  $\text{peso actual} \times 100$

Peso usual

Porcentaje de peso teórico:  $\text{peso actual} \times 100$

Peso teórico

La antropometría de los pacientes en tratamiento dialítico se ve afectada por el estado de hidratación, y esto puede influir significativamente en la evaluación por lo que es necesario trabajar en la evaluación con pesos secos (post diálisis)<sup>14</sup>

Valoración Bioquímica.- Los parámetros bioquímicos también nos pueden servir para estimar el estado nutricional, dentro de ellos tenemos la albúmina (g/dl), creatinina (mg/dl), nitrógeno ureico plasmático (BUN mg/dl), colesterol (mg/dl), triglicéridos (mg/dl), dosis de diálisis calculada mediante el Kt/V y tasa de catabolismo proteico calculada mediante el PCR (g/Kg/d) para estimar la ingesta proteica.

Otros parámetros clínicos de laboratorio complementarios son: hematocrito (%), hemoglobina (g/dl), glucosa (mg/dl) ferritina (m/ml), proteínas totales (g/dl), urea (mg/dl), tasa de generación de urea (GEN (UREA) g/d), potasio (mg/dl), calcio (mg/dl), fósforo (mg/dl) y PTH (pg/ml).<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> OMS. 2005 Alimentación Y Nutrición

<sup>15</sup> NACIONES UNIDAS, (2006), Evaluación nutricional. Como pesar y medir, New York

Anamnesis alimentaria.- La evaluación de la ingesta dietética es muy importante en estos pacientes. El conocimiento del ingreso dietético es fundamental para obtener información sobre la causa de un posible trastorno. Se estima la cantidad de nutrientes ingeridos y se compara con los requerimientos aconsejados. En la clínica hay que renunciar a hacer un cálculo detallado de la ingestión de cada nutriente y conformarse con una orientación aproximada, que se puede obtener solicitando información sobre el tipo de alimentos, la frecuencia de las comidas, las cantidades aproximadas y la frecuencia con que toma los denominados "alimentos protectores" de cada grupo.

Cuando sea necesario, se puede realizar una historia dietética más amplia e incluir una semana entera, a lo largo de la cual se anota al final de cada toma los alimentos que ingiere y la cantidad aproximada.<sup>16</sup>

La historia clínica debe precisar la existencia de enfermedades que pueden perturbar la digestión y/o absorción de los alimentos: afecciones del aparato digestivo, enfermedades metabólicas o procesos crónicos con repercusión sistémica.

Finalmente, se deben analizar cuidadosamente todas aquellas circunstancias que puedan influir en los hábitos alimentarios o modificar el gasto energético, tales como el ejercicio físico, las relaciones familiares y extra familiares, la pertenencia a grupos que siguen dietas

---

<sup>16</sup> Torres, A. (2002), Manual de Nefrología, Elsevier España.

## **Malnutrición**

La malnutrición engloba el sobrepeso y la obesidad. Según la Organización mundial de la salud el 95% de los casos es por una ingesta de calorías superior al consumo de estas.<sup>17</sup>

Normalmente se da en personas que su consumo calórico diario es bajo y la ingesta de calorías es alta. Esto con el tiempo lleva a una acumulación de grasas muy superior a la natural del ser humano. Las razones por las que una persona consume muchas más calorías que las que gasta son muy variadas, pero se puede decir que la gran mayoría es por la combinación de las siguientes razones, una dieta inadecuada y poca actividad física. El ser humano no está adaptado a disponer de tanta comida, y por un antiguo instinto de supervivencia muchos seres humanos no pueden dejar de comer si la comida está disponible.

## **Concepto e incidencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el

---

<sup>17</sup> OMS. 2005 Alimentación y Nutrición

riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21<sup>18</sup>.

La obesidad y el sobrepeso han sido utilizados como palabras intercambiables, pero estas no son sinónimas. El sobrepeso ha sido definido como un incremento en el peso corporal con estándares arbitrarios definidos en relación a la talla. Es una enfermedad provocada por diversos factores que implica una excesiva acumulación de tejido adiposo (grasa) suficiente para dañar la salud. La obesidad es el resultado de un aumento en el tamaño o la cantidad de células de grasa en una persona. Al principio, cuando el peso de la persona se incrementa, estas células grasas crecen de tamaño más adelante aumentan en número. No existe una definición aceptada de modo uniforme que determine cuál es la cantidad normal de grasa en el organismo y por tanto, hay diversas definiciones de obesidad basadas en el aumento excesivo de la grasa corporal. Los mecanismos neurohormonales que intervienen en el balance energético lo hacen también en la composición corporal y en otras áreas que dan origen a manifestaciones diversas y que sólo por una necesidad didáctica y organizativa se estudian separadamente. Se ha demostrado la importancia de los neurotransmisores y neurolépticos el acto alimentario y la producción de efectos específicos y esperados así como de algunos otros a veces no imaginados.

Las modificaciones funcionales de las vías noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas, histaminérgicas, gabaérgicas, glutamaérgicas citadas, se traduce clínicamente en un cambio en las necesidades alimentarias y el comportamiento mágico, pero también en manifestaciones psicológicas y comportamentales.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> OMS. 2005 Alimentación Y Nutrición

<sup>19</sup> García, G. (2003) Colombia Nutrición. Clínica. Bogotá. Editorial Mendoza

Podemos decir que una persona tiene malnutrición cuando acumula más grasa de la que necesita, y esta acumulación extra no le permite realizar tareas normales para el ser humano, correr, saltar, trepar. También afecta a la salud de la persona que lo padece.

Latinoamérica posee altos niveles de población con malnutrición que indican que la tendencia a la obesidad continuará. En 2007, las tasas de obesidad han aumentado considerablemente desde 1980, cuando comenzó a extenderse el consumo de comida rápida en América Latina y se prevé que las cifras de afectados por esta enfermedad siga aumentando por los hábitos alimenticios que apuntan a un mayor consumo de comida que contiene altos niveles de grasas saturadas.<sup>20</sup>

En el Ecuador el problema de malnutrición ha crecido de forma considerable y en varias partes de Sudamérica. Aunque nuestro país está ubicado en el tapial de los tercer mundistas, este fenómeno acosa cada vez más al territorio. No se debería hablar únicamente de la desnutrición, sino también del sobrepeso en los niños.

Los únicos datos disponibles a nivel nacional, vienen de la encuesta ENDEMAIN del 2004, en la que se recolectó información antropométrica donde se encontró que el 40.4 % de la población presenta sobrepeso y el 14.6 % obesidad. En suma, el 55.0 % tiene un peso excesivo en relación a su talla<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Arce, A. (2001) Medicina Preventiva y Salud Pública, Madrid, Editorial Lasco

<sup>21</sup> PACHECO V, PASQUEL M. (1999) Obesidad en Ecuador: una aproximación epidemiológica. En: Obesidad; un desafío para América Latina. Ed. J. Braguinsky, R. Álvarez Cordero y A. Valenzuela. (En prensa).

## **Factores de la malnutrición.**

Anteriormente se consideraba a las persona con malnutrición como personas que gozaban de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad y el sobrepeso tiene múltiples consecuencias negativas en salud. Actualmente se acepta que la obesidad es factor causal de otras enfermedades como lo son los padecimientos cardiovasculares, dermatológicos, gastrointestinales, diabéticos, osteoarticulares, etc.

La obesidad es una enfermedad multifactorial que depende, a factores clínicos, psicológicos y sociales, que por tanto se puede modular de muy distintas maneras<sup>22</sup>.

### **Factores Clínicos**

Existen mecanismos fisiopatológicos involucrados en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, este campo de investigación ha sido casi inalcanzable hasta que las leptinas fueron descubiertas en 1994.

Desde este descubrimiento, muchos otros mecanismos hormonales que participan en la regulación del apetito y el consumo de alimentos, en patrones de almacenamiento en el tejido adiposo y en el desarrollo de resistencia a la insulina, han sido dilucidados.

---

<sup>22</sup> MSP, (1998), Evaluación Nutricional en Adultos. Lineamientos generales. Quito Ecuador

Desde el descubrimiento de las leptinas, las grelinas, orexinas, PYY 3-36, colecistoquinina, adiponectina y muchos otros mediadores han sido estudiados. Las adipocinas son mediadores producidos por el tejido adiposo; se piensa que su acción y modificar muchas enfermedades relacionadas con la malnutrición.

Las leptinas y grelinas son consideradas complementarias en su influencia sobre el apetito, las grelinas producidas por el estómago, modulan el control del apetito a corto plazo (para comer cuando el estómago está vacío y para parar con el estómago está lleno). La leptina es producida por el tejido adiposo para señalar las reservas de grasa almacenadas en el organismo y mediar el control del apetito a largo plazo (para comer más cuando las reservas de grasa están bajas y menos al de las reservas de grasa son altas). Aunque la administración de leptinas puede ser efectiva en un pequeño grupo de sujetos con malnutrición quienes son deficientes de leptina, muchos más individuos con malnutrición parecen ser resistentes a la leptina. Esta resistencia explica en parte por qué la administración de leptinas no ha mostrado ser eficiente en suprimir el apetito en la mayoría de los sujetos obesos<sup>23</sup>.

## **Factores Psicológicos**

Algunos autores consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Lo cierto es que en mayor o menor medida, están presentes y es fundamental su

---

<sup>23</sup> García, G. (2003) Colombia Nutrición. Clínica. Bogotá

conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento<sup>24</sup>.

En la actualidad se están realizando investigaciones para determinar si en realidad existe una personalidad de personas con malnutrición.

Es conocido que la malnutrición se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales de una persona a otra. Hasta el presente se han considerado la genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas, pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales<sup>25</sup>.

No debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluida. Por tanto el aspecto psicológico de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática.

La presente, si bien analiza y enfatiza el rol de los aspectos psicológicos en la obesidad y su tratamiento, no minimiza ni deja de considerar como determinantes en el desarrollo de la misma los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.

---

<sup>24</sup> <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E112/P7-E112-S123-A2609.pdf>

<sup>25</sup> Masson, G. (2000), Medicina preventiva y Salud Pública. Editorial Edu.

## **Factores Sociales**

La mayoría de los investigadores han concluido que la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y el estilo de vida sedentaria son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental en el último cuarto del siglo XX.<sup>26</sup>

A pesar de la amplia disponibilidad información nutricional en escuelas, consultorios, Internet y tiendas de comestibles, es evidente que el exceso en el consumo continúa siendo un problema sustancial. Por ejemplo, la confianza en la comida rápida densa en energía, se ha triplicado entre 1977 y 2007, y el consumo de calorías se ha cuadruplicado en el mismo periodo<sup>27</sup>.

Sin embargo, el consumo de alimento por sí mismo es insuficiente para explicar el incremento fenomenal en los niveles de malnutrición en el mundo industrializado durante los años recientes. Un incremento en el estilo de vida sedentaria también tiene un rol significativo que jugar.

Cuestiones sobre el estilo de vida, menos bien establecido, que pueden influir sobre la obesidad incluyen el estrés mental y el sueño insuficiente.

---

<sup>26</sup> [http://www.kidney.org/atoz/pdf/hemodialysis\\_sp.pdf](http://www.kidney.org/atoz/pdf/hemodialysis_sp.pdf)

<sup>27</sup> Arce, A. (2001) Medicina Preventiva y Salud Pública, Madrid, Editorial Lascos.

## Clasificación y tratamiento de la malnutrición

Para clasificar la malnutrición lo más utilizado es el índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Ideado por el estadístico también se conoce como índice de Quetelet. Se calcula según la expresión matemática:

$$IMC = \frac{masa(kg)}{estatura^2(m)}$$

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud.

### Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC Índice de Masa Corporal

IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	Calificación (OMS)
< 15	Desnutrición muy severa
15 – 15.9	Desnutrición Severa Grado III
16 – 16.9	Desnutrición Moderada Grado II
17 – 18.4	Desnutrición Moderada Grado I
18.5 – 24.9	Adecuado o Normal
25 – 29.9	Sobrepeso
30 y mas	Obesidad

Fuente: Organización Mundial de la Salud

Para un adecuado tratamiento es necesario tratar adecuadamente las enfermedades subyacentes, si existen. A partir de aquí depende de buscar el equilibrio, mediante ajustes en la dieta.<sup>28</sup>

La dieta debe ser adecuada a la actividad necesaria, por ello debe ser muy intensiva en personas muy activas es contraproducente. Debe de tenderse a realizar dietas más suaves y mantenidas. Una vez alcanzado el peso ideal, lo ideal es mantenerlo con un adecuado programa de ejercicios y alimentación que sobre todo permitan no volver a recuperar la grasa y el peso perdido.

El principal tratamiento para la malnutrición, es reducir la grasa corporal comiendo menos calorías y ejercitándose más. En efecto colateral beneficioso del ejercicio es que incrementa la fuerza de los músculos, los tendones y los ligamentos, lo cual ayuda a prevenir injurias provenientes de accidentes y actividad vigorosa. Los programas de dieta y ejercicios producen una pérdida de peso promedio de aproximadamente 8% del total de la masa corporal (excluyendo los sujetos que abandonaron el programa). No todos los que hacen dieta están satisfechos con estos resultados, pero una pérdida de masa corporal tan pequeña como 5% puede representar grandes beneficios en la salud<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> OMS. 2005 Alimentación y Nutrición

<sup>29</sup> Masson, G. (2000), Medicina preventiva y Salud Pública. Editorial Edu.

Mucho más difícil que reducir la grasa corporal es tratar de mantenerla fuera acontecida 80 a 90% de aquellos que tienen 10% o más que su masa corporal a través de la dieta vuelven a ganar todo el peso entre dos y cinco años. El organismo tiene sistemas que mantienen su homeostasis a cierto nivel, incluyendo el peso corporal. Por lo tanto, mantener el peso perdido generalmente requiere que hacer ejercicio y comer adecuadamente sea una parte permanente del estilo de vida de las personas.<sup>30</sup> Ciertos nutrientes, tales como la fenilalanina, son supresores naturales del apetito lo cual permite resetear el nivel establecido del peso corporal.

---

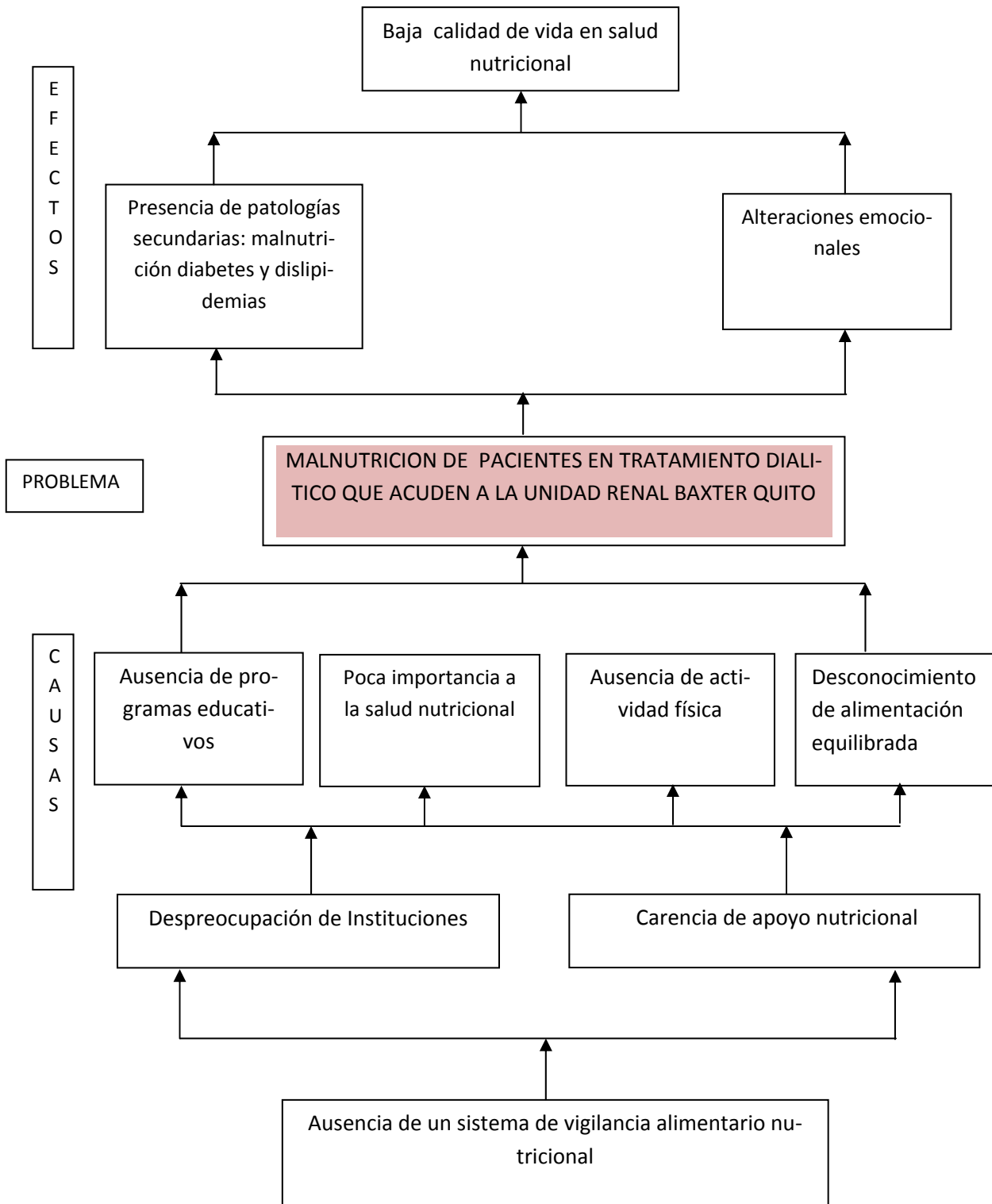
<sup>30</sup><http://www.monografias.com/trabajos23/globalizacion-diversidad/globalizacion-diversidad.shtml>.

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

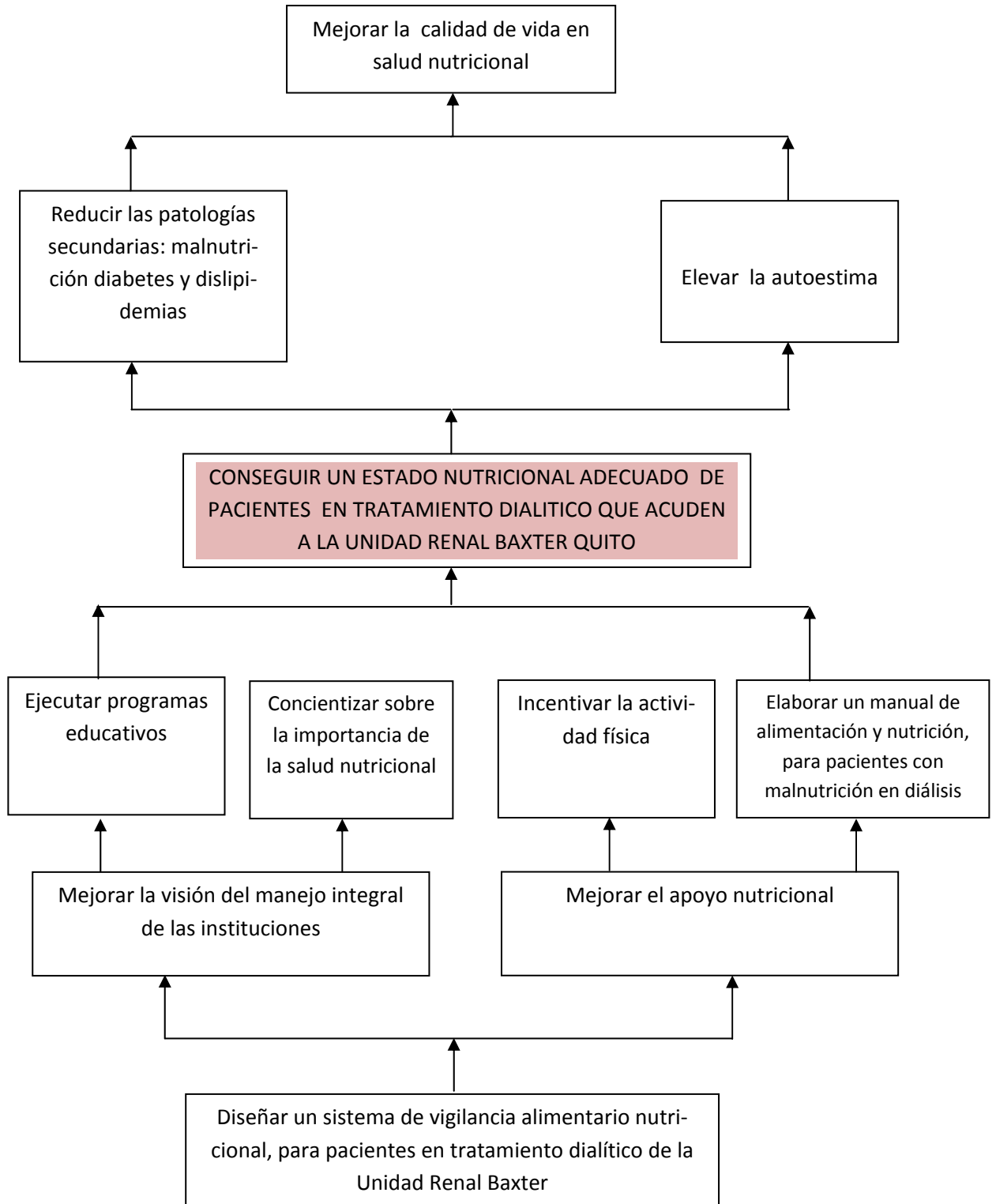
## 8.1 Matriz de Involucrados

GRUPO Y/O INSTITUCION	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Pacientes de la Unidad Renal Baxter Quito en tratamiento dialítico	Recibir atención nutricional integral Satisfacer las necesidades	Recursos humanos Recursos materiales Necesidad de una atención nutricional integral	Pacientes con malnutrición Pacientes con patologías secundarias a la malnutrición
Autoridades y Personal de la Unidad Renal Baxter	Brindar atención optima integral de salud	Recursos humanos Recursos financieros Recursos materiales Ejecutar proyectos	Ausencia de requerimientos del cliente externo
Departamento de Nutrición de la Unidad Renal Baxter Quito	Mejorar la calidad de vida de los pacientes atendidos en la Unidad	Recursos humanos Recursos materiales Responsabilidad social de dar cobertura a grupos vulnerables	Falta de planificación sobre el tratamiento integral nutricional de los pacientes

## 8.2 Árbol de Problemas



### 8.3 Árbol de Objetivos



#### 8.4 Matriz de Marco Lógico

ELEMENTOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Mejorar la calidad de vida mediante la atención nutricional integral y oportuna, evitando la incidencia de la malnutrición en los pacientes de la Unidad Renal Baxter Quito</p>	<p>El 100% de pacientes mejoran calidad de vida en salud nutricional</p>	<p>Historias clínicas nutricionales</p> <p>Valoración nutricional</p>	<p>Participación activa de los pacientes y familiares.</p> <p>Proyecto se aplica de acuerdo a lo planificado</p>
<p><b>PROPOSITO</b></p> <p>Modificar la malnutrición de pacientes en tratamiento dialítico mediante la implementación de un Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional, que permita mantener la salud y calidad de vida del paciente en la Unidad Renal Baxter Quito</p>	<p>El 100% de la población integra el sistema de vigilancia alimentario nutricional</p>	<p>Historias clínicas nutricionales</p> <p>Registro de asistencia</p>	<p>Empoderamiento, involucramiento el personal, pacientes y familiares</p>

<b>RESULTADOS</b>			
<b>ELEMENTOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<b>RESULTADO 1</b> Actualización del diagnóstico situacional de la Unidad Renal Quito	100% diagnóstico situacional actualizado y presentado	Recolección de datos Información estadística del estado nutricional de los pacientes	Necesidad de controlar la malnutrición
<b>RESULTADO 2</b> Diseño de un sistema de vigilancia alimentario nutricional	El 100% del sistema de vigilancia alimentario nutricional elaborado y en red	Formatos de registro. Sistema informático funcionando	Formatos activos y funcionando
<b>RESULTADO 3</b> Programa educativo alimentario nutricional	El 80% de pacientes involucrados participan en el programa educativo	Programa educativo físico Convocatoria Registro de asistencia. Formatos	Conocimiento alimentario nutricional y cambio de actitud alimentaria
<b>RESULTADO 4</b> Elaboración de un manual de alimentación y nutrición para pacientes con malnutrición en tratamiento dialítico.	El 100% del Manual elaborado aprobado y publicado	Registro de revisión y aprobación. Registro de publicación y entrega del manual Manual físico	Manual publicado

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
<p><b>RESULTADO 1</b></p> <p><b>Actualización del diagnóstico situacional de la Unidad Renal Quito.</b></p> <p>1.1 Aprobación del proyecto por la Dirección Médica de la Unidad.</p> <p>1.2 Asignación del responsable proyecto</p> <p>1.3 Diagnóstico situacional actualizado.</p> <p>1.4 Presentación de resultados del diagnóstico situacional</p>	Maestrante	Mes 1	<p>Talento humano  Documentos elaborados  Equipo informático.  Recursos económicos</p> <p style="text-align: right;">\$600</p>
<p><b>RESULTADO 2</b></p> <p><b>Diseño de un sistema de vigilancia alimentario nutricional</b></p> <p>2.1 Elaborar formatos de registro</p> <p>2.2 Valoración Antropométrica</p> <p>2.3 Valoración Bioquímica</p> <p>2.4 Encuesta alimentaria</p> <p>2.5 Presentación del SISVAN</p> <p>2.6 Aprobación del SISVAN</p>	Maestrante	Mes 2,3	<p>Talento humano  Equipo informático  Material bibliográfico.</p> <p style="text-align: right;">\$1100</p>

<p><b>RESULTADO 3</b></p> <p><b>Programa educativo alimentario nutricional</b></p> <p>3.1 Planificación del programa educativo</p> <p>3.2 Ejecución del programa educativo</p> <p>3.3 Evaluación del programa Educativo</p> <p>3.4 Ejecución de la socialización con el personal médico de la Unidad Renal</p> <p>3.5 Ejecución de la socialización con los pacientes de la Unidad</p>	<p>Maestrante Pacientes y familiares involucrados</p>	<p>Mes 3, 4 y 5</p>	<p>Talento humano Materiales de escritorio Equipo Informático Auditorio Refrigerios</p> <p>\$1250</p>
<p><b>RESULTADO 4</b></p> <p><b>Elaboración de un manual de alimentación y nutrición para pacientes con malnutrición en tratamiento dialítico.</b></p> <p>4.1 Diseño del manual</p> <p>4.2 Revisión y aprobación del manual</p> <p>4.3 Publicación del manual</p> <p>4.4 Análisis del cumplimiento de componentes</p>	<p>Maestrante Director medico</p>	<p>Mes 6, 7 y 8</p>	<p>Talento humano Material informático Material de escritorio Material bibliográfico Impresión</p> <p>\$3100</p>
<p><b>TOTAL</b></p>	<p>Maestrante Dirección Medica Pacientes de la URBQ</p>	<p>8 meses</p>	<p>\$6050</p>

## **9. RESULTADOS**

## **RESULTADO 1**

Diagnostico situacional actualizado

### **PRODUCTO 1**

Diagnostico situacional alimentario nutricional actualizado y presentado

### **INTRODUCCIÓN**

El diagnóstico situacional forma parte de la primera etapa del proceso de planeación, es una labor imprescindible dentro de las actividades de programación en salud. Este es un proceso que se realiza con la participación de la comunidad o población y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de un grupo definido, con el fin de identificar necesidades y prioridades en salud.

La importancia de los productos generados, se basa en la oportunidad de identificar y jerarquizar las diferentes problemáticas de la población objetivo, para posteriormente precisar líneas de acción, actividades, objetivos, metas, asignación y distribución de recursos, los cuales son elementos imprescindibles en la elaboración de programas.

Estos antecedentes volvieron imprescindible la realización de un diagnóstico de la situación actual a través de la recolección y análisis de datos.

En la Unidad Renal Baxter Quito la ejecución de esta metodología permitió la detección de diversas problemáticas y su importancia relativa, en este caso de los pacientes del centro

## **OBJETIVO**

Actualizar el diagnóstico situacional en la Unidad Renal Baxter Quito.

## **METODOLOGIA**

Para realizar esta primera actividad se solicitó autorización escrita a la Dirección Médica de la Unidad con copia a Recursos Humanos, para iniciar el programa y se designe al responsable del mismo.

Debido a que la maestrante es la encargada del proyecto la Dirección médica me designa como responsable del mismo, y se deberá dar informes continuos en cuanto al avance del proyecto

Posteriormente se formalizó a través de oficios y autorizaciones. (Anexo 3) en donde se cumplen lo indicado anteriormente.

Es importante mencionar que la Dirección médica colabora en forma muy importante especialmente en la logística para la realización del mismo.

Se actualiza el diagnóstico situacional de la Unidad Renal Baxter Quito que se detalla a continuación:

### **Diagnostico Situacional de la Unidad Renal Baxter Quito 2010**

Baxter, es una corporación internacional que tiene presencia en todos los países del mundo directa o indirectamente, con insumos médicos, equipos de diagnóstico, reactivos para laboratorio, mantenimiento a equipos y asesoramiento en clínica.

La sede en Latinoamérica es Estados Unidos de Norte América, y en Ecuador lleva más de dos décadas brindando atención a la parte de la salud ya sea en insumos, equipos, medicamentos y asesoramiento; en la parte renal lleva más de diez años con Unidades de Diálisis en las ciudades principales de nuestro país, con hemodiálisis, diálisis peritoneal ambulatorio y en los últimos años con su nueva tecnología diálisis peritoneal automatizada.

La corporación en Ecuador, cuenta con su parte comercial y la parte clínica, en la que se encuentran las unidades renales, dentro de esta se nombra la Unidad Renal Baxter Quito, que está ubicada en la Provincia de Pichincha, Cantón Quito, Parroquia Benalcázar, en la Avenida Río Amazonas N26-117 y Orellana. Teléf.: 593 2 2540 – 357, [www. Baxter.com](http://www.Baxter.com).<sup>31</sup>

---

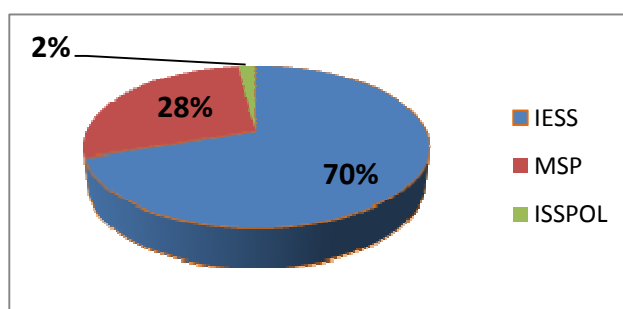
<sup>31</sup> Dirección Medica Unidad Renal Baxter Quito 2010

Para su funcionamiento cumple con todas las disposiciones y regulaciones emanadas tanto por el Ilustre Municipio de Quito, como por otros Organismos específicos como el Ministerio de Salud, Instituto Izquieta Pérez, Consep, etc.

La línea de fábrica y el uso de suelo han sido extendidas por el Municipio del distrito Metropolitano de Quito de forma legal. (Anexo 4)

Posee dos salas de diálisis con capacidad de 180 pacientes dividida en dos áreas bien definidas una para pacientes contaminados y otra de no contaminados, mantiene convenios con el IESS, MSP, ISPOL y otras instituciones, con una plantilla de 40 empleados en sus diferentes niveles, administrativos y clínicos, con equipos multidisciplinario para la atención de pacientes. La Unidad Renal Baxter Quito en la actualidad cuenta con 137 pacientes que por su origen se distribuyen de la siguiente manera:<sup>32</sup>

**Gráfico No. 2**  
**Porcentaje de pacientes atendidos en la URBQ 2010**



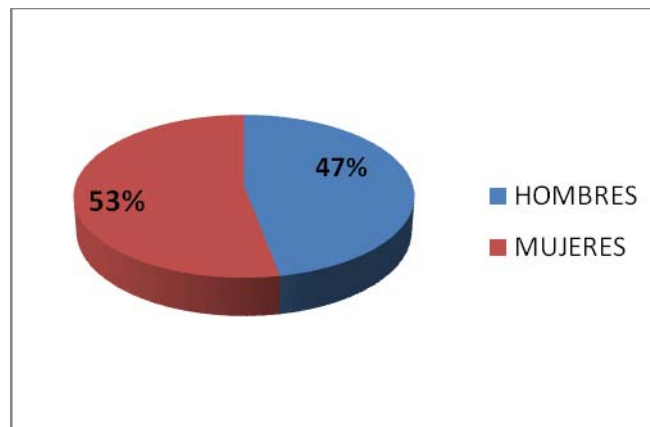
Fuente: Estadística de Trabajo Social  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

<sup>32</sup> Dirección Médica. Unidad Renal Baxter Quito 2010

Del total de pacientes, el mayor porcentaje (53%) de personas con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento dialítico corresponde al sexo femenino, mientras que el sexo masculino se encuentra casi equiparado con un 47%

### Gráfico No. 3

#### Porcentaje de pacientes por sexo atendidos en la URBQ 2010

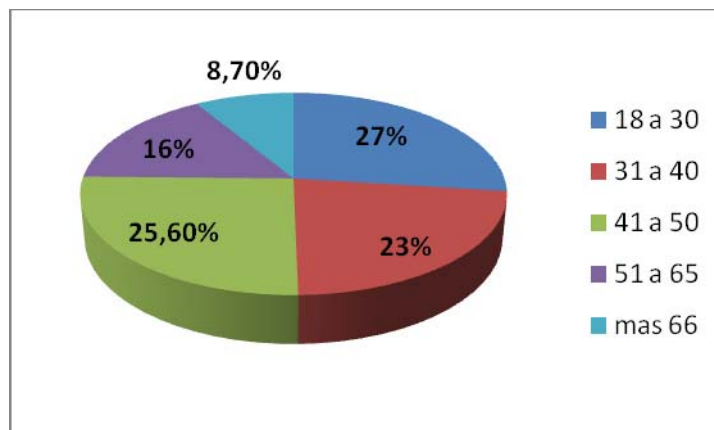


Fuente: Estadística de Trabajo Social  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

Indiscutiblemente la edad es un factor preponderante en donde los problemas de salud se presentan con toda su sintomatología y muchas veces con otras patologías concomitantes, pero en la Unidad Renal la población económicamente activa es la que mayor porcentaje ocupa

#### Gráfico No. 4

#### Porcentaje de pacientes por edad atendidos en la URBQ 2010



Fuente: Estadística de Trabajo Social  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

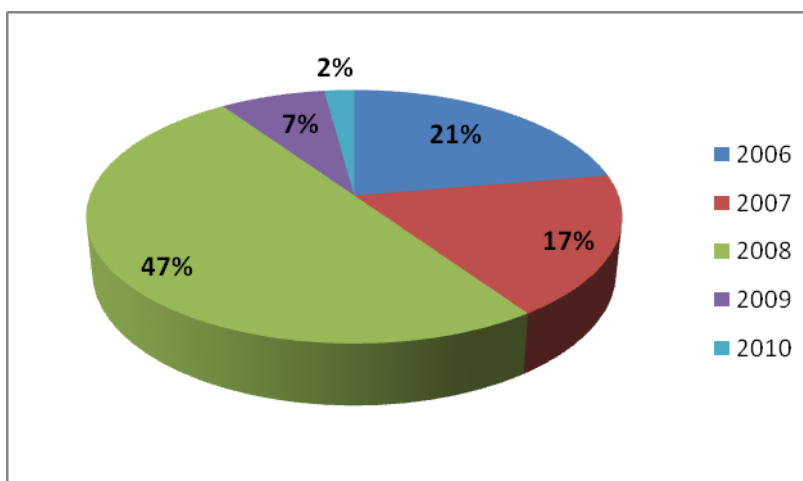
La migración o abandono de terapia fue muy alta hasta el año 2008, llegando a niveles escalofriantes y se observa como la mita de pacientes que iniciaban tratamiento, terminaban saliendo de los programas por falta de recurso económicos como primera causa.

La situación cambia desde finales del 2008 específicamente en noviembre de este año, y el estado se hace cargo de la atención de estos pacientes a través de convenios con instituciones privadas siendo una de éstas la Unidad Renal Baxter Quito es así que en los primeros mese del año 2009 la migración solo llegó al 6.7% y hasta

agosto del 2010 solo se observa un 2% de abandono al tratamiento por problemas psicológicos o patología de base que no tienen solución.

**Gráfico No. 5**

**Porcentaje de pacientes que abandonan la terapia en la URBQ**

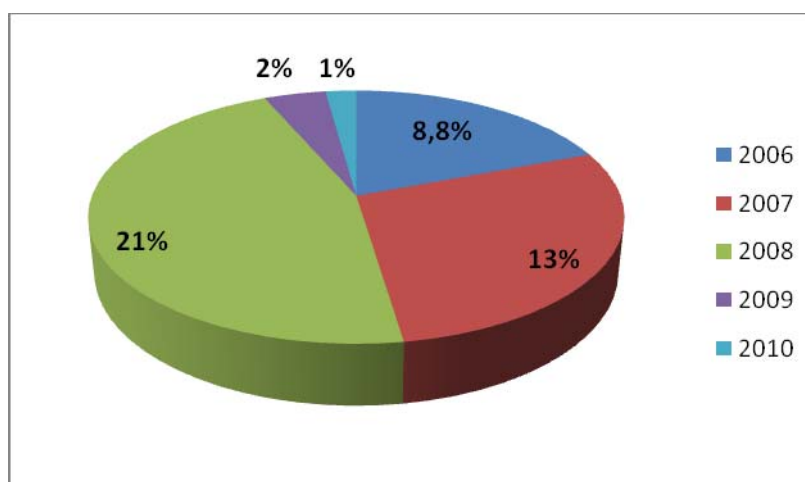


Fuente: Estadística de Trabajo Social  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

Dada las características de la patología, la edad de los pacientes y las condiciones socioeconómicas y culturales así como geográficas, el porcentaje de mortalidad es alto en los primeros años, reduciendo de manera importante el 2009 y mejorando este indicador hasta agosto del 2010

**Gráfico No. 6**

**Porcentaje de mortalidad de pacientes en la URBQ**

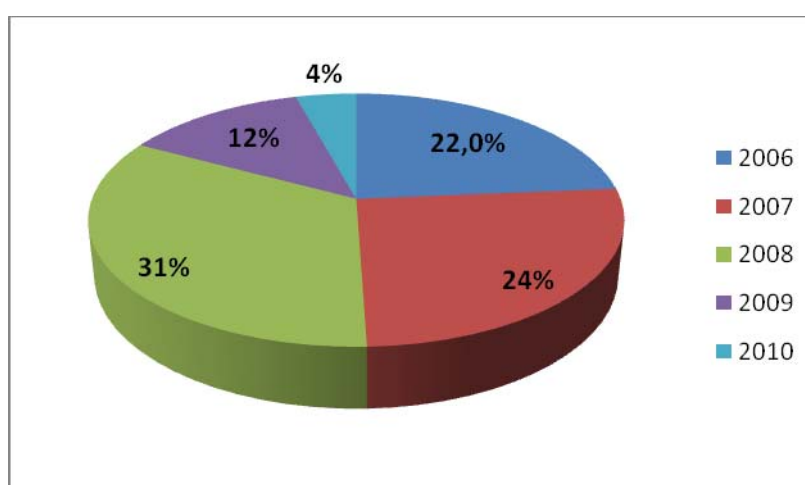


Fuente: Estadística de Trabajo Social  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

La morbilidad también es relativamente alta y se presenta principalmente por patologías concomitantes, falta de apego a tratamiento, problemas familiares y pobreza extrema en la mayoría de casos en donde el paciente no alcanza a pagar la totalidad de su tratamiento, lo que se observa claramente en los años 2009 y 2010 que el gobierno ya acoge el pago del tratamiento y el paciente está cubierto en el 100% de sus requerimientos en salud la morbilidad desciende notablemente.

### Gráfico No. 7

#### Porcentaje de morbilidad de pacientes en la URBQ



Fuente: Estadística de Trabajo Social  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

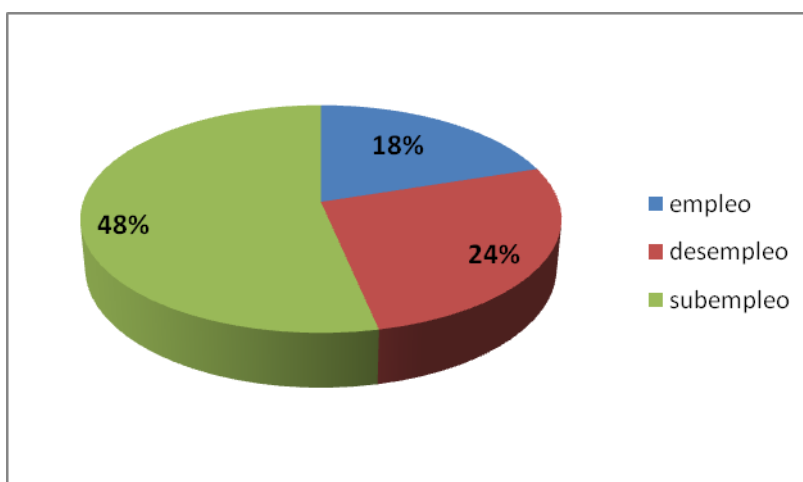
La mayoría de pacientes provienen de hogares económicamente deficientes donde no pueden cubrir las mínimas necesidades, pero actualmente gracias a los convenios del MSP y Baxter reciben la atención gratuita con la más alta tecnología y servicio de muy buena calidad en las mismas condiciones de pacientes con ingresos económicos elevados

El tiempo que le lleva al paciente en el tratamiento dialítico hace que no tenga un empleo seguro, esperemos que con la nueva ley que el gobierno decreto al integrar

a las empresas públicas y privadas personal con discapacidad, la calidad de vida al sentirse útiles en la sociedad cambien y tengan una actividad económica fija, es así que el subempleo y desempleo abarca el 72% del total de pacientes.

**Gráfico No. 8**

**Porcentaje de ocupación de pacientes en la URBQ 2010**

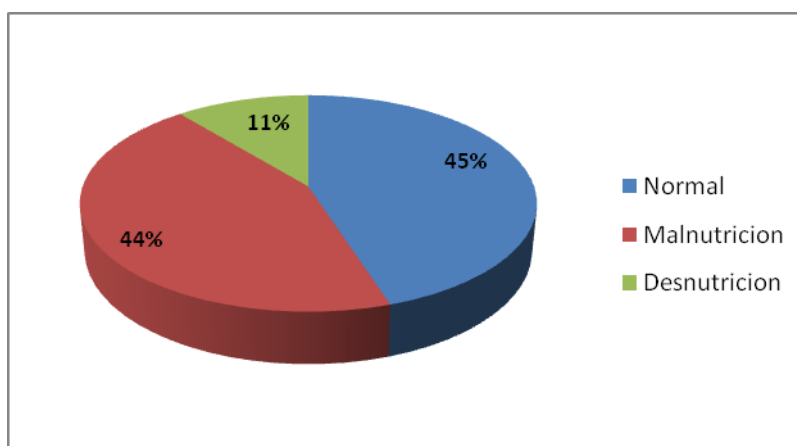


Fuente: Estadística de Trabajo Social  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

El estado nutricional de los pacientes de la Unidad indica un elevado grupo de personas que presentan malnutrición y engloba el sobrepeso y la obesidad, que de cierta manera con o sin tratamiento dialítico esta condición puede llevar a patologías secundarias como es el caso de diabetes o dislipidemias y aun más la incomodidad de poder realizar las actividades diarias de manera adecuada

### Gráfico No. 9

#### Estado nutricional de los pacientes en la URBQ 2010

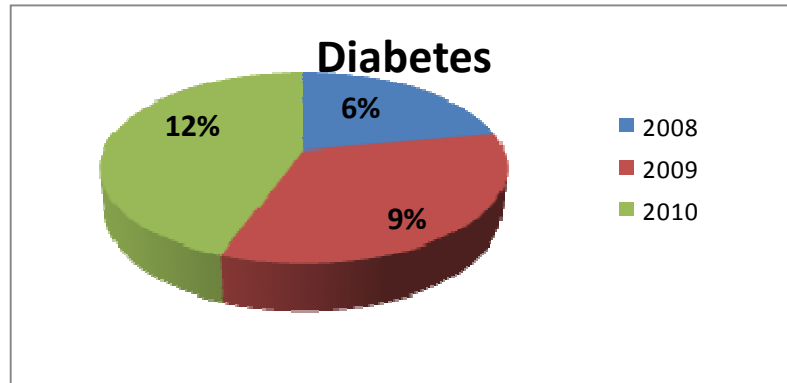


Fuente: Estadística de Nutrición  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

La incidencia de diabetes y dislipidemias se observa creciente en la Unidad renal, posiblemente a la falta de cuidado dietoterapéutico de este grupo de pacientes por la falta de necesidad por parte del cliente se a la causa primordial, aunque existen otras que también son la base, como la falta de educación y vigilancia específica como se merece el tema

**Gráfico No. 10**

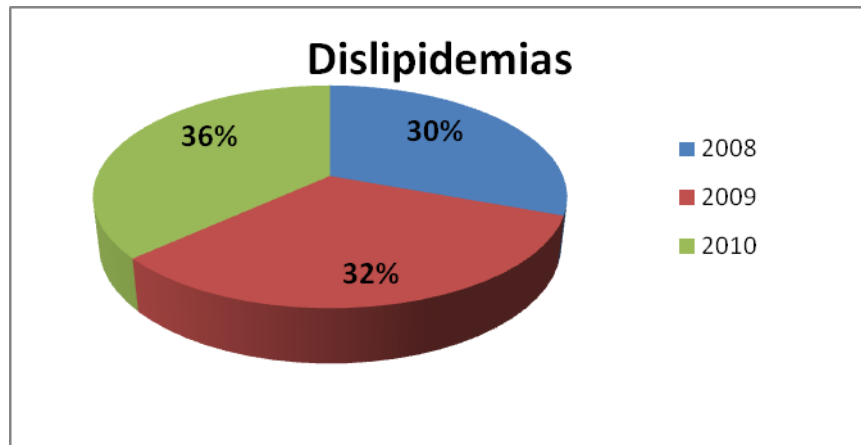
**Incidencia de diabetes en pacientes  
de la URBQ.**



Fuente: Estadística Dirección Medica  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

**Gráfico No. 11**

**Incidencia de Dislipidemias en pacientes  
de la URBQ.**



Fuente: Estadística Dirección Medica  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

La Unidad Renal Baxter Quito presenta condiciones adecuadas para el tratamiento dialítico de las personas que acuden a esta casa de salud, mantiene una planta de agua para el tratamiento del mismo con un calendario bien definido en el control bacteriológico y toma de muestras para evaluar calidad de forma periódica. (Anexo 5)



Los desechos se manejan técnicamente tomando todas las precauciones de bioseguridad, tanto para desechos hospitalarios, desechos contaminados y desechos comunes, para los desechos contaminados mantiene convenio con la Fundación Natura para el retiro, almacena miento y destrucción de los mismos. La comunidad esta capacidad para la ubicación de desechos en sus respectivos contenedores que utilizan la simbología universal.



Utilizan desinfectantes de acuerdo las recomendaciones de sus equipos y bajo supervisión permanente de la Administración y Jefa de Enfermería, así como un manejo adecuado el tema de la bioseguridad



La Unidad Renal Baxter Quito cuenta con dos salas de reuniones con capacidad aproximada de 100 y 50 personas respectivamente, cada una con pantalla gigante, 5 equipos de proyección, Internet banda ancha con conexiones por cable e inalámbrico en toda la planta.

Anualmente se planifican programas educativos, de entrenamiento, capacitación para el personal, y de integración para pacientes y familiares, especialmente en fechas especiales como el día de la familia, día de la madre el padre y navidad. También se trata de tomar acciones correctivas después de detectar dificultades y problemas de pacientes con instrumentos como encuestas de satisfacción del cliente que son semestrales y comentarios escritos y constantes en buzón de sugerencias Anexo 6. Pero es necesario señalar que los pacientes indican que no se toman en cuenta sugerencias colocadas en el buzón de sugerencias en cuanto al ámbito nutricional.



La población motivo de estudio se encuentra en tratamiento dialítico como ya lo hemos dicho por su problema de base que es la Insuficiencia renal crónica terminal, pero podemos encontrar dentro de este perfil epidemiológico enunciado a continuación:

#### PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO 2010

PATOLOGIA	FRECUENCIA	%
Infección de catéter	33	12
Diabetes descompensada	19	10
Enfermedades Acido pépticas (SD)	14	9
Insuficiencia Respiratoria	10	7
Neuropatías	10	7
HTA no controlada	9	6
Dislipidemias	8	5
Trombosis de accesos vasculares	8	5
Osteodistrofia	7	4
Trastornos cardiacos	4	2

Fuente: Estadísticas Clínicas  
 Elaborado por: Mayra Avilés P.  
 Fecha: 2010

Se presento el diagnostico situacional a la Dirección médica de la Unidad. Anexo 7

## **CONCLUSIONES**

La cobertura económica de este servicio por parte del gobierno central ha hecho que se disminuya la morbilidad y mortalidad en el grupo de pacientes con tratamiento dialítico

El desempleo hace que los pacientes no se sientan útiles a la sociedad y el hecho del horario mismo del su tratamiento al asistir a la terapia tres veces por semana, cuatro horas diarias hace que no tengan una actividad fija, se observa un 48% y 24% de subempleo y desempleo respectivamente.

En el 2010 un gran porcentaje de pacientes con Insuficiencia Renal en tratamiento dialítico (44%) presentan algún grado de sobrepeso, mientras que el 11% de pacientes presentan peso inferior al recomendado, y el 45% mantienen peso adecuado.

## **RESULTADO 2**

Diseño e implementación de Sistema de vigilancia alimentario nutricional

### **PRODUCTO 2**

Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional

### **INTRODUCCIÓN**

La falta de requerimientos por parte de los clientes de servicios, hace que no exista un sistema de vigilancia alimentaria nutricional (SISVAN) y dirección nutricional integral sino solo un manejo dietético propio para el tratamiento dialítico, eso quiere decir un control en cuanto a electrolitos (sodio, potasio, fosforo) y líquidos

Por lo que la nace la necesidad imperiosa de contar con este sistema será de gran ayuda en el manejo, monitoreo y mejoramiento en la calidad de vida nutricional del paciente dialítico.

### **OBJETIVO**

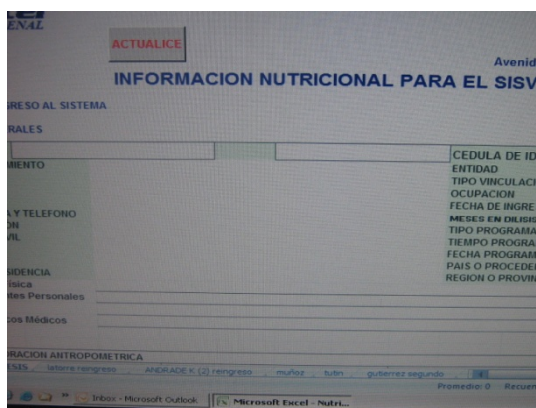
Diseñar un sistema de vigilancia alimentario nutricional.

## METODOLOGIA

Para iniciar el diseño del SISVAN se realizó una hoja electrónica que se encuentra en red, para esto se necesitó la ayuda de un experto en sistemas el Ing. en sistemas Nelson Rodríguez, con quien se trabajó durante todo el desarrollo de este proceso.



La hoja electrónica se encuentra en red, cada paciente tiene su espacio y archivo, puede abrirse con el número de cédula o nombre de mismo, los datos serán alimentados por la nutricionista quien posee una clave, mientras que el resto del personal médico solo puede observar, consultar más no modificar datos.



En esta hoja constan algunos parámetros de datos generales para identificar al paciente y evaluación nutricional, los primeros constan de:

- ✓ Nombres
- ✓ Cedula
- ✓ Fecha de nacimiento
- ✓ Sexo
- ✓ Dirección, teléfono
- ✓ Referencia y teléfono
- ✓ Ocupación
- ✓ Fecha de Ingreso al tratamiento
- ✓ Instrucción
- ✓ Estado Civil
- ✓ Edad
- ✓ Religión
- ✓ Lugar de Residencia
- ✓ Tipo de programa
- ✓ Procedencia, región o provincia
- ✓ Antecedentes personales
- ✓ Diagnostico Medico

Valoración Antropométrica.- Como su nombre lo dice son medidas que nos ayudaran a tener idea del estado nutricional de cada uno de los pacientes, existe un sinnúmero de medidas antropométricas que se pueden utilizar sin embargo hemos tomado las más adecuadas, simples y manejables para este grupo poblacional<sup>33</sup> como son:

- ✓ Estatura
- ✓ Peso Actual
- ✓ Peso Usual
- ✓ Peso ideal
- ✓ % de cambio de peso
- ✓ Índice de masa muscular
- ✓ Área Muscular
- ✓ Área Grasa
- ✓ Presencia de edema

Valoración Bioquímica.- El análisis conjunto de antropometría y laboratorio nos dan una clara idea de que paciente tenemos, por lo que ciertos datos de laboratorio en estos pacientes es muy importante, citamos los indicadores que tomaremos en cuenta:

- ✓ Glicemia
- ✓ Colesterol
- ✓ HDL/LDL

---

<sup>33</sup> NACIONES UNIDAS. (2006), Evaluación Nutricional. Como pesar y medir. New York. Editorial Medica JIMS.

- ✓ Triglicéridos
- ✓ Potasio
- ✓ Calcio
- ✓ BUN/Creatinina
- ✓ Acido Úrico
- ✓ Albumina
- ✓ Hb/Hcto
- ✓ Sodio
- ✓ Fosforo

Encuesta Alimentaria.- La presente encuesta nos sirva para tener una línea de base sobre los gustos, intolerancias y hábitos alimentarios de cada uno de los pacientes y se trabajara con cada uno la consulta será en cuanto a:

- ✓ Apetito
- ✓ Nausea
- ✓ Vomito
- ✓ Dificultad en la masticación
- ✓ Cambios de gusto
- ✓ Intolerancia alimentaria
- ✓ Suplementos nutricionales
- ✓ Habito intestinal diuresis

- ✓ Facilidad económica
- ✓ Numero de comidas al día
- ✓ Nausea/Vomito

Se evaluara dentro de la encuesta alimentaria la frecuencia de consumo de alimentos es decir se señalara el alimento y cuantas veces consume este si nunca, diario, semanal o mensual este es un diagnostico de hábitos alimentarios que servirá para verificar las respuestas anteriores.

Y para finalizar este capítulo se anexara una anamnesis alimentaria o recuento de 24 horas, es decir el paciente nos tendrá que contar que comió el día anterior y tenemos una idea de su consumo alimentario, con el análisis de las respuestas anteriores sabemos su comportamiento alimentario nutricional. Se anotara una síntesis breve de las características de la alimentación.

Para una valoración complementaria se deberá mantener al ingreso del paciente y cada tres meses una Valoración Global Subjetiva.

Con todos estos datos se emite un diagnostico nutricional, y a continuación la prescripción de la dieta.

Para mantener el Sistema de Vigilancia el documento contiene al final un espacio para alimentar información mensual en donde se anotara todos los datos que arrojen mensualmente el paciente y tomar planes de mejora o acciones correctivas preventivas de acuerdo al cada caso. La secretaria clínica imprimirá el documento el último día de cada mes y archivara en la historia clínica de cada paciente. (Anexo 8).

Se presenta en SISVAN al personal médico y administrativo de la Unidad

## **CONCLUSIONES.**

Los formularios fueron realizados, y aprobados por el personal médico y administrativo de la Unidad

Los formularios son llenados y alimentados mensualmente por la persona involucrada siendo la nutricionista del centro e impresos y archivados por la secretaria clínica.

## **RESULTADO 3**

Pacientes de la Unidad Renal capacitados sobre alimentación y nutrición

### **PRODUCTO 3**

Programa de capacitación alimentario nutricional

### **INTRODUCCIÓN**

Los hábitos y costumbres alimentarias sufren transformaciones que permanecen y se incrementan con el transcurso de la vida, afectando hasta el entorno familiar, posiblemente invadidos por la llamada modernidad.

El adecuado manejo de una alimentación sana y balanceada será uno de los pilares fundamentales para evitar la malnutrición y lograr una buena calidad de vida.

### **OBJETIVO**

Implementar un programa educativo alimentario nutricional

### **METODOLOGIA**

El presente programa integran 122 pacientes de la Unidad Renal Baxter Quito es decir el 89% de la población general, debido a que este grupo humano de acuerdo al diagnostico nutricional se encuentra en estado nutricional normal y algún tipo de

malnutrición, excluyendo al 11% de pacientes con desnutrición y peso bajo para la talla y edad.

Previo a la redacción del programa educativo se realiza un test de conocimientos a todos los pacientes que integran el Universo en este tema, para tener un panorama real del nivel de conocimientos y aplicar temas de educación de acuerdo a la necesidad. (Anexo 9).

Es así que luego de la tabulación se encuentra el siguiente resultado:

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	SI %	NO %	No Contesta
Existen alimentos que engordan	55	38	7
Dejar de consumir la merienda baja de peso	60	29	11
Sabe si tiene mucho peso o esta normal	40	44	16
La gordura se hereda	71	25	4
Cree que si una persona hace dieta bajara de peso	65	35	0
Cree que el ejercicio es importante para bajar de peso	81	13	6
Cree que el exceso de peso afecta emocionalmente a una persona	91	9	0
Cree que el exceso de peso afecte a la salud	77	12	11

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes de la Unidad Renal Baxter Quito  
 Elaborado por: Mayra Avilés P.  
 Fecha: 2010

### **Plan sintético.**

Conjuntamente con la Dirección médica se decide que las reuniones serán una vez por mes durante tres meses, el primer domingo de cada mes de 09H00 a 13H00.

La dos primeras convocatorias se lo realizaran en el auditorio junto a Baxter, este pertenece a la unidad pero se encuentra en la casa de alado.

La tercera convocatoria se realizara en el parque metropolitano, debido a que es un taller de actividad física con un profesor invitado especialista en actividad física pasiva que es el objetivo de esta última reunión con la Dra. Chang.

El objetivo es lograr que los pacientes y familiares de la Unidad Renal Baxter Quito en tratamiento dialítico, tomen conciencia sobre la importancia de una adecuada alimentación y nutrición,

Así también identifiquen los factores que conlleva el seguimiento de una alimentación equilibrada y los factores de riesgo, para prevenir complicaciones, se ha cumplido paralelamente los pasos del proceso de educación planificado que se detalla a continuación en los siguientes cuadros. Para esto se hace la invitación en forma general, ubicando estas en los franelógrafos que se ubican al ingreso de cada sala de diálisis para que sea fácil la lectura, así también se indica a cada paciente personalmente en la sala de tratamiento. (Anexo 10).

Matriz del plan analítico de Educación.

**Capacitación alimentaria nutricional para pacientes de la  
Unidad Renal Baxter Quito 2010**

**Agenda**

Fecha: Domingo 02 de Mayo del 2010

Responsable: Mayra Avilés P

<b>TEMA</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>HORA</b>
Presentación	Lectura y entrega de programa del día	09H00 a 09H10
Dinámica de grupo	Juegos	09H10 a 09H25
Grupos de alimentos	Charlas Demostraciones Preguntas Charlas	09H25 a 10H00
Alimentación para grupos específicos	Charlas Demostraciones Preguntas Charlas	10H00 a 10H40
Receso		10H40 a 11H00
Mitos y verdades de la alimentación	Charlas Demostraciones Preguntas Charlas	11H00 a 11H30
Calculo fácil del peso ideal.	Charlas y Juego	11H30 a 12H20
Dinámica de grupo	Juego	12H20 a 12H40
Evaluación del seminario	Evaluación escrita	12H40 a 13H00

Elaborado por: Mayra Avilés P.

Aprobado por: Dirección Médica URBQ

Fecha: 2010

**Capacitación alimentaria nutricional para pacientes de la  
Unidad renal Baxter quito 2010**

**Agenda**

Fecha: Domingo 06 de junio del 2010

Responsable: Mayra Avilés P.

<b>TEMA</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>HORA</b>
Presentación		09H00 a 09H10
Dinámica de grupo	Juegos	09H10 a 09H25
Alimentación Equilibrada	Charlas y presentación de un video	09H25 a 10H40
Receso		10H40 a 11H00
Hábitos y costumbres alimentarias	Charlas y Juego Preguntas	11H00 a 11H40
Dietas hipocalóricas	Charlas Demostraciones Preguntas	11H40 a 12H20
Evaluación de conocimientos	Aplicación de Test	12H20 a 12H50
Evaluación del seminario	Cuestionario escrito	12H50 a 13H00

Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Aprobado por: Dirección Médica URBQ  
Fecha: 2010

**Capacitación alimentaria nutricional para pacientes de la  
Unidad Renal Baxter Quito 2010**

**Agenda**

Fecha: Domingo 04 de Julio del 2010

Responsable: Mayra Avilés P. y Dra. Chang

<b>TEMA</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>HORA</b>
Presentación		09H00 a 09H10
Dinámica de grupo	Juegos	09H10 a 09H25
Consecuencias de la Malnutrición	Dramatización	09H25 a 09H45
Importancia de la actividad física	Charlas	09H45 a 10H00
Taller de actividad física	Actividad física	10H00 a 13H00
Evaluación del seminario	Evaluación escrita	13H00 a 13H20
Entrega de diplomas		13H20 a 13H30
Almuerzo		13H30

Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Aprobado por: Dirección Médica URBQ  
Fecha: 2010

## FOTORELATORIA

### Capacitación domingo 02 de Mayo del 2010



### Capacitación (almuerzo) domingo 6 de Junio del 2010



### Capacitación actividad física domingo 4 de Julio del 2010 Dra. Chang.



Como estímulo al paciente que participo en las capacitaciones se entrega un diploma por haber concluido con éxito el programa, lo que incentiva a practicar los conocimientos adquiridos en el presente (Anexo 11).



Es necesario comentar que este estímulo emocionó mucho al grupo de pacientes que con gran concurrencia participó, y se logró hacer de esta reunión muy activa y que participen con vivencias de cada uno de los participantes.

En las reuniones participaron personal clínico como las enfermeras, técnicos y otro personal como el médico psicólogo y trabajadora social que colaboró muy ampliamente en cada actividad.

En el programa de capacitación del segundo mes del domingo 4 de julio, se evalúa los conocimientos del paciente con el test de conocimientos del Anexo 9 luego de la tabulación se obtiene los siguientes datos:

Los pacientes solicitaron de manera enfática la continuación de estos programas de capacitación que se tomara en cuenta para el futuro.

**Resultados del test de evaluación sobre conocimientos alimentarios  
de los pacientes de la URBQ. Año 2010**

PREGUNTAS	RESPUESTAS		
	SI %	NO %	No Con- testa
Existen alimentos que engordan	22	73	5
Dejar de consumir la merienda baja de peso	5	92	3
Sabe si tiene mucho peso o esta normal	67	22	11
La gordura se hereda	31	68	1
Cree que si una persona hace dieta bajara de peso	95	5	0
Cree que el ejercicio es importante para bajar de peso	100	0	0
Cree que el exceso de peso afecta emocionalmente a una persona	91	5	4
Cree que el exceso de peso afecte a su salud	90	5	5

Fuente: Encuestas realizadas a pacientes de la Unidad Renal Baxter Quito  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

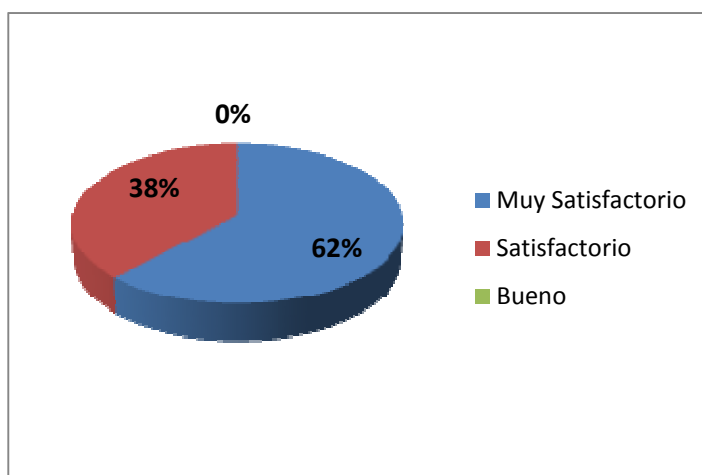
La evaluación de conocimientos a los asistentes del programa educativo es satisfactoria, se encuentran motivados, han comprendido y se encuentran comprometidos en mejorar hábitos alimentarios y sobre a fomentar la actividad física comprendiendo que para esto no es un limitante estar en terapias dialíticas.

En cada una de las reuniones se verifica la asistencia a las capacitaciones con registro de asistencia (Anexo 12)

Después de cada una de las capacitaciones se realizó una evaluación del programa. (Anexo 13), al ser tres días diferentes de capacitación se presenta un promedio a continuación:

**Gráfico 12**

**Temas Expuestos en la Capacitación Alimentaria Nutricional**



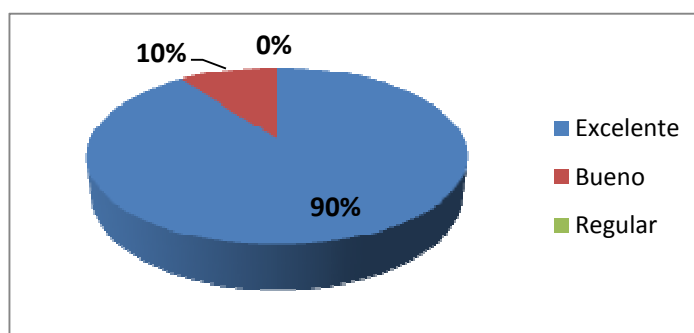
Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes que asistieron a capacitación  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

El 62% de los pacientes encuestados responde que la temática de la capacitación fue muy satisfactoria, mientras que el 38% respondió que fue satisfactoria debido a que fue muy corto el tiempo dedicado a cada tema.

En esta reunión se planifica nuevas reuniones a partir del próximo año con la aprobación inmediata en el lugar de la administración y dirección médica, solicitando éstas partes un cronograma específico y planificado.

**Gráfico 13**

**Calificación al expositor de la capacitación**

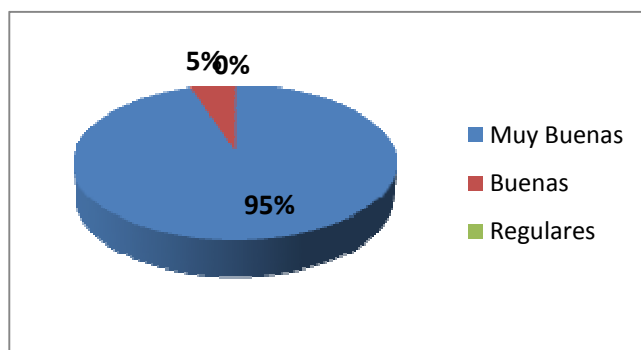


Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes que asistieron a capacitación  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

El 90% de los pacientes califica al expositor como excelente, mientras que el 10% manifiesta que fue bueno.

**Gráfico 14**

**Ayudas utilizadas en la capacitación**



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes que asistieron a capacitación  
Elaborado por: Mayra Avilés P.  
Fecha: 2010

El 95% de los pacientes que asistieron a la capacitación alimentaria nutricional responden que las ayudas utilizadas para este efecto son muy buenas, mientras que el 5% califican como buenas, Las ayudas audiovisuales permitieron fijar conocimientos e ideas claves, especialmente los videos

Se emite un informe a la Dirección Medica sobre el resultado del programa educativo instaurado en la Unidad. (Anexo 14).

Frecuentemente de acuerdo a las necesidades y circunstancias se vuelve necesario reunir a los pacientes y familiares para realizar reajustes en las explicaciones en la consulta externa



Para mantener la educación constante y continua se crea un periódico interno mensual que se denomina “El chasqui”, en el que se publican temas nutricionales



La propuesta de incluir en el día a día del paciente renal una valoración más completa amplia y continua mediante un SISVAN, dirigidos a generar proyectos de mejora y por ende mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional se planteo a la dirección médica, y personal clínico en la unidad renal, así como a los pacientes.

Se realizar el plan de socialización e institucionalización para lo que es importante solicitar autorización por la Dirección Médica reuniones con el área clínica y los pacientes para la socialización del proyecto, a lo que recomienda que esta actividad para los pacientes sea en las salas de diálisis mientras reciben el tratamiento dialítico.



La socialización para el personal clínico se la realiza en el auditorio de la Unidad (Anexo 17), así como la institucionalización del proyecto.



Con la aceptación total del área clínica y de los pacientes de la Unidad se implementa el programa que será de beneficio mutuo.

## **CONCLUSIONES**

Se realizó el 100% de las reuniones programadas, a la hora y fecha indicada sin ningún contratiempo.

Los 122 pacientes involucrados en el programa de capacitación y concienciación asistieron en un promedio del 80%.

En la Unidad existe actitud positiva por parte de la Dirección médica, área clínica y pacientes para apoyar en el proyecto encaminado a prevenir y controlar la nutrición en los pacientes en tratamiento dialítico de la Unidad Renal Baxter Quito, siendo esta área un pilar fundamental en la salud.

El área médica y grupo de pacientes en tratamiento dialítico está dispuesto a contribuir en cada una de las actividades que permitan mantener activo el presente proyecto.

A partir de la fecha el programa queda implementado en la Unidad Renal Baxter Quito con la colaboración de todo el grupo poblacional de esta Unidad.

## **RESULTADO 4**

Diseño y publicación de Manual de alimentación y nutrición

### **PRODUCTO 4**

Manual de alimentación y nutrición para pacientes con malnutrición en tratamiento dialítico

### **INTRODUCCIÓN**

Todo manual pretende convertirse en una guía facilitadora de los diferentes procesos para desarrollar una actividad. De igual manera el presente documento se constituye en una guía que apoye la educación y controle o evite la presencia de malnutrición en pacientes con tratamiento dialítico.

En esta guía se toman consideraciones importantes ya que la alimentación de una persona en tratamiento de diálisis debe limitar ciertos alimentos por el contenido de electrolitos y exceso de líquidos que en dietas hipocalóricas comunes son los alimentos básicos

## **OBJETIVO**

Elaborar un manual de alimentación y nutrición para pacientes con malnutrición en tratamiento dialítico

## **METODOLOGIA**

Se recopilaron documentos técnicos bibliográficos, es importante señalar que para la elaboración de la presente guía se debió tomar en cuenta la patología de base del paciente y recomendar su alimentación en base a parámetros en control de electrolitos, sodio, potasio y fosforo, así también en el control de la ingesta hídrica y el incremento de proteína en su dieta.

Se elabora un borrador, una vez concluido se presenta a la Dirección Médica para la revisión y aprobación, (Anexo 15).

Se recibe recomendaciones por parte de la Dirección Médica, y se envía a la Administración para cotización e impresión (Anexo 15).

El manual es entregado a cada uno de los pacientes el día de la consulta externa de nutrición (Anexo 16), y publicado en el área de lectura de la sala de espera

Dentro de las actividades de este componente tenemos la evaluación del programa que es un proceso por el cual se determina el establecimiento de los cambios generados, a partir de la comparación entre el estado actual y el estado previsto en su planificación. Lo que se intenta conocer es que tanto un programa ha logrado cumplir sus objetivos o bien que tanta capacidad poseería para cumplirlos.

En una evaluación generalmente se produce información para la toma de de acciones o decisiones, y esto se puede considerar como una actividad orientada a mejorar la eficacia de los proyectos en relación con sus fines, además de promover mayor eficiencia en la asignación de recursos, para lo que se realizó un Análisis del cumplimiento de componentes

### **Control de cumplimiento de Actividades del Programa**

<b>Resultados Esperados del programa</b>	<b>% META</b>
Actualización del diagnostico situacional de la Unidad Renal Quito.	100%
Diseño de un sistema de vigilancia alimentario nutricional	100%
Programa educativo alimentario nutricional	80%
Elaboración de un manual de alimentación y nutrición para pacientes con malnutrición en tratamiento dialítico.	100%

## **CONCLUSIONES.**

El manual fue realizado, aprobado y entregado al 100% de pacientes de la Unidad Renal Baxter Quito.

Este manual se entrega a los pacientes que ingresan al tratamiento dialítico en la Unidad Renal, al momento de la inducción nutricional.

Las metas de las actividades del programa se cumplieron al 100% sin novedades ni contratiempos.

La colaboración por parte del cliente interno y externo permitió cumplir las actividades programadas en los tiempos establecidos.

## **10. CONCLUSIONES**

En el 2010 los pacientes con Insuficiencia Renal en tratamiento dialítico el 44% presentan algún grado de sobrepeso, mientras que el 11% de pacientes presentan peso inferior al recomendado, y el 45% mantienen peso adecuado para la talla y edad.

El 100% de pacientes de la Unidad Renal Baxter Quito integra el Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional

La Unidad Renal Baxter cuenta con un manual de alimentación y nutrición para pacientes con Insuficiencia renal crónica con malnutrición, tomando en cuenta las diferentes limitaciones alimentarias para este grupo poblacional.

El apoyo de la Dirección médica, área clínica y pacientes permiten que el proyecto encaminado a prevenir y controlar la malnutrición en los pacientes en tratamiento dialítico de la Unidad Renal Baxter Quito se dé en forma ordenada y regular.

Las actividades programadas para cada componente se realizaron sin presentar novedades.

## **11. RECOMENDACIONES**

Es importante mantener motivado a los pacientes de tal manera que no decline en el cuidado nutricional diario.

La capacitación permanente es el eje fundamental que permita que la malnutrición baya en descenso y se logre mejorar la calidad de vida del paciente en tratamiento dialítico.

La información que se obtenga a través del buzón de quejas y sugerencias deberá ser analizada y discutida con la finalidad de poner soluciones, específicamente para el área de nutrición.

Mantener día a día la alimentación del formato del sistema de vigilancia alimentaria nutricional para sacar programas de mejora continuos.

El sistema de vigilancia nutricional debe servir para tomar en cuenta planes de acción ante situaciones nutricionales a mejorar

El manual de alimentación y dietas para pacientes en tratamiento dialítico se deberá entregar a cada paciente en la primera reunión de inducción y evitar problemas de malnutrición a futuro.

## **12. BIBLIOGRAFÍA**

1. Afalbriard, P. (1994), La Insuficiencia renal crónica, Editorial CIBA.
2. Arce, A. (2001) Medicina Preventiva y Salud Pública, Madrid, Editorial Las-cos.
3. Armojos, M. (2009) Planificación Estratégica, Loja Ecuador, Editorial de la Universi dad Técnica Particular de Loja.
4. Buele, N. (2009). Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud: Trabajo de Grado I, Loja Ecuador, Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja.
5. Campaña, R, (1999).Datos epidemiológicos. Nefrología. IESS 2009, 1, 12-48
6. FAO/OMS. SISVAN. 2008 Conferencia Internacional. 3, 24-59
7. Freire, W. (1999), Diagnostico Alimentario Nutricional y de Salud, Bucaramanga. Metaal
8. Freire, W. (1999), Manual de la Encuestadora. Bucaramanga, 16, 54-62
9. García, G. (2003) Nutrición. Clínica. Bogotá Colombia, Editorial Mendoza
10. Gallegos, S. (2005), Manual de Consumo de Alimentos, Riobamba Ecuador.
11. Dirección Medica Unidad Renal Baxter Quito 2010
12. Dirección de Operaciones Baxter Ecuador S.A. 2010
13. INNE, (2000), Tabla de composición de Alimentos Ecuatorianos 2, 9-52
14. Majen, L. (2006), Nutrición y Salud Pública-Bases científicas y aplicaciones, Editorial Mass España
15. Masson, G. (2000), Medicina preventiva y Salud Pública, Editorial Edu.

16. MSP, (1998), Evaluación Nutricional en Adultos Lineamientos Generales. Quito Ecuador.
17. MSP, (2004), Dirección y Mejoramiento de la Salud Pública, Serie manuales de capacitación, Guía para la elaboración de proyectos. Quito Ecuador.
18. Muñoz, E. (2003), Guía para la Planificación de Proyecto de Seguridad Alimentaria. Chimborazo Ecuador.
19. OMS. 2005 Alimentación y Nutrición
20. PACHECO V, PASQUEL M. (1999) Obesidad en Ecuador: una aproximación epidemiológica. En: Obesidad; un desafío para América Latina. Ed. J. Braguinsky, R. Álvarez Cordero y A. Valenzuela. (En prensa).
21. Rufino, L. (1999). Aspectos nutricionales en hemodiálisis. Tratado de Hemodiálisis. Barcelona. Editorial Médica JIMS.
22. NACIONES UNIDAS, (2006), Evaluación nutricional. Como pesar y medir, New York.
23. Robison, C. (2000), Fundamentos de la Nutrición Normal, México, Primera Edición, Editorial Continental.
24. Solís, A. (2002), Actividad y Técnicas de la Salud Pública. México, Editorial Cornejo.
25. Torres, A. (2002), Manual de Nefrología, Elsevier España.

## Soporte Electrónico

1. <http://scholar.google.com/scholar?q= analisis+sobre+gasto+en+salud+en+paises+desarrollados+y+perifericos+&hl=es&cr=countryEC&um=1&oi=scholart>
2. [http://www.asambleaconstituyente.ec/asamblea/index.php?option=com\\_content&task=view&id=179&Itemid=14](http://www.asambleaconstituyente.ec/asamblea/index.php?option=com_content&task=view&id=179&Itemid=14)
3. <http://www.monografias.com/trabajos23/globalizacion-diversidad/globalizacion-diversidad.shtml>.
4. <http://www.saludcolombia.com/actual/salud60/portad60.htm>
5. <http://scholar.google.com/scholar?q= analisis+sobre+gasto+en+salud+en+paises+desa>.
6. <http://www.monografias.com/trabajos23/globalizacion-diversidad/globalizacion-diversidad.shtml>.
7. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple11a.html>
8. <http://www.clinicadam.com/salud/5/007135.html>
9. <http://www.geosalud.com/renal/dietahemodialisis.htm>
10. [http://www.kidney.org/atoz/pdf/hemodialysis\\_sp.pdf](http://www.kidney.org/atoz/pdf/hemodialysis_sp.pdf)
11. <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E112/P7-E112-S123-A2609.pdf>

## **13. ANEXOS**

## **GLOSARIO**

UTPL. Universidad Técnica Particular de Loja

MN. Malnutrición

IRCT. Insuficiencia renal crónica terminal

SISVAN. Sistema de vigilancia alimentaria nutricional.

RETEREC. Red de terapia renal en el Ecuador

MSP. Ministerio de Salud Pública.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

IESS. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSPOL. Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional

IRCT. Insuficiencia Renal Crónica Terminal

FAV. Fístula arterio venosa

DM. Dirección Médica

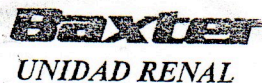
ECNT. Enfermedad crónica no transmisible

HTA. Hipertensión arterial





# ANEXO 2



## CRONOGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA TÉCNICOS Y ENFERMERAS

FECHA DE ACTUALIZACIÓN:

08/Ene/2010

MES	TEMA	RESPONSABLE EDUCACIÓN - EXPOSITOR	FECHAS
ENERO	MANEJO DE ACCESOS VASCULARES	DR. FAVIO CARRERA	JUEVES 28
FEBRERO	TALLER: ACTUALIZACIÓN, METODOLOGÍA DE TOMAS DE MUESTRAS DE AGUA EN LOS DIFERENTES PUNTOS	LCDAS. ROSA CHÁVEZ Y MARÍA SALAZAR	JUEVES 11
	TÓPICOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA / TALLER PARA CONFORMAR EQUIPOS DEFINIR ROLES	DR. PABLO FLORES	JUEVES 25
MARZO	SEGURIDAD EN MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS REQUERIDAS EN LA UNIDAD RENAL	ING. MÓNICA SILVA	JUEVES 25
ABRIL	DIÁLISIS PERITONEAL: GENERALIDADES - TIPOS DE TERAPIA	LCDA. LILIAN PILLA	JUEVES 15
	TALLER: PROCEDIMIENTOS EN DP	LCDA. LILIAN PILLA	JUEVES 29
MAYO	DESINFECCIÓN - MANTENIMIENTO DE MÁQUINAS DE HEMODIÁLISIS DISPONIBLES	ING. JAVIER ABAD	JUEVES 27
JUNIO	DIÁLISIS PERITONEAL: DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS MÁS FRECUENTES Y SU MANEJO	DR. OSCAR BURBANO	JUEVES 24
JULIO	MANEJO DE COMPLICACIONES EN HEMODIÁLISIS	DRA. SANDRA MENDIZÁBAL	JUEVES 29
AGOSTO	BIOSEGURIDAD, MANEJO DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	DRA. MYRIAM ALMEIDA	JUEVES 26
SEPTIEMBRE	APD: GENERALIDADES DE ADECUACIÓN EN DP Y MANEJO DE PROGRAMACIÓN DE MÁQUINA HOMECHOICE	LCDA. LILIAN PILLA	JUEVES 30
OCTUBRE	MANEJO DE ACCESOS VASCULARES	DR. FAVIO CARRERA	JUEVES 28
NOVIEMBRE	REVISIÓN ACTUALIZADA DEL REUSO DE FILTROS	SR. CARLOS VILLACRESES	JUEVES 25

  
 DRA. SANDRA MENDIZÁBAL  
 DIRECCIÓN MÉDICA

3

**ANEXO 3**

Quito 11 de febrero de 2010

Señora. Dra.  
Sandra Mendizábal  
**Director Medico Unidad Renal Baxter Quito**

La presente tiene por objeto enviarle un cordial saludo, como es de su conocimiento estoy cursando la Maestría de Gerencia en Salud, una de las tareas es realizar el proyecto de la tesis previa a la obtención del título de Magister en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local

Por lo que solicito de la manera más comedida se digna autorizar la elaboración de dicha actividad en la Unidad Renal Baxter Quito tomando como referencia a los pacientes que se encuentran en tratamiento dialítico, el Tema es: **"Diseño de un sistema de vigilancia nutricional para pacientes en tratamiento dialítico de la Unidad renal Baxter Quito 2010"**.

Los resultados que se obtengan serán de mucha utilidad para nosotros como estudiantes y para la unidad renal como entidad de salud, los datos obtenidos servirían como documento de respaldo ante situaciones de negocios, manejo de atención integral a pacientes con terapias dialíticas y disminuir complicaciones.

Por la atención que se digna dar a la presente anticipo mi agradecimiento.

Atentamente

Mayra Avilés P  
C.I. 0602683633

Cc Recursos Humanos  
Dirección de operaciones

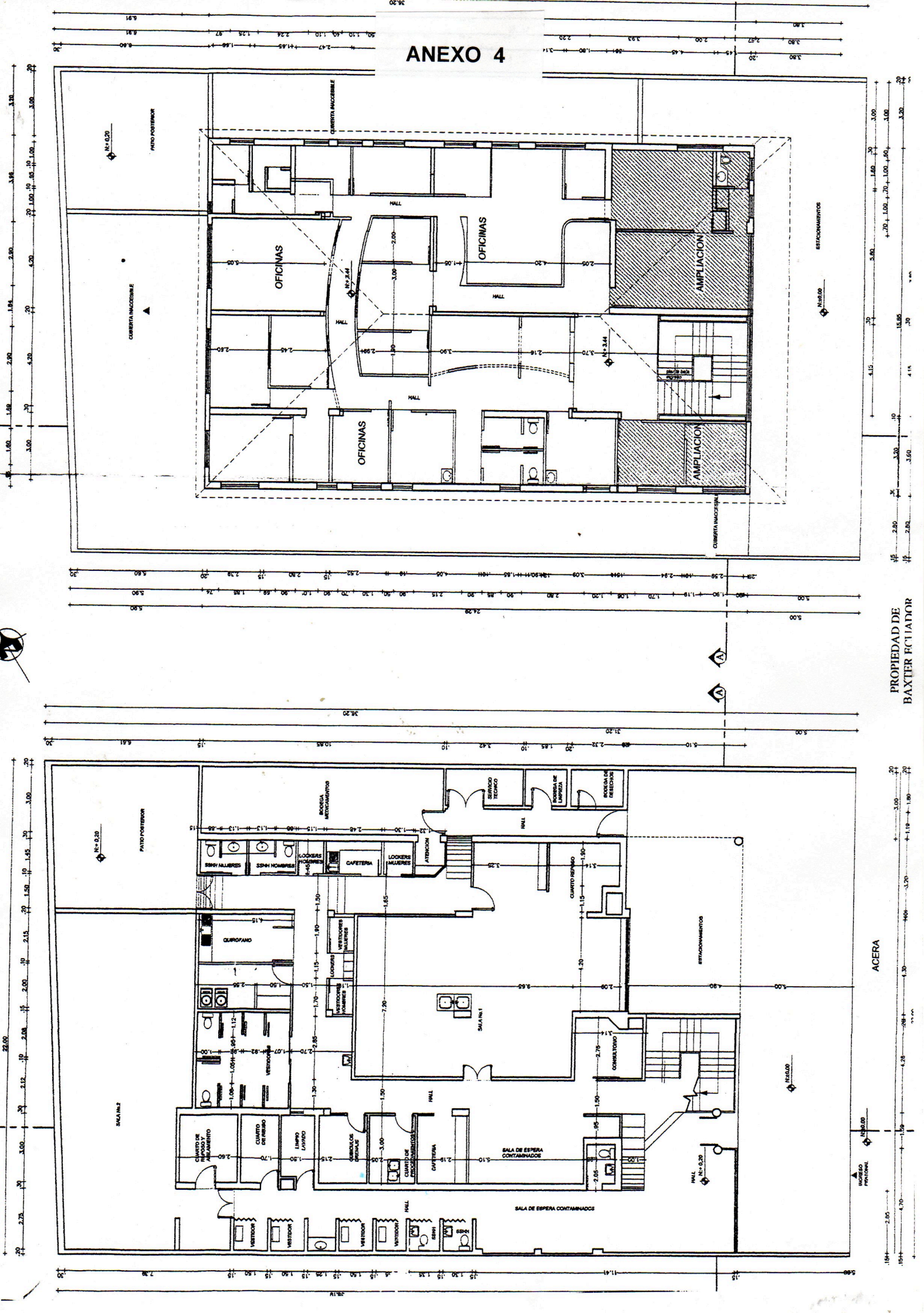
UNIDAD RENAL  
BAXTER

*Sandra Mendizábal*  
Dra. Sandra Mendizábal  
SECCION MEDICA

12-MAR-2010

Responsable  
DRA. MAYRA AVILES

# ANEXO 4



PROPIEDAD DE  
BAXTER FCTIADOR

ACERA

CONTROL PLANTA TRATAMIENTO DE AGUA

ANO: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ FIRMA DIRECTOR MEDICO U. RENAL: \_\_\_\_\_

FIRMA DIRECTOR ADMINISTRATIVO: \_\_\_\_\_

TIPO DE PRUEBA	FRECUENCIA	VALOR ACEPTABLE	PUNTO DE MUESTRA / LECTURA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
TEST DE CLORO	LUNES / SABADO	< 0.5 ppm (MENOR 0.5 ppm)	salida filtro de carbon																
TEST DE DUREZA	LUNES / SABADO	0 ppm	salida filtro suavizador																
NIVEL DE SAL	LUNES / SABADO	N/A	tanque de sal																
TEST SÓLIDOS TOTALES DISUELTOS (TDS)	LUNES / SABADO	< 10TDS	salida osmosis																
PRESIÓN MANÓMETRO 1	LUNES / SABADO	> 20PSI	entrada a bomba de presión																
PRESIÓN MANÓMETRO 2	LUNES / SABADO	> 20PSI	salida de bomba de presión																
PRESIÓN MANÓMETRO 3	LUNES / SABADO	> 20PSI	salida filtro multimedía																
DIFERENCIA PRESIÓN MULTIMEDIA	LUNES / SABADO	< 10 PSI (MENOR 10PSI)	restar presión manómetro 3 y presión manómetro 2																
PRESIÓN MANÓMETRO 4	LUNES / SABADO	> 20PSI	salida filtro suavizador																
DIFERENCIA PRESIÓN CARBÓN ACTIVADO	LUNES / SABADO	< 10 PSI (MENOR 10PSI)	restar presión manómetro 4 y presión manómetro 3																
PRESIÓN MANÓMETRO 5	LUNES / SABADO	> 20PSI	salida filtro carbon activado																
DIFERENCIA PRESIÓN SUAVIZADOR	LUNES / SABADO	< 10 PSI (MENOR 10PSI)	restar presión manómetro 5 y presión manómetro 4																
PRESIÓN MANÓMETRO 6	LUNES / SABADO	> 20PSI	salida prefiltros de 5u																
DIFERENCIA PRESIÓN PREFILTROS 5u	LUNES / SABADO	< 10 PSI (MENOR 10PSI)	restar presión manómetro 6 y presión manómetro 5																
CAMBIO DE FILTROS DE 5 MICRINES	FIN DE MES	AL FINAL DE MES	ENTRADA PREVIA A LA OSMOSIS INVERSA																
CONDUCTIVITY	LUNES / SABADO	< 10 TDS	panel de control osmosis																
PRESSURE PRE FILTER	LUNES / SABADO	> 20PSI	panel de control osmosis																
PRESSURE POST FILTER	LUNES / SABADO	> 20PSI	panel de control osmosis																
FLOW PERMEATE	LUNES / SABADO	6 MEMBRANAS > 5GPM	panel de control osmosis																
FLOW CONCENTRATE	LUNES / SABADO	6 MEMBRANAS < 5GPM	panel de control osmosis																
PRESSURE PRIMARY (ORI)	LUNES / SABADO	100- 280 PSI	panel de control osmosis																
PRESSURE FINAL (OR2)	LUNES / SABADO	100- 280 PSI	panel de control osmosis																
DIFERENCIA PRESIÓN MEMBRANAS	LUNES / SABADO	<40 PSI (MENOR 40PSI)	restar presión manómetro OR1 y presión manómetro OR2																
TEST BACTERIOLÓGICO (SOY TRIPTACASE AGAR)	MENSUAL	<150 CFU SEGÚN INSTRUCTIVO	salida osmosis (millipore a 35-37 °C o lab. Externo)																
TEST FÍSICO - QUÍMICO (NORMAS AAMI)	SEMESTRAL	NORMAS AAMI HEMODIÁLISIS	salida osmosis con lab. Externo (absorción atómica/otros)																
TEST DEL PH DEL AGUA	LUNES / SABADO	MENOR DE 6.5 Y NO MAS DE 7.5	salida de la osmosis inversa																
INICIALES DEL RESPONSABLE DE LA PRUEBA : (PRIMER NOMBRE Y APELLIDO)																			
TEST FÍSICO - QUÍMICO (NORMAS AAMI)	SEMESTRAL	NORMAS AAMI HEMODIÁLISIS	salida osmosis con lab. Externo (absorción atómica/otros)																
TEST DEL PH DEL AGUA	LUNES / SABADO	MENOR DE 6.5 Y NO MAS DE 7.5	salida de la osmosis inversa																
INICIALES DEL RESPONSABLE DE LA PRUEBA : (PRIMER NOMBRE Y APELLIDO)																			

ANEXO 5

SUGERENCIA: EN LA NOCHE O EN FINES DE SEMANA LA OSMOSIS REVERSA DEBE QUEDAR PRENDIDA EN SISTEMA STAND BY, NUNCA DEBE APAGARSE. (FLUSH: 6 MINUTOS)

UN RESULTADO POR FUERA DE LOS RANGOS ACEPTABLES O UN EQUIPO DE OSMOSIS APAGADO SE DEBE NOTIFICAR A LA JEFA DE SERVICIO TÉCNICO Y/O DIRECCIÓN MÉDICA Baxter

NOMBRE RESPONSABLES EJECUCIÓN TEST Y LECTURAS: ENFERMERAS

\* FORMULA % RECHAZO = 100 - (TDS SALIDA / TDS ENTRADA) \* 100

INFORMACIÓN PH: (0 a 6 - ÁCIDO / 7 NEUTRO / 8 a 14 BÁSICO)

Normas AAMI en mg/Lt: calcio (2), Magnesio (4), Sodio (70), Potasio (8), Fluor (0.2), Cloro (0.5), Cloramina (0.1), Nitrato (2), Sulfato (100), Cobre-Bario-Zinc (0.1), Aluminio (0.01), Arsénico-Plomo-Plata (0.005), Cadmio (0.001), Cromo (0.014), Selenio (0

OBSERVACIONES:

---



---



---

ANEXO 6

**Baxter**  
UNIDAD RENAL

SUGERENCIAS

Fecha:

Nombre y Apellido:

---

Sugerencia:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma de Responsabilidad

## ANEXO 7

Quito, 22 de Marzo del 2010.

Sra. Dra.

Sandra Mendizábal

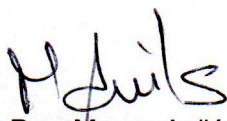
**DIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO**

Presente.

Por medio del presente hago llegar a Ud. un cordial saludo, a la vez emito el diagnostico situacional de la Unidad renal Baxter realizado en el presente mes, mismo que dará las pautas para continuar en el proyecto ya establecido del Diseño de un sistema de vigilancia alimentaria nutricional para los pacientes de la Unidad.

Sin antes agradecerle por la colaboración brindada.

Atentamente,



Dra. Mayra Avilés P.

Maestrante UTPL

UNIDAD RENAL  
BAXTER

Dra. Sandra Mendizabal  
DIRECCION MEDICA

MENDIZABAL

23- MAR - 2010.  
15:00.

**INFORMACION NUTRICIONAL PARA EL SISVAN**

FECHA DE INGRESO AL SISTEMA

**DATOS GENERALES**

NOMBRES		CEDULA DE IDENTIDAD	
FECHA NACIMIENTO		ENTIDAD	
SEXO		TIPO VINCULACION	
DIRECCION		OCUPACION	
TELEFONO		FECHA DE INGRESO	
REFERENCIA Y TELEFONO		MESES EN DILISIS ANTES DE INGRESAR A ESTA CLINICA	
INSTRUCCIÓN		TIPO PROGRAMA	
ESTADO CIVIL		TIEMPO PROGRAMA	
EDAD		FECHA PROGRAMA	
RELIGION		PAIS O PROCEDENCIA	
LUGAR RESIDENCIA		REGION O PROVINCIA	
Actividad Física			
Antecedentes Personales			
Diagnósticos Médicos			

1. VALORACION ANTROPOMETRICA								
MEDIDA	VALOR				INTERPRETACION			
Estatura					Edema	si	Kg	No
Peso Actual								
Peso Usual								
Peso Ideal								
% Cambio de Peso								
IMC								
Area Muscular (M)								
Area Grasa (F)								

2. VALORACION BIOQUIMICA							
Glicemia		BUN/Creatinina		Rec.Tot.Linf.			
Colesterol		A. Urico		Dep.Creat.			
HDL /LDL		Albúmina					
Triglicéidos		Hb / Hto					
Potasio		Sodio					
Calcio		Fósforo					

3. ENCUESTA ALIMENTARIA							
Apetito	Bueno				Regular	Malo	
Náuseas	Si	No				Vómito	Si No
Dificultad masticación	Si	No				Dificultad deglución	Si No
Cambios en el gusto	Si	No				Cuáles?	
Rechazo alimentos	Si	No				Cuáles?	
Intolerancia alimentos	Si	No				Cuáles?	
Suplementos Nutricionales	Si	No				Cuáles?	
Hábito intestinal	Normal	x	Frecuencia			Estreñimiento	Diarrea
Orina	Si	No	Volumen/24 horas				
Lugar donde come	Hogar	Trabajo	Restaurante				
Quién prepara los Alimentos?							
Facilidad económica	Alta	Media	Baja				
Comidas que realiza							
Desayuno		1/2 Mañana		Almuerzo		1/2 Tarde	
				Comida		Refrigerio	

**3.1 Frecuencia de consumo de alimentos**

ALIMENTO	NUNCA	DIARIO	SEMANA	MENSUAL
Leche				
Yogurt				
Queso				
Huevo				
Verduras				
Frutas				
Leguminosas				
Carnes Rojas				
Pollo				
Pescado				
Fritos / Margarina				
Aceite				
Azúcar				
Postres				
Enlatados				
Gaseosas				
Bebidas Alcohólicas				

**3.2. Anamnesis Alimentaria**

Desayuno \_\_\_\_\_ 1/2 Tarde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1/2 Mañana \_\_\_\_\_ Merienda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Almuerzo \_\_\_\_\_ Refrigerio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS DE LA ALIMENTACIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. PRESCRIPCIÓN DIETARIA**

Calorías \_\_\_\_\_ Líquidos \_\_\_\_\_

	gr	Kcal.	%
Proteínas			
Grasas			
Carbohidratos			

Potasio \_\_\_\_\_

Sodio \_\_\_\_\_

Calcio \_\_\_\_\_

Fósforo \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. EVOLUCION NUTRICIONAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA NUTRICIONISTA**

## ANEXO 9

### TEST CONOCIMIENTO ALIMENTARIO NUTRICIONAL DEL PACIENTE EN DIALISIS DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

1.- Cree que existen alimentos que engordan más?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ CUALES? \_\_\_\_\_

---

2.- Cree que al dejar de comer la merienda las personas no engordan?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

3.- Sabe si tiene mucho peso o esta normal?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

4.- Cree usted que la gordura se hereda?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

5.- Cree que si una persona hace dieta bajara de peso?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

6.- Cree que el ejercicio es importante para bajar de peso?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

7.- Cree que el exceso de peso afecta emocionalmente a una persona

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

8.- Cree que el exceso de peso afecte a su salud?

NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

## CONVOCATORIA

INVITAMOS AL GRUPO DE PACIENTES Y SUS FAMILIARES A  
LA CAPACITACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL

DIA: DOMINGO 2 DE MAYO DEL 2010

HORA: 08H30

LUGAR: AUDITORIO JUNTO A BAXTER

NO FALTES TE ESPERAMOS

TU PRESENCIA DARA MAYOR REALCE AL EVENTO

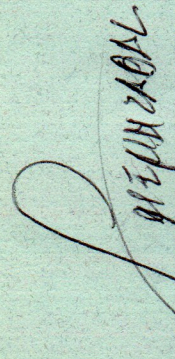
UNIDAD RENAL  
**Baxter**

# UNIDAD RENAL BAXTER QUITO

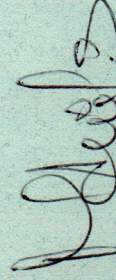
*Confiere el Presente Certificado al:*

*Señor Franklin Guerrero Ayora*

*Por haber participado en la Capacitación Nutricional, con una duración de 12 horas, del 02 de mayo al 04 de julio del 2010.*



Dra. Sandra Mendizabal  
DIRECCIÓN MÉDICA U.R.B.Q.



Dra. Mayra Avilés  
NUTRICIONISTA U.R.B.Q.

# ANEXO 12



## LISTA ASISTENCIA

DOMINGO, 2 DE MAYO DEL 2010

POR: MAYRA AVILES PANCHO

#	PACIENTES	FIRMA
1	ALMEIDA CEVALLOS LIDIA PATRICIA	Patricia Alcedo
2	ALMEIDA MENDEZ CARMEN LILIANA	Carmen Alameda
3	ALQUINGA TROYA JULIO CESAR	Julio Cesar
4	ALVAREZ FLORES JORGE ADALBERTO	Jorge Adalberto
5	ALVAREZ MARTHA ANALICIA	Martha Alvarez
6	AMAYA ORTEGA GLADYS MARIA DE LOURDES	Gladys Orusey
7	ANAGUANO LEMA MIGUEL ANGEL	Miguel Anaguano
8	ANDRADE ANDRADE NANCY CATALINA	Nancy Andrade
9	ANDRADE NAJERA KARINA ALEXANDRA	Karina Andrade
10	ARELLANO MENA ROSA ISMENIA	Rosa Arellano
11	ARIAS CHANGOLUISA JUAN MANUEL	Juan Manuel Arias
12	ARIAS CHIRIBOGA NARCISA DE JESUS	Narcisa Arias
13	ARMAS SILVA CARLOS MANUEL	Carlos Armas
14	ASCANTA ALVAREZ LUIS ANIBAL	Luis Ascanta
15	ASITIMBAY NAULA SEGUNDO CARLOS	Carlos Asitimbay
16	BAQUERO ESPINOZA MONGOMERY STEVE	Steve Baquero
17	BARAHONA GALARZA GLADYS YOLANDA	Yolanda Barahona
18	BAYAS FUENTES JUANA TEOLINDA	Juana Bayas
19	BENAVIDEZ JULIO WILSON GABRIEL	Julio Benavidez
20	BOLAGAY ANGEL MARIA	Angel Bolagay
21	BOLAÑOS CAZAR HENRY MIGUEL	Henry Bolaños
22	CAICEDO ARCOS ANGEL MARIA	Angel Caicedo
23	CAISALUISA PILAPANTA PATRICIO EDWIN	Patricio Caisaluisa
24	CAIZA GUAMAN BALTAZAR	Baltazar Caiza
25	CALDERON BUITRÓN FLAVIO RODRIGO	Flavio Calderon
26	CAMPOVERDE MENA CRISTIAN JIMMY	Jimmy Campo Verde
27	CASTILLO SANCHEZ ROSA MARIA	Rosa Castillo
28	CASTRO AGUIRRE ENRIQUE GERARDO	Gerardo Castro
29	CASTRO BACA JOSE ALBERTO	Jose Castro
30	CEVALLOS HERRERA ESPERANZA	Esperanza Cevallos
31	CHAMPUTIZ CUASAPAZ HILDA BEATRIZ	Hilda Champutiz
32	CHANCUSIG CASA BLANCA BEATRIZ	Beatriz Chancusig

LISTA ASISTENCIA

DOMINGO, 6 DE JUNIO DEL 2010

POR: MAYRA AVILES PANCHO

#	PACIENTES	FIRMA
1	ALMEIDA CEVALLOS LIDIA PATRICIA	<i>Patricia Cevallos</i>
2	ALMEIDA MENDEZ CARMEN LILIANA	<i>Carmen Almeida</i>
3	ALQUINGA TROYA JULIO CESAR	<i>Julio Cesar</i>
4	ALVAREZ FLORES JORGE ADALBERTO	<i>Jorge Alvarez</i>
5	ALVAREZ MARTHA ANALICIA	<i>Martha Alvarez</i>
6	AMAYA ORTEGA GLADYS MARIA DE LOURDES	<i>Glady's Amaya</i>
7	ANAGUANO LEMA MIGUEL ANGEL	<i>Miguel Anaguano</i>
8	ANDRADE ANDRADE NANCY CATALINA	<i>Nancy Andrade</i>
9	ANDRADE NAJERA KARINA ALEXANDRA	<i>Karina Andrade</i>
10	ARELLANO MENA ROSA ISMENIA	<i>Rosa Arellano</i>
11	ARIAS CHANGOLUISA JUAN MANUEL	<i>Juan Manuel Arias</i>
12	ARIAS CHIRIBOGA NARCISA DE JESUS	<i>Narcisa Arias</i>
13	ARMAS SILVA CARLOS MANUEL	<i>Carlos Armas</i>
14	ASCANTA ALVAREZ LUIS ANIBAL	<i>Luis Ascanta</i>
15	ASITIMBAY NAULA SEGUNDO CARLOS	<i>Carlos Asitimbay</i>
16	BAQUERO ESPINOZA MONGOMERY STEVE	<i>Yolanda Barch</i>
17	BARAHONA GALARZA GLADYS YOLANDA	<i>Glady's Barahona</i>
18	BAYAS FUENTES JUANA TEOLINDA	<i>Juana Bayas</i>
19	BENAVIDEZ JULIO WILSON GABRIEL	<i>Gabriel Benavidez</i>
20	BOLAGAY ANGEL MARIA	<i>Angel Bolagay</i>
21	BOLAÑOS CAZAR HENRY MIGUEL	<i>Henry Bolaños</i>
22	CAICEDO ARCOS ANGEL MARIA	<i>Angel Caicedo</i>
23	CAISALUISA PILAPANTA PATRICIO EDWIN	<i>Patricio Caisaluisa</i>
24	CAIZA GUAMAN BALTAZAR	<i>Baltazar Caiza</i>
25	CALDERON BUITRÓN FLAVIO RODRIGO	<i>Flavio Calderon</i>
26	CAMPOVERDE MENA CRISTIAN JIMMY	<i>Jimmy Campo Verde</i>
27	CASTILLO SANCHEZ ROSA MARIA	<i>Rosa Castillo</i>
28	CASTRO AGUIRRE ENRIQUE GERARDO	<i>Gerardo Castro</i>
29	CASTRO BACA JOSE ALBERTO	<i>Jose Castro</i>
30	CEVALLOS HERRERA ESPERANZA	<i>Esperanza Cevallos</i>
31	CHAMPUTIZ CUASAPAZ HILDA BEATRIZ	<i>Hilda Champutiz</i>
32	CHANCUSIG CASA BLANCA BEATRIZ	<i>Beatriz Chancusig</i>

LISTA ASISTENCIA

DOMINGO, 6 DE JUNIO DEL 2010

POR: MAYRA AVILES PANCHO

#	PACIENTES	FIRMA
1	ALMEIDA CEVALLOS LIDIA PATRICIA	<i>Patricia Cevallos</i>
2	ALMEIDA MENDEZ CARMEN LILIANA	<i>Carmen Almeida</i>
3	ALQUINGA TROYA JULIO CESAR	<i>Julio Cesar</i>
4	ALVAREZ FLORES JORGE ADALBERTO	<i>Jorge Alvarez</i>
5	ALVAREZ MARTHA ANALICIA	<i>Martha Alvarez</i>
6	AMAYA ORTEGA GLADYS MARIA DE LOURDES	<i>Glady's Amaya</i>
7	ANAGUANO LEMA MIGUEL ANGEL	<i>Miguel Anaguano</i>
8	ANDRADE ANDRADE NANCY CATALINA	<i>Nancy Andrade</i>
9	ANDRADE NAJERA KARINA ALEXANDRA	<i>Karina Andrade</i>
10	ARELLANO MENA ROSA ISMENIA	<i>Rosa Arellano</i>
11	ARIAS CHANGOLUISA JUAN MANUEL	<i>Juan Manuel Arias</i>
12	ARIAS CHIRIBOGA NARCISA DE JESUS	<i>Narcisa Arias</i>
13	ARMAS SILVA CARLOS MANUEL	<i>Carlos Armas</i>
14	ASCANTA ALVAREZ LUIS ANIBAL	<i>Luis Ascanta</i>
15	ASITIMBAY NAULA SEGUNDO CARLOS	<i>Carlos Asitimbay</i>
16	BAQUERO ESPINOZA MONGOMERY STEVE	<i>Yolanda Barch</i>
17	BARAHONA GALARZA GLADYS YOLANDA	<i>Glady's Barahona</i>
18	BAYAS FUENTES JUANA TEOLINDA	<i>Juana Bayas</i>
19	BENAVIDEZ JULIO WILSON GABRIEL	<i>Gabriel Benavidez</i>
20	BOLAGAY ANGEL MARIA	<i>Angel Bolagay</i>
21	BOLAÑOS CAZAR HENRY MIGUEL	<i>Henry Bolaños</i>
22	CAICEDO ARCOS ANGEL MARIA	<i>Angel Caicedo</i>
23	CAISALUISA PILAPANTA PATRICIO EDWIN	<i>Patricio Caisaluisa</i>
24	CAIZA GUAMAN BALTAZAR	<i>Baltazar Caiza</i>
25	CALDERON BUITRÓN FLAVIO RODRIGO	<i>Flavio Calderon</i>
26	CAMPOVERDE MENA CRISTIAN JIMMY	<i>Jimmy Campo Verde</i>
27	CASTILLO SANCHEZ ROSA MARIA	<i>Rosa Castillo</i>
28	CASTRO AGUIRRE ENRIQUE GERARDO	<i>Gerardo Castro</i>
29	CASTRO BACA JOSE ALBERTO	<i>Jose Castro</i>
30	CEVALLOS HERRERA ESPERANZA	<i>Esperanza Cevallos</i>
31	CHAMPUTIZ CUASAPAZ HILDA BEATRIZ	<i>Hilda Champutiz</i>
32	CHANCUSIG CASA BLANCA BEATRIZ	<i>Beatriz Chancusig</i>

## ANEXO 13

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

### ENCUESTA DE EVALUACION DE LA CAPACITACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL.

Fecha \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES.- Favor conteste las siguientes preguntas en forma, veraz, la información recolectada nos permitirá asumir la organización de futuros eventos exitosamente.

**1.- Los temas expuestos en la capacitación fueron:**

MUY SATISFACTORIOS \_\_\_\_\_

SATISFACTORIOS \_\_\_\_\_

BUENO \_\_\_\_\_

**2.- El facilitador de los temas:**

EXCELENTE \_\_\_\_\_

BUENO \_\_\_\_\_

REGULAR \_\_\_\_\_

**3.- Las ayudas audiovisuales en el evento fueron:**

MUY BUENO \_\_\_\_\_

BUENO \_\_\_\_\_

Sugerencias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----Gracias por su colaboración-----

**ANEXO 14**

Quito, 6 de Julio del 2010.

Sra. Dra.

Sandra Mendizábal

**DIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO**

Presente.

Por medio del presente hago llegar a Ud. el informe de capacitación alimentaria nutricional de los pacientes de la Unidad Renal, celebrado los últimos tres meses, el primer domingo de cada mes, con una buena acogida. No sin antes agradecer su valiosa colaboración, así como de la Administración y trabajo social quien colaboro en la culminación del presente.

Atentamente,



Dra. Mayra Avilés P.

Maestrante UTPL

UNIDAD RENAL  
BAXTER  
S. MENDIZÁBAL  
Sandra Mendizábal  
UNIDAD RENAL BAXTER

06 Julio 2010  
10:12'

cc/ Administración Ing. Tania Veintimilla

Trabajo social. Lic. Paulina Almeida

## ANEXO 15

Quito, 12 de Julio del 2010.

Sra. Dra.

Sandra Mendizábal

**DIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO**

Presente.

Por medio del presente hago llegar a Ud. un cordial saludo, y éxitos en el cumplimiento de sus labores diarias, a la vez me permito enviar el **MANUAL DE ALIMENTACION Y DIETAS PARA EL PACIENTE CON MALNUTRICION EN TRATAMIENTO DIALITICO** realizado para contribuir como una herramienta en el trabajo del día a día dentro de esta institución, por lo que solicito emita alguna recomendación u opinión, para que pueda ser aprobado y publicado posteriormente

En espera de su acertada respuesta anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,



Dra. Mayra Avilés P.

Maestrante UTPL

*Clarificar temas de actividades en el manual.*

UNIDAD RENAL  
BAXTER  
*S. MENDIZABAL*  
Dra. Sandra Mendizabal  
DIRECCION MEDICA

## ANEXO 16

mayra-aviles@bax.ec

← Anterior | Siguiente → CERRAR

**De:** "AVILES MAYRA" <mayra-aviles@bax.ec>

**Fecha:** Tue, 25 de Agosto de 2010, 8:52 am

**Asunto:** SOLICITUD ASISTENCIA A CHARLA ,AUDITORIO 2 Y EQUIPOS COMPUTO

**Para:** [tania-vintimilla@bax.ec](mailto:tania-vintimilla@bax.ec), [luis-mendez@bax.ec](mailto:luis-mendez@bax.ec), [paula-chavez@bax.ec](mailto:paula-chavez@bax.ec), [Sergio-llanos@bax.ec](mailto:Sergio-llanos@bax.ec), [Sandra-mendizabal@bax.ec](mailto:Sandra-mendizabal@bax.ec), [maria-ponce@bax.ec](mailto:maria-ponce@bax.ec), [carlos-medina@bax.ec](mailto:carlos-medina@bax.ec), [luz-pante@bax.ec](mailto:luz-pante@bax.ec),

**Ficheros adjuntos:** [untitled-\[1.1\]](#) (0.9 K), 8 K

BLOQUEAR REMITENTE

CERRAR COMO NO LEIDO

Responder

Responder a Todos

Reenviar

Borrar

Bandeja de entrada

MOVER

25 Agosto del 2010

Buenas tardes con tod@s.

El motivo de la presente es con el fin de solicitar su presencia para la presentación y socialización del proyecto de nutrición en el que se ha estado trabajando los últimos meses el día viernes 27 de Agosto a las 15H00. Sin antes agradecer todo el apoyo que ha dado al mismo la Dirección medica anticipo mi agradecimiento

Tania quisiera solicitar en base a la conversación del día de ayer te , autorices el uso del auditorio nro. 2 de la unidad, para la reunión de presentación. También necesito la autorización para el uso del sistema de cómputo con infocus y proyección.

Atentamente,  
Mayra Avilés Pancho URBQ  
BAXTER S.A.

bax.ec es una marca registrada de FACTORIA DE INFORMACION S.A. C/ Orense LAcdd



Quito, Octubre 22 del 2010

### ACTA DE REUNION

Siendo las 16H22 se reúnen las siguientes personas:

Dra Sandra Mendizabal, Ing Tania Veintimilla, Ing. Luis Mendez, Lic. Paula Chavez, Dr. Sergio Llanos, Lic Maria Ponce, Dr. Carlos Medina. Dra Luz Ponte.

En donde queda institucionalizado el SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DIALÍTICO DE LA UNIDAD RENAL BAXTER QUITO 2010. A cargo de Nutrición con el apoyo de la Secretaria clínica, los informes de este deberán ser presentados al araa clínica de forma semestral

Firman a continuación:

Dra. Sandra Mendizabal  
DIRECCION MEDICA

Dra. Mayra Aviles P.  
NUTRICIONISTA URBQ

m.p