# UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
# FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
# ESCUELA DE MEDICINA

PROYECTO DE TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

**“EVALUACIÓN PREOPERATORIA NUTRICIONAL EN USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-QUEVEDO DURANTE EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2016”**

AUTORES:

OSCAR EDUARDO AGUIRRE BUENO
ZAMBRANO SALVATIERRA SILVIA JIMENA

PORTOVIEJO– MANABÍ – ECUADOR
2016

## TEMA:

“EVALUACIÓN PREOPERATORIA NUTRICIONAL EN USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-QUEVEDO DURANTE EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2016”

# DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de Titulación, el cual forma parte muy importante de mi vida, a Dios quien me dio la fortaleza de seguir adelante y guiar por buen sendero mi camino.

A mi madre Arasely Salvatierra, por ser una mujer guerrera que nunca se dejó vencer por los obstáculos y por ser un ejemplo a seguir y por todo el apoyo incondicional, guiarme y por siempre estar a mi lado, por esas palabras de fuerza y motivación y más por el inmenso a amor que me tiene. A mi padre Freddy Zambrano, por darme la vida, por el apoyo brindado y por ser un gran profesional y enseñarme que si las cosas se hacen con amor el valor es mucho más grande.

Por el valor, amor, paciencia, perseverancia brindada para seguir adelante dedico este trabajo a mis padres por hoy estar a un solo paso de ser Médico Cirujano de la República del Ecuador, un sueño de toda mi vida que hoy ya es posible.

A mi hermana Helen por estar siempre a mi lado inculcándome el mejor camino a seguir, y por todo su apoyo así mismo junto con ella mi hermano político Lenin por su paciencia, y por todos los consejos para hoy poder ser una persona de bien.

A mi Esposo Anthony Chávez por ser mi amigo fiel, mi compañero de vida que siempre me está apoyando, por el amor brindado y por enseñarme que todo en la vida se logra con sacrificio y dedicación y hoy puedo decir que todo en la vida vale la pena porque tu estas en mi vida.

A mis demás familiares, por de una u otra forma haber estado conmigo apoyándome y sabiéndome guiar a lo largo de este recorrido.

Infinitas gracias, mis triunfos dedicados a todos Uds.

*Silvia Jimena Zambrano Salvatierra*

# AGRADECIMIENTO

A medida que hemos cumplido nuestros objetivos trazados, no podemos dejar de expresar gratitud a aquellos que siempre estuvieron a nuestro lado. Por eso, agradecemos a:

A Dios, motor de la existencia humana, por permitirnos llegar hasta donde estamos, y seguir dándonos fortaleza para cumplir muchas metas.

A la Universidad Técnica de Manabí, a sus autoridades, directivos y personal en general.

A nuestro tutor de tesis, Dr. Marcos Alfredo Romero Baquerizo, por su acertada labor, por su comprensión y ayuda en todo el trabajo investigativo.

Al Hospital Sagrado Corazón De Jesús por apoyarnos en nuestro trabajo de titulación.

*Silvia Jimena Zambrano Salvatierra*

*Oscar Eduardo Aguirre Bueno*

## DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR

Los egresados de la Universidad Técnica de Manabí, facultad ciencias de la salud, escuela de medicina, Zambrano Salvatierra Silvia Jimena y Oscar Eduardo que realizaron el presente trabajo de investigación titulado: **"EVALUACIÓN PREOPERATORIA NUTRICIONAL EN USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-QUEVEDO DURANTE EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2016"** declaramos que este trabajo es original y no copia de ningún otro estudio y asumimos todo tipo de responsabilidad que la ley lo señala para el efecto.

ZAMBRANO SALVATIERRA SILVIA JIMENA

OSCAR EDUARDO AGUIRRE BUENO

## CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA**

### CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TEMA:

**"EVALUACIÓN PREOPERATORIA NUTRICIONAL EN USUARIOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS-QUEVEDO DURANTE EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2016"** el trabajo de investigación ha sido sometido a consideración del honorable consejo directivo, requisito previo a la obtención del título de:

**MEDICO CIRUJANO**

**APROBADO**

Dra. Yira Vasquez Giler MN
DECANA

Licda. Miriam Barreto Rosado Mgs
PRESIDENTA DE LA COMISION DE TITULACION DE LA FSC

Ab. Abnner Bello.
ASESOR JURIDICO

Dr. Marcos Romero Baquerizo
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

Dra. Paula Macías Moreira MG. Nut
REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

# ÍNDICE

TEMA: ..... II

DEDICATORIA ..... III

AGRADECIMIENTO ..... V

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR ..... VI

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**

ÍNDICE ..... VIII

RESUMEN ..... X

SUMMARY ..... XI

CAPITULO I ..... - 1 -

INTRODUCCIÓN ..... - 1 -

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... - 3 -

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA ..... - 4 -

ANTECEDENTES ..... - 5 -

JUSTIFICACIÓN ..... - 7 -

OBJETIVOS ..... - 9 -

CAPITULO II ..... - 10 -

MARCO TEÓRICO ..... - 10 -

ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO. ..... - 10 -

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES ..... - 32 -

CAPITULO III ..... - 36 -

DISEÑO METODOLÓGICO ..... - 36 -

MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN ..... - 38 -

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS ..... - 41 -

CONCLUSIONES ..... - 57 -

RECOMENDACIONES ..... - 59 -

CRONOGRAMA VALORADO ..... - 60 -

BIBLIOGRAFÍA ..... - 61 -

# RESUMEN

El presente trabajo investigativo se realizó en la ciudad de Quevedo Provincia de los Ríos pertenece a Ecuador, fue de tipo exploratorio estadístico, retrospectivo, en la que se sociabilizaron los resultados obtenidos.

La importancia del mismo se da porque muchos médicos no valoramos la nutrición del paciente preoperatorio de forma correcta en el momento del ingreso ya que de esto depende la recuperación y las posibles complicaciones que este puede presentar después de la cirugía. Los objetivos estuvieron encaminados sobre identificar la evaluación preoperatoria nutricional de pacientes quirúrgicos atendidos en el servicio de cirugía general Hospital Sagrado Corazón De Jesús-Quevedo durante el periodo agosto-octubre 2016.En la sala de cirugía general del Hospital Sagrado Corazón De Jesús-Quevedo la mayor afluencia de cirugías son las apendicitis, colecistitis y hernias. La población fue constituida por 133 historias clínicas de los pacientes de la sala de cirugía del antes mencionado Hospital en la cual se valoró la historia dietética del paciente, la exploración física, las medidas antropométricas y los análisis de laboratorio.

# SUMMARY

The present investigation was carried out in the city of Quevedo Province of the Rivers belongs to Ecuador, was of exploratory, statistical, retrospective type, in which the results obtained were socialized.

The importance of the same is given because many doctors do not value the preoperative patient's nutrition correctly at the time of admission as this depends on the recovery and possible complications that this may present after surgery.The objectives were to identify the preoperative nutritional assessment of surgical patients treated at the Sagrado Corazón De Jesús-Quevedo Hospital general surgery service during the period August-October 2016.In the general surgery room of the Sacred Heart Hospital of Jesus-Quevedo the greatest influx of surgeries are appendicitis, cholecystitis and hernias.The population was constituted by 133 clinical histories of patients of the surgery room of the aforementioned Hospital in which the patient's dietary history, physical examination, anthropometric measures and laboratory analyzes were evaluated.

# CAPITULO I

# INTRODUCCIÓN

En diversos estudios a nivel mundial se ha logrado demostrar que los pacientes sometidos a injuria quirúrgica presentan una alta prevalencia de la desnutrición calórico – proteica (DCP), esto denota que en el 50% de los ingresados a procedimientos quirúrgicos hospitalizados en cualquier ente presentaban algún grado de DCP, mas ; en estudios posteriores se logró determinar que alcanzaban valores entre el 25% y 60% según las condiciones clínicas de los mismos como son el tipo de paciente, su proceso evolutivo y el método nutricional con el cual fueron evaluados. En los estudios realizados cabe recalcar que la DCP de un paciente quirúrgico sucede por desnutrición secundaria o asociada al cuadro clínico evolutivo de la enfermedad, teniendo en cuenta que incluyen elementos tales como una ingesta inadecuada o deficiente de requerimientos nutricionales, las distintas anomalías en la digestión y asimilación de los alimentos asociados a la mala absorción y, finamente el aumento de las necesidades basales calóricas – proteicas en base al estrés clínico que padecen y dentro de ellas nombramos: el hipercatabolismo o el hipermetabolismo según su fisiología de cada paciente sometido. (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2010)

Durante su ingreso hospitalario, es común encontrarse con algunos de estos mecanicismos etiopatogénicos debido al estado de salud del paciente, la injuria a la que es sometido o en su defecto, por complicaciones que llevan a una desmejora de su condición medico clínica, lo que conduce a que su estado nutricional decaiga y resaltando que esto tiene sus efectos sobre el estado de salud del paciente.

Por ello el interés entre la evaluación preoperatoria y el estado nutricional de paciente no es nuevo, ya que en estudios realizados en América Latina se manifiesta que la extensa literatura acumulada has la fecha ha establecido finalmente que la desnutrición energético nutricional, incrementa la morbilidad y la mortalidad hospitalarias, en especial entre los pacientes quirúrgicos. Los pacientes desnutridos que se operan por afecciones gastrointestinales presentan cicatrización defectuosa de las heridas, dehiscencia de la sutura, alteración de las enzimas responsables de la absorción de nutriciones entre otras complicaciones. (Bermudez C. Sanabria A. Vega .V, 2013)

Por esta manera queremos hacer énfasis en una buena evaluación nutricional del paciente en nuestro medio y de esta manera se recomienda en todos los hospitales de nuestra provincia darle la importancia que se exige al estado nutricional del paciente que va hacer intervenido quirúrgicamente y por ende tener menos riesgo de complicaciones en el periodo de recuperación.

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cambios en el estilo de vida, las diferentes formas de alimentación y el grado de actividad física, son determinantes del estado nutricional del individuo a nivel local y mundial.

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación a la ingesta y adaptaciones fisiológicas que se obtienen posterior al consumo de nutrientes. El deterioro del estado nutricional es multifactorial, se debe a la disminución de ingesta alimentaria, un gasto energético aumentado por la enfermedad de base, ayunos parciales o prolongados, y un aporte calórico inadecuado de la dieta formulada durante la estancia, puede ser la causa del estado de malnutrición en los pacientes hospitalizados, ocasionando riesgo, aumentando la morbilidad y mortalidad, debilita la capacidad de respuesta al tratamiento, disminuye el grado de respuesta autoinmune, mayor riesgo a sufrir infecciones, cicatrización más lenta y mayor número de complicaciones. Esto se traduce en un aumento del tiempo de estancia hospitalaria y por lo tanto en los costos de hospitalización; para ello es importante la realización de un estudio referente al estado nutricional antes de ser intervenidos quirúrgicamente, con la finalidad de establecer estrategias para la recuperación oportuna del mismo. (Porben S.S Penie J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011)

Frente a esta problemática se plantea la siguiente pregunta:

¿Cómo influye la evaluación preoperatoria nutricional en la recuperación de los pacientes quirúrgicos atendidos en el servicio de cirugía general Hospital Sagrado Corazón de Jesús-Quevedo durante el periodo agosto-octubre 2016.

# DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

CAMPO: Investigativo

AREA: Medicina

ASPECTO: Evaluación preoperatoria del estado nutricional en un paciente quirúrgico.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Factor pronóstico de la nutrición del paciente quirúrgico para la recuperación de su estado de salud.

DELIMITACIÓN ESPACIAL: La presente investigación se realizará en el área de cirugía general del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, Provincia de los Ríos.

DELIMITACIÓN TEMPORAL: Esta investigación tomará un periodo de estudio comprendido entre el mes de agosto a octubre del 2016.

# ANTECEDENTES

La desnutrición continúa siendo la causas más frecuente de aumento de morbi-mortalidad y uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, afectando de forma muy especial a un colectivo concreto como son los pacientes hospitalizados, donde la incapacidad de ingesta y la enfermedad son comunes. (Robles M.L.C . Rodriguez J.R.V, 2013)

En los últimos años, diferentes estudios han demostrado una alta prevalencia de desnutrición hospitalaria en América Latina, encontrándose cerca del 50% de la población hospitalizada ingresa con algún grado de desnutrición. El estudio ELAN (Estudio Latinoamericano de nutrición), realizado en 12 países (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Venezuela y Uruguay) demostró que aproximadamente el 50.2% de la población presenta algún tipo de desnutrición (9233 estudiados) presentan algún tipo de desnutrición (12.6% desnutridos graves y 37.6% desnutridos moderados). La desnutrición grave varió entre 4.6% en Chile hasta 18% en Costa Rica. La desnutrición moderada y sospecha de desnutrición leve entre 28,9% en Cuba hasta 57% en la República Dominicana. Los pacientes desnutridos, hospitalizados pueden presentar cambios clínicos entre 2 y 20 veces más que los pacientes nutridos. La incidencia de complicaciones es del 9% en pacientes con desnutrición moderada, mientras que en pacientes con desnutrición severa ésta alcanza el 42%. En otro estudio, de 711 pacientes, se comprobó que los pacientes con mayor probabilidad de desnutrición presentaron 2.6 veces más complicaciones menores y 3,4 veces más complicaciones graves que los pacientes bien nutridos.

En el estudio ELAN de ecuador 2015 llega a la conclusión que la desnutrición afecta actualmente a una parte importante de los hospitalizados en las instituciones públicas del Ecuador. Urge la adopción

de políticas y acciones para lidiar exitosamente con este problema de salud y de esta manera aminorar el impacto negativo del mismo sobre la calidad de la atención médica

.

La identificación de desnutrición mediante indicadores nutricionales tiene serias implicaciones en los pacientes hospitalizados, especialmente en el Servicio de Cirugía. Numerosos estudios han demostrado que entre el 30 y el 50% de los pacientes que ingresan en Cirugía presentan signos de malnutrición que, con frecuencia, pueden verse agravados durante la estancia hospitalaria.

Hace ya 60 años se documentó por primera vez que la pérdida preoperatoria de peso corporal se relacionaba con un índice elevado de mortalidad post-operatoria. Y desde entonces, numerosas publicaciones han aportado pruebas adicionales de la asociación existente entre desnutrición y malos resultados de la intervención quirúrgica. Dada la relación entre desnutrición y complicaciones postoperatorias y mortalidad, la valoración del estado nutricional se considera fundamental. Si se identifican los pacientes quirúrgicos que están desnutridos o presentan riesgo de desnutrición y reciben un soporte nutricional adecuado, pueden reducirse las complicaciones postoperatorias, el tiempo de hospitalización, los costes de la atención y, finalmente, la mortalidad.

# JUSTIFICACIÓN

El estado nutricional es una condición que, independientemente de la presentación de la persona denota que su condición de vida vaya acorde a sus funciones fisiológicas normales, tal estado contribuye firmemente para que se lleve una vida saludable y con total normalidad o en su defecto se presente una falencia en el desempeño.

Entonces, partiendo de que toda actividad requiere de un esfuerzo orgánico no dista de comprender que lo mismo sucede cuando una persona se somete a un estado de estrés e injuria como lo son los procedimientos quirúrgicos, estos demandan un gasto calórico-proteico que difícilmente puede ser recuperado mientras el paciente se encuentre en un estado de ayuno previo y posterior a la intervención, por lo que es probable que esto interfiera en su proceso de convalecencia, exigiendo de la persona un aporte que difícilmente pueda ofrecerse a sí misma.

Este proyecto quiere relucir de forma indirecta acerca de las posibles maneras de lograr una recuperación satisfactoria gracias a un estado nutricional balanceado durante su estadía intrahospitalaria, y esto se logra en base a unas guías nutricionales y el apoyo nutricional por profesionales de la salud del hospital en cuestión, puesto que existen casos en los que la condición médico-clínica del paciente no lo permite por sus propios medios.

A su vez, el proyecto en mención  podrá ser posible ya que se contará con el respaldo idóneo del personal de nutrición y médico que labora en el área de consulta externa y hospitalización de cirugía general del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, teniendo en cuenta que contamos con la autorización de los jefes de área y de las autoridades del hospital quienes facilitarán el trabajo a desarrollarse, y; cuyos beneficiados directos serán

los pacientes quienes fueron sometidos a procedimiento quirúrgico ya que recibirán el cuidado que demanden, es decir; su valoración nutricional previa.

Además contamos con herramientas básicas como las historias clínicas de los pacientes a evaluar y de ellas obtendremos la mayor cantidad de datos que nos permitan desarrollar la investigación y, para que ello sea viable se utilizarán técnicas de valoración nutricional para pacientes quirúrgicos como son la historia clínica, la historia dietética, exploración física, medidas antropométricas y análisis de laboratorio.

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el estado nutricional preoperatorio de los pacientes quirúrgicos atendidos en el servicio de cirugía general Hospital Sagrado Corazón De Jesús-Quevedo durante el periodo agosto-octubre 2016.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características demográficas, antecedentes personales, datos antropométricos, estado clínico y de análisis bioquímico en pacientes que van hacer sometidos a intervención quirúrgica.

2. Determinar la relación del estado nutricional preoperatorio y la a recuperación de los pacientes quirúrgicos.

3. Describir las principales complicaciones que presentaron los pacientes en su recuperación relacionadas con el estado nutricional del paciente.

# CAPITULO II

# MARCO TEÓRICO

## ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO.

La desnutrición es un factor negativos independiente asociado a complicaciones posquirúrgicas, mortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y, por lo tanto, mayores costos sanitarios. Además, la desnutrición a menudo se asocia a patologías como cáncer, inflamación crónica o defunción orgánica que incrementa el acto quirúrgico. No se puede realizar un manejo integral de paciente quirúrgico si no consideramos su estado nutricional. (D.P, Fernandezz G.B Sanchez, 2010)

Las causas seguidas a eventos donde se modifique la alimentación producen un efecto que conduce a investigaciones con la finalidad de clasificar al paciente que ingresa al hospital, y por lo tanto su estado nutricional se lo clasifican en tres grupos.

- **PACIENTE MALNUTRIDO:** El que necesita de rehabilitación nutricional.
- **PACIENTE LIMITADO:** Cuyos depósitos de algunos nutrientes están disminuyendo y su estado de salud desmejoraría sino fuese apoyado nutricionalmente.
- **PACIENTE CON DEPÓSITOS ADECUADOS:** Es aquel que no necesita un apoyo nutricional.

Para que un paciente encaje en alguna de la clasificación anterior se requiere de la ejecución de una evaluación nutricional y esta se logra con diversas técnicas y estos elementos deben tener características como: el ser exacta, contener datos completos para que no queden vacíos sin

comprender o no puedan ser medidos, debe ir acorde con lo que se busca, para realizarla se debe recurrir a elementos tales como: la historia clínica, la historia nutricional y la exploración física. Cada uno de estos datos tendrá la misma finalidad; establecer la condición nutricional y la viabilidad médica a ser sometido a un procedimiento quirúrgico.

Los datos obtenidos por cada uno de estos métodos deben aliarse para que compaginen adecuadamente lo que favorece para lograr una efectiva ejecución para la determinación de la condición de salud y nutrición del paciente. (Porben S.S Penie J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011)

## CAUSA DE LA DESNUTRICIÓN PREOPERATORIA

**Disminución de aporte/ingesta**

- Alteraciones de la masticación, salivación, deglución, disfagia
- Nauseas, vómitos o diarreas tras la ingesta
- Anorexia nerviosa
- Alcoholismo, drogadicción
- Edad avanzada

**Disminución del aprovechamiento de los nutrientes**

- Mal digestión
- Intolerancias medicamentosas
- Enfermedades metabólicas

**Aumentos de las necesidades nutritivas**

- Hipertiroidismo estrés agudo
- Estrés grave (sepsis, politraumatismo, quemaduras)

Cuando nos encontramos con un paciente quirúrgico es importante determinar se presenta desnutrición o algún riesgo de desnutrición al fin de instaurar tan pronto como sea posible un soporte nutricional de primera línea, adecuado y esto se logra bajo dos medidas; cuando el paciente es analizado en la consulta externa y la segunda, y la segunda cuando el paciente acude por el área de emergencia.

Las dos evaluaciones son muy diferentes por el tiempo y la urgencia que el paciente presente. (Arias. Guias Clinicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna, 2011)

**ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIA.**

- **Patologías reciente o de base u consumo continúo de fármacos.-** El uso desmedido de medicamentos en pacientes crónicos, infecciones bacterianas o más gravemente parasitarias y cualquier otro tipo de infecciones de tipo crónico, deficiencias en el sistema de absorción de alimentos o intolerancia de los mismos, son una asociación de entidades que denotan perjuicio para las personas y conllevan a presentar estados de mal o desnutrición. Estos estados se complican aún más ya que el estado inmune del paciente se ve modificado y son de mal pronóstico sino se da resolución a tiempo y de manera efectiva puesto que la respuesta orgánica no es la apropiada como para vencer cualquiera de estas condiciones.
- **Días u horas de ayuno.-** Bajo estas condiciones clínicas no se debe restar prevalencia a patologías que modifiquen la dieta del paciente evaluado y experimentar si está en capacidad de tolerar el ayuno, previo a cualquier procedimiento quirúrgico y hasta por cuantas horas o en su defecto días, En condiciones de ayuno, se modifican las reservas nutricionales, proteicas y energéticas del paciente. El cuerpo como tal, se ve afectado en sus funciones fisiológicas, y esto se traduce con repercusiones sobre el estado de salud puesto que no poseen las suficientes reservas necesarias siendo posible que agrave su condición, haya complicaciones, se presenten estados críticos o en su efecto compromiso de la vida, por ello se debe tener encuentra que un paciente con riesgo

nutricional tolera no más de 120 horas de ayuno según su condición medico clínica.

- **Pérdida o disminución deliberada de peso.-** Una persona quien presenta pérdida de peso mayor al 10% está indicando que está presentando un riesgo nutricional latente, y esto sucede gracias a una hiporexia o en mayor gravedad a una anorexia del sujeto. Junto con cualquiera de estas dos condiciones nutricionales, se viene de la mano con la disminución de peso y por ende a perdida de proteínas y grasa de manera ponderal.(Perez Flores J.E. Chavez Tostado M. Garcia Renterina. Rendon Felix. Salazar Parra, 2016)

## VALORACIÓN NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL

Se basa en la exploración y en la historia del paciente, podemos definir tres estadios según los siguientes parámetros:

- Cambio de peso en los últimos seis meses
- Ingesta calórica, se compara la habitual del paciente con la actual
- Influencia en la enfermedad para nutrirse oralmente, anorexia, diarrea, baja de conciencia (sobre todo si dura más de dos semanas)
- Gasto calórico proteico causado por la enfermedad
- Actividad física: habitual, moderada, abundante, encamado
- Examen físico: pérdida de tejido adiposo, pérdida de masa muscular, edema o ascitis.
- Índice de masa corporal IMC = $\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura 2 (Mts.)}}$

| ÍNDICE DE MASA CORPORAL | CLASIFICACIÓN |
|---|---|
| Menor a 18 | **Peso bajo.** Necesita valorar signos de desnutrición |

| | |
|---|---|
| 18 a 24.9 | Normal |
| 25 a 26.9 | Sobrepeso |
| Mayor a 27 | Obesidad |
| 27 a 29.9 | **Obesidad grado I.** riesgo relativo alto para desarrollar enfermedades cardiovasculares |
| 30 a 39.9 | **Obesidad grado II.** Riesgo relativo muy alto para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares |
| Mayor a 40 | **Obesidad grado III extrema o mórbida.** Riesgo relativo extremadamente alto para desarrollar enfermedades cardiovasculares |

Cuando deseamos determinar el estado nutricional del paciente, dentro de ellos los pacientes quirúrgicos, debemos tener en cuenta elementos medibles tales como solos siguientes:

1. **Historia clínica.-** Que incluya todos los eventos médicos o quirúrgicos que afectan o modifiquen las necesidades nutricionales del paciente evaluado, dentro de estos los antecedentes patológicos personales y familiares.
2. **Historia dietética.-** Cambios o modificaciones alimentarias, y en caso de que hallan, especificar su etiología.
3. **Exploración física.-** Pérdida de grasa subcutánea, disminución de la masa muscular o presentación de lesiones.
4. **Parámetros antropométricos.-** El peso y talla son indicadores del **IMC**
    - Pliegue cutáneo tricipital (PCT) Punto medio entre el acromion y el olecranon del brazo no dominante, evaluar los depósitos de grasa.
    - Circunferencia abdominal.- Evalúa depósitos de grasa y determina pérdida de peso.

- Circunferencia del brazo (CMB).- Se correlaciona con la cantidad de proteína muscular del organismo.

5. **Análisis de laboratorio.-** Hemograma completo, electrolitos séricos, calcio, fosforo, hierro sérico y ferritina, creatinina y urea
6. **Proteínas plasmáticas.-** Proteínas séricas totales, albumina, prealbúmina sérica, transferrina sérica y proteínas trasportadora de retinol nos dan una idea del comportamiento visceral, hay errores con estas enfermedades hepáticas, síndrome nefrítico y en enteropatías pierden proteínas. (Robles M.L.C . Rodriguez J.R.V, 2013)

| PROTEÍNAS | VIDA MEDIA | SIGNIFICADO | MODIFICACIONES | VALOR NORMAL |
|---|---|---|---|---|
| ALBUMINA | 20 días | Desnutrición crónica | Baja en alteración renal y hepática y en estrés | 33-48gl |
| TRANSFERRINA | 10 días | Deficiencias de más de dos semanas | Baja como en la albumina; y en la anemia tumores y antibiótico | 1,6-3,6gl |
| PREALBUMINA | 2 días | Sensibles para periodos cortos de tiempo | | 160-350mgl |

## CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

CUALITATIVAMENTE

- Normal: sin alteración de ningún comportamiento corporal (graso o proteico) y con valores de los distintos parámetros antropométricos por encima de 90%.
- Malnutrición calórica-proteica (MCP-Marasmo): Afectación del comportamiento graso (pliegues cutáneos y peso corporal y/o proteico-calórico.
- Desnutrición proteica (kwashiorkor): Afectación del comportamiento proteico visceral (albumina, prealbúmina y transferrina).

- Desnutrición mixta.- Ambas características; marasmo y kwashiorkor.

CUANTITATIVAMENTE

- Normal.- Peso/ peso ideal (P/PII) > 90% del normal o albumina sérica > 3.5g/dl. Para calcular el peso ideal (PI) del paciente se puede emplear la siguiente formula: PI=50+ [3 x (Talla cm -150)/4].
- Desnutrición leve P/PI (80-90% del normal o albumina sérica 3-3.5g/dl.
- Desnutrición moderada P/PI (60-79% del normal o albumina seria 2.5g/dl.
- Desnutrición grave P/PI < 60% del normal o albumina sérica <2.5g/dl.
- Clasificación según el IMC

**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN LOS RESULTADOS DEL LABORATORIO**

- **Linfopenia.-** El recuento disminuido de linfocitos es un parámetro que indica si la persona evaluada se encuentra en riesgo nutricional. Este examen de laboratorio es un recurso que ayuda a evaluar la función inmune de paciente que es de vital importancia, ya que nos indica una visión más amplia del sistema de defensa y las posibles infecciones presentes o posibles que pueden efectuar aún más el estado nutricional del evaluado.
- **Albuminemia.-** Se requiere de manera mandataria de esta proteína secretada por el hígado y de distintos depósitos adecuados de aminoácidos para cumplir con diversas funciones orgánicas (síntesis proteica; misma que favorece para fortalecer el sistema de defensa, transporte, resolución de tejidos o de cicatrización y transportes). Un déficit o disminución de ellas

indican una disminución de los percusores en la síntesis proteica, depleción de las proteínas viscerales o ambas, lo que repercute en la fisiología de quien padece esta condición. La albuminemia se puede clasificar son los pacientes de esta manera:

- ✓ **Eutróficos.-** Si tiene una albuminemia mayor de 3.6g/dl.
- ✓ **Riesgo nutricional.-** Si se encuentra entre 3.1-3.5g/dl.
- ✓ **Compromiso nutricional.-** Si tiene menos de 3g/dl.

- **Hemoglobina.-** Personas con hemoglobina de 10-11g/ml se consideran con riesgo nutricional debido que se encuentra con anemia, no obstante, se considera como consecuencia y no causa de desnutrición, además se ha señalado como parte del cuadro clínico de la desnutrición. Hay distintos tipos de anemia, entre ella la deficiencia de Hierro, por deficiencia de vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico, folato y tiamina.(Wanden Berghe C. Moussa K.C. Sanz Valero , 2015)

## ESTIMACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS ENERGÉTICO

CALORIAS DIARIAS

Para calcular estas necesidades, lo más usado ha sido la fórmula de Harris – Benedict que calcula el gasto de energía basal (GEB) en kcal/día.

Es una ecuación empírica para estimar el metabolismo basal de una persona en función con su peso corporal, estatura, edad, y es utilizado en conjunto con factores de actividad física, para calcular la recomendación de consumo diario de calorías para una persona.

| | |
|---|---|
| **Hombres** | **TMB = 66,4730 + (13,7516 x peso en kg) + (5,0033 x altura en cm) - (6,7550 x edad en años)** |
| **Mujeres** | TMB = 655,0955 + (9,5634 x peso en kg) + (1,8449 x altura en cm) - (4,6756 x edad en años) |

**INGESTA DIARIA DE CALORÍAS RECOMENDADA SEGÚN EL PRINCIPIO DE HARRIS-BENEDICT.**

| **POCO O NINGÚN EJERCICIO** | **CALORÍAS DIARIAS NECESARIAS = TMB X 1,2** |
|---|---|
| **Ejercicio ligero (1-3 días a la semana)** | Calorías diarias necesarias = TMB x 1,375 |
| **Ejercicio moderado (3-5 días a la semana)** | Calorías diarias necesarias = TMB x 1,55 |
| **Ejercicio fuerte (6-7 días a la semana)** | Calorías diarias necesarias = TMB x 1,725 |
| **Ejercicio muy fuerte (dos veces al día, entrenamientos muy duros)** | Calorías diarias necesarias = TMB x 1,9 |

**VALORACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES**

- **Proteínas**.- Deben constituir entre 15-20% del aporte calórico total. 1 gr proteínas = 4 kcal.6.25 gr proteínas = 1 gr nitrógeno. Las recomendaciones estándares son de 0.8g/kg/día, lo cual resulta insuficiente en situaciones de estrés metabólico y enfermedad, incrementándose las necesidades de aporte proteico hasta 1.3-1.5 g/kg/día.
- **Hidratos de carbono**.- Corresponden a un 50-60% de las calorías totales. 1 gr hidratos de carbono = 4 kcal. Se recomienda administrar entre 4-5 g/kg/día y no sobrepasar los 7 g/kg/día.
- **Lípidos**.-Entre 25-30% de las calorías totales. 1 gr lípidos = 9 kcal. Se recomienda administrar entre 1-1.5 g/kg/día. Los requerimientos de ácidos grasos esenciales se sitúan en 3-5 g/día. (Bermudez C. Sanabria A. Vega .V, 2013)

## AYUNO PREOPERATORIO

El ayuno preoperatorio constituye una rutina en la práctica diaria, si bien se ha demostrado que su práctica induce a una situación insulinorresistente, disfunción mitocondrial y estrés metabólico. La insulinorresistencia, caracterizada por la disminución de la respuesta de los tejidos a la acción de la insulina, se ha asociado a un aumento de lo morbilidad postoperatoria y de la estancia hospitalaria (Porben S.S Penie J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011)

La hiperglucemia también se ha asociado con un aumento de riesgo de complicaciones. La mejoría del control glucémico mediante insulinoterapia intravenosa invasiva conlleva una reducción de la morbimortalidad por todas las causas en pacientes intervenidos quirúrgicamente durante su estancia en cuidados intensivos. Pero el principal riesgo de este tratamiento está en la hipoglucemia y en la inducción de variabilidad glucémica, que se ha asociado con una mayor mortalidad de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Por ello, y a pesar de mantener un adecuado control glucémico es beneficioso. Se ha intentado buscar nuevos métodos para disminuir la insulinorresistencia e hiperglucemia postoperatoria. (D.P, Fernandezz G.B Sanchez, 2010)

El grupo de Ljungqvist ha descrito un sencillo método para lograr tales efectos; se trata de la ingesta de bebidas ricas en hidratos de carbonos 2 o 3 horas antes de la intervención quirúrgica. Esta estrategia logra producir una liberación de insulina similar a la inducida por una comida mixta y una reducción de la insulinorresistencia asociada al estrés quirúrgico que puede ser un 50% menor respecto a la no administración de la bebida hidrocarbonada durante el preoperatorio.

Se han intentado estudiar los posibles mecanismos mediante los cuales estas bebidas pueden disminuir la insulinorrestincia asociada a cirugía.

Citamos a continuación las conclusiones de estos estudios

- Las bebidas ricas en hidratos de carbono contribuyen a replecionar los niveles de glucógeno hepático previamente a la cirugía.
- Favorecen la oxidación de los hidratos de carbono, reducida en situaciones insulinorresistente, al estimular la transformación de piruvato de acetil coenzima-A a través de la diminución de los niveles de piruvato deshidrogenasa tipo 4 muscular. (Perez Flores J.E. Chavez Tostado M. Garcia Renterina. Rendon Felix. Salazar Parra, 2016)

Actualmente no hay evidencia de que los pacientes que tomen liquido hasta 2 o 3 horas de la cirugía tengan más riesgo de aspiración o regurgitación que los que realizaron un ayuno de más de 12 horas. El estómago tarda en vaciarse menos de 90 minutos tras la ingesta de una bebida rica en hidratos de carbono, por lo que en pacientes sin riesgo de aspiración (se excluye situaciones de cirugía urgente o pacientes con retraso del vaciamiento gástrico conocido) se podrían dar líquidos hasta 2 horas antes de la intervención la ESPEN, en sus GPC, recomienda reducir el ayuno preoperatorio a unas 6-8 h y administrar una bebida rica en hidratos de carbono 2-3 h antes de la cirugía. En otros estudios, la ingesta de bebidas hidrocarbonadas se ha relacionado con disminución de la sensación de hambre, sed y la ansiedad preoperatoria de los enfermos. (Perez Flores J.E. Chavez Tostado M. Garcia Renterina. Rendon Felix. Salazar Parra, 2016)

**RECOMENDACIONES DE LA ESPEN SOBRE EL AYUNO PREOPERATORIO**

- El ayuno desde la noche anterior de la cirugía no es necesario en la mayoría de los pacientes. Los pacientes sin riesgo de aspiración pueden beber líquidos hasta 2 horas antes de la anestesia y tomar solidos hasta 6 horas antes.

- La ingesta de bebidas ricas en hidratos de carbono la noche anterior (800ml) y 2 horas antes (400ml) de la cirugía, en vez del ayuno nocturno, se recomienda en la mayoría de los pacientes de cirugía menor. ESPEN: European Society of Parenteral and Enteral Nutrition. (Perez Flores J.E. Chavez Tostado M. Garcia Renterina. Rendon Felix. Salazar Parra, 2016)

**OPTIMIZACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL PREOPERATORIO**

El objetivo del soporte nutricional preoperatorio es mantener o mejorar el estado nutricional del paciente antes de intervención quirúrgica.

Aunque se sabe que la desnutrición no se corrige en corto tiempo y que posponer una intervención quirúrgica permite una discreta mejoría del estado nutricional, la evidencia científica recopilada acerca del soporte nutricional, sobre todo en los pacientes moderada o severa desnutrición ha derivado una serie de recomendaciones en las GPC de ASPEN: (Arias. Guias Clinicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna, 2011)

**RECOMENDACIONES DE LA ASPEN ACERCA DEL SOPORTE NUTRICIONAL PREOPERATORIO**

- Se debe administrar soporte nutricional preoperatorio durante 7-10 días a todos los pacientes con desnutrición moderada o severa que vayan a ser operados de cirugía mayor en los que esta pueda posponerse la intervención quirúrgica. ASPEN: American Association of Parenteral and enteral Nutrition

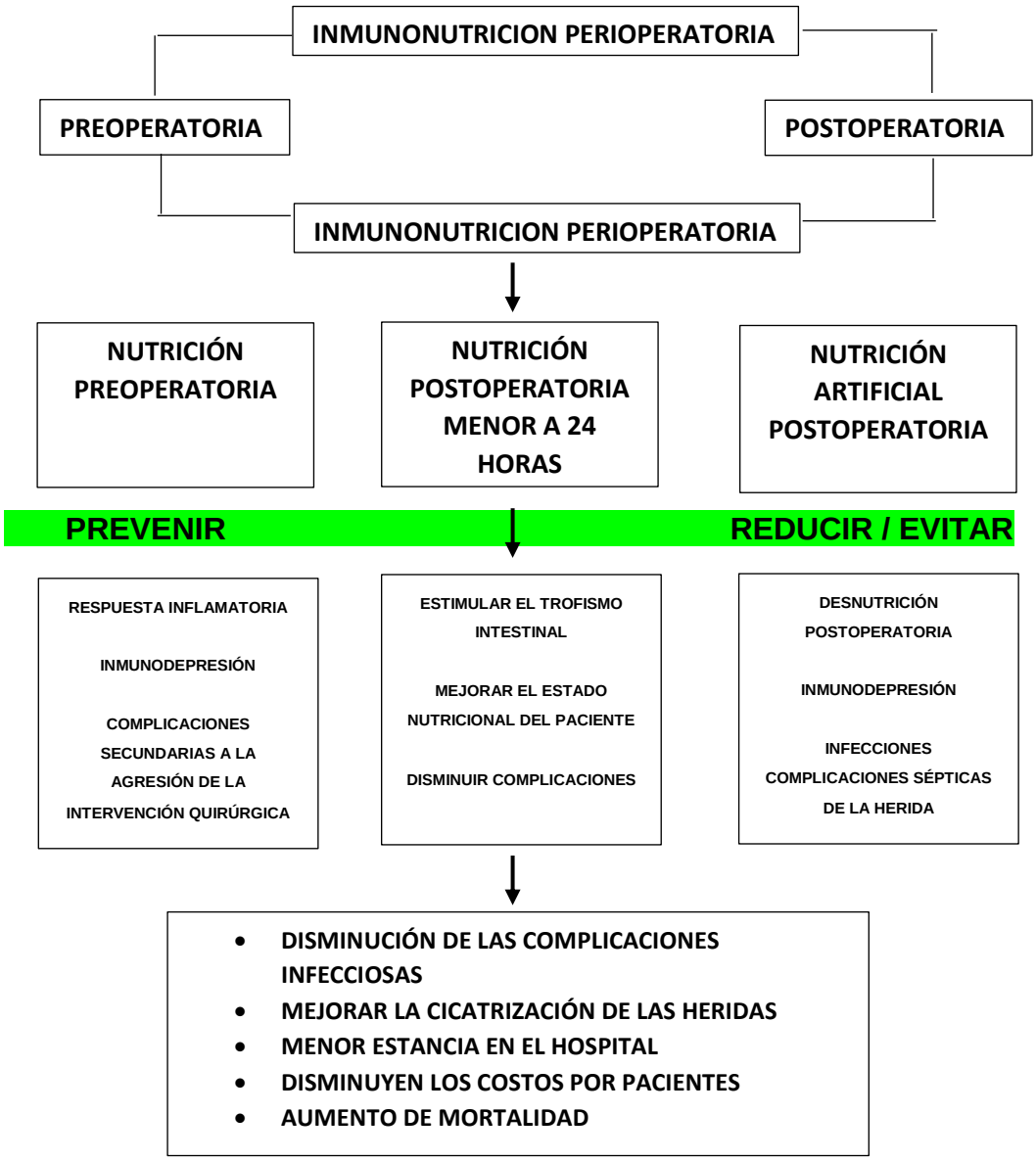
**RECOMENDACIONES DE LA ESPEN ACERCA DEL SOPORTE NUTRICIONAL PREQUIRÚGICO**

- En pacientes de alto riesgo nutricional (según criterios de ESPEN) está indicado realizar soporte nutricional durante 10-14 días

previos a la cirugía, retrasando la intervención quirúrgica si fuera necesario.

- Esta indicado iniciar soporte nutricional preferiblemente enteral, en los pacientes normonutridos en los que se estima que no van a ingerir alimentos durante 7 días perioperatoriamente, o que no alcanzan el 50-60% de sus requerimientos por vía oral durante 10 días previos a la intervención quirúrgica. (Perez Flores J.E. Chavez Tostado M. Garcia Renterina. Rendon Felix. Salazar Parra, 2016)

## CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN EN LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO



Desde el punto de vista teórico, el paciente que presenta desnutrición grave es candidato a desarrollar infecciones. Bien sea por la pérdida de fuerzas que supone el déficit de masa muscular, lo que facilita infecciones respiratorias, por cicatrización defectuosa, o bien por menores niveles de inmunoglobulinas.

La desnutrición proteico calórica conduce a la inmunodepresión y a la sepsis y que renutrición o un soporte nutricional mejora este efecto adverso.

De la desnutrición se sabe que deprime la producción de anticuerpos, la función de las células fagocíticas y los niveles del complemento. De la misma manera también afecta la respuesta mediada por los linfocitos T y esto se asocia con un aumento de susceptibilidad por virus y por hongos más que por bacterias

Un estudio reciente en los pacientes en periodo preoperatorio puso en manifiesto que los sujetos anérgicos en el momento de su ingreso al hospital tienen mayor riesgo de sepsis y de morir por una causa de origen séptico.

Esto sugiere que la inmunocompetencia mediada por las células T puede ser importante en la defensa frente a infecciones, una desnutrición proteica calórica puede ser corregida con un soporte nutricional que revierta la desnutrición. (Arias, M)

## FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTAR INFECCIONES O MALA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS.

### Intrínsecos (relacionados con el paciente)

- Desnutrición
- Edad avanzada
- Enfermedades asociadas (diabetes, cáncer, enfermedad vascular crónica y obesidad)
- Alteración de la función inmune por enfermedad o regímenes terapéuticos

- Hábitos de fumar
- Falla orgánica crónica
- Infección recurrente en lugar remoto
- Perfusión tisular disminuida

**Extrínsecos (relacionados con la cirugía y el ambiente hospitalario)**

- Lavado de manos para el acto quirúrgico
- Preoperatorio prolongado
- Hospitalización prolongada
- Operaciones anteriores
- Rasurado
- Vestuario quirúrgico
- Duración de cirugía
- Climatización
- Instrumental
- Técnica quirúrgica
- Antisepsia de la piel
- Antibióticos profilácticos
- Esterilización

**NUTRICIÓN POSTOPERATORIA**

Uno de los dogmas más entendido dentro de la cirugía del aparato digestivo, además del ayuno preoperatorio, es el ayuno postoperatorio.

Aunque su eficacia no ha sido demostrada, esta práctica se ha ido perpetuando entre sucesivas generaciones de cirujanos. (Pizon Espitio. O. Becerra L.A.C. Molina M.G Rodriguez J.L.G, 2015)

Normalmente no se comienza con una dieta líquida hasta que aparecen ruidos intestinales y, posteriormente, la dieta se progresa de forma

gradual. Esto lleva a que muchos paciente se mantengan en ayunas durante periodos prolongados. El ayuno favorece el sobrecrecimiento bacteriano, a la vez que produce una pérdida de trofismo de la mucosa intestinal. Además, el reposo se ha asociado con una disminución en la secreción intestinal de inmunoglobulina A y con una atrofia del tejido linfoide asociado al intestino, lo que produce una disminución de las defensas contra la agresión de las bacterias entéricas. Todo ello favorece la translocación bacteriana y el paso de toxinas desde la luz intestinal hasta la circulación sanguínea. Esto sucede no solo durante el ayuno, sino también en el curso de nutrición parenteral total.

Con estos datos, las directrices de ESPEN acerca del ayuno postoperatorio abogan por la disminución al máximo del reposo digestivo posquirúrgico y la adaptación de la ingesta oral según la tolerancia del paciente y el tipo de cirugía. (Pizon Espitio. O. Becerra L.A.C. Molina M.G Rodriguez J.L.G, 2015)

**SUEROTERAPIAA**

Está indicada en situaciones de ayuno no muy prolongados. Su composición varía según las distintas formulaciones.

**NUTRICIÓN ENTERAL**

Técnica de soporte nutricional por lo cual se introducen los nutrientes directamente al aparato digestivo, cuando este es anatómico y funcionalmente útil, pero existe alguna dificultad para la ingesta normal de alimentos por la boca.

La vía preferida es la oral, empleando los accesos gástricos o intestinales cuando la anterior no sea posible (sondas – nasogástricas/ nasoyeyunales- u gastrostomía/yeyunostomía. El empleo de enterostomías debe considerarse en aquellos paciente que sospechamos

van a necesitar nutrición enteral durante un tiempo superior a 4-6 semanas. (Nuñez M.D.C.A)

**EXISTEN DISTINTOS TIPOS DE FÓRMULAS PARA NUTRICIÓN**

**Según su proteína**

- Poliméricas.- la fuente de nitrógeno es en forma de proteínas integras; la fuente de hidratos de carbono son almidones parcialmente hidrolizados y lípidos triglicéridos de cadena larga.
- Oligoméricas.- contienen proteínas hidrolizadas. Los hidratos de carbono proporcional la mayor parte de la energía junto con los triglicéridos de cadena mediana larga.
- Monoméricas o elementales.- contienen aminoácidos libres. Actualmente están en desuso. (Nuñez M.D.C.A)

**Según el contenido proteico**

- Hiperproteicas
- Normoproteicas

**Según el aporte calórico**

- Normocalóricas
- Hipercalóricas

**Según su contenido de fibra**

- Sin fibra/ con fibra

**Según sus indicaciones**

- Completas:

- Estándar
- Fórmulas especiales: Incluyen gran cantidad de nutrientes con potencial actividad farmacológica en determinadas patologías. Las fórmulas con inmunonutrientes (arginina, omega-3, nucleótidos…) no disminuyen las mortalidad en los pacientes con cirugía mayor electiva o tratados en UCI; en los enfermos con cirugía mayor electiva se observa una disminución en la incidencia de infecciones.
- Suplementos nutricionales: Fórmulas cuya proporción de nutrientes no es adecuada para cubrir los requerimientos de una dieta completa y equilibrada. Nunca como única forma de aporte nutricional, siempre asociados a dieta oral. (Pinzón-Espitia, O., Becerra, L. A. C., Molina, M. G., Rodríguez, J. L. G., & Hernández, R. D. M. (2016).

.

**EL MODO DE ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL**

- En sondas de alimentación gástricas y píloro funcionante: Colocar la cabecera elevada a 30º y realizar la administración de forma intermitente, en bolos cada 4-6 horas. Se inicia con 50-100 ml cada 3 horas, aumentando progresivamente el aporte en 50 ml hasta alcanzar el total diario (máximo 250-300 ml/toma). Después de cada toma hay que lavar la sonda con 50-100 ml de agua. (Bermudez C. Sanabria A. Vega .V, 2013)

- En sondas intestinales la administración es de forma contínua, mediante una bomba de infusión y durante un período de tiempo que varía entre las 8 y 20 horas. Se inicia la perfusión a 50 ml/hora, aumentando 10-25 ml/h cada 12-24 horas hasta el total diario (máximo 100 ml/h).

## NUTRICIÓN PARENTERAL

La nutrición parenteral consiste en el aporte de nutrientes por una vía venosa y, por lo tanto, estos entran directamente al torrente circulatorio, obviando el proceso digestivo y el filtro hepático. (Nuñez M.D.C.A)

## NUTRICION PARENTERAL TOTAL

- Se administra a través de una vía central
- Aportan los principios inmediatos necesarios para cubrir las necesidades del paciente (completa)
- Existen fórmulas predeterminantes o pueden elaborarse de forma individual en la farmacia hospitalaria. ( Bermúdez, C., Sanabria, Á., & Vega, V. (2013)

## NUTRICION PARENTERAL PERIFERICA

- Acceso vascular periférico
- Se emplea cuando se prevé que la nutrición parenteral va a ser utilizada por periodos cortos (<7-10 días) y con fórmulas no muy hiperosmolares. (<900 mOsm).
- Es preciso un gran aporte de volumen (>2000 ml) para conseguir un aporte calórico suficiente.
- Es frecuente la aparición de complicaciones locales) flebitis)

## SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN

El síndrome de realimentación es el conjunto de alteraciones metabólicas que pueden ocurrir como consecuencia del soporte nutricional en pacientes con malnutrición proteico-calórica.

Se caracteriza por la aparición de alteraciones neurológicas, respiratorias, arritmias e insuficiencia cardiaca que se producen poco días después del reinicio de la alimentación y que pueden tener un desenlace fatal.
La desnutrición se asocia con la pérdida del peso, el aumento del catabolismo proteico con balance energético-nitrogenado negativo y gluconeogénesis, así como con el déficit de vitaminas y minerales.

El proceso de realimentación cursa con sobrecarga hídrica (secundaria a los fluidos administrados, el agua endógena y el efecto de la insulina), aumento de los requerimientos de vitaminas (déficit de tiamina) e introducción de ciertos elementos al espacio intracelular con el consiguiente descenso de los niveles plasmáticos.

Para ayudar a prevenir y a diagnosticar este síndrome de forma precoz es Necesario realizar una adecuada valoración médica y nutricional antes de iniciar el soporte nutricional, así como monitorizar correctamente las constantes vitales y parámetros analíticos y electrocardiográficos. (Bermeo, L. F. C.)

## OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

**Variable 1:** Evaluación Nutricional preoperatoria

| Variable Independiente | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala |
|---|---|---|---|---|
| Evaluación Nutricional preoperatoria | Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes el preoperatorio permite nombrar a aquello que tiene | Diagnostico preoperatorio | Colecistectomía | Si<br>No |
| | | | Apendicetomía | Si<br>No |
| | | | Hernias | Si<br>No |
| | | Características demográficas | Edad | 18-25<br>25-30<br>30-35<br>35-40<br>50 o mas |
| | | | Sexo | Masculino<br>Femenino |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Evaluación Nutricional preoperatoria | lugar en las etapas previas a una operación quirúrgica. Lo habitual es que, antes de una intervención, el paciente deba cumplir con ciertos requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito. | | | |
| | | Antecedentes Personales | HTA | Si<br>No |
| | | | Diabetes | Si<br>No |
| | | | Otros | Si<br>No |
| | | Perfil antropométrico | Peso Actual: | 50-60 kg<br>60-70kg<br>70-80kg<br>80-90kg<br>Mas 100kg |
| | | | Talla | 150-170m<br>170-180m |
| | | | IMC | Bajo peso<br>Peso normal<br>Sobrepeso<br>Obesidad I |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Obesidad II<br>Obesidad II |
| | | Horas de ayuno | Normal<br>Prolongado | Menos de 72h<br>Mayor de 72 h |
| | | Laboratorio | Biometría hemática | Hemoglobina |
| | | | Proteínas | Albumina |
| | | Estado nutricional del paciente | Optimo<br>Inadecuado | Si<br>No |

**Variable 2:** Recuperación de los pacientes quirúrgico

| Variable Dependiente | Definición | Dimensión | Indicadores | Escala |
|---|---|---|---|---|
| **RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS** | Es la acción y efecto de recuperar o recuperarse (volver en sí o a un estado de normalidad, volver a tomar lo que antes se tenía, compensar | Paciente postoperatorio inmediato 48hs | Paciente estable | Si<br>No |
| | | | Buena evolución de la herida | Si<br>No |
| | | | Paciente en condición de alta | Si<br>No |
| | | Paciente postoperatorio tardía<br>Mayor a 48 horas | Complicaciones en la cirugía | Si<br>No |
| | | | Tipo de complicación que presento. | Herida infectada<br><br>Mala cicatrización |

# CAPITULO III

# DISEÑO METODOLÓGICO

**Modalidad de la investigación**

- Cuantitativa

**Tipo de estudio**

1. El estudio mencionado será **retrospectivo de tipo exploratorio.**

**Universo y población**

El **universo** está constituido por el número total de pacientes quirúrgicos ingresados al área de cirugía (hospitalización) del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo durante el periodo agosto–octubre de 2016.

Se trabajará con la totalidad de los pacientes que ingresan a la sala de cirugía general para ser intervenidos quirúrgicamente del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo en el periodo Agosto – Octubre del 2016.

**AREA DE ESTUDIO**

Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Hospitalización de Cirugía General y Consulta externa Quevedo, Provincia de los Ríos, Ecuador.

**UNIVERSO**

El universo estuvo constituido por 150 historias clínicas de paciente que fueron intervenidos quirúrgicamente en el mes de agosto - octubre de 2016.

**MUESTRA**

La muestra estuvo constituida por 133 historias clínicas de paciente que fueron intervenidos quirúrgicamente en el mes de agosto - octubre de 2016.

# MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para la realización de este trabajo se incluyeron todas las historias clínicas de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en la sala de cirugía general del Hospital de Quevedo.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó a las historias clínicas incompletas que no fueron viables para la investigación.

## PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se hará uso de historias clínicas, se deben cuantificar, clasificar en orden de jerarquía en base al estudio que se pretende hacer, se hará uso de las técnicas para medición de los pacientes en estudio tales como calcular medidas antropométricas, se llenarán fichas que arrojen una clasificación en base a las necesidades de cada paciente, por ejemplo según su IMC. Claro está que se realizará con el aval de las autoridades encargadas de dicha área de trabajo y a su vez con el apoyo de las directivas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo; además del apoyo de fuetes bibliográficas que soporten los valores a manejar al momento de tabular datos.

## PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN (SE HACE POSTERIOR AL ÚLTIMO DÍA DEL PERIODO DE ESTUDIO).

Se logra por programas de procesamiento de datos como lo son Excel, Word, PowerPoint Microsoft, pasteles de gráficas y barras de procesamiento de datos. Con ello logramos jerarquizar la información que deseamos y en base a los resultados priorizar lo que deseamos aplicar como propuesta final del proyecto en curso.

## MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN Y/O RECOLECCIÓN DE DATOS

En primera instancia se va a realizar la clasificación de los pacientes quirúrgicos en base a su condición de salud o urgencia del evento quirúrgico, esto se logra ayudados por el estudio de su historia clínica y el apoyo de los exámenes complementarios solicitados previos a la intervención, mediante el uso de un formato tipo ficha de observación en el cual se valorara todos los aspectos nutricionales del paciente registrados en las historias clínicas.

## RECURSOS INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud.
Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, Provincia de los Ríos.

## TALENTO HUMANO

Investigadores: Aguirre Bueno Óscar Eduardo y Zambrano Salvatierra Silvia Jimena
Personal que labora en el Hospital Básico Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo.
Miembros del Tribunal de Tesis.
Pacientes sometidos a procedimiento quirúrgico.

## RECURSOS FÍSICOS

- Resma de hojas bond tamaño A4 (carta)
- Curvas de valoración del estado nutricional de pacientes sometidos a cirugías en el hospital.

- Computadora personal
- Internet móvil y en casa
- Dispositivo USB
- Tinta de impresora
- Esferos de colores
- Lápices de colores
- Cámara fotográfica
- Teléfono celular
- Textos guía y guías médicas
- Revistas médicas
- Recargas a celular (redes sociales y revistas médicas)
- Transporte

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente Proyecto de Investigación es posible realizarlo ya que se cuenta con la confidencialidad de los datos investigados en la Historia Clínica de las personas sometidas a procedimiento quirúrgico en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Quevedo, en la Provincia de los Ríos.

## RESULTADOS ESPERADOS

Se busca evaluar si el estado nutricional del paciente en cuestión está acorde a las necesidades basales mínimas para ser sometido a una injuria operatoria y en qué medida repercute su estado nutricional en el pronóstico a satisfacción del paciente mismo. Todo esto con la finalidad de promover una vida saludable en las personas y generar mejores disposiciones por parte Ministerio de Salud Pública, en pro de la mejora en salud.

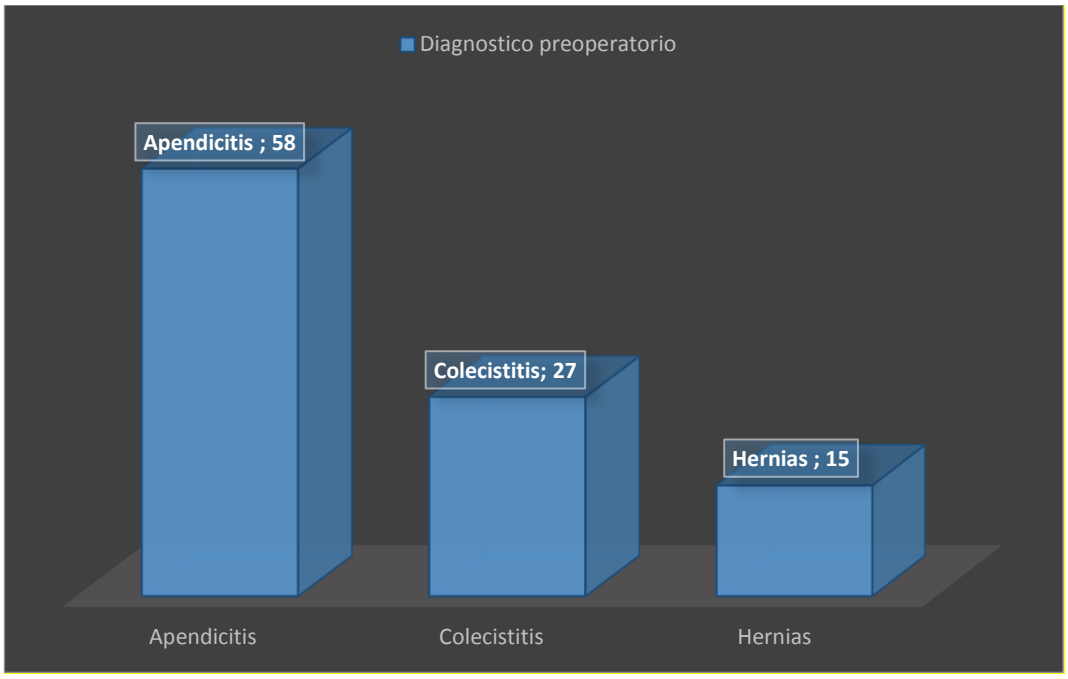
# PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

**Tabla N º 1**

Diagnostico preoperatorio que presentaron las pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo de agosto-octubre del 2016

| DIAGNOSTICO PREOPERATORIO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **Apendicitis** | 77 | **58** |
| **Colecistitis** | 35 | **27** |
| **Hernias** | 21 | **15** |
| **Total** | 133 | **100** |

**Grafico N º 1**




**Análisis e interpretación:**

Durante los tres (3) meses de investigación se logró determinar que la mayor cantidad de procedimientos quirúrgicos realizados en el HSCJQ, correspondían a apendicetomías con un porcentaje del 53%, colecistitis con un 27% y las de menor incidencia fueron las hernias con un 16%.

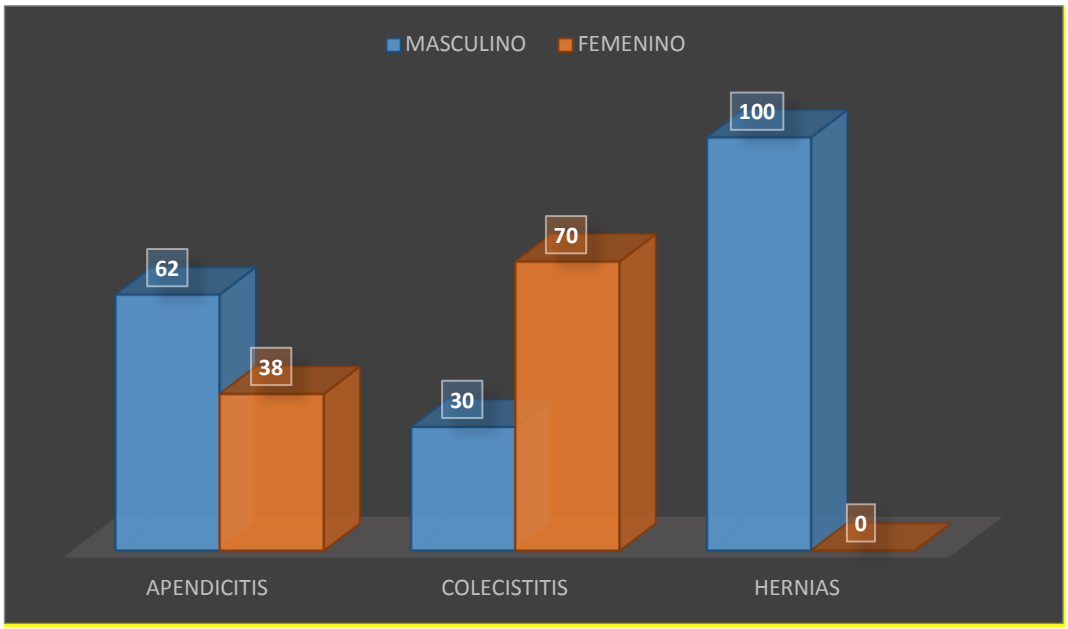
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 2**

Género de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| PACIENTES SEGÚN SU GÉNERO | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 62 | **38** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 30 | **70** | **100** |
| **HERNIAS** | 100 | **0** | **100** |

**Grafico N º 2**




**Análisis e interpretación:**

El siguiente gráfico muestra que los pacientes que fueron intervenidos por apendicitis de ellos el 62% corresponden al género masculino, mientras que el 38% al género femenino. Lo que se relacionan con los datos en el estudio de Gilberto Rodríguez-Herrera en la revista Scielo de los 120 pacientes operados, 67 correspondían al sexo masculino (55,83%) y 53 al femenino (44,17%) lo que indica que la prevalencia es mayor en el sexo masculino.

Los pacientes con colecistitis el 70% correspondieron al género femenino mientras que el 30% al género masculino. Lo que se relacionan con datos del articulo medigraphic Dr. Corona, Dra. Ortiz, Dr. González, Dr. José Luis que la prevalencia mayor es el sexo femenino ya que en total se incluyeron 636 pacientes, 525 mujeres (82.5%) y 111 hombres (17.4%).

En las intervenciones por hernias en su totalidad de 100% fueron de género masculino.

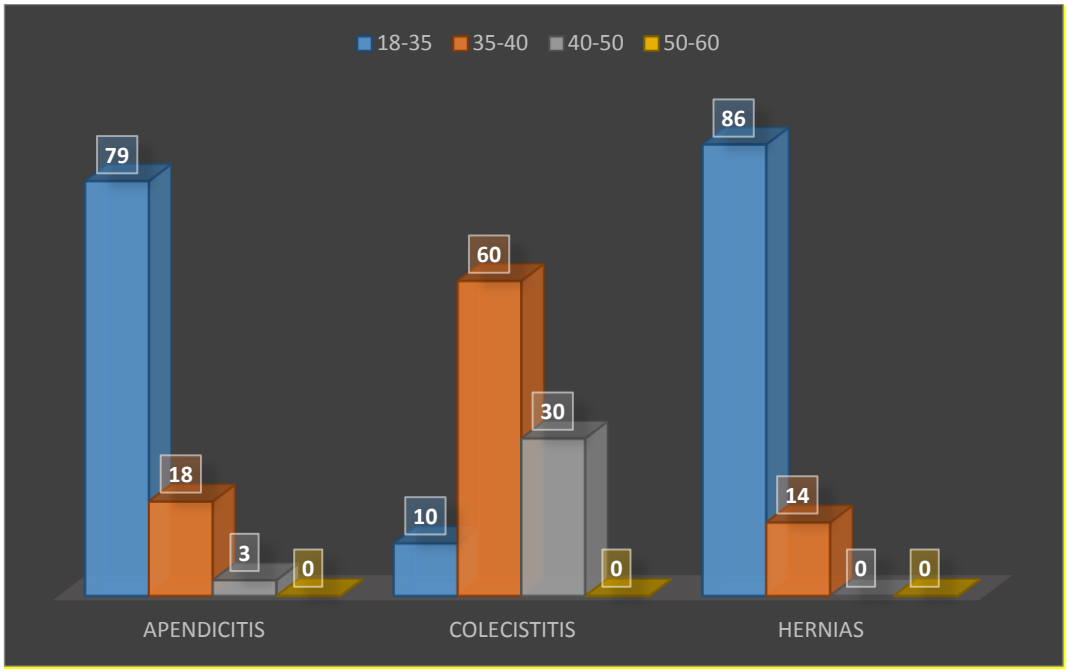
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 3**

Edad de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| GRUPO DE EDAD | 18-35 | 35-40 | 40-50 | 50-60 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 79 | **18** | **3** | **0** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 10 | **60** | **30** | **0** | **100** |
| **HERNIAS** | 86 | **14** | **0** | **0** | **100** |

**Grafico N º 3**




**Análisis e interpretación:**

La siguiente grafica muestra la edad de los pacientes que fueron intervenidos; los pacientes con apendicitis en el grupo de edad de 18-35 correspondieron a un 79% mientras que en el grupo de 35-40 con un 18% y con menor cantidad de un 3% correspondieron al grupo de 40-50 años de edad. Estos datos se relacionan con el articulo Caballero Rodríguez, C. A., & Peralta Rincón, K. V. (2016). El cual menciona que la edad aproximada de intervenciones quirúrgicas por apendicitis son de 18-50 años.

Los pacientes intervenidos por colecistitis el 10% corresponden a edades de 18-35 mientras que el 60% corresponde a la edad de 35.40 años, con menor porcentaje del 30% corresponde a la edad de 40-50 años; lo que se relacionan con datos del articulo medigraphic Dr. Corona, Dra. Ortiz, Dr. González, Dr. José Luis la edad promedio de pacientes operados fue la edad fue de 43 y 39 años.

Los pacientes con diagnóstico de hernias el 86% están en la edad de 18-35 años mientras que el 14% corresponden a las edades de 35-40 años. Estos datos se relacionan Rev Cubana. Ciudad de la Habana ene.-mar. 2007 los cuales muestran que la edad promedio de intervenciones por hernias es de 20-60 años.

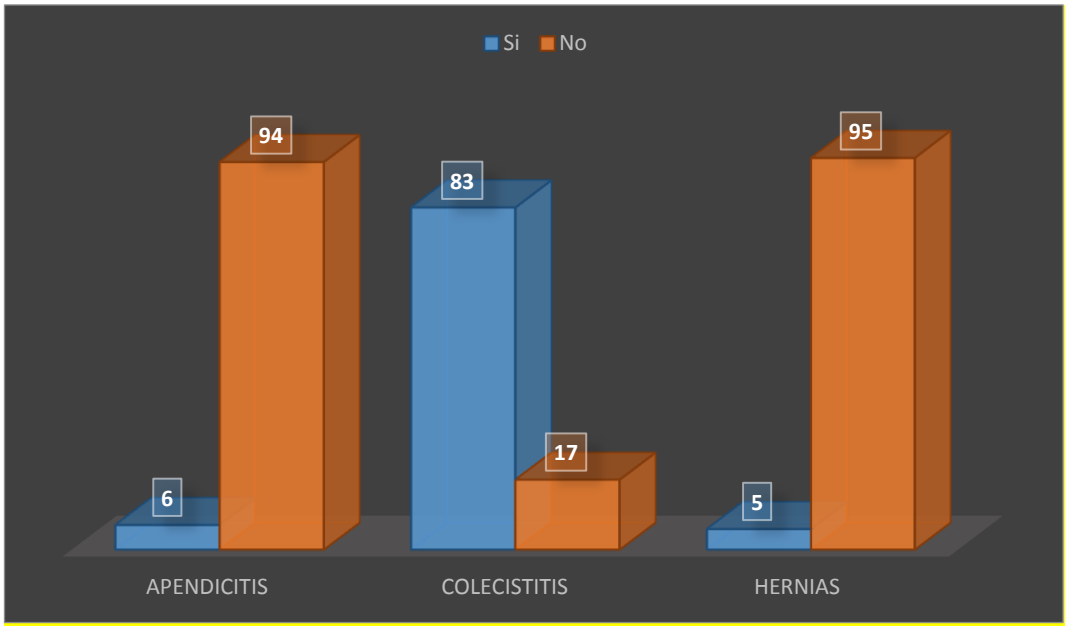
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 4**

Antecedentes personales de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| ANTECEDENTES PERSONALES | Si | No | Total |
|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 6 | **94** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 83 | **17** | **100** |
| **HERNIAS** | 5 | **95** | **100** |

**Grafico N º 4**




**Análisis e interpretación:**

En la gráfica que los pacientes intervenidos por apendicitis el 94% de ellos no presentaron antecedentes personales mientras que el 6% no presentaron.

Los pacientes intervenidos por colecistitis el 83% de ellos si presentaron antecedentes personales; mientras que el 17% no presentaron.

Los pacientes intervenidos por hernias el 95% de ellos no presentaron antecedentes personales mientras que el 5% de ellos sí.

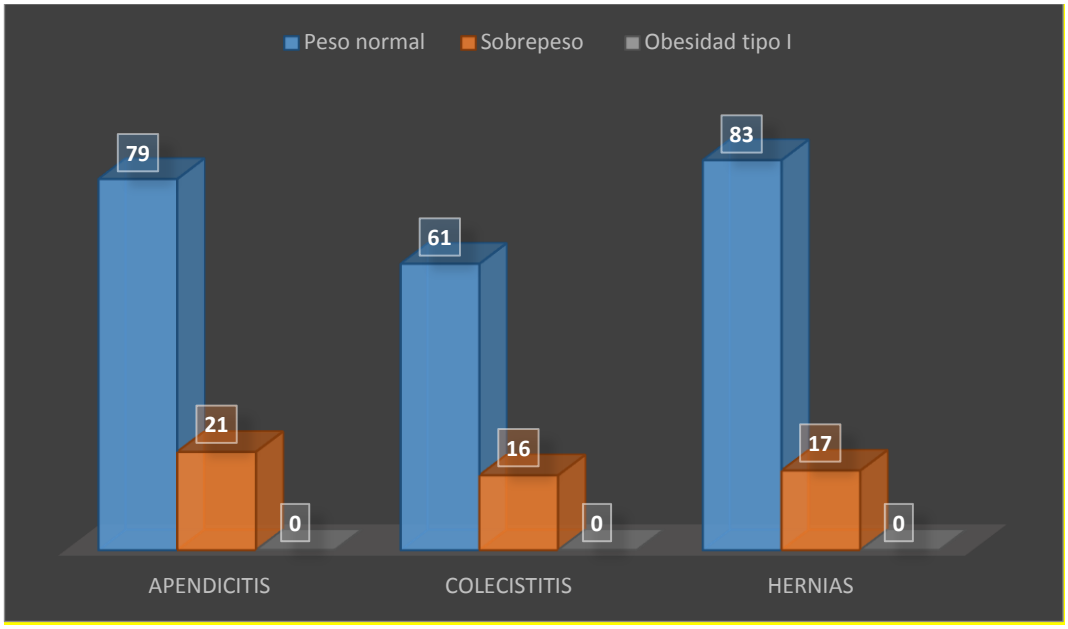
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 5**

Perfil antropométrico de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| PERFIL ANTROPOMÉTRICO | Peso normal | Sobrepeso | Obesidad tipo I | Total |
|---|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 79 | **21** | **0** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 61 | **16** | **0** | **100** |
| **HERNIAS** | 83 | **17** | **0** | **100** |

**Grafico N º 5**




**Análisis e interpretación:**

Se grafica que los pacientes intervenidos por apendicitis el 79% de ellos se encontraba en un peso normal mientras que el 21% en sobrepeso.

Los pacientes intervenidos por colecistitis el 61% se encuentran en peso normal mientras que el 16% en sobrepeso.

Mientras que los pacientes con diagnóstico de hernias el 83% se encuentran en peso normal y el 17% en sobrepeso.

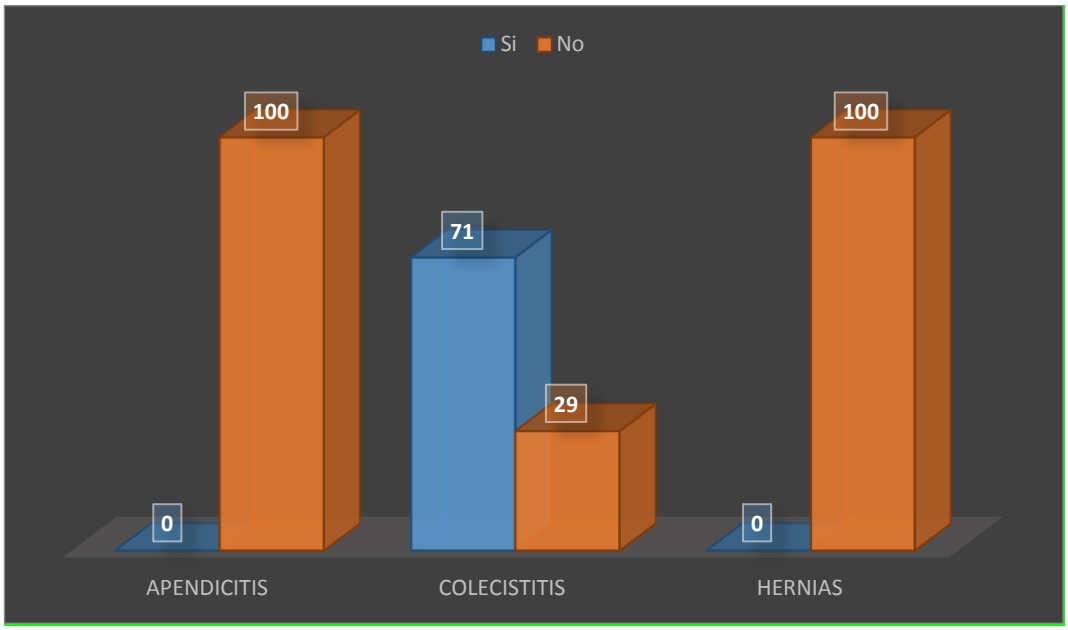
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 6**

Cuantificación de la proteína albumina en los análisis bioquímicos de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| CUANTIFICACIÓN DE LA ALBUMINA | Si | No | Total |
|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 0 | **100** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 71 | **29** | **100** |
| **HERNIAS** | 0 | **100** | **100** |

**Grafico N º 6**




**Análisis e interpretación:**

La grafica muestra de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis en 100% de ellos en sus análisis de laboratorio no presentaron la cuantificación de la proteína albumina, mientras que los intervenidos por colecistitis el 71% de ellos si presentaron la proteína albumina en los exámenes y el 29% no presento.

Los pacientes intervenidos por hernias el 71% si presentaron la proteína albuminan mientras que el 285 no presentaron.

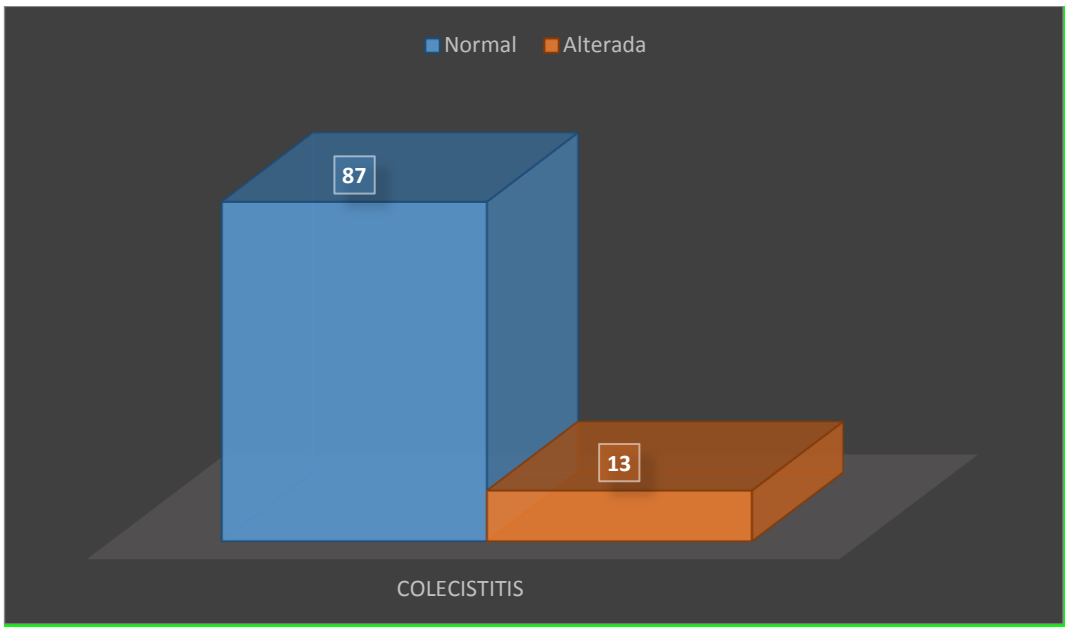
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia

**Tabla N º 7**

Alteración de la cuantificación de la proteína albumina en los análisis bioquímicos de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| CUANTIFICACIÓN DE LA ALBUMINA | Normal | Alterada | Total |
|---|---|---|---|
| **COLECISTITIS** | 87 | **13** | **100** |

**Grafico N º 7**




**Análisis e interpretación:**

La grafica muestra de los pacientes intervenidos quirúrgicamente los que presentaron la cuantificación de albumina en sangre el 13% de ellos presento alteraciones en los resultados de la cuantificación de albumina mientras que el 87% de ellos presento la cuantificación de la proteína albumina en parámetros normales.

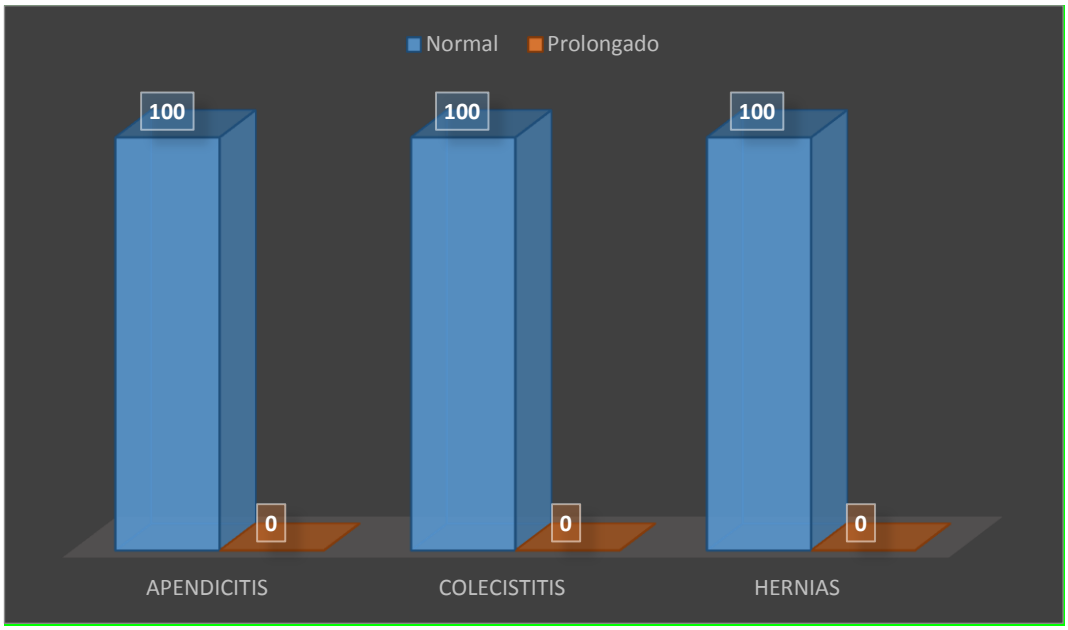
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 8**

Tiempo de ayuno de ayunos pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| TIEMPO DE AYUNO | Corto | Prolongado | Total |
|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 100 | **0** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 100 | **0** | **100** |
| **HERNIAS** | 100 | **0** | **100** |

**Grafico N º 8**




**Análisis e interpretación:**

En la gráfica se observa que los pacientes intervenidos ninguno de ellos presento un ayuno prologando de más de 5 días.

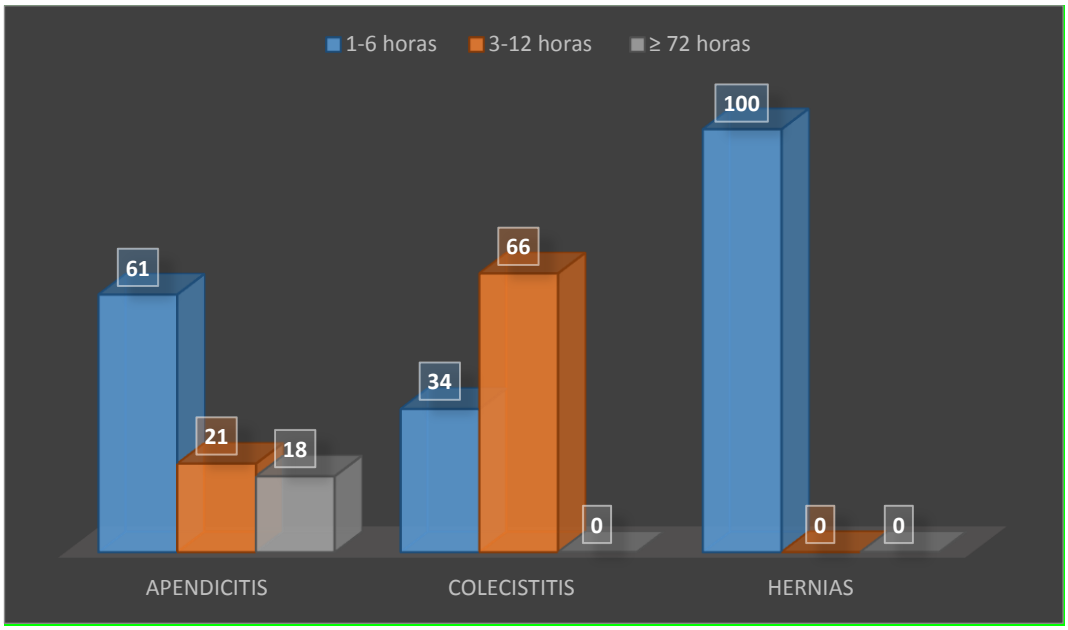
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 9**

Horas de ayuno de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| HORAS DE AYUNO | 1-6 horas | 6-12 horas | **≥ 72 horas** | **Total** |
|---|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 61 | **21** | **18** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 34 | **66** | **0** | **100** |
| **HERNIAS** | 100 | **0** | **0** | **100** |

**Grafico N º 9**




**Análisis e interpretación:**

En la gráfica se observa que los pacientes intervenidos por apendicitis el 61% tenían un ayuno de 1-6 horas mientras que 21% estaban con un ayuno de 6-12 horas y el 18% más de 72 horas de ayuno; mientras que los intervenidos por colecistitis tenían un ayuno 1-6 horas el 34% mientras que el 66% un ayuno de 6-12 horas y los pacientes intervenidos por hernias el 1005 de ellos tenían un ayudo 1.6 horas.

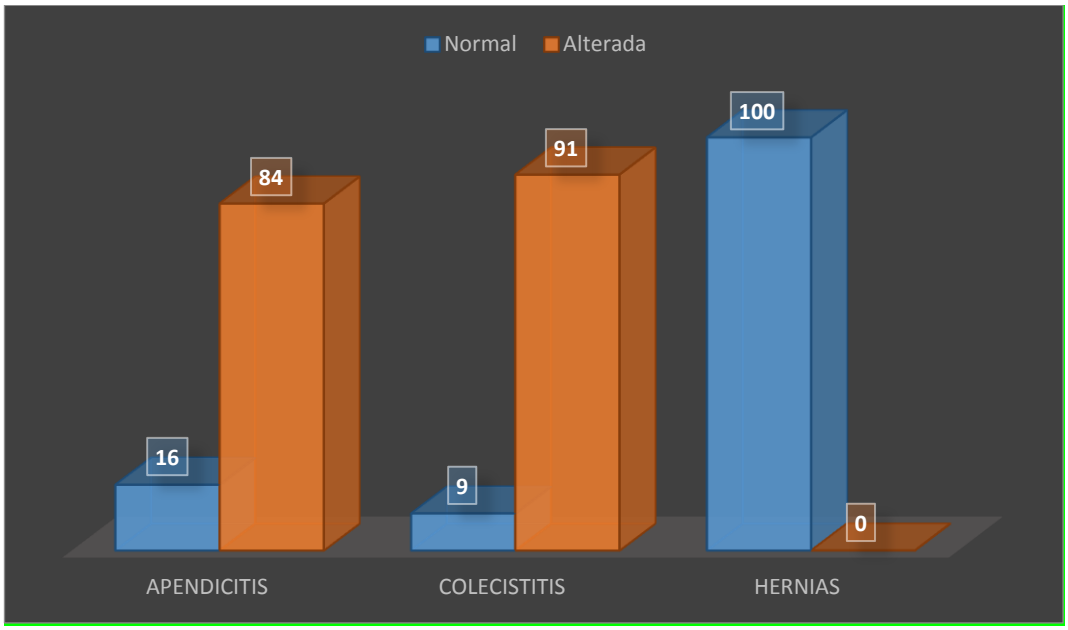
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia.

**Tabla N º 10**

Biometría hemática de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| BIO METRÍA HEMÁTICA | **Normal** | **Alterada** | **Total** |
|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 16 | **84** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 91 | **9** | **100** |
| **HERNIAS** | 100 | **0** | **100** |

**Grafico N º 10**




**Análisis e interpretación:**

En la gráfica sé que los paciente intervenidos por apendicitis en la biometría hemática muestra que el 84% se encuentra alterada mientras que el 16% están normal; los pacientes con colecistitis el 91% de ellos la biometría se encuentra en parámetros normales mientras que el 9% están alterados y en los pacientes con hernia el 100% de ellos no muestra alteración en la biometría hemática.

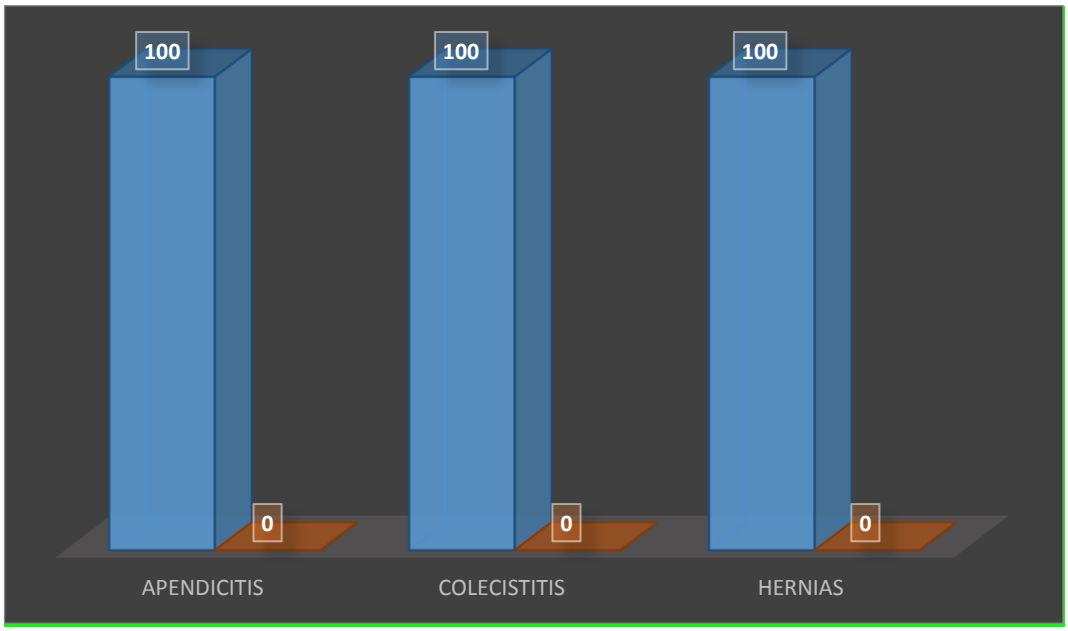
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia

**Tabla N º 11**

Estado clínico de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| ESTADO CLINICO | Estable | Inestable | Total |
|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 100 | **0** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 100 | **0** | **100** |
| **HERNIAS** | 100 | **0** | **100** |

**Grafico N º 11**




**Análisis e interpretación:**

En la gráfica sé que los pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro periodo de estudio todos después de la cirugía se encontraron estables en un 100%

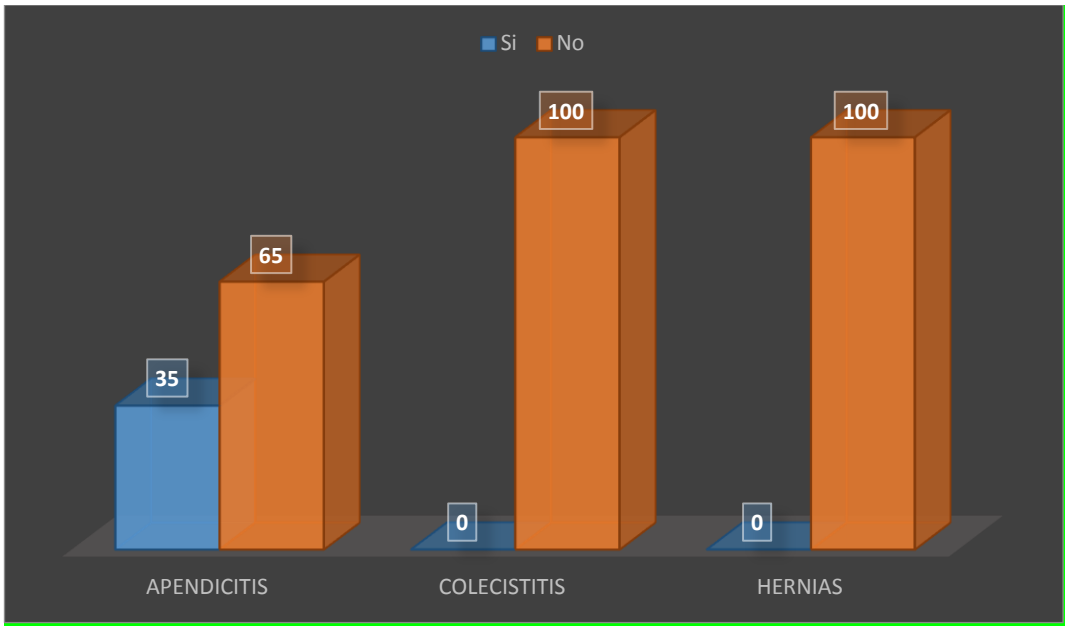
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia

**Tabla N º 12**

Complicaciones en el momento de la intervención quirúrgica de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| COMPLICACIÓN | Si | No | Total |
|---|---|---|---|
| APENDICITIS | 35 | **65** | **100** |
| COLECISTITIS | 0 | **100** | **100** |
| HERNIAS | 0 | **100** | **100** |

**Grafico N º 12**




**Análisis e interpretación:**

En la gráfica se observa que el 65% de pacientes intervenidos quirúrgicamente no presentaron ninguna complicación mientras que el 35% de los pacientes intervenidos por apendicitis presentaron complicación (peritonitis), mientras que los pacientes con colecistitis y hernias no presentaron ninguna complicación.

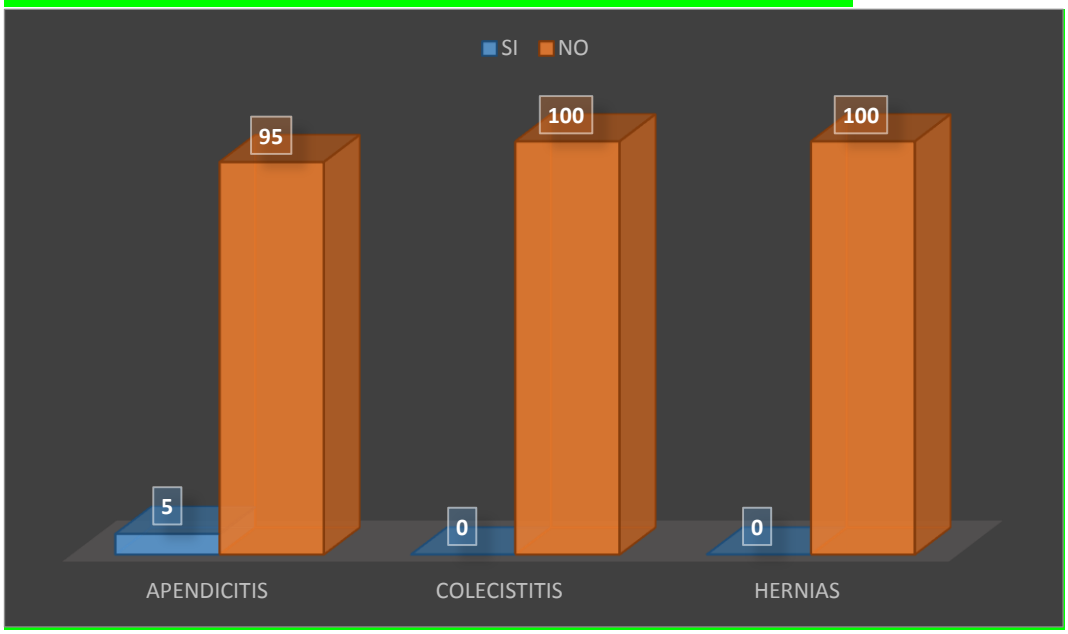
**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia

**Tabla N º 13**

Heridas infectadas de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo agosto-octubre del 2016.

| HERIDA INFECTADA | Si | No | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **APENDICITIS** | 5 | **95** | **100** |
| **COLECISTITIS** | 0 | **100** | **100** |
| **HERNIAS** | 0 | **100** | **100** |

**Grafico N º 13**




**Análisis e interpretación:**

En la gráfica se observa que los pacientes que presentaron una herida infectada con el 35% fueron los intervenidos por apendicitis mientras que el 65% no presento; el 100% de los pacientes intervenidos por hernias y colecistitis no presentaron heridas infectadas.

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Sagrado Corazón de Jesús.
**Elaborado:** Aguirre Bueno Eduardo – Zambrano Salvatierra Silvia

# CONCLUSIONES

Se determinó que el universo fue de 133 historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en la sala de cirugía general de lo cual 77 casos fueron de apendicitis, 35 de colecistitis y 21 casos de hernias.

Se determinó que los pacientes que fueron intervenidos por apendicitis fueron los que mayor problema presentaron con su estado nutricional ya que el 79% de ellos entró con un peso normal mientras que el 21% se encuentran con sobrepeso, en los pacientes con colecistectomía un 16% con sobrepeso el 61% peso normal, mientras que en hernias el 83% presentaron peso normal un 13% presentaron sobrepeso.

Se determinó que los pacientes que presentaron complicaciones en el momento de la cirugía con un 35% fueron los paciente intervenidos por apendicitis que en ese momento presentaba peritonitis mientras que el 65% de ellos no presentaron ninguna complicación por lo que el diagnostico postoperatorio fue por apendicitis aguda.

Se determinó que los pacientes que presentaron complicaciones en la recuperación fueron los intervenidos por apendicitis complicada que se relaciona con las horas largas de ayuno y por ende el estado nutricional con el cual ingreso a la cirugía 35% con heridas infectadas mientras que el 65% de ellos no presentaron ninguna complicación.

Se determinó que los paciente que fueron intervenidos quirúrgicamente por apendicitis y hernias el 100% de ellos en sus historia clínicas no presentaron en el análisis de la cuantificación de la proteína albumina, mientras que en colecistitis solo un 71% si presento mientras que el 29 % no presentaron en el análisis de laboratorio la proteína albumina, cual se establece que no se realiza una buena evolución de su estado nutricional en el paciente que va hacer intervenido quirúrgicamente.

Se determinó que el 71% de los pacientes intervenidos por colecistitis que si presentaron la cuantificación de la proteína albuminan en el análisis de laboratorio por lo que se establece que las cirugías programadas evalúa mucho mejor el estado nutricional y por ende estos pacientes no presentaron complicaciones en su recuperación.

Se determinó que de los pacientes intervenidos por colecistitis que si presentaron la cuantificación de albumina en sangre el 87% de ellos presento la cuantificación de albumina en rangos normales mientras que el 13% de ellos presento de una forma alterada lo cual no se investigó si fue por alguna enfermedad de base ya que en nuestra investigación los pacientes con colecistitis ninguno de ellos presento problemas de desnutrición crónica.

Se establecieron que las cirugías que ingresan por emergencias presentar más complicaciones que las cirugías programadas ya que por la consulta externa al paciente se le da un mejor seguimiento y son cirugías que pueden esperar más hasta que el paciente cumpla con toda su evaluación preoperatoria.

Se pudo determinar que la condición nutricional del paciente al momento de ser intervenido quirúrgicamente si es un factor dependiente de la recuperación del mismo ya que pacientes que fueron bien evaluados por la consulta externa no presentaron ninguna complicación, mientras que paciente que ingresaron por emergencia presentaron complicaciones en el momento de la cirugía y después debido a las horas de ayuno, urgencia de las cirugías que no podían esperar para realizar algún soporte nutricional.

# RECOMENDACIONES

Después de la valoración de las conclusiones se establecieron las siguientes recomendaciones:

A la Universidad Técnica de Manabí, a la Facultad de Ciencias de la Salud en su Escuela de Medicina a través de sus estudiantes que están realizando sus prácticos pre-profesionales brindar charlas sobre la evaluación nutricional preoperatoria ya que de esta depende la recuperación del paciente.

A la sala de cirugía del Hospital Sagrado Corazón de Jesús que se haga la evaluación preoperatoria nutricional del paciente de una forma correcta desde cuando ingresa a la sala de cirugía y su estancia en la misma controlando de esta manera el peso actual y el peso que mantiene en la estancia del hospital.

Al Hospital Sagrado Corazón de Jesús que se tengan balanza tallímetro en cada uno de los servicios para de esta manera contralar el peso que mantiene los pacientes.

Con el apoyo del Hospital Sagrado Corazón de Jesús continuar con la actualización de los protocolos de MSP para tener una completa evaluación preoperatoria por parte del médico clínico, médico cirujano, cardiología, anestesiología para que de esta manera se reduzcan las complicaciones.

Hacer capacitaciones a los médicos residentes de la emergencia sobre la evaluación preoperatoria nutricional y relación con la recuperación para de esta tener un mejor pronóstico en la recuperación de los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente.

# CRONOGRAMA VALORADO

| ACTIVIDADES | 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Julio | | | | Agosto | | | | Septiembre | | | | Octubre | | | | Noviembre | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Presentación de tema para aprobación | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación de protocolo de la investigación | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Notificación a los Miembros del Tribunal y Evaluación | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reuniones con Tribunal del Proyecto de Investigación | | | | x | | | | | x | | | | x | | | | x | | | |
| Planteamiento de Problema | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Justificación | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivos | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marco Teórico | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño Metodológico | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de diseño | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de estudio | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Universo y muestra | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | |
| Variable e hipótesis | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | |
| Instrumentos y recolección de datos | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | |
| Plan de trabajo | | | | | | | | | | | | x | x | | | | | | | |
| Plan de análisis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plan de recolección de datos | x | x | x | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Procesamiento de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x |
| Presentación de datos y análisis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación de Trabajo de Titulación Final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# BIBLIOGRAFÍA


- National Alliance for Infusion Therapy and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Public Policy Committee and Board of Directors Disease-related malnutrition and enteral nutrition theraphy: A significant problem with a cost-effective solution Nutr Clin Pract, 25 (2012), pp. 548-554
- Fernández, G. B., & Sánchez, D. P. (2010). VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL. *Manual del residente quirúrgico*, 192.
- Bermeo, L. F. C. (2015). Beneficios del soporte nutricional en el paciente quirúrgico. Revista Facultad de Salud-RFS, 2(2), 61-68.
- Porbén, S. S., Penié, J. B., González, C. M., Borrás, A. E., & Hernández, T. L. M. (2011). Evaluación nutricional. Acta Médica, 11(1), 26-37.
- Núñez, M. D. C. A. LA DESNUTRICIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO. PRINCIPIOS BÁSICOS DE APLICACIÓN DE LA NUTRICIÓN ARTIFICIAL.
- Arias, M. (2010). La desnutrición en el paciente hospitalizado. Principios básicos de aplicación de la nutrición artificial. Guías Clínicas De La Sociedad Gallega De Medicina Interna.
- López, J. M. M., León, M. P., Unzueta, M. T. G., Espejo, M. O., González, M. H., López, R. M., & Señaris, J. A. A. (2014). Soporte nutricional perioperatorio. *Cirugía Española*, *92*(6), 379-386.
- López, J. M. M., León, M. P., Izquierdo, F. J. E., Pérez, L. M. L., & Señaris, J. A. A. (2016). Diferencias en estándares de calidad a la hora de pautar un soporte nutricional: diferencias entre médicos especialistas y no especialistas. *Endocrinología y Nutrición*, *63*(1), 27-31.
- Pinzón-Espitia, O., Becerra, L. A. C., Molina, M. G., Rodríguez, J. L. G., & Hernández, R. D. M. (2016). Gestión de la nutrición enteral:

factores clave en las mejores guías de práctica clínica y brechas en su aplicación. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, *36*(1), 94-103.

- Pérez-Flores, J. E., Chávez-Tostado, M., Larios-del-Toro, Y. E., García-Rentería, J., Rendón-Félix, J., Salazar-Parra, M., ... & Álvarez-Villaseñor, A. S. (2016). Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario y su asociación con la morbilidad y mortalidad en pacientes mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, *33*(4), 872-878.
- Robles, M. L. C., & Rodríguez, J. R. V. (2013). Nutrición especializada: el enfoque multidisciplinario de la terapéutica nutricional actual. *Medicina Interna de México*, *29*(1), 48
- Bermúdez, C., Sanabria, Á., & Vega, V. (2013). Soporte nutricional del paciente adulto. Resultados de la reunión de consenso de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. Rev Colomb Cir, 28(2), 101-16.
- Wanden-Berghe, C., Moussa, K. C., & Sanz-Valero, J. (2015). La calidad de vida y el estado nutricional. *Nutrición Clínica*, *9*(2-2015), 133-144.
- Gallegos Espinosa, S., Santana Porbén, S., & Nicolalde Cifuentes, M. (2015). Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador. Nutrición Hospitalaria, 31(1)

# ANEXOS

## ANEXO 1

## FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO

- DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: _____
- EDAD:
  ( ) 18-35 años
  ( ) 35-40 años
  ( ) 40-50 años
  ( ) 50-60 años
- SEXO:
  ( ) Masculino
  ( ) Femenino
- ANTECEDENTES PERSONALES
  ( ) HTA
  ( ) Diabetes
  ( ) Otras
- PERFIL ANTROPOMÉTRICO
  Peso actual:…….
  Talla: …….
  IMC:……
- SEGÚN ESO QUE TIPO DE ESTADO NUTRICIONAL TIENE
  ( ) Peso bajo
  ( ) Peso normal
  ( ) Sobrepeso
  ( ) Obesidad tipo I
  ( ) Obesidad tipo II
  ( ) Obesidad tipo III
- HORAS DE AYUNO
  ( ) 1-6 horas
  ( ) 6-12 horas
  ( ) 12-24 horas
  ( ) 24-48 horas
  ( ) 48-72 horas (
  ( ) Más de 72 horas
- SEGÚN LAS HORAS DE AYUNO
  ( ) Normal
  ( ) Prolongado
- LABORATORIO
  Biometría hemática Normal ( ) Alterada ( )
  Presencia de proteína albumina Si ( ) No ( )
  Proteína albumina Normal ( ) Alterada ( )

## Anexo 2

## FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

- ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE
  ( ) Estable
  ( ) Inestable
- COMPLICACIÓN EN LA CIRUGÍA
  ( ) Si
  ( ) No
- COMPLICACIÓN DESPUÉS DE LA CIRUGÍA
  ( ) Si
  ( ) No
- TIPO DE COMPLICACION QUE PRESENTO _____

## Anexo 3 revistas y artículos

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 28/11/2016. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

CIR ESP. 2014;92(6):379–386

ELSEVIER DOYMA

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugía

Revisión de conjunto

# Soporte nutricional perioperatorio

*Jesús Manuel Morán López*[a,*], *María Piedra León*[b], *María Teresa García Unzueta*[c], *María Ortiz Espejo*[c], *Miriam Hernández González*[a], *Ruth Morán López*[a] y *José Antonio Amado Señaris*[b]

[a] *Unidad de Endocrinología y Nutrición, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España*
[b] *Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Valdecilla, Santander, España*
[c] *Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Valdecilla, Santander, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*
Recibido el 13 de julio de 2013
Aceptado el 18 de diciembre de 2013
*On-line* el 2 de abril de 2014

*Palabras clave:*
Soporte nutricional perioperatorio
Inmunonutrición
Insulinorresistencia perioperatoria

RESUMEN

La relación entre desnutrición prequirúrgica y morbimortalidad está documentada desde hace años. A pesar de la existencia de herramientas que nos permiten detectar y tratar esta entidad, su aplicación en la práctica clínica es, a día de hoy, lenta. Por otra parte, tanto la insulinorresistencia como la hiperglucemia perioperatoria se asocian a mayor morbimortalidad postoperatoria y estancia media más prolongada. La ingesta de bebidas ricas en hidratos de carbono 2-4 h antes de la intervención permite disminuir dicha insulinorresistencia. Otro factor que reduce la estancia y las complicaciones es el soporte nutricional enteral postope ratorio precoz en relación con el soporte vía parenteral tradicional. También las fórmulas co inmunonutrientes han demostrado ser eficaces a la hora de disminuir complicacione posquirúrgicas y estancia media. A la vista de la evidencia científica y de las guías de práctic clínica recomendamos la adopción de estas medidas, sustituyendo a las tradicionales.

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Rev Colomb Cir. 2013;28:101-116

ARTÍCULO ORIGINAL

# Soporte nutricional del paciente adulto Resultados de la reunión de consenso de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica

Charles Bermúdez[1], Álvaro Sanabria[2,3], Valentín Vega[3]

Palabras clave: conferencia de consenso; personal de nutrición; programas de nutrición; nutrición enteral; nutrición parenteral total.


## Resumen

**Introducción.** *El soporte nutricional es la única alternativa terapéutica para los pacientes que presentan dificultades en la ingestión de alimentos. Se pretende unificar los conceptos y desarrollar un documento de fácil acceso y consulta rápida en relación con la administración de nutrición para los pacientes adultos.*

**Materiales y métodos.** *Se escogió la metodología de consenso. La Asociación Colombiana de Nutrición Clínica seleccionó los expertos teniendo en cuenta su participación en grupos de soporte nutricional, la respuestas enviadas por cada uno de los expertos. Se dio por finalizado el proceso de consenso después de la tercera ronda de evaluación.*

**Resultados.** *Entre los aspectos que obtuvieron consenso, se encuentran los siguientes: deben existir grupos de soporte nutricional para el manejo de pacientes adultos que requieren terapia nutricional entérica o parenteral; el grupo debe estar conformado por médico, nutricionista, enfermero y químico farmacéutico; la valoración de los pacientes debe hacerse diariamente; las funciones de cada integrante; la fórmula de Harris-*

Nutrición Clínica en Medicina | Vol. IX - Número 2 - 2015
pp. 133-144

www.nutricionclinicaenmedicina.com
©Nutrición Clínica en Medicina 2015

[ r e v i s i ó n ]

# La calidad de vida y el estado nutricional

*Carmina Wanden-Berghe[1,2], Kamila Cheikh Moussa[1,3], Javier Sanz-Valero[3,4]*

[1]Hospital General Universitario, Alicante. [2]Universidad CEU Cardenal Herrera, Elche.
[3]Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante. [4]Universidad de Alicante, Alicante. España.

**Palabras clave**

calidad de vida, estado nutricional, nutrición enteral, nutrición parenteral, cuestionarios

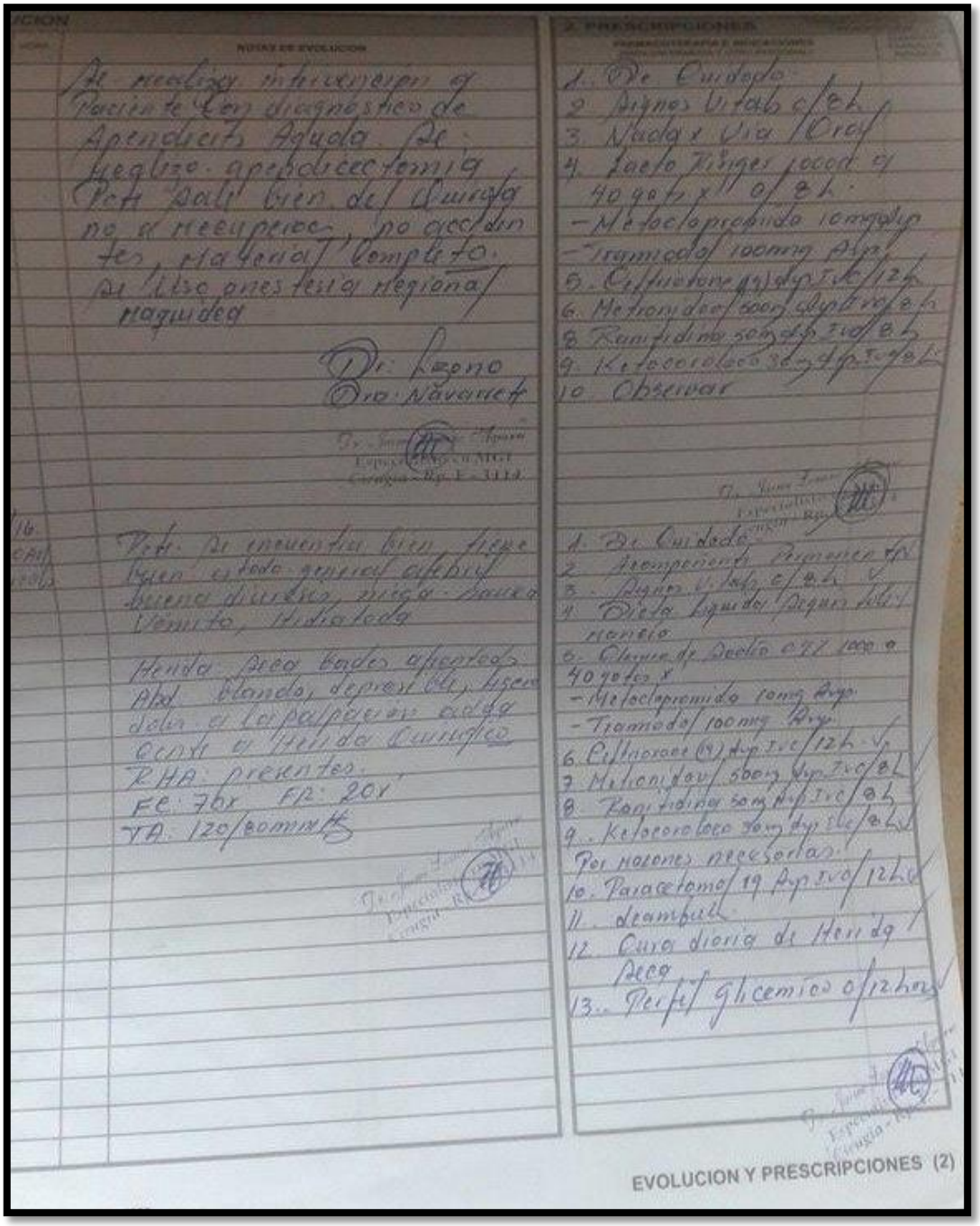
## >>Resumen

El objetivo de este trabajo es resumir el conocimiento científico acerca de la calidad de vida relacionada con el estado nutricional. Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica publicada e indizada en las principales bases de datos bibliográficas, destacando entre ellas: MEDLINE (via PubMed), EMBASE, Web of Science, the Cochrane Library y LILACS. Se resumieron los principales resultados obtenidos y se sintetizaron en los capítulos de calidad de vida relacionada con la salud, calidad de vida relacionada con el estado nutricional, calidad de vida e intervención nutricional e instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida en las intervenciones nutricionales.

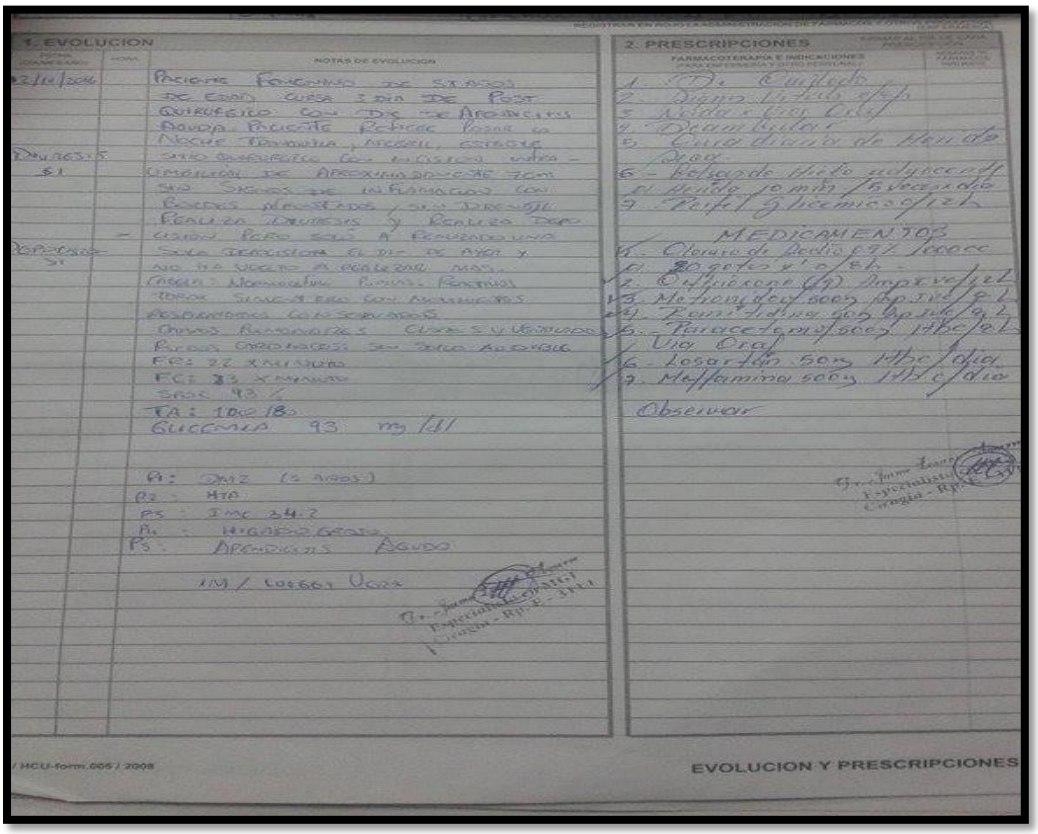
De la revisión realizada, se puede concluir que el estudio de la calidad de vida relacionado tanto con el estado nutricional como con las diferentes intervenciones nutricionales, se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo y de los diferentes autores de una forma totalmente heterogénea: en el tipo de estudios, diseños, pacientes, intervenciones y cuestionarios utilizados. Este escenario hace tremendamente difícil extraer conclusiones claras y con evidencia científica contrastada sobre el efecto buscado (calidad de vida relacionada con el estado nutricional y las diferentes intervenciones nutricionales). El desarrollo reciente de nuevas herramientas específicas; Calidad de Vida Relacionada con el Estado Nutricional (CAVEN) para evaluar el efecto del estado nutricional en la calidad de vida, Home Parenteral Nutrition Quality of Life (HPN-QOL) HPN-QOL para medir el efecto de la Nutrición Parenteral sobre calidad de

## Anexo 4 fotos

**Anexos 5 fotos de historias clínicas y exámenes de laboratorio**



EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)



1. EVOLUCION

| FECHA | HORA | NOTAS DE EVOLUCION |
|---|---|---|
| 12/10/2016 | | PACIENTE FEMENINO DE 54 AÑOS DE EDAD CURSA 1 DIA DE POST QUIRURGICO CON DX DE APENDICITIS AGUDA. PACIENTE REFIERE DOLOR EN NOCHE TOLERANDO, ANGELL, ESTABLE. SIGO QUIRURGICO CON INCISIONES LIMPIAS. ABDOMEN DE APERIMIENTO DE 7cm SIN SIGNOS DE INFLAMACION CON BORDES ADECUADOS / SIN DRENAJE. REALIZO CURACIONES Y REALIZO DEAMBULACION PERO SOLO A RECORRIDO UNA SALA TERCISION EL DIA DE AYER Y NO HA VUELTO A REALIZARSE MAS. ORGANOS: NORMOTIPO, PULMONES: BIENTRADA TORAX SIMETRICO CON MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS. OTROS PARAMETROS CLINICOS Y VITALES PUPILAS ISOCORICAS SIN SIGNO ANEMIA FR: 22 X MINUTO FC: 83 X MINUTO SAOZ 93 % TA: 100/80 GLUCEMIA 93 mg/dl |
| | | P1: DMZ (2 AÑOS) P2: HTA P3: IMC 24.2 P4: HIGADO GRASO P5: APENDICITIS AGUDA |
| | | 1M / LOSARTAN 50mg |

2. PRESCRIPCIONES

FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y CLINICO PERSONAL)

1. Dieta Cuidada
2. Signos Vitales c/6h
3. Reposo Relativo
4. Deambular
5. Curaciones de Herida Qxq
6. Retiro de Hilo adyacente al drenaje 10 min / 15 segundos
7. Reiterar Glucemia c/12h

MEDICAMENTOS

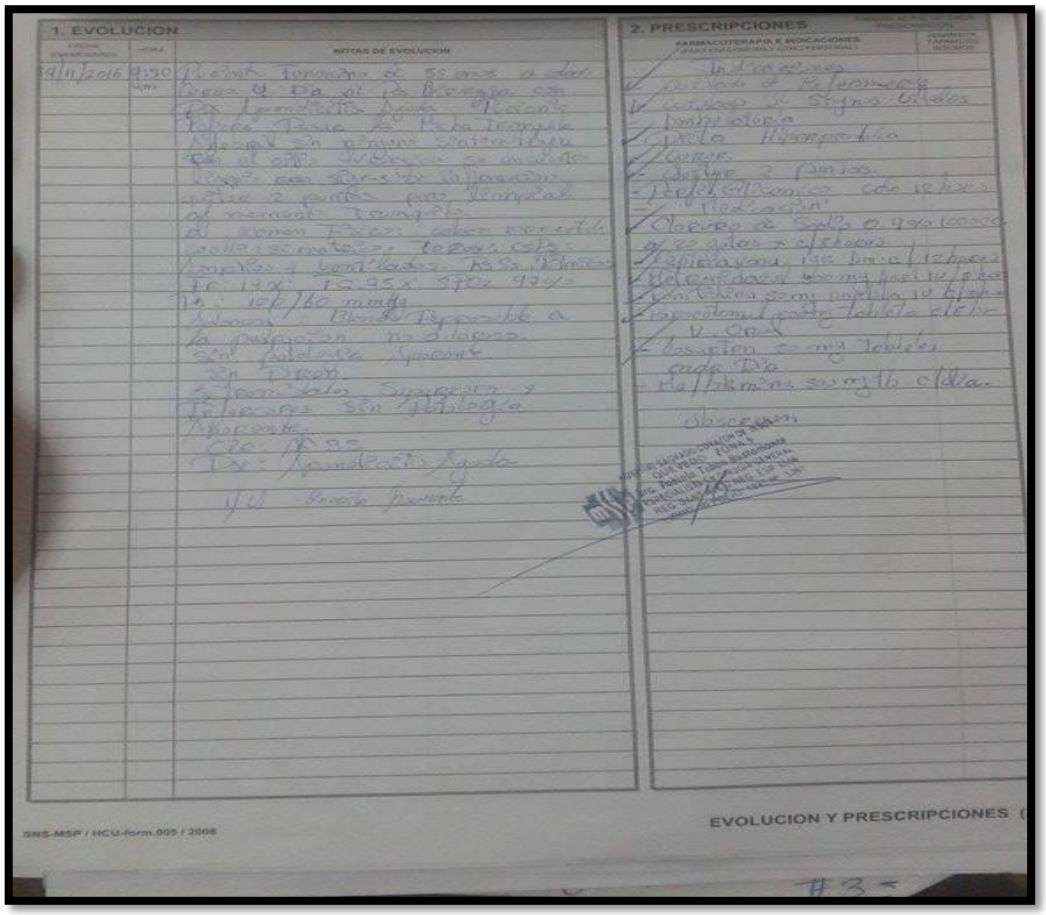
1. Cloruro de Sodio 0.9% 100cc c/ 20 gotas x' c/8h
2. Diferencial (D) Ampolla/2l
3. Metamizol 500mg Ampolla/8h
4. Ranitidina 50mg Ampolla/8h
5. Paracetamol 500mg 1Tbc/8h Vía Oral
6. Losartan 50mg 1Tbc/dia
7. Metformina 500mg 1Tbc c/dia

Observar

Dr. [illegible] Especialista Cirugía - Rp.

/ HCU-form.005 / 2008

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES



1. EVOLUCION

| FECHA | HORA | NOTAS DE EVOLUCION |
|---|---|---|
| 14/11/2016 | 9:30 | Paciente femenino de 55 años de edad cursa 4 dia de Bypass con Dx Apendicitis Aguda. Paciente refiere tener tolerancia a dieta sin vómitos sin distensión abdominal al examen físico: abdomen blando, depresible, doloroso a palpación profunda, no se palpan masas, no se palpan organos. Signos vitales: FC: 74 x' FR: 15.95 x' SPO2 97% TA: 107/60 mmHg. Abdomen: Herida Operatoria a la palpación no dolorosa sin calor sin edema sin drenaje. Extremidades Superiores e Inferiores sin edema. Apareente. Cra: Ass Dx: Apendicitis Aguda |
| | | I/U Bruno Bernabe |

2. PRESCRIPCIONES

FARMACOTERAPIA E INDICACIONES (PARA ENFERMERIA Y CLINICO PERSONAL)

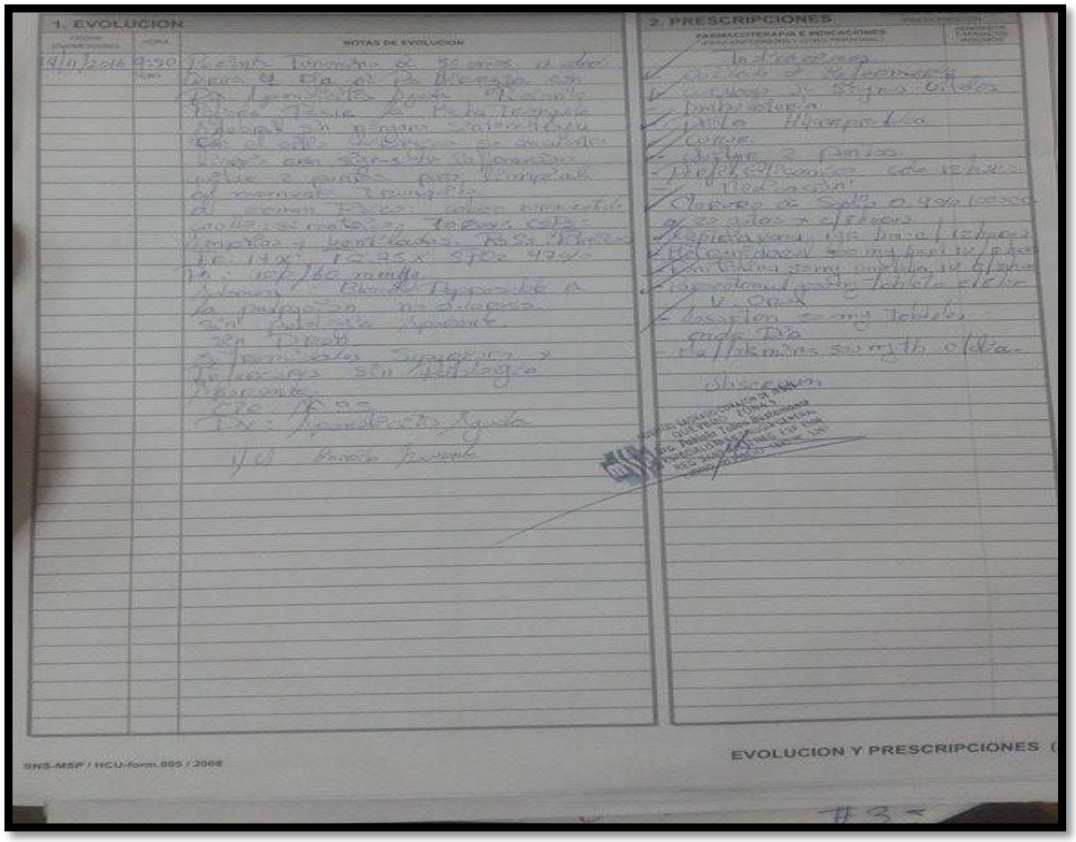
Indicaciones
- Curaciones c/ Enfermera
- Control de Signos Vitales
- Inmovilizar
- Dieta Hipopetida
- Cuidar
- Sutura 2 puntos
- Retiro de Grapas de 12 horas de Hospitalización
- Cloruro de Sodio 0.9% 100cc a 20 gotas x c/8horas
- Diclofenaco 100 mg Ampolla c/12horas
- Metoclopramida 10 mg Ampolla IV c/8h
- Ranitidina 50 mg Ampolla IV c/8h
- Paracetamol 500 mg Tableta c/6h V. Oral
- Losartan 50 mg Tableta cada Dia
- Metformina 500 mg 1Tb c/dia.

Observar

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES

#3



1. EVOLUCION

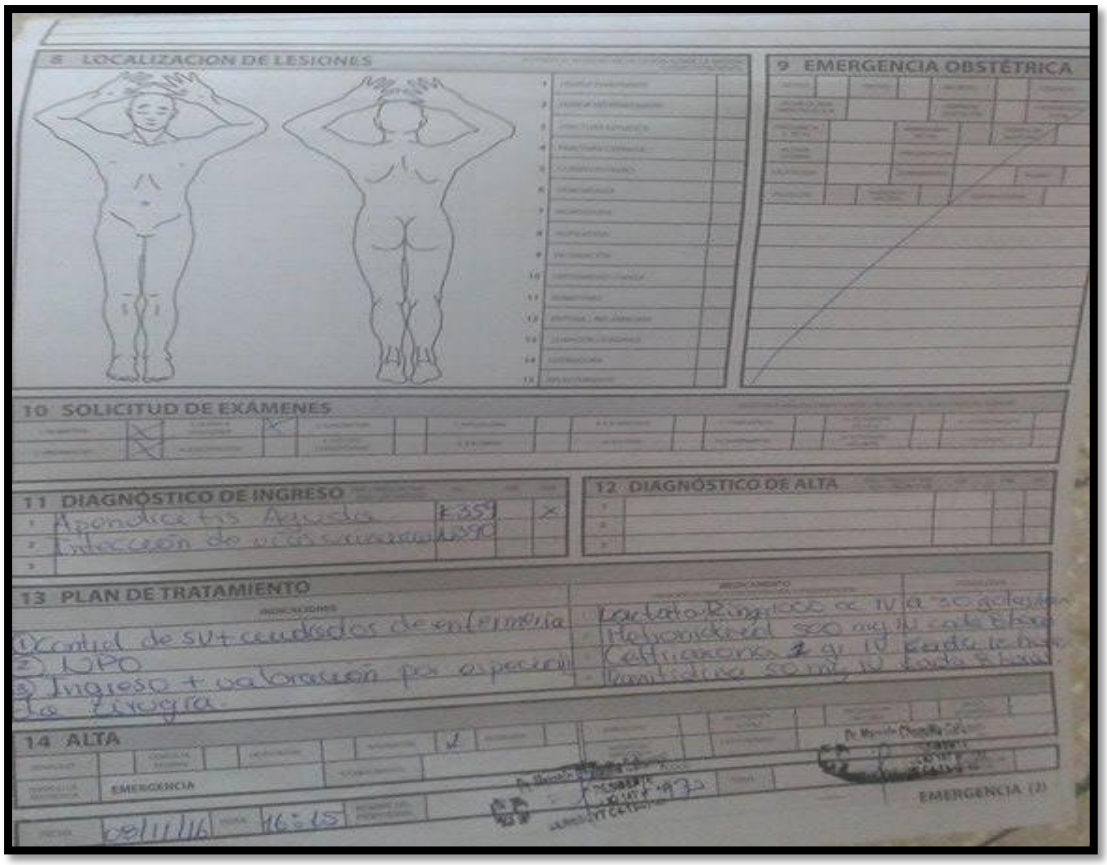
| FECHA (DD/MM/AAAA) | HORA | NOTAS DE EVOLUCION |
|---|---|---|
| 14/11/2016 | 9:30 | Paciente Femenino de 50 años a [illegible] |

2. PRESCRIPCIONES

| PRESCRIPCIONES | |
|---|---|
| Indicaciones | |
| Dieta | |
| Signos vitales | |
| Ambulatoria | |
| Suero Mantenido | |
| Cama | |
| Cambiar 2 pañales | |
| Metoclopramida ode 10 mg IV | |
| Medicación | |
| Cloruro de Sodio 0.9% 100 cc | |
| Omeprazol 40 mg IV | |
| Metronidazol 500 mg IV | |
| Ranitidina 50 mg IV | |
| Paracetamol gotas 1 ml | |
| V.O.A. | |
| Ceftriaxona 50 mg IV | |
| Ketorolaco 30 mg IV | |
| Observar | |

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES



8 LOCALIZACION DE LESIONES

9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA

10 SOLICITUD DE EXÁMENES

11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO

| | | |
|---|---|---|
| 1 Apendicitis Aguda | K359 | X |
| 2 Infección de vías urinarias | N390 | |
| 3 | | |

12 DIAGNÓSTICO DE ALTA

13 PLAN DE TRATAMIENTO

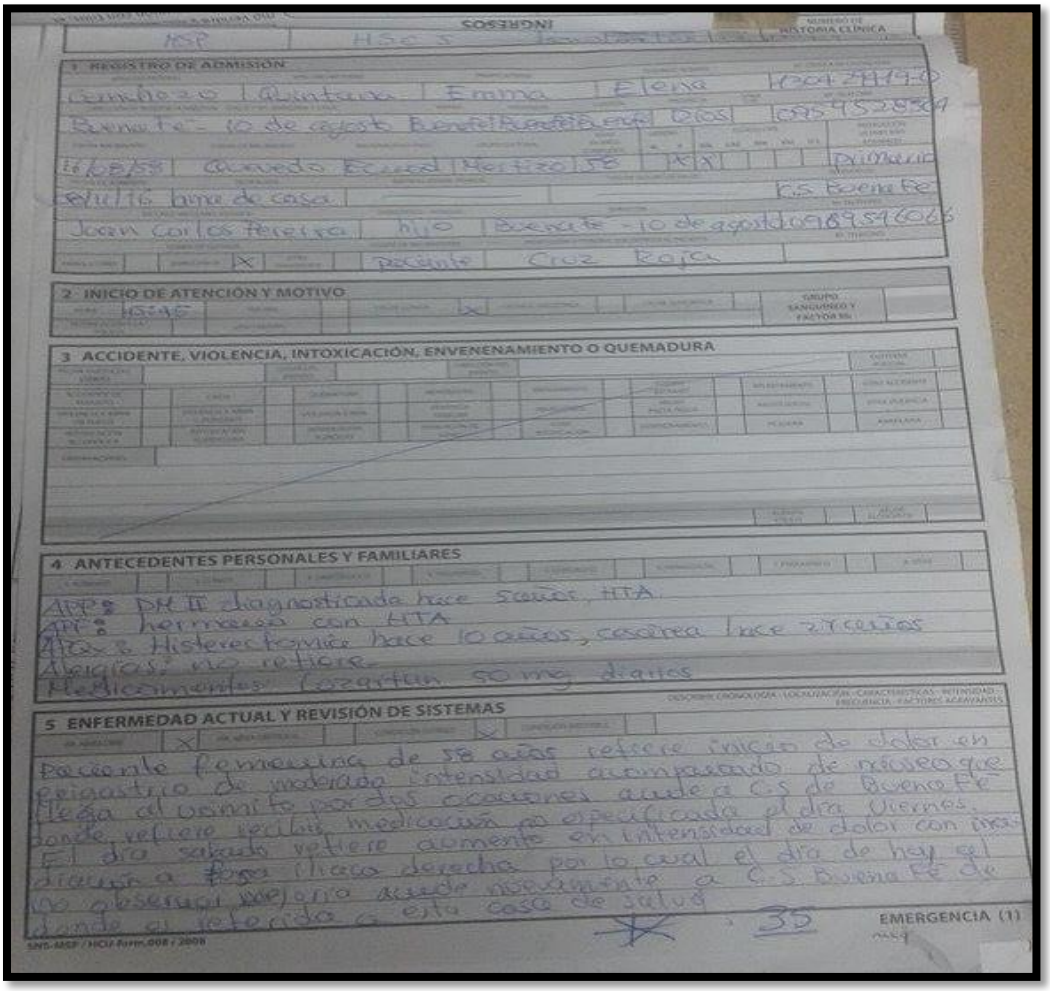
| INDICACIONES | MEDICAMENTO |
|---|---|
| 1) Control de SV + cuidados de enfermería | Lactato Ringer 1000 cc IV a 30 gotas x min |
| 2) NPO | Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas |
| 3) Ingreso + valoración por especialista Cirugía | Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas |
| | Ranitidina 50 mg IV cada 8 horas |

14 ALTA

EMERGENCIA

FECHA 08/11/16 HORA 16:15

EMERGENCIA (2)



INGRESOS

MSP | HCU

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HISTORIA CLÍNICA

1 REGISTRO DE ADMISIÓN

Cumbicazo | Quintana | Emma | Elena | 1004241470
Buena Fe - 10 de agosto | Buena Fe | Ecuador | 0959752839
16/08/58 | Quevedo | Ecuador | Mestizo | 58 | X | X | Primaria
Salud | hace de casa | C.S. Buena Fe
Joam Carlos Ferreira | hijo | Buena Fe - 10 de agosto | 0989596065
X | paciente | Cruz Roja

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

HOY | X | GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

APP: DM II diagnosticada hace 5años, HTA.
APF: hermanos con HTA
Alergias: Histerectomía hace 10 años, cesárea hace 27 años
Alergias: no refiere
Medicamentos: Losartan 50 mg diarios

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

DESCRIBIR CRONOLOGÍA · LOCALIZACIÓN · CARACTERÍSTICAS · INTENSIDAD · FRECUENCIA · FACTORES AGRAVANTES

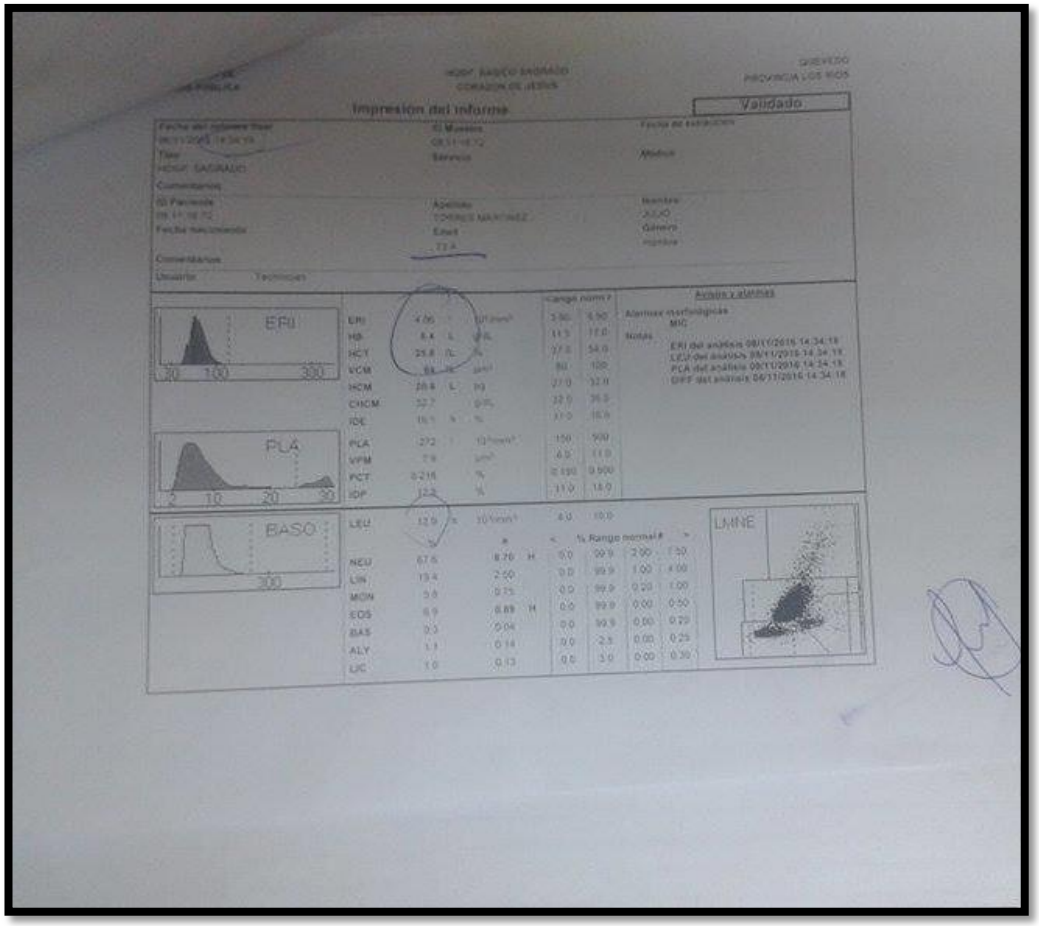
X | X

Paciente femenina de 58 años refiere inicio de dolor en epigastrio de moderada intensidad acompañado de nausea que llega al vomito por dos ocasiones acude a C.S de Buena Fe donde refiere recibir medicación no especificada el día viernes. El día sabado refiere aumento en intensidad de dolor con irradiación a fosa iliaca derecha por lo cual el día de hoy es no observado mejoría acude nuevamente a C.S. Buena Fe de donde es referida a esta casa de salud

35

EMERGENCIA (1)

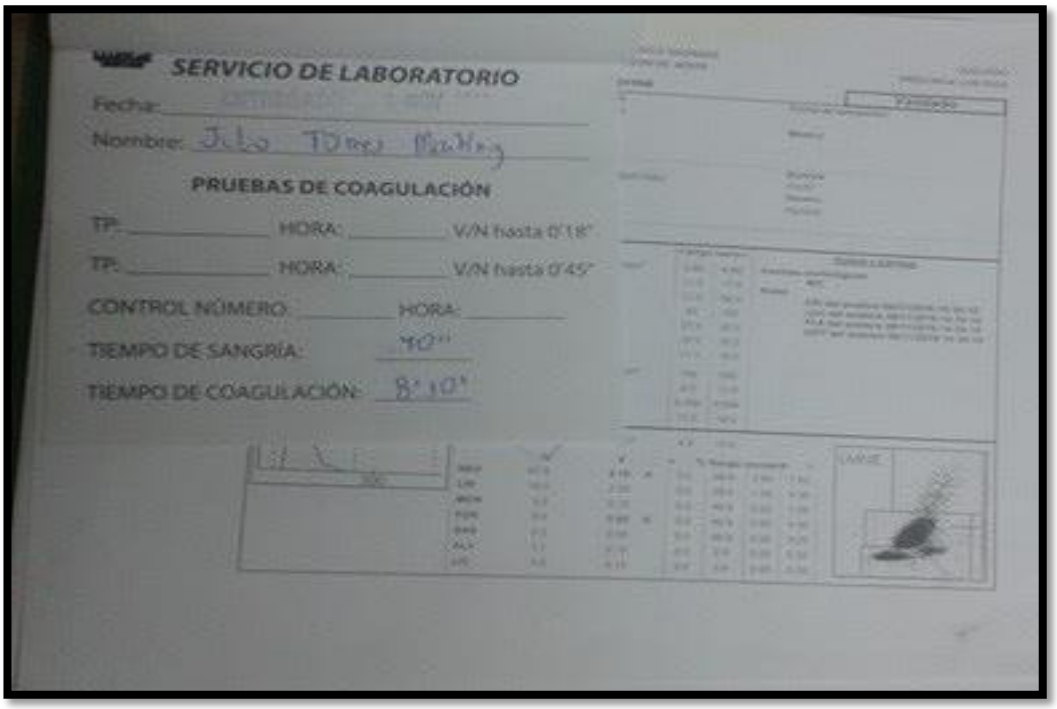
SNS-MSP / HCU Form.008 / 2008



Impresión del informe

Validado

| | | | |
|---|---|---|---|
| ERI | 4.05 | | |
| HB | 8.4 | L | g/dL |
| HCT | 25.8 | L | % |
| VCM | 64 | | µm³ |
| HCM | 20.8 | L | pg |
| CHCM | 32.7 | | g/dL |
| IDE | 16.1 | H | % |
| PLA | 272 | | 10³/mm³ |
| VPM | 7.9 | | µm³ |
| PCT | 0.216 | | % |
| IDP | 12.2 | | % |
| LEU | 12.9 | H | 10³/mm³ |
| NEU | 67.6 | | % |
| LIN | 19.4 | | % |
| MON | 5.8 | | % |
| EOS | 6.9 | | % |
| BAS | 0.3 | | % |
| ALY | 1.1 | | % |
| LIC | 1.0 | | % |



SERVICIO DE LABORATORIO

Fecha: [illegible]

Nombre: Julio Torres Martínez

PRUEBAS DE COAGULACIÓN

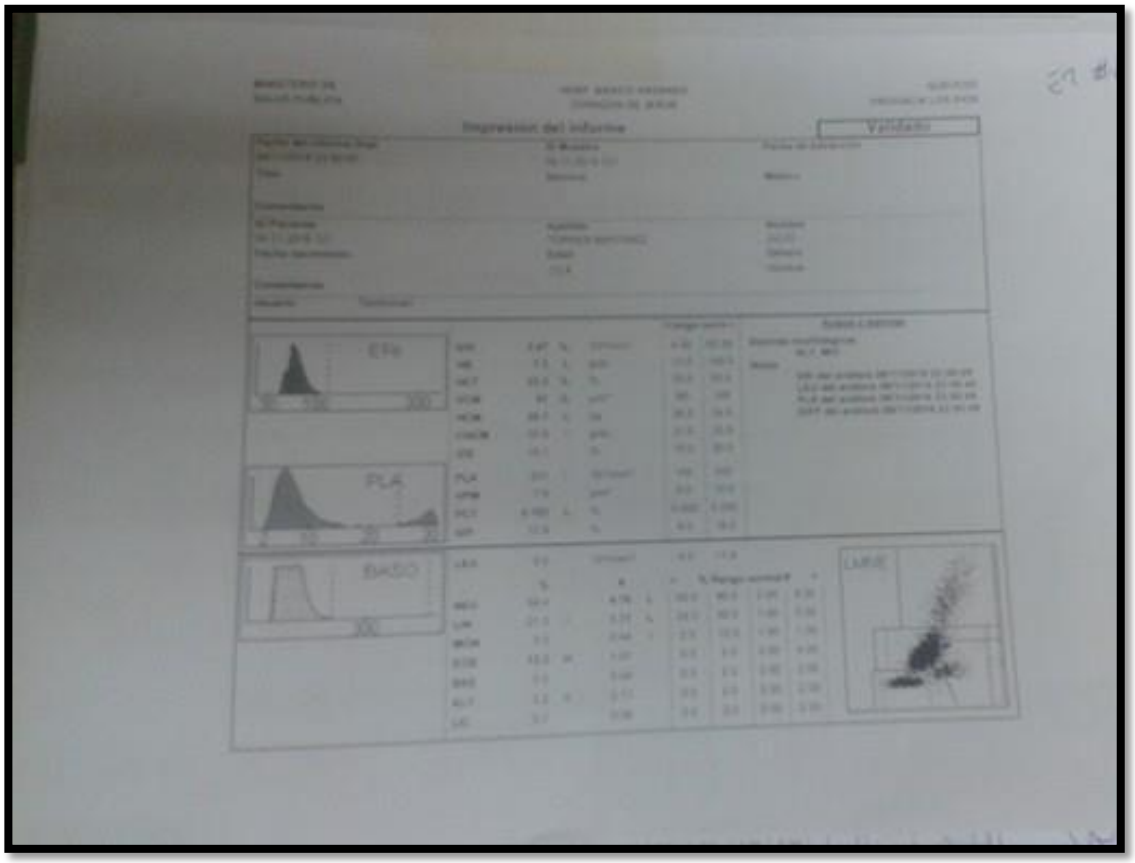
TP: _____ HORA: _____ V/N hasta 0'18"

TP: _____ HORA: _____ V/N hasta 0'45"

CONTROL NÚMERO: _____ HORA: _____

TIEMPO DE SANGRÍA: 4'0"

TIEMPO DE COAGULACIÓN: 8'10"



"BUENA FE"

LABORATORIO CLINICO

Dir: LOTIZACION IDEAL KM 1 VIA BUENA FE -QUEVEDO

Fecha 8/11/16

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | GAVOCHIZO EMMA |
| SOLICITADO POR: | DR OHALVARA |

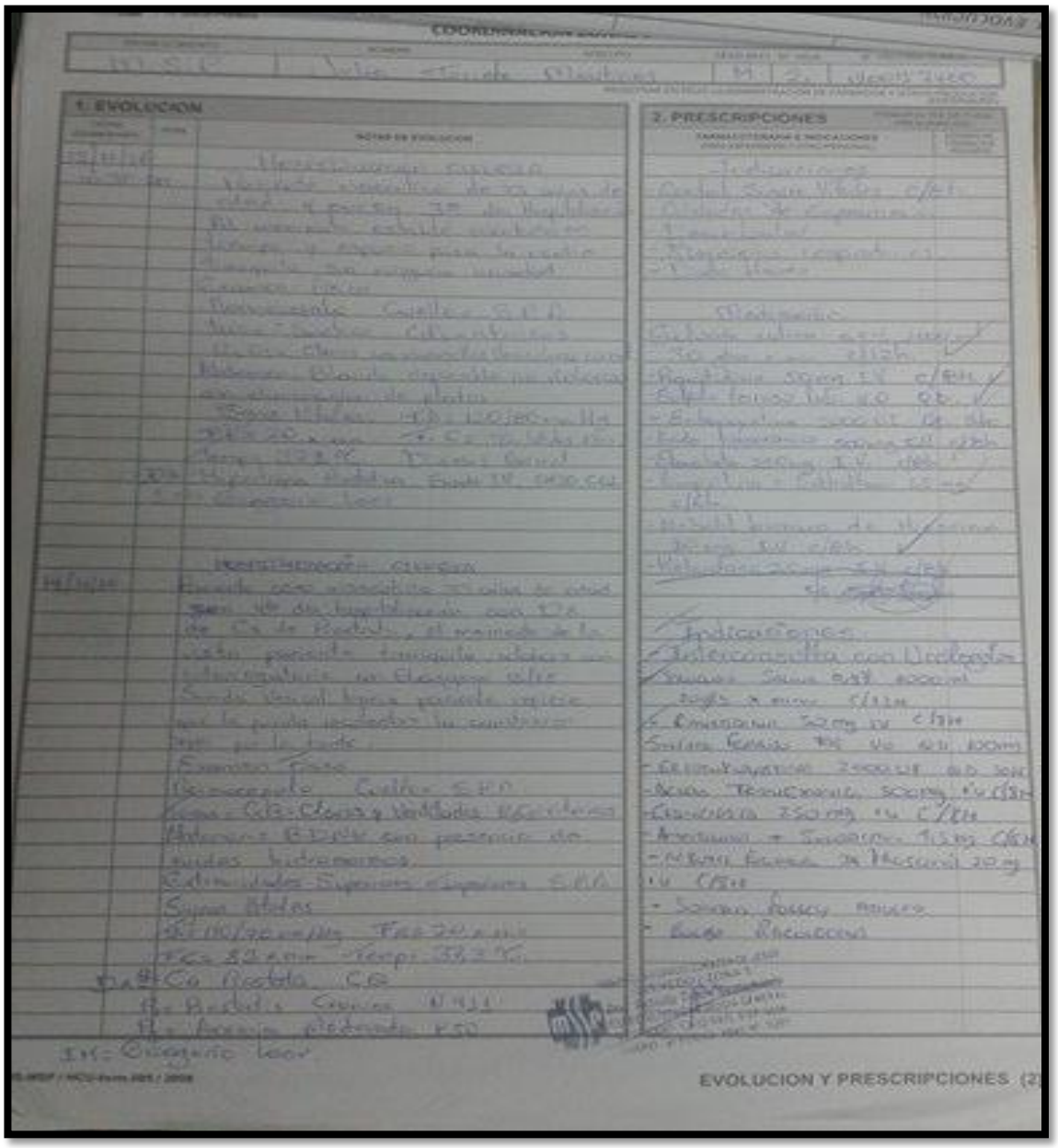
BIOMETRIA HEMATICA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| HEMATOCRITO: | 40 | % | NEUTROFILO SEG: | 62 | % |
| HEMOGLOBINA: | 13 | gr/dl | NEUTROFILO CAY: | | % |
| HEMATIES: | 4'150.000 | x mm | NEUTROFILO JUV: | | % |
| LEUCOCITOS: | 7.700 | xmm | EOSINOFILOS: | | % |
| RETICULOCITOS: | | xmm | BASOFILO: | | % |
| PLAQUETAS: | 202.000 | % | LINFOCITO: | 38 | % |
| VALOR NORMAL: | 150.000-450.000 | xmm | MONOCITO: | | % |

EXAMEN GENERAL DE ORINA

| EXAMEN FISICO-QUIMICO | | SEDIMENTO | |
|---|---|---|---|
| Color: | | Leucocitos: | 7 x Campo |
| Aspecto: | | Hematies: | |
| Densidad: | 1005 | C.Epiteliales: | Abundan. |
| Ph: | 9 | B.Motiles: | |
| Glucosa: | | F.Mucosas: | |
| Nitritos: | | Levaduras: | |
| Proteinas: | | Cristales Oxal.Ca | |
| Cetones: | | Cristales de Cistina | |
| Sangre: | | Cristales de Ac.Urico | |
| Bilirrubina: | | Fosfatos Amorfos | |
| Urobilinogeno: | | Cristales Otros: | |
| Ac.Ascorbico | | Cilindros | |
| Leucocitos | + | Parasitos | |

Laboratorista

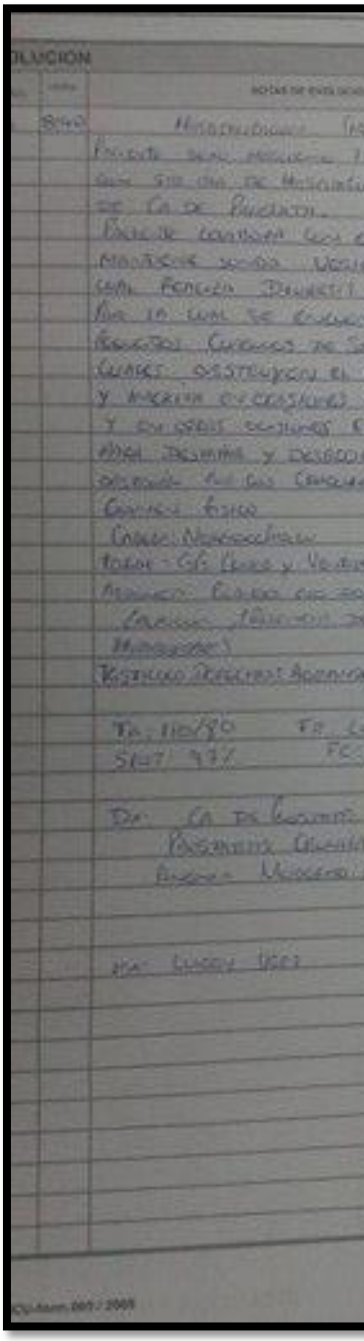


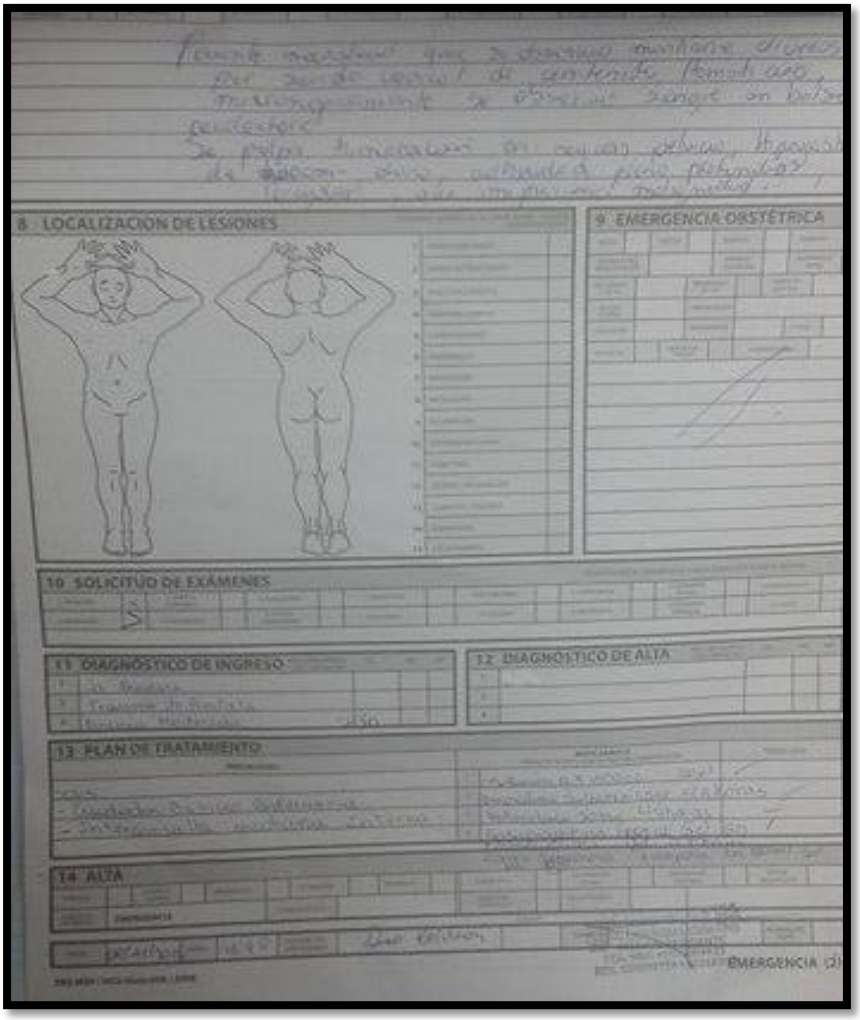
1. EVOLUCION

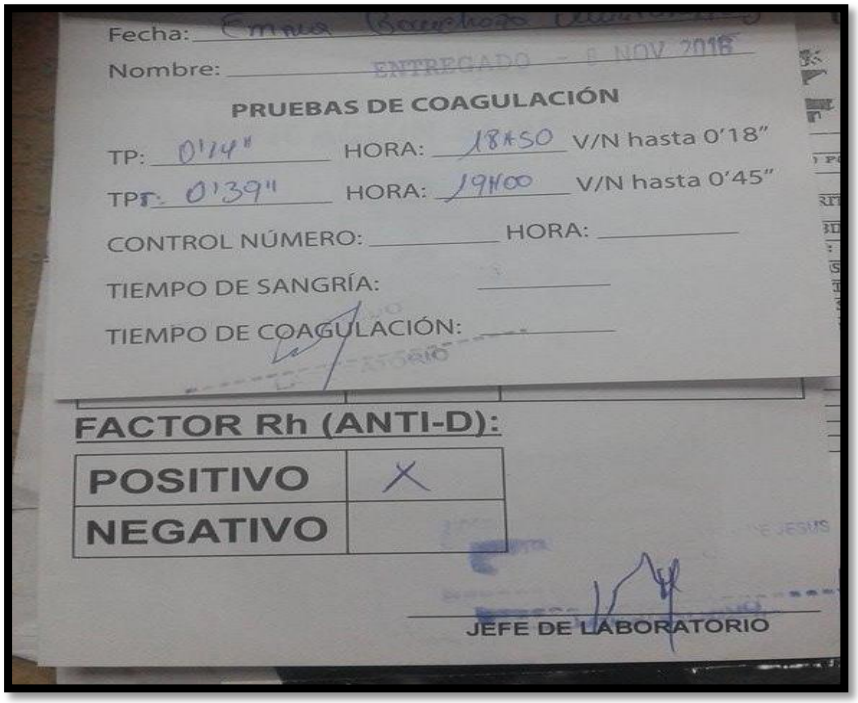
NOTAS DE EVOLUCION

2. PRESCRIPCIONES

EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES (2)




8 LOCALIZACION DE LESIONES
9 EMERGENCIA OBSTÉTRICA
10 SOLICITUD DE EXAMENES
11 DIAGNÓSTICO DE INGRESO
12 DIAGNÓSTICO DE ALTA
13 PLAN DE TRATAMIENTO
14 ALTA
EMERGENCIA (2)



Fecha: Emma Barrichoro

Nombre: ENTREGADO - 5 NOV 2016

**PRUEBAS DE COAGULACIÓN**

TP: 0'14" HORA: 18:50 V/N hasta 0'18"

TPT: 0'39" HORA: 19:00 V/N hasta 0'45"

CONTROL NÚMERO: _____ HORA: _____

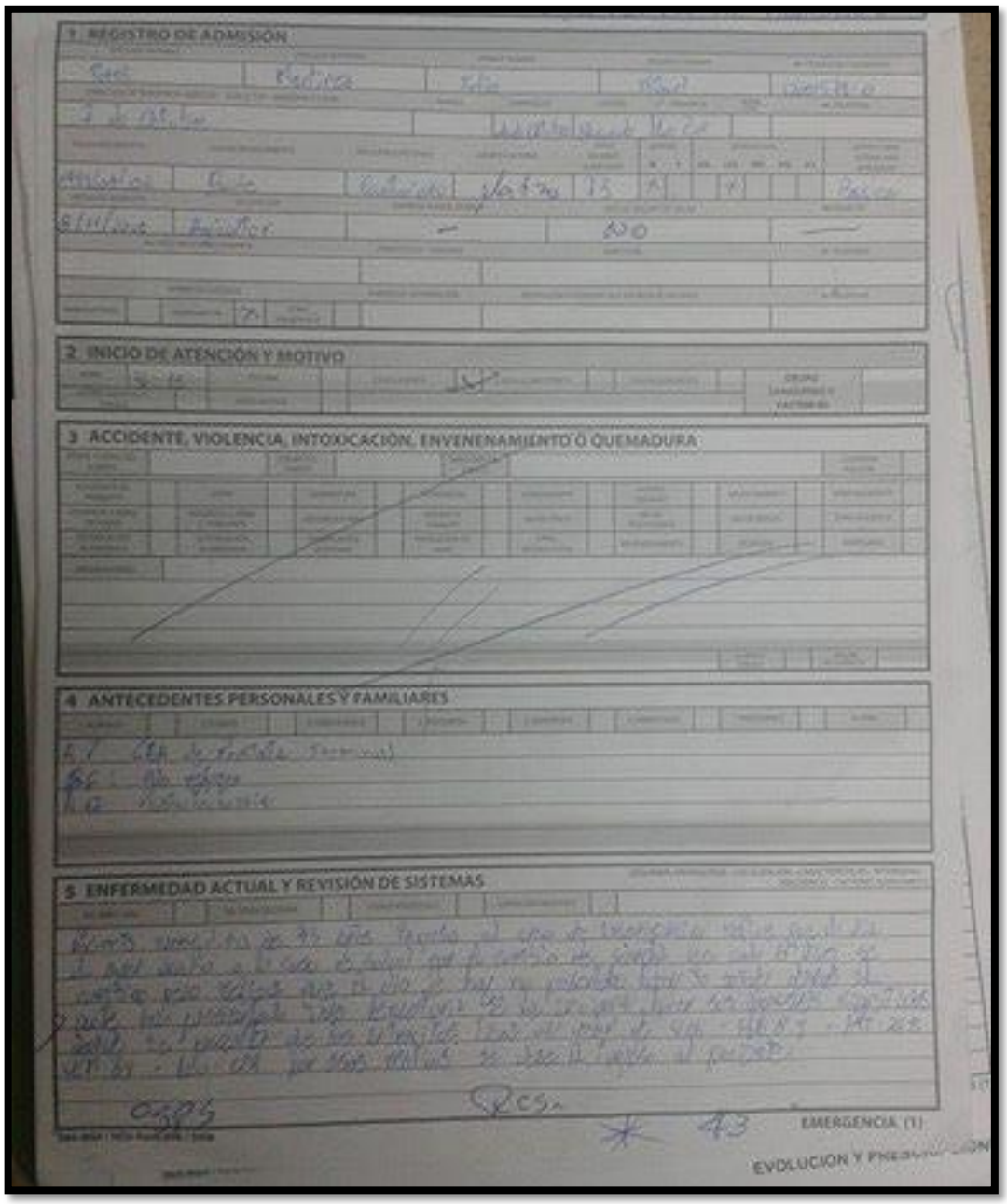
TIEMPO DE SANGRÍA: _____

TIEMPO DE COAGULACIÓN: _____

**FACTOR Rh (ANTI-D):**

| | |
|---|---|
| POSITIVO | X |
| NEGATIVO | |

JEFE DE LABORATORIO



1 REGISTRO DE ADMISIÓN

2 INICIO DE ATENCIÓN Y MOTIVO

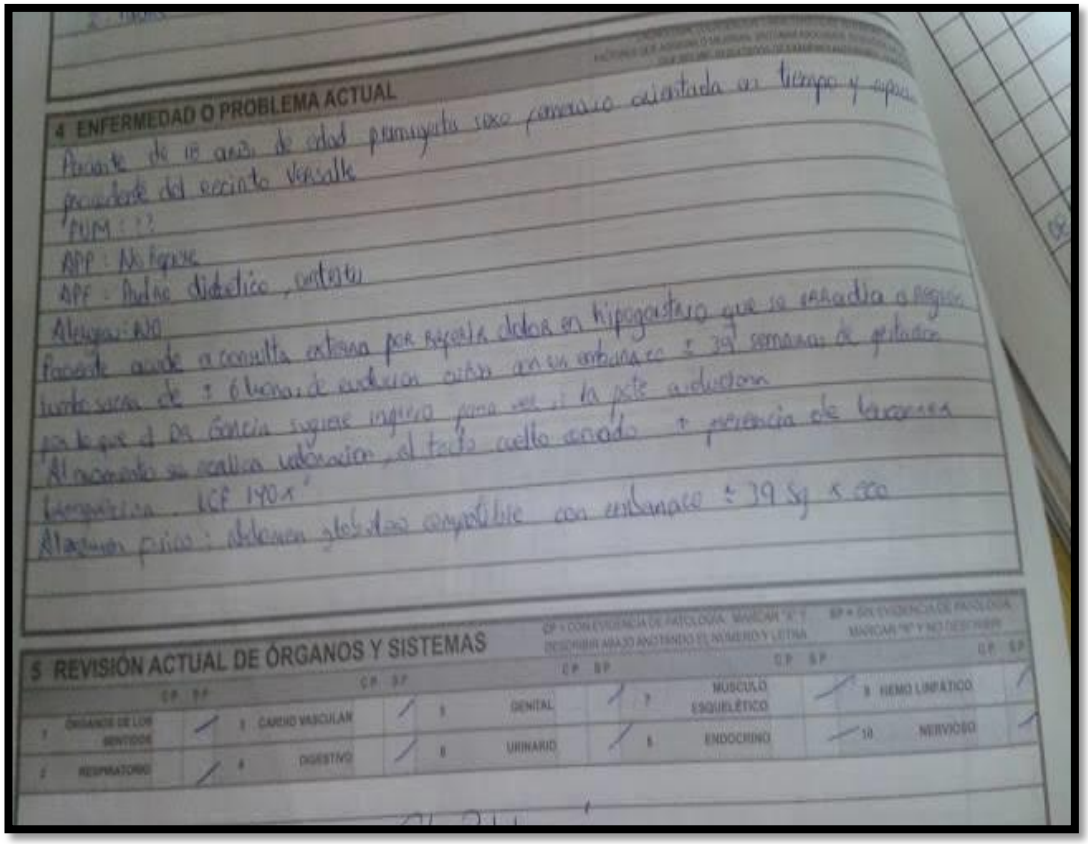
3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACIÓN, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISIÓN DE SISTEMAS

EMERGENCIA (1)

EVOLUCION Y PRE



4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Paciente de 18 años de edad primigesta sexo femenino orientada en tiempo y espacio procedente del recinto Versalle

FUM: ??

APP: No figura

APF: Padre diabético, hipertenso

Alergias: NO

Paciente acude a consulta externa por referir dolor en hipogastrio que se irradia a espalda lumbar sacra de 6 horas de evolución, niega antecedente de gestación por lo que el Dx Gineco sugiere ingreso para ver si la pte evoluciona

Al momento se realiza valoración, al tacto cuello cerrado + presencia de leucorrea

Temperatura: 36.8 °C

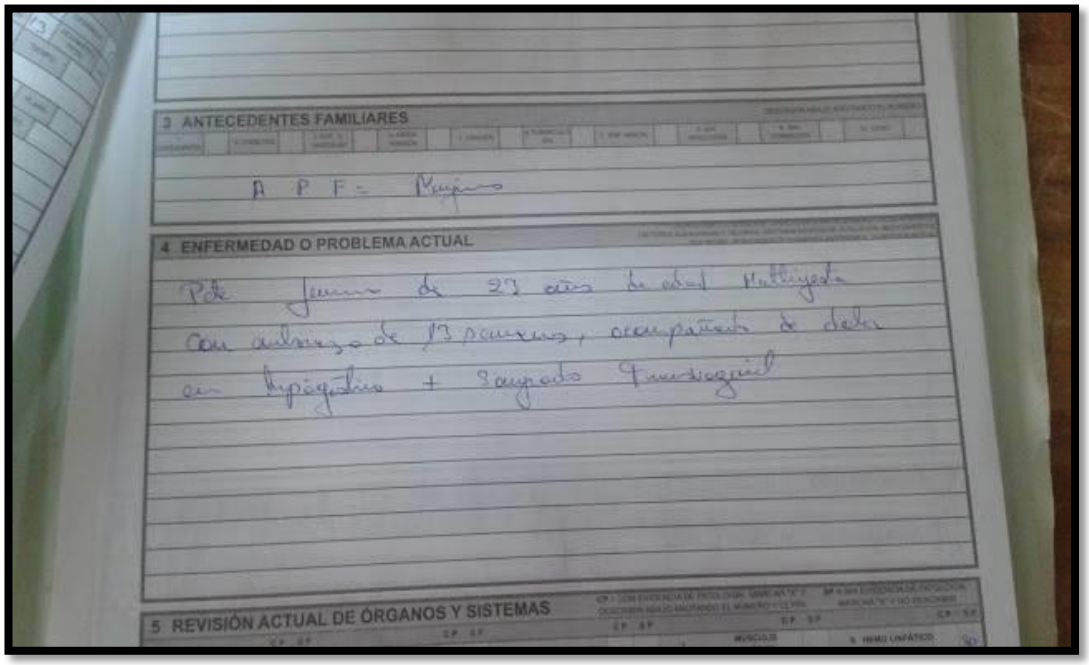
Alaguien piso: abdomen globoso compatible con embarazo ≈ 39 Sg ≈ 000

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA

SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

| | CP | SP | | CP | SP | | CP | SP | | CP | SP | | CP | SP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS | | X | 3 CARDIO VASCULAR | | X | 5 DENTAL | | X | 7 MUSCULO ESQUELÉTICO | | X | 9 HEMO LINFÁTICO | | X |
| 2 RESPIRATORIO | | X | 4 DIGESTIVO | | X | 6 URINARIO | | X | 8 ENDOCRINO | | X | 10 NERVIOSO | | X |



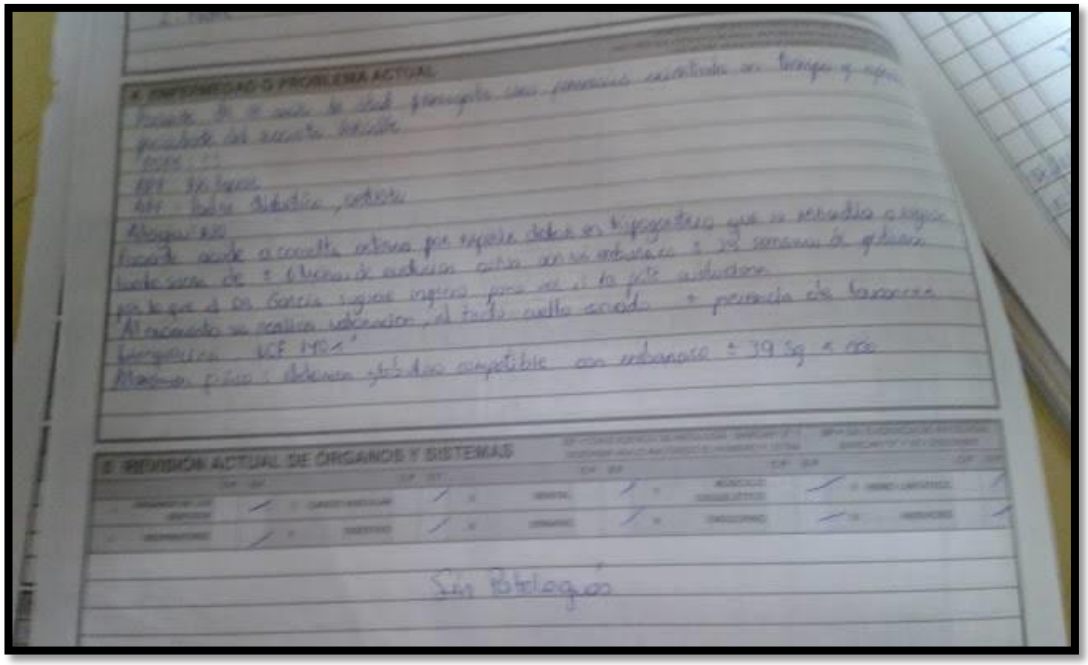
3 ANTECEDENTES FAMILIARES

A P F = Negativo

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Pte femenino de 23 años de edad multigesta con embarazo de 13 semanas, acompañado de dolor en hipogastrio + sangrado transvaginal

5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS



4. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Paciente de 18 años de edad, femenino, con [illegible] en tiempo y espacio, acompañado del [illegible]

[illegible]

APP: [illegible]

APF: [illegible] Diabetes, [illegible]

Alergias: [illegible]

Inicia acude a consulta externa por referencia [illegible] en hipogastrio que se irradia a espalda, [illegible] de 1 [illegible] de evolución [illegible] en su embarazo + 39 semanas de gestación, por lo que el Dr. García sugiere ingreso para [illegible] de [illegible] + [illegible] de [illegible]

Al momento se realiza valoración, el feto [illegible] + presencia de [illegible]

Laboratorios: [illegible]

Medicamentos: [illegible] compatible con embarazo + 39 sg + [illegible]

5. REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] | [illegible] |

Sin patología

# Plagiarism Checker X Originality Report

**Similarity Found: 8%**

Date: miércoles, diciembre 21, 2016
Statistics: 328 words Plagiarized / 3894 Total words
Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

---

TEMA: "EVALUACIÓN PREOPERATORIO NUTRICIONAL EN USUARIOS QUIRURGICOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS, QUEVEDO DURANTE EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2016" AUTORES: OSCAR EDUARDO AGUIRRE BUENO ZAMBRANO SALVATIERRA SELVIA JIMENA RESUMEN investigativo ciudad de Quevedo Provincia pertenece a Ecuador, fue de tipo exploratorio estadístico, retrospectivo, socializaron los resultados obtenidos La importancia del mismo se da porque muchos médicos no valoramos la nutrición del paciente preoperatorio de forma correcta ya que de esto depende la recuperación y las posibles complicaciones que este puede presentar después Los objetivos estuvieron encaminados sobre identificar nutricional
de pacientes quirúrgicos atendidos Hospital Jesús-Quevedo durante el periodo agosto-octubre 2016 En la sala del Hospital Jesús-Quevedo la mayor afluencia de cirugías son las apendicitis, colecistitis y hernias La población fue constituida por 133 la sala de cirugía del antes mencionado Hospital se valoró la historia dietética del paciente, la exploración física, las medidas antropométricas y los SUMMARY The present city of Quevedo Province of the Rivers belongs to Ecuador, was of exploratory, statistical, retrospective type, in which the results obtained were socialized The importance of the same is given because many doctors do not value the preoperative patient's nutrition correctly as this depends on the recovery and possible complications that this may present after surgery The objectives were to identify the preoperative nutritional assessment of surgical patients treated at the Jesus-Quevedo Hospital general surgery service during the period August-October 2016 In the general surgery room of the Sacred Heart Hospital of Jesus-Quevedo the greatest influx of surgeries are appendicitis, cholecystitis and hernias The population was constituted by 133 patients of the surgery room of the aforementioned Hospital in which the patient's dietary history, physical examination, anthropometric measures and laboratory analyses were evaluated CAPITULO I INTRODUCCIÓN En diversos estudios se ha logrado demostrar reporta quirúrgica presentan la desnutrición calórico – proteica (DCP), esto demostró ingresados a procedimientos quirúrgicos hospitalizados en cualquier otro presentaban DCP, más ; en estudios posteriores se logró determinar que alcanzaban valores entre el 25% y 60% según las condiciones clínicas como son el tipo de pacientes, su proceso evolutivo y el estado nutricional con el cual fueron evaluados En los estudios realizados cabe recalcar que la DCP de un paciente quirúrgico sucede por desnutrición secundaria o asociada al cuadro clínico evolutivo de la enfermedad, incluyen elementos tales como una ingesta inadecuada o deficiente de requerimientos nutricionales, las diversas anomalías en la digestión y asimilación asociados a la mala absorción y, finalmente hacales calóricas – proteicas extra clínico que padecen y dentro de ellas nombramos el hipercatabolismo o el hipometabolismo según su fisiología de cada paciente sometido (MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD, 2010) Durante su ingreso hospitalario, es común encontrarse con algunos de estos mecanismos etiopatogénicos debido al del paciente, la injuria a la que es sometido defecto, por complicaciones que llevan a una desmejora medico-clínica, lo que desnuga y resultando que esto tiene sus efectos sobre ello al intervalo entre paciente no es nuevo, ya que en estudios realizados se manifiesta que la extensa literatura acumulada has la fecha ha establecido finalmente energético nutricional, aumenta la morbilidad presentandohiaconcia de la retura, absorción de nutrientes entre otras complicaciones (Bermudez C Sanabria A Vega V, 2013) Por esta manera queremos hacer énfasis en una buena evaluación nuestro medio recomienda hospitales de nuestra provincia darle la importancia que se exige al hacer tener menos el periodo de recuperación Los cambios vida, las diferentes formas de alimentación y son determinantes en la situación nutricional personas en valoración y adaptaciones fisiológicas que se obtienen posterior nutrientes El deterioro es multifactorial, prolongados, la malnutrición ocasionando riesgo, aumentando la morbilidad y mortalidad, debilita la capacidad de respuesta al tratamiento, disminuye respuesta inmunitaria, mayor riesgo a sufrir infecciones, cicatrización más lenta y mayor número de complicaciones hospitalización, para ello es importante un estudio referente al estado intervenidos quirúrgicamente, establecer estrategias para la recuperación oportuna del mismo (Forbes S.S Perez J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011) Frente a esta problemática se plantea la siguiente pregunta: ¿Cómo influye preoperatorio como factor pronóstico atendidos Hospital Jesús-Quevedo durante el periodo agosto-octubre 2016 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA CAMPO: Investigativo AREA: Medicina ASPECTO: Evaluación preoperatoria en pacientes quirúrgico LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Factor pronóstico de la nutrición del paciente quirúrgico para DELIMITACIÓN ESPACIAL: La presente investigación se realizará en del Hospital de Quevedo, Provincia DELIMITACIÓN TEMPORAL: Esta investigación tomará estudio comprendido entre octubre del 2016 ANTECEDENTES La desnutrición continúa siendo la causas más frecuente de aumento de morbi-mortalidad y principales problemas mundo, sino ingesta y la enfermedad son comunes (Robles M.L.C Rodriguez J.R.V, 2013 Paraguay; República Dominicana, el del vecos más complicaciones menores y 3,4 veces más complicaciones graves bien nutridos de ecuador 2015 llega a la conclusión acciones para atención médica La identificación de desnutrición mediante indicadores nutricionales tiene serias implicaciones especialmente Numerosos pronostica signos vitales agravados Hace elevado de mortalidad post-operatoria Y desde antaño, numerosas publicaciones han aportado pruebas adicionales de la mortalidad existente entre desnutrición y malos resultados de la intervención quirúrgica Dada desnutrición mortalidad se considera fundamental puedan reducirse las complicaciones postoperatorias, hospitalización, la atención y, finalmente, la mortalidad JUSTIFICACIÓN es una condición que, presentación denota que su condición de vida varía acorde a sus funciones fisiológicas normales, tal estado contribuye fuertemente una vida saludable y con total normalidad defecto se presenta una falencia en el desempeño Entonces, partiendo de que toda actividad requiere de un esfuerzo orgánico no duda de comprender que un estado de estrés e injuria como lo son los procedimientos quirúrgicos, estos demandan un gasto calórico-proteico que difícilmente puede ser recuperado mientras el paciente se encuentre en un estado de ayuno previo y posterior a la intervención, probable que esto interfiera en su proceso de convalecencia, exigiendo un aporte que difícilmente pueda ofrecerse a sí mismo Este proyecto quiere relucir acerca de las posibles maneras de lograr una recuperación satisfactoria gracias a un estado nutricional balanceado durante su estadía intrahospitalaria, y esto se logra mas guías nutricionales y del hospital en cuestión, puesto que existen casos similares médico-clínica del paciente no lo permite por sus propios medios A su vez, el proyecto en mención podrá se contara con el respaldo idóneo del personal médico que labora en del Hospital Jesús, contamos con la autorización de los jefes de área y de las autoridades del hospital quienes facilitarán el trabajo a desarrollarse, y, cuyos beneficiados directos serán los pacientes quienes procedimiento quirúrgico ya que recibirán el cuidado que demandan, es decir, su

valoración nutricional previa Además contamos con herramientas básicas como evaluar y de ellas obtendremos la mayor cantidad de datos desarrollar la investigación y, para que ello sea viable se utilizarán técnicas de valoración nutricional para pacientes quirúrgicos clínica, la historia dietética, exploración física, medidas antropométricas y OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL • Evaluar preoperatorio como factor pronóstico atendidos Hospital Jesús Quevedo durante el periodo agosto-octubre 2016 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1 Identificar las características demográficas, antecedentes personales, datos antropométricos, estado clínico y de análisis bioquímico vas hacer 2. Determinar la relación preoperatorio como factor pronóstico. Describir las principales complicaciones que presentaron los pacientes en su recuperación relacionadas ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO negativos independiente asociado a complicaciones postquirúrgicas, mortalidad, mayores costos sanitarios Además, asociado patologías como cáncer, inflamación crónica o disfunción orgánica que incrementa No un manejo integral de paciente quirúrgico si no consideramos (D.P, Fernandez G.B Sánchez, 2010) Las causas seguidas a eventos donde se modifique la alimentación producen un efecto investigaciones clasificar al paciente que ingresa al hospital, se lo clasifican en tres grupos • PACIENTE MALNUTRIDO: El que necesita de rehabilitación nutricional • PACIENTE LIMITADO: Cuyos depósitos de algunos nutrientes están disminuyendo y su desmejoraría sino fuese apoyado nutricionalmente • PACIENTE CON DEPÓSITOS ADECUADOS: Es aquel que no necesita un apoyo nutricional Para encaje en alguna de la clasificación anterior la valoración de logra con diversas técnicas y otros elementos deben tener características como: el ser exacta, contener datos completos para que no queden vacíos sin comprender o no puedan ser medidos, debe ir hacia, para realizarla se debe recurrir a elementos tales como: la historia clínica, la historia nutricional entre datos tendrá la misma finalidad, establecer la condición nutricional y la viabilidad médica a un procedimiento quirúrgico Los datos obtenidos por estos métodos deben alarse para que comparemos adecuadamente lo que favorece para lograr una efectiva ejecución para la determinación de la condición nutricion del paciente (Forbes S.S Pense J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011) CAUSA DE LA DESNUTRICIÓN PREOPERATORIA Disminución de aporte/ingesta • Alteraciones de la masticación, salivación, deglución, disfagia • Náuseas, vómitos o diarreas • Anorexia nerviosa • Alcoholismo, drogadicción • Edad avanzada Disminución del aprovechamiento de los nutrientes • Mal digestión • Intolerancias medicamentosas • Enfermedades metabólicas Aumentos • Hipertiroidismo estrés agudo • Estrés grave (sepsis, politraumatismo, quemaduras) con un paciente quirúrgico es importante determinar si presenta desnutrición o algún al fin de instaurar lo antes como sea posible de primera línea, adecuado y esto se logra bajo dos medidas, cuando el paciente es analizado en la segunda, y la segunda cuando el paciente acude por Las dos evaluaciones son muy diferentes por el tiempo y la urgencia presente (Arias Gaza Clínicas Gallega de Medicina Interna; 2011) ELEMENTOS A PREOPERATORIA • Patologías reciente de fármacos - El uso desmedido de medicamentos en pacientes crónicos, infecciones bacterianas o más gravemente parasitarias y cualquier infecciones de tipo crónico, deficiencias absorción de alimentos o intolerancia son una asociación de entidades que deteriora perjuicio para las personas y conllevan a presentar estados de mal o desnutrición Estos estados se complican aún más inmune del paciente se ve modificado y sirve de mal pronóstico sino se da resolución a tiempo efectiva puesto que la respuesta orgánica apropiada como para vencer cualquiera de estas condiciones • Dos a horas de ayuno - Bajo estas condiciones clínicas no se debe restar prevalencia a patologías que modifiquen la dieta del paciente evaluado y experimentar si está en capacidad de tolerar el ayuno, previo a cualquier procedimiento quirúrgico y hasta por cuantas horas defecto días. En condiciones de ayuno, se modifican las reservas nutricionales, proteicas y energéticas del paciente El cuerpo como tal, se ve afectado en sus funciones fisiológicas, y con repercusiones sobre puesto que no poseen las suficientes reservas necesarias siendo posible que agrave su condición, haya complicaciones, se presentan estados críticos efecto compromisa por ello si debe tener encuentra riesgo nutricional tolera no más de 120 horas de ayuno según su condición médico clínica • Pérdida o disminución deliberada de peso - Una persona quien presenta mayor al 10% está indicando que está presentando un riesgo nutricional latente, y esto sucede gracias a una hiporexia o en mayor gravedad a una anorexia del sujeto Junto con cualquiera de estas dos condiciones nutricionales, se viene de la mano con peso a pérdida grasa de manera ponderal (Pérez Flores J.E Chávez Tostado M García Rosarios Rondon Felix Salazar Parra, 2016) VALORACIÓN NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL Se basa historia del paciente, podemos definir tres estados según los siguientes parámetros: • Cambio de peso son meses • Ingesta calórica, habitual la actual • Influencia en la enfermedad para nutrirse oralmente, anorexia, diarrea, baja de conciencia (sobre todo si dura semanas) • Gasto calórico proteico • Actividad física: habitual, moderada, abundante, encamado • Examen físico: pérdida de tejido adiposo, edema o ascitis • Estatura 2 (Mts.) Cuando deseamos pacientes, dentro de ellos los pacientes quirúrgicos, debemos elementos medibles tales como solos siguientes: 1. Historia clínica - eventos médicos o quirúrgicos que afectan o modifiquen las necesidades nutricionales del paciente evaluado, dentro de estos los antecedentes patológicos personales y familiares 2. Historia dietética - Cambios o modificaciones alimentarias, y hallar, especificar su etiología 3 Exploración física - o presentación de lesiones 4. Parámetros antropométricos - son indicadores del IMC • Pliegue cutáneo tricipital (PCT) elegimos dominante, evaluar • Circunferencia abdominal - Evalúa y determina • Circunferencia del brazo (CMB) - Se correlacionan organismo 5. Análisis de laboratorio - Hemograma completo, electrolitos séricos, calcio, fósforo, hierro sérico y ferritina, creatinina y urea 6. Proteínas plasmáticas - Proteínas séricas totales, albúmina, prealbúmina sérica, transferrina sérica y proteínas trasportadora de retinol nos dan una idea del comportamiento visceral, hay errores con estas enfermedades hepáticas, síndrome nefrótico y en enteropatías pierden proteínas (Robles M.L C Rodríguez J.R.V, 2013) CLASIFICACIÓN CUALITATIVAMENTE • Normal: sin alteración de ningún comportamiento corporal (graso o proteico) y con valores de los distintos parámetros antropométricos 90% • Malnutrición calórica-proteica (MCP-Marasmo): Afectación del comportamiento graso (pliegues cutáneos y peso corporal y/o proteico-calórico • Desnutrición proteica (kwashiorkor): Afectación del comportamiento proteico visceral (albúmina, prealbúmina y transferrina) • Desnutrición mixta - Ambas características, marasmo y kwashiorkor CUANTITATIVAMENTE • Normal - Peso/ peso ideal (P/PI) > 90% del normal o albúmina sérica > 3.5g/dl Para calcular el peso ideal (PI) del paciente se puede emplear la siguiente formula: PI=50+ [3 x (Talla cm -150)/4] • Desnutrición leve P/PI (80-90% del normal o albúmina sérica 3-3.5g/dl • Desnutrición moderada P/PI (60-79% del normal o albúmina seria 2.5g/dl • Desnutrición grave P/PI < 60% del normal o albúmina sérica <2.5g/dl • Clasificación según el IMC ESTADO NUTRICIONAL DEL LABORATORIO • Linfopenia - El recuento disminuido de linfocitos es un parámetro que indica si la persona evaluada riesgo nutricional Este examen de laboratorio es un recurso evaluar de paciente que es de vital importancia, ya que nos indica una visión más amplia del sistema de defensa y las posibles infecciones presentes o posibles que pueden efectuar evaluado • Albuminemia - Se requiere de manera mandataria de esta proteína secretada por el hígado y de distintos depósitos adecuados de aminoácidos para cumplir con diversas funciones orgánicas (síntesis proteica, síntesis que favorece para fortalecer defensa, transporte, resolución de tejidos o de cicatrización y transportes) Un déficit o disminución de ellas indican los percusores en la síntesis proteica, depleción de las proteínas viscerales o ambas, lo que repercute en la fisiología de quien padece esta condición La albuminemia se puede clasificar son esta manera: ? Eutróficos - Si tiene una albuminemia mayor de 3.6g/dl ? Riesgo nutricional - Si se encuentra entre 3.1-3.5g/dl ? Compromiso nutricional - Si tiene menos de 3g/dl • Hemoglobina - Personas con hemoglobina de 10-11g/ml se consideran con riesgo nutricional debido con anemia, no obstante, se considera como consecuencia y no causa de desnutrición, además no la soslayado como parte del cuadro clínico de la desnutrición Hay distintos tipos de anemia, entre ella la deficiencia de Hierro, por deficiencia de vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico, folato y tiamina (Wanden Berghe C Moreira K.C Sanz Valero , 2015) ESTIMACIÓN ENERGÉTICO CALORÍAS DIARIAS Para calcular estas necesidades, lo más usado la cual la fórmula de Harris – Benedict que calcula el gasto de energía basal (GEB) en kcal/día Es una ecuación empírica para estimar en función con su peso corporal, estatura, una persona INGESTA DIARIA DE CALORÍAS RECOMENDADA SEGÚN HARRIS-BENEDICT VALORACIÓN • Proteínas - Debes 1 gr proteínas = 4 kcal 6.25 gr proteínas = 1 gr nitrógeno 0.8g/kg/día Correspondes a un 50-60% 1 gr = 4 kcal 4-5 g/kg/día y no sobrepasar los 7 g/kg/día • Lípidos - Entre 1 gr lípidos = 9 kcal ácidos grasos esenciales se sitúan en 3-5 g/día (Bermudez C Sanabria A Vega V, 2013) AYUNO PREOPERATORIO constituye una natural si bien se ha demostrado que su práctica induce a una situación insulinorresistente insulina, lo morbilidad postoperatoria (Forbes S.S Pense J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011) glucémico mediante insulinoterapia intravenosa invasiva las mortalidad ingresados en las Por ello, insulinorresistencia e hiperglucemia postoperatoria (D.P, Fernandez G.B Sánchez, 2010) El grupo de Ljungqvist ha descrito un sencillo método para lograr tales efectos, carbosos intervención quirúrgica Esta estrategia logra producir una inducida por una comida mixta y Se han intentado estudiar los posibles mecanismos mediante los cuales estas bebidas pueden disminuir la insulinorresistencia asociada a cirugía • Las contribuyen a replicación • Favorecen la oxidación de, reducida en situaciones insulinorresistente, al

valoración nutricional previa Además contamos con herramientas básicas como evaluar y de ellas obtendremos la mayor cantidad de datos desarrollar la investigación y, para que ello sea viable se utilizarán técnicas de valoración nutricional para pacientes quirúrgicos clínica, la historia dietética, exploración física, medidas antropométricas y OBJETIVOS OBJETIVO GENERAL • Evaluar preoperatorio como factor pronóstico atendidos Hospital Enrique Quevedo durante el periodo agosto-octubre 2016 OBJETIVOS ESPECIFICOS 1. Identificar las características demográficas, antecedentes personales, datos antropométricos, estado clínico y de análisis bioquímico vas hacer 2. Determinar la relación preoperatorio como factor pronóstico. Describir las principales complicaciones que presentaron los pacientes en su recuperación relacionadas ESTADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO negativos independiente asociado a complicaciones postquirúrgicas, mortalidad, mayores costos sanitarios Además, asociado patologías como cáncer, inflamación crónica o deficiencia orgánica que incrementa No un manejo integral de paciente quirúrgico si no consideramos (D.P, Fernandez G B Sanchez, 2010) Las cuatro seguidas a eventos donde se modifique la alimentación producen un efecto inmunológicamente clasificar al paciente que ingresa al hospital, se lo clasifican en tres grupos • PACIENTE MALNUTRIDO: El que necesita de rehabilitación nutricional • PACIENTE LIMITADO: Cuyos depósitos de algunos nutrientes están disminuyendo y su desmejoraría sino fuese apoyado nutricionalmente • PACIENTE CON DEPÓSITOS ADECUADOS: Es aquel que no necesita un apoyo nutricional Para encaje en alguna de la clasificación anterior la elección de logra con diversas técnicas y estos elementos deben tener características como: el ser exacta, contener datos completos para que no queden vacíos sin comprender o no puedan ser medidos, debe ir hacia, para realizarla se debe recurrir a elementos tales como: la historia clínica, la historia nutricional estos datos tendrá la misma finalidad, establecer la condición nutricional y la viabilidad médica a un procedimiento quirúrgico Los datos obtenidos por estos métodos deben alarse para que comparación adecuadamente lo que favorece para lograr una efectiva ejecución para la determinación de la condición nutricion del paciente (Porbes S.S Perez J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011) CAUSA DE LA DESNUTRICIÓN PREOPERATORIA Disminución de aporte/ingesta • Alteraciones de la masticación, salivación, deglución, disfagia • Nauseas, vómitos o diarreas • Anorexia nerviosa • Alcoholismo, drogadicción • Edad avanzada Disminución del aprovechamiento de los nutrientes • Mal digestión • Intolerancias medicamentosas • Enfermedades metabólicas Aumentos • Hipertiroidismo estrés agudo • Estrés grave (sepsis, politraumatismo, quemaduras) con un paciente quirúrgico es importante determinar si presenta desnutrición o algún al fin de instaurar lo antes como sea posible de primera línea, adecuado y esto se logra bajo dos medidas, cuando el paciente es analizado en la segunda, y la segunda cuando el paciente acude por Las dos evaluaciones son muy diferentes por el tiempo y la urgencia presente (Arias Guías Clínicas Gallega de Medicina Interna, 2011) ELEMENTOS A PREOPERATORIA • Patologías recientes de fármacos - El uso desmedido de medicamentos en pacientes crónicos, infecciones bacterianas o más gravemente parasitarias y cualquier infecciones de tipo crónico, deficiencias absorción de alimentos o intolerancia son una asociación de entidades que dañan perjuicio para las personas y conllevan a presentar estados de mal o desnutrición Estos estados se complican aún más mismo del paciente se ve modificado y son de mal pronóstico sino se da resolución a tiempo efectiva puesto que la respuesta orgánica apropiada como para vencer cualquiera de estas condiciones • Días a horas de ayuno - Bajo estas condiciones clínicas no se debe restar prevalencia a patologías que modifiquen la dieta del paciente evaluado y experimentar si está en capacidad de tolerar el ayuno, previo a cualquier procedimiento quirúrgico y hasta por cuantas horas defecto días. En condiciones de ayuno, se modifican las reservas nutricionales, proteicas y energéticas del paciente El cuerpo como tal, se ve afectado en sus funciones fisiológicas, y con repercusiones sobre puesto que no poseen las suficientes reservas necesarias siendo posible que agrave su condición, hacia complicaciones, se presenten estados críticos efecto compromiso por ello se debe tener encuentra riesgo nutricional tolera no más de 120 horas de ayuno según su condición médico clínica • Pérdida o disminución deliberada de peso.- Una persona quien presenta mayor al 10% está indicando que está presentando un riesgo nutricional latente, y esto sucede gracias a una hiporexia o en mayor gravedad a una anorexia del sujeto Junto con cualquiera de estas dos condiciones nutricionales, se viene de la mano con peso a pérdida grasa de manera ponderal (Perez Horos J.E Chavez Tostado M Garcia Rosiorena Rondon Felix Salazar Parra, 2016) VALORACIÓN NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL Se basa historia del paciente, podemos definir tres estados según los siguientes parámetros: • Cambio de peso seis meses • Ingesta calórica, habitual la actual • Influencia de la enfermedad para nutrirse oralmente, anorexia, diarrea, baja de conciencia (sobre todo si dura semanas) • Gasto calórico proteico • Actividad física: habitual, moderada, abundante, encamado • Examen físico: pérdida de tejido adiposo, edema o ascitis • Estatura 2 (Mts.) Cuando documos pacientes, dentro de ellos los pacientes quirúrgicos, debemos elementos medibles tales como solos siguientes: 1. Historia clínica - eventos médicos o quirúrgicos que afectan o modifiquen las necesidades nutricionales del paciente evaluado, dentro de estos los antecedentes patológicos personales y familiares 2. Historia dietética - Cambios o modificaciones alimentarios, y hallas, especificar su etiología 3. Exploración física - o presentación de lesiones 4. Parámetros antropométricos, - son indicadores del IMC • Pliegue cutáneo tricipital (PCT) observan dominante, evaluar • Circunferencia abdominal - Evalúa y determina • Circunferencia del brazo (CMB).- Se correlaciona organismo 5. Análisis de laboratorio - Hemograma completo, electrolitos séricos, calcio, fosforo, hierro sérico y ferritina, cromatina y urea 6. Proteínas plasmáticas.- Proteínas séricas totales; albúmina, prealbúmina sérica, transferrina sérica y proteínas transportadora de retinol nos dan una idea del comportamiento visceral, hay errores con estas enfermedades hepáticas, síndrome nefrótico y en enteropatías pierden proteínas (Robles M.L C Rodriguez J.R.V, 2013) CLASIFICACIÓN CUALITATIVAMENTE • Normal: sin alteración de ningún comportamiento corporal (graso o proteico) y con valores de los diversos parámetros antropométricos 90% • Malnutrición calórica-proteica (MCP-Marasmo): Afectación del comportamiento graso (pliegues cutáneos y peso corporal y/o proteico-calórico • Desnutrición proteica (kwashiorkor): Afectación del comportamiento proteico visceral (albúmina, prealbúmina y transferrina) • Desnutrición mixta.- Ambas características, marasmo y kwashiorkor CUANTITATIVAMENTE • Normal.- Peso/ peso ideal (P/PI) > 90% del normal o albúmina sérica > 3.5g/dl Para calcular el peso ideal (PI) del paciente se puede emplear la siguiente formula: PI=50+ [3 x (Talla cm -150)/4] • Desnutrición leve P/PI (80-90% del normal o albúmina sérica 3-3.5g/dl • Desnutrición moderada P/PI (60-79% del normal o albúmina seria 2.5g/dl • Desnutrición grave P/PI < 60% del normal o albúmina sérica <2.5g/dl • Clasificación según el IMC ESTADO NUTRICIONAL DEL LABORATORIO • Linfopenia - El recuento disminuido de linfocitos es un parámetro que indica si la persona evaluada riesgo nutricional Este examen de laboratorio es un recurso evaluar de paciente que es de vital importancia, ya que nos indica una visión más amplia del sistema de defensa y las posibles infecciones presentes o posibles que pueden efectuar evaluado • Albuminemia - Se requiere de manera mandataria de esta proteína secretada por el hígado y de diversos depósitos adecuados de aminoácidos para cumplir con diversas funciones orgánicas (síntesis proteica; síntesis que favorece para fortalecer defensa, transporte, resolución de tejidos o de cicatrización y transportes) Un déficit o disminución de ellas indican los precursores en la síntesis proteica, depleción de las proteínas viscerales o ambas, lo que repercute en la fisiología de quien padece esta condición La albuminemia se puede clasificar son esta manera: ? Eutróficos - Si tiene una albuminemia mayor de 3.6g/dl ? Riesgo nutricional - Si se encuentra entre 3.1-3.5g/dl ? Compromiso nutricional - Si tiene menos de 3g/dl • Hemoglobina.- Personas con hemoglobina de 10-11g/ml se consideran con riesgo nutricional debido con anemia, no obstante, se considera como consecuencia y no causa de desnutrición, además no ha estudiado como parte del cuadro clínico de la desnutrición Hay diversos tipos de anemia, entre ella la deficiencia de Hierro, por deficiencia de vitamina B6, vitamina B12, ácido fólico, folato y tiamina (Wanden Berghe C Moreira K.C Sanz Valero , 2015) ESTIMACIÓN ENERGÉTICO CALORÍAS DIARIAS Para calcular estas necesidades, lo más usado es todo la fórmula de Harris – Benedict que calcula el gasto de energía basal (GEB) en kcal/día Es una ecuación empírica para estimar en función con su peso corporal, estatura, una persona INGESTA DIARIA DE CALORÍAS RECOMENDADA SEGÚN HARRIS-BENEDICT VALORACIÓN • Proteínas - Debes 1 gr proteínas = 4 kcal,6.25 gr proteínas = 1 gr nitrógeno ó 8g/kg/día, Corresponden a un 50-60% 1 gr = 4 kcal 4-5 g/kg/día y no sobrepasar los 7 g/kg/día • Lípidos -Entre 1 gr lípidos = 9 kcal ácidos grasos esenciales se sitúan en 3-5 g/día (Bermudez C Sanabria A Vega V, 2013) AYUNO PREOPERATORIO constituye una natural si bien se ha demostrado que su práctica induce a una situación insulinorresistente insulina, lo morbilidad postoperatoria (Porbes S.S Perez J.B Gonzalez C.M Borras A.E , 2011) glucémico mediante insulinoterapia intravenosa invasiva las mortalidad ingresados en las Por ello, insulinorresistencia o hiperglucemia postoperatoria (D.P, Fernandez G B Sanchez, 2010) El grupo de Ljungqvist ha descrito un sencillo método para lograr tales efectos, carbono intervención quirúrgica Esta estrategia logra producir una inducida por una comida mixta y Se han intentado estudiar los posibles mecanismos mediante los cuales estas bebidas pueden disminuir la insulinorresistencia asociada a cirugía • Las contribuyen a replicaciones • Favorecen la evolución de, inducida en situaciones insulinorresistente, al

Summary Report
Share your score
PlagiarismCheckerX Summary Report