

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**“DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN LOS
SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL MIGUEL
ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO. 2008”.**

Tesis para optar el Título Profesional de:
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA

Presentado por:

LUNA ITURRAL, Jacky Joseph
PARIONA AROTINCO, Nelly

AYACUCHO - PERÚ

2009

DEDICATORIA

JACK JOSEPH

A mis padres: Juan y Hermelinda guías imperecederos en mi formación. Por su gran cariño, paciencia y Constante apoyo.

A mis hermanos por su apoyo Incondicional, en quienes nacen nuevas esperanzas y se forjan nuevas Metas.

A mis compañeros, quienes fueron el incentivo para lograr mis objetivos.

A Jenny Karina que en vida fue.

DEDICATORIA

NELLY

A mis padres: Luciano y Áurea símbolo de trabajo, honradez y generosidad. Quienes con su sacrificio y apoyo constante hicieron que culmine mi carrera profesional.

A mis hermanos menores por su apoyo incondicional. Y las fuerzas que me dieron para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Máter, por permitirme materializar nuestra máxima aspiración: ser enfermeros.

A la Facultad de Enfermería y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra formación de pre grado.

Al asesor Florencio Curi Tapahuasco, por sus orientaciones, aportes y sugerencias durante el desarrollo de la presente investigación.

Y a todas las personas que de una u otra forma, contribuyeron en la realización del presente estudio.

SUMARIO

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
SUMARIO	iii
INTRODUCCIÓN	6
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	10
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial y nacional, los informes y estudios realizados sobre la desnutrición en hospitales, refieren una frecuencia del 30 y el 50%, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La desnutrición continúa siendo la causa más frecuente por el aumento de la morbi-mortalidad y el principal problema de salud en todo el mundo, afectando de forma muy especial a un colectivo concreto, como es el de los pacientes hospitalizados, donde la incapacidad de ingesta y la enfermedad son comunes.

Está comprobado que la desnutrición hospitalaria conlleva al paciente a una mala cicatrización de las heridas quirúrgicas, la alteración de los mecanismos inmunológicos de defensa, aumento de infecciones, aumento de estancia hospitalaria, mayor mortalidad; lo que incide en aumento en los costos hospitalarios. (HERNÁNDEZ GONZÁLEZ; Javier y col. 2007)

Casi siempre, en los hospitales se valora el riesgo anestésico de los pacientes rutinariamente, sin embargo, no se valora el riesgo nutricional de estos; o se controla sistemáticamente el estado de las sondas urinarias ni tampoco se realizan controles de peso. De hecho, en muchos hospitales es más fácil realizar procedimientos complejos que pesar a un paciente. Por experiencia pre-profesional conocemos que un paciente hospitalizado tiene *por sí mismo*, factores de riesgo desde el punto de vista nutricional, debido en

parte a su condición socioeconómica y así como por la rutina del hospital, tal como: ayunos dilatados por pruebas diagnósticas, que frecuentemente se retrasan o sueroterapia prolongada, mientras se espera que el paciente recupere el tránsito intestinal o la tolerancia a los alimentos sólidos.

Se debe recordar siempre que la sueroterapia sólo aporta al organismo agua y electrolitos de forma intravenosa. Por otra parte, las necesidades basales se ven aumentadas en situaciones especiales como hemorragias profusas, fiebre elevada, diarrea y vómitos. Existen situaciones agudas como intervenciones quirúrgicas, anemias, enfermedades crónicas, úlceras cutáneas, convalecencia y afecciones del aparato locomotor donde el organismo requiere un elevado proceso de regeneración celular y una síntesis proteica, para llegar a la recuperación. En estas circunstancias, los pacientes necesariamente llegan a la desnutrición.

En los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Regional de Ayacucho, la valoración nutricional es realizada en forma somera (valoración global subjetiva), asimismo no se lleva el control de peso diario, es frecuente observar que las historias clínicas no consignen la talla del paciente, mucho menos una intervención nutricional. Los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional de Ayacucho soportan gran afluencia de pacientes siendo la tasa de mortalidad muy alta, por lo que es importante identificar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a fin de instaurar, lo antes posible, un soporte nutricional adecuado. Para ello son necesarios sistemas informatizados de detección (tanto al ingreso como durante la estancia hospitalaria) y que actúen como alarmas. Estas herramientas deben ser aplicables en la mayoría

de los servicios, y tener la capacidad de aportar datos reproductibles, significativos y fiables para predecir los resultados de otros métodos más sofisticados.

Este contexto; motivó la realización de la presente investigación titulada: “Desnutrición en pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, 2008”, siendo el propósito; plantear alternativas y/o estrategias para solucionar el problema identificado se tuvo los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Determinar la frecuencia y severidad de la desnutrición en los pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2008.

Objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia de desnutrición en los pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2008
- Caracterizar la desnutrición en los pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2008
- Relacionar la desnutrición con variables demográficas.
- Relacionar la desnutrición con la enfermedad de base.

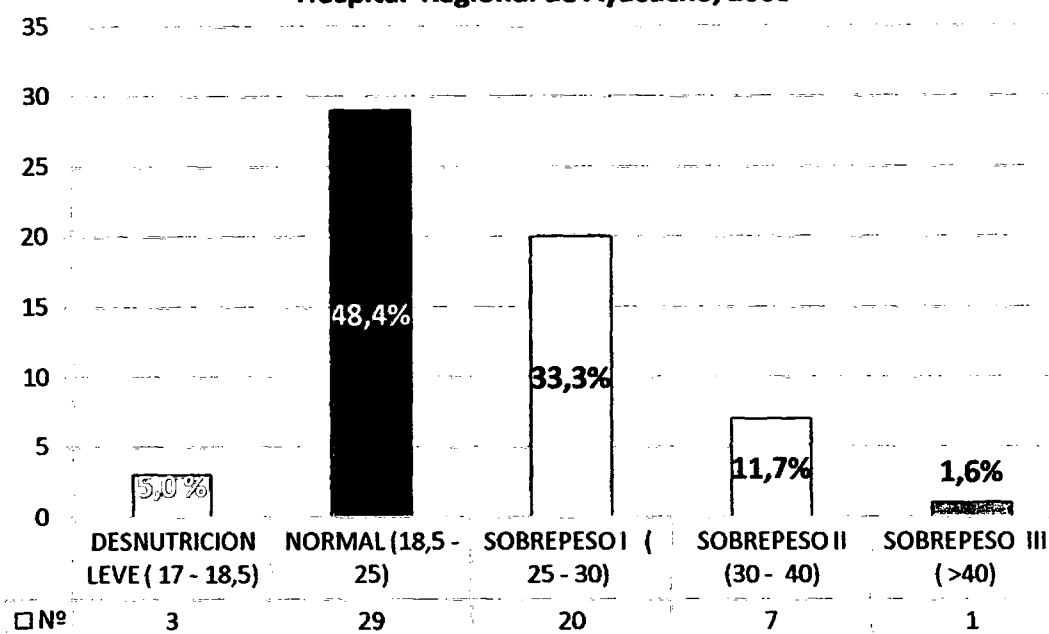
La Hipótesis planteada fue: Existe una alta frecuencia de desnutrición en los pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2008.

El tipo de investigación fue: Cuantitativo, aplicativo, descriptivo, longitudinal y prospectivo. El área de estudio fue: El Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho. La Población estuvo Conformada por todos los pacientes admitidos a los servicios de Medicina y Cirugía durante los meses de abril y mayo. Los Criterios de inclusión fueron: Pacientes admitidos a los servicios de medicina y cirugía. Los de exclusión fueron: Pacientes que no admitan participar en el estudio, pacientes inconscientes, pacientes que no se puedan pesar ni tallar. La Muestra fue: No probabilística, censal, 60 pacientes que ingresaron a los servicios de Medicina y Cirugía durante los meses de abril y mayo. La técnica de recolección de datos fue: La observación. El instrumento de recolección de datos fue: La ficha de datos. Los resultados obtenidos permitieron reafirmar la hipótesis de investigación.

El presente trabajo consta de: Introducción, Presentación, interpretación, y análisis de datos, conclusiones, recomendaciones y anexos.

PRESENTACIÓN, CONTRASTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Gráfico 1. . Estado nutricional según IMC (OMS/NCHS) de los pacientes admitidos en los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Regional de Ayacucho, 2008



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

En el gráfico 1, se aprecia que: de la totalidad de pacientes admitidos a los servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, durante el período de abril-mayo del 2008; el 48,4% (29) presentaron un IMC de 18,5 - 25 Kg/m², intervalo clasificado como normal, 33,3% de 25 - 30 Kg/m² clasificado como sobrepeso I, 11,7% de 30 - 40 Kg/m², clasificada como sobrepeso II; el 5,0% de 17 - 18,5 clasificado como desnutrición leve y finalmente 1,6% con 40 Kg/m² clasificado como sobrepeso III.

Existen numerosos métodos, de mayor o menor complejidad, para estimar la composición corporal y realizar la evaluación nutricional; no obstante, el enfoque antropométrico continúa siendo la vía alternativa, elegida para la

mayoría de las investigaciones, no solo porque resulta de fácil acceso y es aplicable a todas las personas; sino por lo inocuo, lo confiable y lo poco costoso del método. Para el presente estudio se eligió la tabla de caracterización del estado nutricional de Ferro-Luzzi y otros, aprobado por el Comité de Expertos de la FAO/OMS/NCHS. Este método simplifica el cálculo del IMC a partir de las mediciones primarias de peso y talla y las categoriza según los valores encontrados.

El índice de masa corporal constituye uno de los componentes, entre los métodos antropométricos para evaluar el estado nutricional, más utilizados por su simplicidad de obtención y análisis. Este índice es un reflejo de las reservas corporales de energía; por lo que se utiliza para clasificar a los individuos en correspondencia con su estado nutricional, en un intervalo que va de la deficiencia energética crónica a la obesidad. Se presenta un conjunto de curvas que permiten, de forma muy simple a partir de la determinación del peso y la estatura de una persona adulta e independientemente de su sexo, clasificar el estado nutricional utilizando los puntos de corte aprobados por un Comité de Expertos de la FAO/OMS/NCHS en 1992.(BAILEY KV, FERRO-LUZZI A, 1995)

El estado nutricional refleja, si las necesidades del organismo están cubiertas, para lograr que se mantenga sano y pueda realizar actividades fisiológicas normales. En el paciente hospitalizado, estas actividades están limitadas o impedidas por la enfermedad y/o el tratamiento, por lo que la evaluación debe formar parte del examen rutinario de este, por el profesional de salud.

En la valoración del estado nutricional, aparte de conseguir información sobre los hábitos alimentarios, las posibles enfermedades concomitantes y la relación con actividades físicas, también deberían incluirse datos antropométricos. De todos estos datos, los que han demostrado ser de mayor utilidad son el peso, la talla, el perímetro del brazo y el grosor del pliegue cutáneo

El Requerimiento Energético Estimado, se define como la ingesta dietética de energía predicha para mantener el balance energético en adultos sanos de una determinada edad, sexo, peso, talla y nivel de actividad física coherente con un buen estado de salud. El gasto energético está compuesto por varios componentes: Tasa Metabólica Basal (TMB), Efecto Térmico de los Alimentos (ETA), Termorregulación y Actividad Física. (GODNIC, Mariano 2002)

El organismo humano, requiere fundamentalmente de energía para mantener las funciones vitales, las que incluyen: respiración, circulación, trabajo físico, y regulación de la temperatura corporal central. El balance energético de un individuo es dependiente de su ingesta y de su gasto energético; desequilibrios que en este balance, se traducen como una disminución del peso corporal.

Las recomendaciones de energía alimentaria, propuestas por el FNB/USA, 2002 para individuos activos es de 3067 Kcal para hombres y 2403 para mujeres.

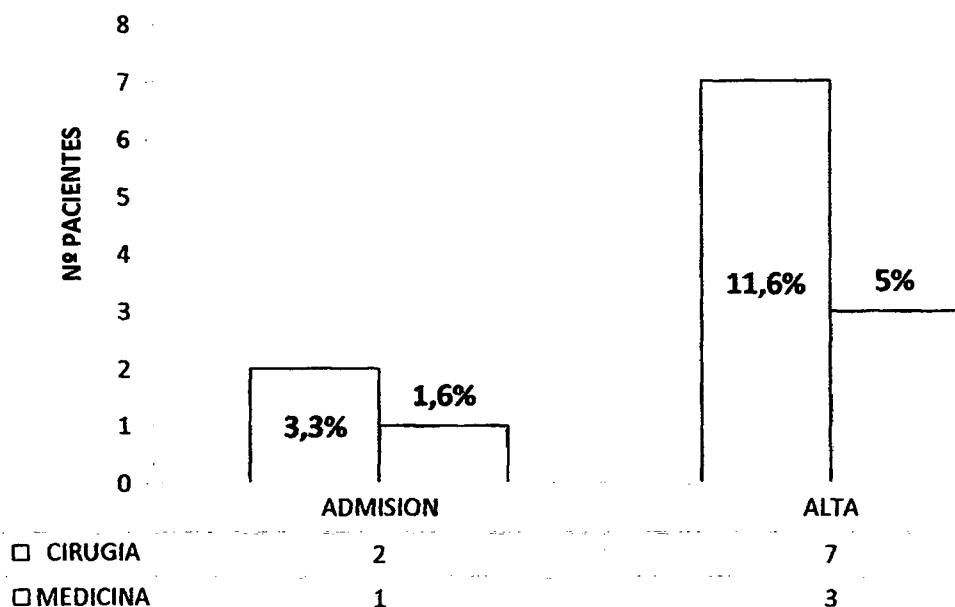
Los datos obtenidos en el presente estudio, difieren en magnitud, sin embargo concordamos con los autores señalados y afirmamos que en los

servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, durante los meses de abril y mayo, se detectó el 5,1% de pacientes con desnutrición.

En conclusión; mediante la presente investigación se ha identificado que, de la totalidad de pacientes admitidos en el período abril a mayo del 2008, 51,5% presentan malnutrición (33,3% con sobrepeso I, 11,7% con sobrepeso II, 5,0% como desnutrición leve y 1,6% como sobrepeso III) y 48,4% con IMC de 18,5 a < de 25 K/m² , clasificada como normal.

Estos resultados, muestran los diferentes estados nutricionales, que tienen los pacientes que ingresan a los servicios de Medicina y Cirugía, lo cual nos permite afirmar, que más del 50,0% de pacientes tienen malnutrición, es decir entre sobrepeso, obeso y desnutrición. Estos datos servirán como referencia para que los profesionales de salud, puedan intervenir y mejorar la salud de la población.

Gráfico 2. Frecuencia de desnutrición durante la admisión y alta de los pacientes de Cirugía y Medicina del Hospital Regional de Ayacucho. Abril a Mayo del 2008



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

El presente gráfico muestra que, del total de pacientes admitidos en el período de abril a mayo del 2008; el 5,0%(3) presentaron desnutrición, de ellos 3,3% fueron internados en el servicio de Cirugía y 1,6% en Medicina; durante el alta. 16,6% de pacientes presentaron desnutrición, 11,6% fueron del servicio de Cirugía y 5,0% de Medicina

Al respecto, en el estudio titulado “Desnutrición Hospitalaria: La experiencia del Hospital "Hermanos Ameijeiras", reportaron que, el 35,9% se clasificaba como desnutridos. De ellos el 13,4 % se consideró como gravemente desnutrido. (BARRETO, et, al. 2003)

Asimismo, un estudio transversal realizado en España, con una muestra probabilística de 109 pacientes, encontraron que, el 12.5% de los pacientes

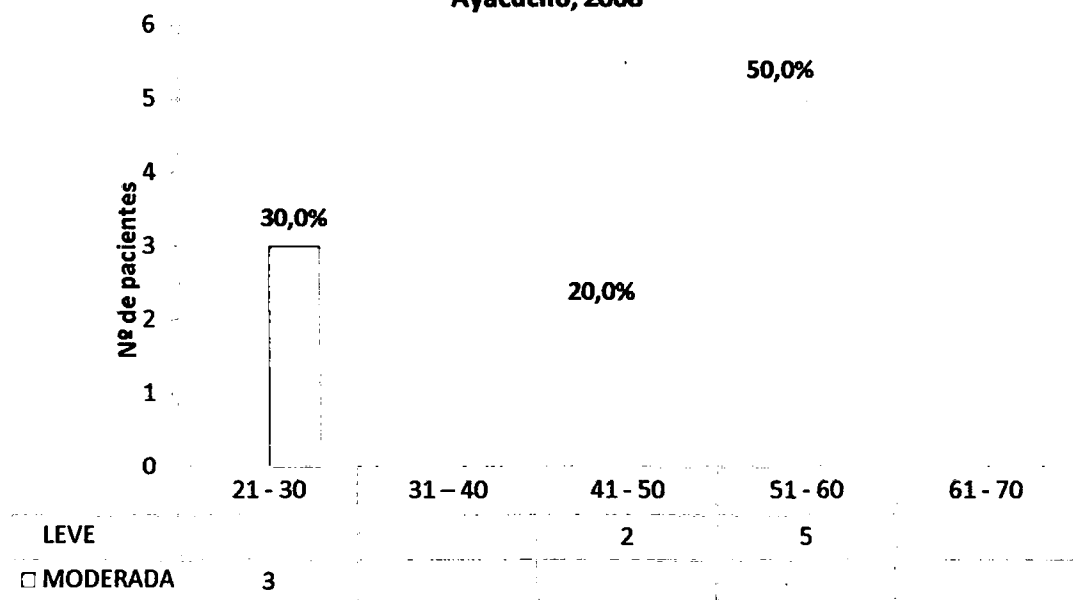
Los datos obtenidos mediante esta investigación, indican que la desnutrición hospitalaria es una alteración que está presente en los pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho. Los porcentajes de desnutrición leve y moderada, clasificados de acuerdo a los puntos de corte del IMC propuestos por Ferro-Luzzi, que consideran uniforme tanto para el sexo femenino y masculino y mayores de 18 hasta los 60 años; son relativamente bajos a lo referido por otros autores, sin embargo, cabe señalar que no deja de ser una alteración que afecta la evolución de la enfermedad base.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto la escasa atención concedida al estado nutricional en la historia y práctica clínica, lo que determina el desconocimiento de las condiciones del paciente en el momento del ingreso al hospital y por tanto, la imposibilidad de prevenir la malnutrición hospitalaria. La valoración nutricional debe formar parte integral de toda evaluación clínica, con el fin de identificar pacientes que requieran un soporte nutricional agresivo y temprano. Con ello se disminuirían los riesgos de morbi-mortalidad secundaria a la desnutrición preexistente en los pacientes.

Un paciente hospitalizado tiene factores de riesgo desde el punto de vista nutricional, debido en parte, a la dinámica de los centros hospitalarios, ayunos dilatados por pruebas diagnósticas, que frecuentemente se retrasan o la sueroterapia prolongada, mientras se espera que el paciente recupere el tránsito intestinal o la tolerancia a los alimentos sólidos. La sueroterapia sólo aporta al organismo agua y electrolitos de forma intravenosa. Si esta situación se dilata, existe el riesgo de la desnutrición por falta de ingesta de alimentos.

En conclusión, los datos encontrados mediante el presente estudio nos indican que existe un porcentaje (4,9%) de pacientes que ingresaron con desnutrición leve, asimismo durante la estancia hospitalaria este porcentaje se incrementa, llegando hasta un 16,7% durante el alta, por lo que es indispensable la detección precoz de la desnutrición en los pacientes hospitalizados, para evitar así consecuencias negativas, tanto para el enfermo, como para el propio sistema sanitario. En el caso del paciente, la desnutrición reduce sus defensas, aumentando así el riesgo de infecciones y por consiguiente, incrementando también el riesgo de muerte. Además, el gasto de estancia hospitalaria, que ocasiona un paciente hospitalario desnutrido es alto.

Gráfico 3. Desnutrición hospitalaria según edad de los pacientes en los servicios de Cirugía y Medicina durante el alta, Hospital Regional de Ayacucho, 2008



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

En el gráfico 3, se observa que, del 100% de pacientes con desnutrición, 50,0% pertenecen al grupo etareo de 51-60 años, de ellos, todos presentaron desnutrición leve; 30,0% de pacientes pertenecen al grupo etareo de 21-30, todos presentaron desnutrición moderada; 20,0% pertenecen al grupo de 41 – 50 años de edad, todos presentaron desnutrición leve.

Al respecto, “No hay diferencia estadística significativa entre la evaluación nutricional y los grupos de edades menores y mayores de 60 años o iguales que 60 ($p= 0,4143$), aunque la desnutrición fue mayor en este último (42,7 %)”. (SOCARRAS SUAREZ, 2004)

En un estudio descriptivo, se determinó una edad media (59.8 ± 18.8 años) y con antecedentes de diabetes e HTA en 23 y 33% de los casos respectivamente. (GAMEZ, J. L., et al 2006)

En relación con la edad y la desnutrición, el porcentaje fue mayor en los pacientes de 60 años a más, aunque no hubo diferencias significativas; los autores de este trabajo piensan que se comportó así, porque el tamaño de la muestra fue menor. Esto no corresponde con lo planteado en la literatura, que coloca a este grupo de pacientes de 60 años a más con alto riesgo, como en el estudio realizado en Cuba. (BARRETO J, SANTANA, 2003)

El deterioro del estado nutricional de pacientes hospitalizados se asocia a mayor morbi-mortalidad, debido a: Aumento de las infecciones por alteración de la inmunidad humoral y celular, retardo de la reparación de tejidos y cicatrización de heridas, disminución de la funcionalidad de la musculatura esquelética y de órganos (tubo digestivo, pulmón).

La causa de desnutrición de un individuo enfermo es multifactorial, participan: factores propios del huésped y ambientales; tales como anorexia, aumento de requerimientos nutricionales, mayor pérdida de nutrientes, incapacidad de ingerir alimentos, ayuno prolongado por exámenes de laboratorio, restricción de alimentos, alimentos poco apetecibles, etc.

Los datos encontrados, mediante la presente investigación, nos muestran una frecuencia de desnutrición del 16.7%, en el período del 15 de abril al 5 de mayo del presente año, en los servicios de Medicina y Cirugía. Debemos indicar que las necesidades basales de los pacientes hospitalizados se ven aumentadas en situaciones como: sangrado activo, fiebre elevada, diarrea y vómitos, asimismo existen situaciones especiales en la que necesariamente se tiene que suspender la alimentación normal como en las

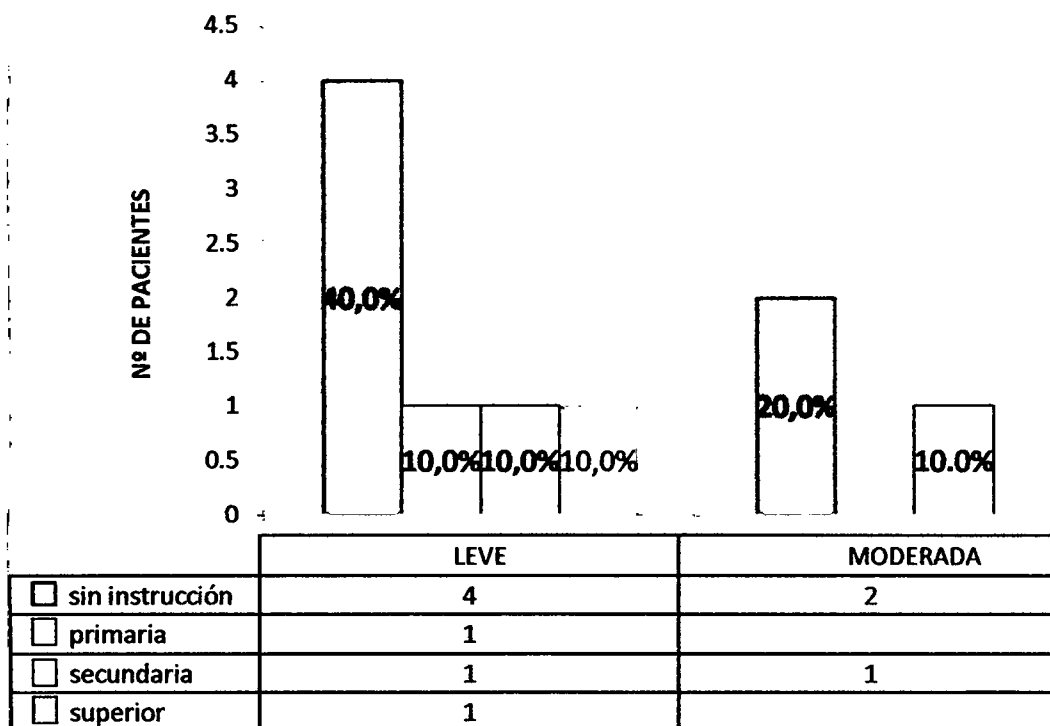
intervenciones quirúrgicas, además hay afecciones que requieren un elevado proceso de síntesis proteica, para la regeneración tisular.

Los pacientes internados durante el estudio se sometieron al régimen dietético de rutina, dispuesto en orden: NPO, líquida, blanda y completa, de acuerdo a la evolución del paciente. En raras ocasiones se prescribía dietas hipercalóricas e hiperproteicas. Hecha estas observaciones, podemos inferir que los requerimientos energéticos de los pacientes no han sido cubiertos adecuadamente.

Los datos mostrados en el presente gráfico indican que las edades en la que se presentó con mayor frecuencia la desnutrición hospitalaria fueron entre 51 a 60, seguidos por 21 - 30 años. Por lo que concordamos con los autores señalados.

En conclusión; se ha identificado que la desnutrición hospitalaria se presentó con mayor frecuencia a los pacientes comprendidos entre las edades de 51 - 60 años, principalmente por la escasa disponibilidad de reservas para enfrentar a las enfermedades, debido al proceso de envejecimiento y los de 21 a 30 años por la gravedad de su enfermedad, en consecuencia no se observa asociación entre la desnutrición hospitalaria y la edad de los pacientes internados.

Gráfico 4. Desnutrición según grado de instrucción de pacientes internados en los servicios de Cirugía y Medicina durante el alta. Hospital Regional de Ayacucho, 2008



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

El gráfico 4. Muestra que del 70,0% de pacientes con desnutrición leve, 40,0% no tienen instrucción, 10% tienen instrucción primaria, secundaria y superior respectivamente; del 30,0% de pacientes con desnutrición moderada, 20,0% no tienen grado de instrucción y 10,0% tienen educación secundaria.

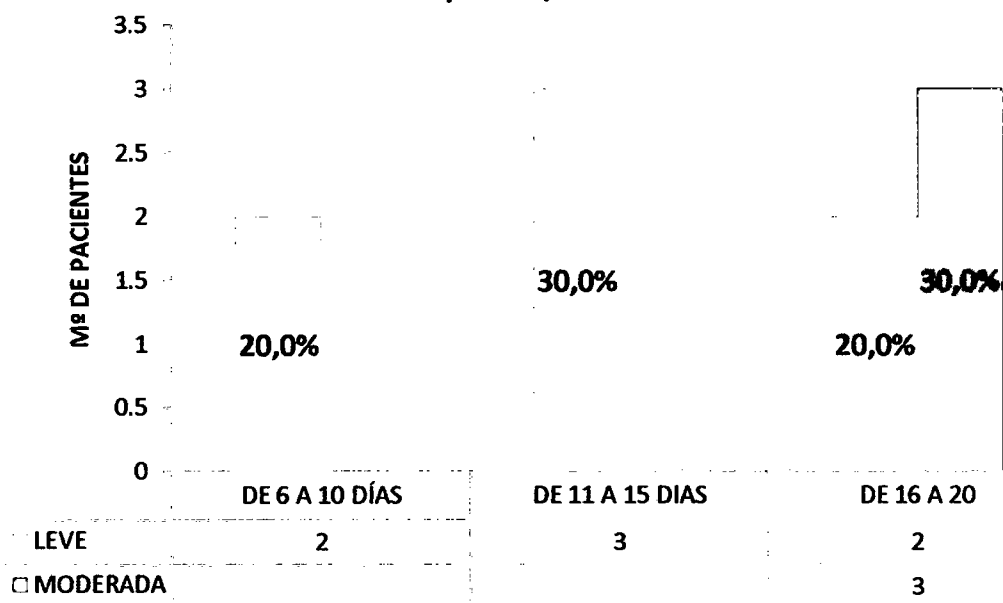
“Otro hallazgo importante observado fue la frecuencia de desnutrición en el subgrupo de pacientes, con un nivel universitario de instrucción menor que el percentil del canal epidemiológico”. Probablemente porque el nivel universitario se revierte en una mejor educación nutricional y por lo tanto, no

sólo hábitos alimentarios más saludables, sino en conductas alimentarias mejor diseñadas ante los incrementos energéticos y nutrimentales, propios de la enfermedad base". (BARRETO, J. et, al. 2003)

Los datos presentados en el gráfico, indican que el mayor porcentaje de pacientes desnutridos no tienen instrucción. Esta relación justifica, que la desnutrición es tradicionalmente considerada como un déficit relacionado a la condición socio cultural de la persona.

En conclusión; podemos afirmar que, la desnutrición hospitalaria tiene cierta relación con el nivel o grado de instrucción, debido al 60,0% de desnutridos sin grado de instrucción, lo que indica un mayor nivel cultural, menor desnutrición o viceversa (a menor grado de instrucción mayor desnutrición). Una persona con mayor nivel cultural tiene esquemas nutricionales que conservan el estado nutricional dentro de las características normales. Es decir las personas con mayor grado de instrucción tienen conocimientos indispensables para poder prevenir la desnutrición. Muchos autores relacionan el nivel cultural con la pobreza y la desnutrición, lo que se evidencia en el presente estudio. En consecuencia es impostergable mejorar el nivel cultural de la población a fin de disminuir la frecuencia de muchas enfermedades.

Gráfico 5. Desnutrición según estancia hospitalaria en pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional de Ayacucho, 2008



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

En el gráfico 5. Se aprecia que, el 50,0% de pacientes con desnutrición han tenido una permanencia hospitalaria de 16 a 20 días, de ellos, 30,0% presentaron desnutrición moderada y 20,0% desnutrición leve: El 30,0% de pacientes con desnutrición leve tuvieron una estancia hospitalaria entre 11 á 15 días y finalmente un 20,0% de pacientes con desnutrición leve tuvieron una estancia entre 6 a 10 días.

Algunos estudios han señalado que la malnutrición aumenta durante la hospitalización desde un 41% a un 51% en los pacientes de medicina Interna o el 50-89% de los pacientes que pierden peso durante el ingreso (NABER,

1997), especialmente en las dos primeras semanas. (MCWHIRTER 1994, BRUUN 1999)

Por ello, la reducción en el tiempo de estancia hospitalaria no ofrece realmente una protección importante contra la desnutrición. Esta pérdida de peso afecta por igual a los pacientes obesos y a los pacientes con peso normal (CORISH, 2000).

La desnutrición asociada a estancias hospitalarias puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedades y hasta la muerte, si no se previene adecuadamente.

Según el Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la desnutrición es una complicación médica potencial pero prevenible que influye sobre el resultado de los tratamientos. En el ámbito hospitalario, los pacientes malnutridos son más susceptibles de prolongar su estancia, ya que se les asocia un incremento de la incidencia de infecciones y un retraso en la cicatrización de las heridas, además de otras consecuencias. Todos estos signos se ven agravados en el caso de los ancianos, quienes pueden presentar el *síndrome de inmovilismo*, un deterioro rápido de la funcionalidad y de la independencia en su movilidad.

En los países desarrollados, la desnutrición es aceptada como un factor común en la práctica clínica durante las estancias hospitalarias. A la desnutrición, que puede darse en mayor o menor grado, antes incluso del ingreso en un centro sanitario, se le atribuye un aumento de la estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones como infecciones, flebitis, embolismo pulmonar,

fallo respiratorio, alto riesgo de padecer úlceras por presión y baja tasa de cicatrización de heridas. Todo ello origina un incremento considerable de los costes sanitarios y sociales.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, indican que la severidad de la desnutrición se incrementa durante la permanencia hospitalaria, así los 3 casos de desnutrición leve, pasaron a ser desnutrición moderada; la proporción de desnutrición leve se incrementó de 3 a 7 casos.

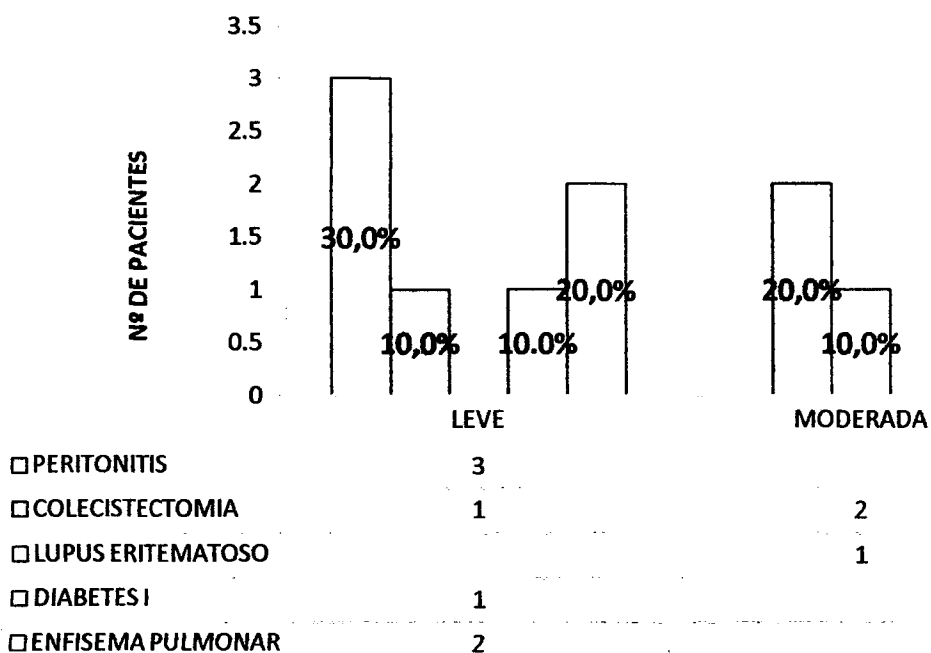
A donde se encontró que el 60,0% de pacientes adquieren desnutrición durante su permanencia hospitalaria. La verificación de que la desnutrición se incrementó en la medida en que el paciente acumulaba más días de hospitalización, hizo pensar que la desnutrición no recibe toda la atención debida por parte del equipo de salud.

Los datos encontrados nos indican que la permanencia hospitalaria influye en la gravedad de la desnutrición, así mismo que se observa a mayor tiempo de permanencia, subsiste la desnutrición moderada, tanto en el servicio de Medicina como el de Cirugía, por lo cual, en concordancia con los autores señalados, se deduce que la estancia hospitalaria es un factor que influye en la presentación de la desnutrición hospitalaria.

En Conclusión; la estancia hospitalaria incrementa la gravedad de la desnutrición, por lo que es recomendable que la valoración nutricional deba formar parte integral de toda evaluación clínica con el fin de identificar pacientes que requieren un soporte nutricional agresivo y temprano. Con ello se disminuirían los riesgos de morbi-mortalidad secundarios a la desnutrición preexistente en los pacientes. Es necesario comprender que los pacientes

hospitalizados, por efecto de su enfermedad o del tratamiento se encuentran en un estado, hipercatabólico, o lo mismo que un proceso acelerado centrado en la producción de energía para la realización de las actividades físicas externas e internas. El catabolismo implica también el mantenimiento de la temperatura corporal, con la degradación de las moléculas químicas complejas (glúcidos, lípidos y proteínas) en sustancias más sencillas (ácido acético, amoníaco, ácido láctico, dióxido de carbono o urea), que constituyen los productos de desecho expulsados del cuerpo a través de los riñones, el intestino, los pulmones y la piel. Por otra parte, estas necesidades basales se ven aumentadas en situaciones especiales como sangrado activo, fiebre elevada, diarrea y vómitos. Existen situaciones agudas (intervenciones quirúrgicas, anemias, hemorragias, enfermedades crónicas, úlceras cutáneas), convalecencia y afecciones del aparato locomotor, donde el organismo requiere un elevado proceso de regeneración tisular y síntesis proteica. Para llegar a la recuperación necesita de una mayor permanencia hospitalaria.

Gráfico 6. Desnutrición hospitalaria según enfermedad base. Hospital Regional de Ayacucho, 2008



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/Ferro-Luzzi.

El gráfico 6, muestra que; del 70,0% de pacientes con desnutrición leve, 30,0% ingresaron con diagnóstico médico de peritonitis , 20,0% con enfisema pulmonar, 10,0% con diabetes I y colecistitis respectivamente; de los pacientes con desnutrición moderada, el 20,0% ingresó por colecistitis y 10% con lupus eritematoso.

Cuando se analiza la presencia de desnutrición y el diagnóstico del paciente, se observa que en los desnutridos predominan las enfermedades del aparato digestivo, seguidas de las respiratorias. Resultados similares se observaron en otras investigaciones. Algunas enfermedades respiratorias y digestivas suponen un aumento de la desnutrición y un exceso de mortalidad asociados con pesos corporales bajos. En un estudio realizado en Argentina,

el 18,1 % son las enfermedades digestivas, y el 13,6 % las respiratorias. (CRIVELLI, T. PERMAN, M. et al. 2000)

50,0% de los ingresados en salas de Cirugía de un Hospital de Boston tenían una desnutrición de moderada a severa. Los enfermos quirúrgicos desarrollan a menudo la desnutrición, la que a su vez se predispone a complicaciones. Asimismo, estudiaron el efecto de la desnutrición preoperatoria con el pronóstico de cirugía antiulcerosa (gastrectomía parcial) en 50 pacientes consecutivos. La mortalidad global para el grupo estudio fue de 15%. Cuando se estratificó a los sujetos según la pérdida de peso preoperatoria, los enfermos que perdieron más de 20% de peso corporal antes de la operación tuvieron mortalidad de 33%, en comparación con la mortalidad del 3,5% en aquellos que perdieron menos del 20% del peso. (LAWS RA, TAPSELL LC, KELLY J. 2000)

Los enfermos con desnutrición grave tienen 4 veces más, probabilidades de sufrir complicaciones posoperatorias, que pacientes bien nutridos y de que 42 a 9 % de los pacientes con desnutrición grave y moderada respectivamente, sufren complicaciones mayores. (GUIGOZ, Y. LAUQUE, S. VELLAS, BJ. 2000),

De los datos encontrados podemos inferir que la enfermedad base es la causa general de la desnutrición hospitalaria. Así en el servicio de Cirugía, la peritonitis y la colecistectomía son las que están vinculadas a la desnutrición hospitalaria, probablemente por una larga estancia que requiere para su recuperación. Asimismo en el servicio de Medicina se observa que enfermedades como el lupus eritematoso, la diabetes I; son causales de desnutrición hospitalaria.

En líneas generales, la mayoría de los pacientes hospitalizados experimentan la pérdida del apetito, durante el ingreso que condiciona una ingesta de alimentos y nutrientes insuficientes. Incluso, con frecuencia, se valora una alimentación insuficiente como normal. La anorexia es producida por varias causas como la enfermedad, el tratamiento o las pruebas diagnósticas.

Otros factores individuales, como problemas dentales o dificultades en la masticación, problemas cognitivos, depresión, el ambiente y los horarios en que se producen las comidas, las dietas restrictivas o de exploraciones, los periodos de ayuno obligados por razones diagnósticas o terapéuticas y la falta de flexibilidad en la administración de las comidas; contribuyen a disminuir la ingesta espontánea del paciente.

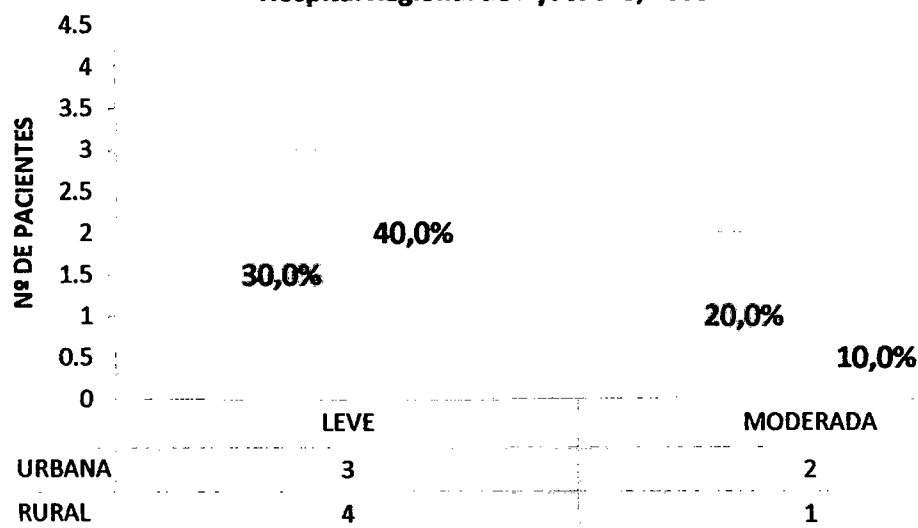
La medicación con frecuencia produce dispepsia, o anorexia, que también contribuyen a una alimentación insuficiente. Aunque el estómago se vacía a los 90 minutos de la ingestión de bebidas ricas en carbohidratos, la ingesta de estas bebidas producen mejoría en el estado general y reducción en el tiempo de hospitalización. Muchos pacientes se mantienen en ayunas durante periodos innecesariamente prolongados pre y postoperatoriamente.

Es una práctica común el ayuno y la aspiración nasogástrica, después de la cirugía abdominal a pesar de que no está demostrada su eficacia. Cuando aparecen ruidos intestinales, suele comenzarse con una dieta líquida y se introduce gradualmente la dieta normal, con lo que se producen frecuentes periodos innecesariamente prolongados con dietas hipocalóricas.

Los resultados de este estudio contribuyen a afirmar lo planteado por otros investigadores, que los pacientes internados en los servicios de Cirugía y Medicina presentan con mucha frecuencia desnutrición hospitalaria.

En conclusión; podemos afirmar, que las enfermedades base son las determinantes en mayor grado, sobre la desnutrición hospitalaria. La desnutrición debe enfocarse en el cuadro clínico global, ello implica que la desnutrición debe prevenirse, detectarse y tratarse igual que cualquier otro problema clínico. El tratamiento eficaz de la desnutrición implica, que no sólo es necesario valorar el estado nutricional, sino también dirigir medidas eficaces para tratar las causas subyacentes de la desnutrición.

**Gráfico 7. Desnutrición hospitalaria según procedencia de los usuarios.
Hospital Regional de Ayacucho, 2008**



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

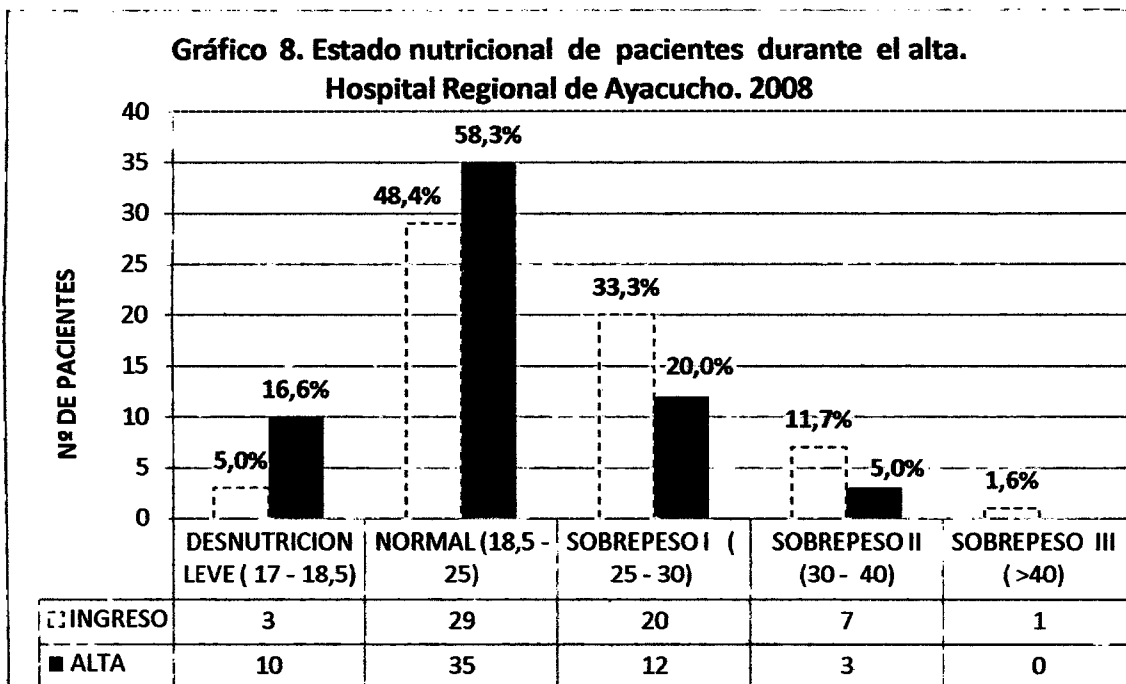
El presente gráfico muestra que el 50,0% de pacientes son procedentes del área urbana y rural respectivamente. De los pacientes que proceden del área urbana, 30,0% presentaron desnutrición leve y 20,0% desnutrición moderada y de los pacientes procedentes del área rural, 40,0% presentaron desnutrición leve y 10,0% moderada.

Al respecto no encontraron resultados y referencias que relacionen la severidad de la desnutrición con la procedencia del paciente, pero haciendo un análisis de los resultados podemos inferir que la procedencia, en este estudio no tiene significación relevante, quizá por la muestra intencional. Como podemos observar, el gráfico señala que existe igual proporción de pacientes de procedencia rural y urbana, con una pequeña diferencia en relación a la severidad, donde los pacientes del área urbana presentaron mayor proporción

de desnutrición moderada. Sin embargo nosotros podemos atribuir esta diferencia a la gravedad de la patología y no de la procedencia.

Si consideramos que los usuarios de las áreas rurales tienen más riesgo de contraer desnutrición hospitalaria, en vista de su estado nutricional normonutrido, está sostenida casi exclusivamente por una alimentación monótona, la cual puede ligeramente influir en este resultado. Asimismo puede estar influenciado por los hábitos alimentarios.

En conclusión, podemos afirmar que la procedencia no está relacionada con los porcentajes de desnutrición hospitalaria, identificados mediante el presente estudio, debido a la reducida muestra y al tipo de muestreo no probabilístico.



FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

El gráfico 8 muestra; el estado nutricional de los pacientes de los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho. Durante el alta. Se puede apreciar que, un 58,3% de pacientes egresan con estado nutricional normal, un 20,0% con sobrepeso de tipo I, un 16,6% con desnutrición y un 5,0% con sobrepeso II

Al respecto, en la investigación: “Algunas causas que llevan a la desnutrición en los pacientes hospitalizados” realizado en La Habana, Cuba. 2004”, encontró un 39,3% de pacientes con desnutrición hospitalaria durante el alta, la desnutrición fue mayor a 29,5% en los pacientes con estadia prolongada, mayor de 15 días. Las autoras afirman que, la desnutrición hospitalaria encontrada fue elevada. Existieron prácticas indeseables que afectaron el estado nutricional de los pacientes ingresados; la desnutrición se

incrementó en la medida que aumentaba la estancia hospitalaria. (M. SOCARRÁS SUÁREZ y col, 2004),

La prevalencia de la desnutrición hospitalaria fue elevada: En el Hospital “Abel Santamaría Cuadrado”: en un 58.58%; y en el Hospital “León Cuervo Rubio”: un 58.66%. La desnutrición energética proteica predominó en sujetos mayores de 60 años de ambos sexos, para cualquiera de los dos hospitales. Si bien la estadía promedio del enfermo en el hospital es corta, la desnutrición se incrementó con el tiempo de estadía en las diferentes unidades. (HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, Javier y col. 2007)

Asimismo, en un estudio de investigación; “Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante su hospitalización en los servicios de Medicina de un hospital general”, realizada en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se encontró 47,8% de desnutrición durante el alta, los valores antropométricos y en los niveles de albúmina estuvieron disminuidos al alta hospitalaria, así como la correlación entre estos hallazgos con la edad y el tiempo de hospitalización. Finalmente concluye: La hospitalización resulta ser un factor negativo para el estado nutricional del paciente adulto mayor. (ORTIZ SAAVEDRA, Pedro y col, 2007)

Por lo tanto, Mediante el presente estudio se encontró que la desnutrición en pacientes admitidos en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Ayacucho, fue de 5,0% durante el ingreso y en el alta de 16,6%; si bien son inferiores a las cifras encontradas por los autores señalados, sin embargo, no deja de ser

preocupantes y concordamos en lo que respecta la relación entre estancia hospitalaria y desnutrición.

Los datos mostrados en el presente gráfico, nos indican cómo, el estado nutricional de los pacientes hospitalizados avanzó en dirección descendente, es decir, a favor de la desnutrición; así, el 1,6% de pacientes con sobrepeso III desaparecen, los pacientes con sobrepesos II y I disminuyen, mientras aumentan los pacientes con desnutrición y estado normal.

En conclusión, la desnutrición hospitalaria es un problema general que hoy en día se puede destacar y se puede combatir. Su prevalencia sigue siendo muy elevada y el soporte nutricional no se utiliza en los pacientes que lo requieren. Sus consecuencias se manifiestan en el aumento de la morbilidad, la prolongación de la estancia hospitalaria y el incremento del gasto sanitario. La mejora de la calidad total exige la organización de un sistema de detección precoz de la desnutrición, para la totalidad de pacientes ingresados, la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y el establecimiento del procedimiento necesario para controlarlo.

CONCLUSIONES

Luego del análisis y contrastación de resultado arribamos a las siguientes conclusiones:

1. En los servicios de Medicina y Cirugía, en el periodo de los meses de abril a mayo, los casos de desnutrición en pacientes hospitalizados se presentó de un 5% a un 16.6% en relación a Admisión y al Alta respectivamente.
2. El sexo y la edad no constituyen factores de riesgo de la desnutrición hospitalaria en el presente estudio.
3. Se observa mayor frecuencia de desnutrición en pacientes sin grado de instrucción.
4. El tiempo de permanencia es una variable asociada a la desnutrición, donde el 70,0% de pacientes adquirieron la desnutrición durante su permanencia hospitalaria y el 30,0% ingresaron con desnutrición leve.
5. Las enfermedades base: peritonitis y colecistectomía en el servicio de cirugía y el enfisema pulmonar en el servicio de medicina se presentan muy ligados con la desnutrición hospitalaria.
6. La procedencia de los pacientes con desnutrición no guarda relación significativa con la desnutrición hospitalaria.
7. Los tipos de desnutrición de acuerdo a la escala de clasificación de Ferro-Luzzi y Waterlow (Recomendada por la OMS/NSCH) fueron: 10% para la desnutrición leve y 6.6% para la moderada.

RECOMENDACIONES

Después de haber concluido con el análisis de los datos, nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones:

1. A las Autoridades del Hospital "Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho" a fin de que implementen programas de intervención alimentaria nutricional y metabólica, las cuales deben constituirse en la herramienta metodológica, para el enfrentamiento del problema de salud que representa la desnutrición hospitalaria.
2. A los Profesionales de Enfermería, incidir en la evaluación nutricional de los pacientes e internos antes y después de su ingreso.
3. A los Estudiantes de la Facultad de Enfermería, para que continúen desarrollando el trabajo de investigación sobre desnutrición hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo Izaga "Nutrición Hospitalaria: Órgano Oficial de la sociedad Española de nutrición parenteral y enteral.
2. Bailey Kv, Ferro- Luzzi a. Expertos de la FAO /OMS, métodos antropométricos en 1992.
3. Barreto J, Santana S, Martínez C, Espinosa A. Desnutrición Hospitalaria: La experiencia del Hospital "Hermanos Ameijeiras". Acta Médica 2003.
4. Barreto Penie J, Santana Porben S, Martínez González C. "Programa de Intervención Alimentaria, Nutricional y Metabólica del paciente hospitalizado". Rev. Cub. Aliment. Nutr. 1999.
5. Cabré E. Nutrición Enteral en patología digestiva. Rev. Gastroenterología y Hepatología 1998.
6. Corish CA, Kennedy NP. "Nutrición de la Proteína-energética en pacientes hospitalizados." Br J Nutr. 2000.
7. Crivelli T, Perman M, Wyszynski D, Aroman F, Bellome M, De Loredo L, et al. "Prevalencia de Desnutrición en Hospitales de Argentina". Metodología del estudio y análisis preliminar de los resultados. RNC Publicación Científica sobre Nutrición Clínica 2000; 9:128-44.
8. Correia Isabel M, Campos AC. Predominio de la desnutrición del hospital en América latina: El estudio del multicentro ELAN. La nutrición, volumen 19, edición 10.
9. Delgado del Rey M, Gómez C, Blanco A, Iglesias C, Fernández M, Castillo R, et al. Evaluación nutricional en pacientes con gastrectomía total. Nutr. Hosp. 2002.
10. Echenique Sergio Martínez y Cabrera Romero German. Nutrición en Cirugía. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía. Lima. 1999.
11. Gámez, Villalobos, "Nutrición Hospitalaria de control de la alimentación y realización de Desnutrición" 2006.

12. García de Lorenzo, J Álvarez, MV Calvo, JI de Ulíbarri, J del Río, C Galván, PP García Luna, P García Peris, F La Roche, M León, M Planas, A Pérez de la Cruz, C Sánchez, JL Villalobos. 2007. "Desnutrición hospitalaria. Conclusiones del II foro de debate de la sociedad española de nutrición parenteral y enteral (SENPE) 1 conclusiones del II foro de debate de la sociedad".
13. García Jonson, Nancy Carolina, Roldán Pereda Edgar Enrique Álvarez Baglietto, Carlos, Galarreta Briceño, Amanda. Estado Nutricional de pacientes hospitalizados en el hospital IV Víctor Lazarte Eché Garay. Trujillo Perú. 2003
14. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clin. Geriatr. Med 2002; 18(4):737-57.
15. Godnic, Mariano "Sociedad Argentina de Nutrición" 2002.
16. Hernández González; Javier y col. "Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria en los Hospitales Abel Santamaría Cuadrado y León Cuervo Rubio. Cuba. 2007".
17. Hirsch, Sandra: "Enfoque De La Nutrición En Chile". Instituto de nutrición y tecnología de alimentos. Universidad de Chile, 2000.
18. Laws RA, Tapsell LC, Kelly J. Nutritional status and its relationship to quality of life in a sample of chronic hemodialysis patients. J Ren. Nutr. 2000; 10(3):139-47.
19. Martínez González, Carmen y Espinoza Borrás, Alicia
20. McWhirter JP, Pennington CR. La incidencia y el reconocimiento de la desnutrición en hospital. Brit Med J. 1994.
21. Mías Carballal, Carmen; Solá Martí, Román; Torres Puiggros, Joan; Nuin Orreo, Carmen; González Reselló, Ana y Subirá Garrido, Alba en el estudio titulado: "Detectan malnutrición en pacientes de una unidad de hospitalización domiciliaria", Lleida, España. 2006.
22. Naber TH, Schermer T, de Bree A. Predominio de la desnutrición en pacientes hospitalizados no quirúrgicos y de su asociación con complicaciones de la enfermedad. J Clin. Nutr. 1997.

23. Nutrar.com 25 de mayo 158, piso 5^a of.102 (C1002ABD) Ciudad De Buenos Aires-Argentina
24. Ortiz Saavedra, Pedro José, Méndez Silva, Francisco José, Varela Pinedo, Luís *et al.* Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los servicios de medicina de un hospital general. *Rev Med Hered.* [Online]. Jan. /mar 2007, vol.18, no.1 [citado 23 Fevereiro 2008], p.4-9. Disponible na World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2007000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.
25. OMS. Manual Internacional de Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. 2007
26. Pareja Rodríguez de Vera A; Aznarte Padial P; de la Rubia Nieto A; López Soriano F. Evaluación del estado nutricional al ingreso hospitalario: identificación de pacientes con riesgo de malnutrición. *Nutr. Hosp.* 2000.
27. Socarrás Suárez, María Matilde, Bolet Astoviza, Miriam, Fernández Rodríguez, Teresa, Martínez Manríquez, Juan René, Muñoz Caldas Lorenzo y Companioni, Josefa. Desnutrición hospitalaria en el Hospital Universitario "Calixto García". *Rev. Cubana Invest. Bioméd.* v.23 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2004.
28. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica. III Congreso Nacional de Nutrición Clínica. La Habana. La Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2005.
29. Rossi ML Spirito MF "prevalencia de desnutrición hospitalaria". institución: Hospital General De Agudos Santojanni enero-marzo 2006 Buenos Aires.

ANEXOS

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN ADULTOS DE ACUERDO CON EL IMC. MODIFICADO DE LA OMS.

CLASIFICACIÓN	IMC	RIESGO
BAJO PESO	<18,5	PROBLEMAS CLÍNICOS
NORMAL	18,5 A 24,9	SIN RIESGO
SOBREPESO	25 A 29,9	AUMENTADO
OBESIDAD CLASE I	30 A 34,9	MODERADO
OBESIDAD CLASE II	35 A 39,9	SEVERO
OBESIDAD CLASE III	≥ 40	MUY SEVERO

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL FERRERO- LUZZI Y WATERLOW. RECOMENDADA POR LA OMS

CLASIFICACIÓN	IMC
Desnutrición severa	<16
Desnutrición moderada	16 – 16,9
Desnutrición leve	17 – 17,9
Bajo peso	18,5 - 20
Peso normal	20,1 – 24,9
Obesidad I	25 – 29,9
Obesidad II	30 – 39,9
Obesidad III	> 40
No especificado	

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

FACULTA DE ENFERMERÍA

Nº Ficha.....

Código:.....

Fecha.....

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES:

Nº de Historia:.....

Fecha de ingreso:.....

Fecha de Alta:.....

Domicilio.....

Sexo:.....

Edad:.....

Ingreso familiar:.....

Grado de Instrucción:.....

Procedencia:

I. Rural ()

II. Urbana ()

DATOS ESPECIFICOS:

1. Diagnóstico Médico:.....

2. Permanencia en días:.....

FICHA DE EVALUACIÓN DE ESTADO NUTRICIONAL CON IMC

Nº	PESO	TALLA	IMC	RESULTADO

CUADRO N° 1

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC (OMS/NCHS/FERRO- LUZZI) DE LOS PACIENTES ADMITIDOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO, 2008"

ESTADO NUTRICIONAL	ADMISION	
	N	%
DESNUTRICIÓN GRAVE (<16)	0	0.0
DESNUTRICIÓN MOSDERADA (16<17)	0	0.0
DESNUTRICIÓN LEVE 17<18.5)	3	5.0
NORMAL (18.5<25)	29	48.4
SOBRE PESO I (25< 30)	20	33.3
SOBRE PESO II (30 < 40)	7	11.7
SOBRE PESO III (40)	1	1.6
TOTAL	60	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

CUADRO N° 2

FRECUENCIA DE DESNUTRICIÓN DURANTE LA ADMISIÓN Y ALTA DE PACIENTES INTERNADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO 2008"

ESTANCIA	ADMISIÓN		ALTA	
	Nº	%	Nº	%
SERVICIOS				
CIRUGIA	2	3.3	6	10
MEDICINA	1	1.6	4	6.6
SIN DESNUTRICIÓN	57	95.0	50	83.3
TOTAL	60	100.0	60	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi

CUADRO Nº 3

DESNUTRICIÓN SEGÚN EDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO ABRIL – MAYO 2008"

DESNUTRICIÓN	LEVE (17<18.5)		MODERADA (16<17)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD						
21-30	0	0.0	3	30.0	3	30.0
31-40	0	0.0	0	0.0	0	0.0
41-50	2	20.0	0	0.0	2	20.0
51-60	5	50.0	0	0.0	5	50.0
61-70	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	7	70.0	3	30.0	10	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

CUADRO Nº 4

DESNUTRICIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO ABRIL – MAYO 2008"

DESNUTRICIÓN	LEVE(17<18.59)		MODRERADA (16<17)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	N	%
GRADODE INSTRUCCIÓN						
SIN GRADO	4	40.0	2	20.0	6	60.0
PRIMARIA	1	10.0	0	0.0	1	10.0
SECUNDARIA	1	10.0	1	10.0	2	20.0
SUOPERIOR	1	10.0	0	0.0	1	10.0
TOTAL	7	70.0	3	30.0	10	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

CUADRO Nº 5

DESNUTRICIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES INTERNADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO ABRIL – MAYO 2008"

DESNUTRICIÓN SEVERIDAD	LEVE(17<18.5)		MODERADA (16<17)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PERMANENCIA EN DIAS						
6-10	2	20.0			2	20.0
11-15	3	30.0			3	30.0
16-20	2	20.0	3	30.0	5	50.0
TOTAL	7	70.0	3	30.0	10.	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.

CUADRO Nº 6

DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS USUARIOS INTERNADOS EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO ABRIL – MAYO 2008"

DESNUTRICION	LEVE (17<18.5)		MODERADA (16<17)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PROCEDENCIA						
URBANA	3	30.0	2	20.0	5	50.0
RURAL	4	40.0	1	10.0	5	50.0
TOTAL	7	70.0	3	30.0	10	100.0

FUENTE: Elaboración propia en base a la ficha de datos y clasificados según la tabla OMS/NCHS/ Ferro – Luzzi.