



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN HUMANA

Proyecto de servicio social

**Nutrición Oncológica en pacientes que acuden a la consulta
nutricional en el Hospital General Naval de Alta Especialidad de
la Ciudad de México.**

JANETT ORTEGA VENADO 2133062050

Docente:

Irina Lazarevich 22757

Ciudad de México, julio 2018

I.- Datos generales

Se realizó un proyecto con el cronograma de actividades realizadas durante el servicio social, ya que, al permanecer en diversas áreas en nutrición del Hospital General Naval de Alta Especialidad, generaba un alto margen de error debido a que los pacientes que acudían a consulta tenían citas muy espaciadas, por lo que no existió seguimiento en tiempo y forma de estos.

II.- Lugar y periodo de realización

Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México.

Periodo del 22 de enero al 20 de julio del 2018.

III.- Unidad, división y licenciatura

Universidad Autónoma Metropolitana – Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Nutrición Humana

IV.- Nombre del proyecto

Nutrición oncológica en pacientes que acuden a la consulta nutricional en el Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México

V.- Nombre del asesor

Irina Lazarevich 22757

VI.- Introducción

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM es un esquema de calidad que pone a la seguridad del paciente como principio fundamental de la atención sanitaria (Consejo de Salubridad General, 2018).

El estándar AOP es el proceso de evaluación inicial que se lleva a cabo en cada paciente con el fin de identificar sus necesidades específicas de atención.

La evaluación inicial es un proceso que se realiza a fin de identificar en forma coherente las necesidades y factores de riesgos específicos de cada paciente que pueden impactar en el proceso de atención.

Para llevar a cabo lo anterior, cada organización define:

- Los elementos o criterios para evaluar
- Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones
- Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación
- El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial
- El momento de la primera evaluación
- La periodicidad de las revaluaciones
- Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.

Para el paciente hospitalizado se incluyen, al menos, los siguientes doce elementos como parte del proceso de evaluación inicial (Consejo de Salubridad General, 2018):

- Historia Clínica
- Evaluación de enfermería
- Evaluación del dolor
- Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6)
- Factores de riesgo social
- Valores, costumbres y creencias
- Factores de riesgo psicológicos
- Evaluación nutricional
- Criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales
- Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas)
- Necesidades específicas de educación (PFE)
- Barreras para el aprendizaje (PFE)

La evaluación nutricional permite identificar a aquellos pacientes que presentan factores de riesgo nutricional que pueden impactar en el proceso de atención.

Cada organización define los criterios para identificar a los pacientes con riesgo nutricional. Estos criterios se evalúan en todos los pacientes, en las primeras 24 horas de hospitalización. En aquellos que presenten algún o algunos de estos criterios, de acuerdo con lo definido por la organización, se les realizará una evaluación nutricional exhaustiva. Cada organización también define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación nutricional no debe limitarse exclusivamente a la determinación del índice de masa corporal, ni a la identificación de factores de desnutrición, sino a cualquier factor que impacte durante el proceso de atención.

La evaluación de criterios de riesgo nutricional se realiza por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal. Por lo tanto, esta evaluación no necesariamente debe ser realizada por un nutriólogo o un endocrinólogo.

Algunos datos y recomendaciones sobre una alimentación sana son (Organización Mundial de la Salud, 2018):

- Una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer.
- Las dietas insalubres y la falta de actividad física están entre los principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo.
- Los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida. La lactancia materna favorece el crecimiento sano y mejora el desarrollo cognitivo; además, puede proporcionar beneficios a largo plazo, como la reducción del riesgo de presentar sobrepeso y obesidad y de sufrir enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.
- La ingesta calórica debe estar en consonancia con el gasto calórico. Los datos científicos de que se dispone indican que las grasas no deberían superar el 30% de la ingesta calórica total para evitar un aumento de peso, lo que implica dejar de consumir grasas saturadas para consumir grasas no saturadas y eliminar gradualmente las grasas industriales de tipo trans.

- Limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10% de la ingesta calórica total forma parte de una dieta saludable. Para obtener mayores beneficios, se recomienda reducir su consumo a menos del 5% de la ingesta calórica total.
- Mantener el consumo de sal por debajo de 5 gramos diarios ayuda a prevenir la hipertensión y reduce el riesgo de enfermedad cardíaca y de accidente cerebrovascular en la población adulta.
- Los Estados Miembros de la OMS han acordado reducir el consumo de sal entre la población mundial en un 30% y detener el aumento de la obesidad y la diabetes en adultos y adolescentes, así como en sobrepeso infantil de aquí a 2025.

En relación con una alimentación sana en adultos es preciso (Organización Mundial de la Salud, 2018):

- Comer frutas, verduras, legumbres (por ejemplo, lentejas, judías), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, mijo, avena, trigo o arroz integral no procesados); al menos 400 g (5 porciones) de frutas y hortalizas al día. Las patatas (papas), batatas (camote, boniato), la mandioca (yuca) y otros tubérculos feculentos no se consideran como frutas ni hortalizas.
- Limitar el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total que equivale a 50 gramos (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso saludable que consume aproximadamente 2000 calorías al día, si bien para obtener mayores beneficios, se recomienda idealmente reducir su consumo a menos del 5% de la ingesta calórica total. Son los fabricantes, los cocineros o el propio consumidor quienes añaden a los alimentos la mayor parte de los azúcares libres. El azúcar libre también puede estar presente en el azúcar natural de la miel, los jarabes, y los zumos y concentrados de frutas;
- Limitar el consumo de grasa al 30% de la ingesta calórica diaria. Las grasas no saturadas (presentes, por ejemplo, en el aceite de pescado, los aguacates, los frutos secos, o el aceite de girasol, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes, por ejemplo, en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, el ghee y la manteca de cerdo). Las grasas industriales de tipo trans (presentes en los alimentos procesados, la comida rápida, los aperitivos, los alimentos fritos, las pizzas congeladas, los pasteles, las galletas, las margarinas y las pastas para untar) no forman parte de una dieta sana;
- Limitar el consumo de sal a menos de 5 gramos al día (aproximadamente una cucharadita de café) y consumir sal yodada.

La Organización Mundial de la Salud (2018) brinda algunos consejos prácticos por grupos de alimentos para mantener una alimentación saludable, los cuales se presentan posteriormente:

Frutas, verduras y hortalizas: Comer al menos cinco piezas o porciones (o 400 g) de frutas y verduras al día reduce el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y ayuda a garantizar una ingesta diaria suficiente de fibra dietética.

Con el fin de mejorar el consumo de frutas y verduras se puede:

- Incluir verduras en todas las comidas;
- Comer frutas frescas y verduras crudas como aperitivos;
- Comer frutas y verduras frescas de temporada;
- Comer una selección variada de frutas y verduras.

Grasas: Reducir el consumo total de grasa a menos del 30% de la ingesta calórica diaria contribuye a prevenir el aumento de peso en la población adulta. Además, el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles disminuye al reducir el consumo de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta calórica diaria, y de grasas de tipo trans a menos del 1%, y al sustituir esas grasas por las grasas no saturadas.

La ingesta de grasas puede reducirse del modo siguiente:

- Modificando la forma de cocinar: separando la parte grasa de la carne; utilizando aceites vegetales (de origen no animal); cocinando los alimentos o cocinándolos al vapor o al horno, en lugar de freírlos;
- Evitando el consumo de alimentos procesados que contengan grasas de tipo trans;
- Reduciendo el consumo de alimentos con un contenido alto en grasas saturadas (por ejemplo, queso, helados, carnes grasas).

Sal, sodio y potasio: La mayoría de la gente consume demasiado sodio a través de la sal (una media de 9 g a 12 g de sal diarios) y no consume suficiente potasio. Un consumo elevado de sal e insuficiente de potasio (menos de 3,5 g) contribuye a la hipertensión arterial, que, a su vez, incrementa el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. Se podrían evitar 1,7 millones de muertes cada año si el consumo de sal se redujera al nivel recomendado, esto es, menos de 5 gramos diarios.

A menudo no se es consciente de la cantidad de sal que se consume. En muchos países, la mayoría de esa sal procede de alimentos procesados (por ejemplo, platos preparados, carnes procesadas como el beicon, jamón, salchichón, queso o aperitivos salados) o de alimentos que se consumen con frecuencia en grandes cantidades (por ejemplo, el pan). La sal también se añade a los alimentos cuando

se cocinan (por ejemplo, caldos, concentrados de caldo de distinto tipo, la salsa de soja y la salsa de pescado) o en la mesa (por ejemplo, la sal de mesa).

El consumo de sal puede reducirse del modo siguiente:

- No añadiendo sal, salsa de soja o salsa de pescado al preparar los alimentos;
- No poniendo sal en la mesa;
- Reduciendo el consumo de aperitivos salados;
- Eligiendo productos con menos contenido en sodio.

Algunos fabricantes de alimentos están reformulando sus recetas para reducir el contenido de sal de sus productos; además, siempre es aconsejable leer las etiquetas de los alimentos para comprobar la cantidad de sodio que contiene un producto antes de comprarlo o consumirlo.

La ingesta de potasio, que puede mitigar los efectos negativos de un consumo elevado de sodio en la presión arterial, puede incrementarse consumiendo frutas y verduras.

Azúcar: La ingesta de azúcares libres debería reducirse a lo largo de la vida. Los datos de que se dispone indican que la ingesta de azúcares libres en niños y adultos se debería reducir a menos del 10% de la ingesta calórica total; para obtener mayores beneficios para la salud, esa cantidad debería ser inferior al 5%. Por azúcar libre se entienden todos los azúcares que los fabricantes, los cocineros o los propios consumidores añaden a los alimentos o las bebidas que se van a consumir, así como azúcares presentes de forma natural en la miel, los jarabes, y los zumos y concentrados de frutas.

El exceso de calorías procedentes de alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcar libre también contribuye al aumento de peso, que puede dar lugar a sobrepeso y obesidad.

La ingesta de azúcar puede reducirse del modo siguiente:

- Limitar el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar (por ejemplo, bebidas azucaradas, aperitivos azucarados y golosinas); y
- Comer frutas y verduras crudas en lugar de aperitivos azucarados.

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Este puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a

factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

Los cuidados paliativos son parte esencial de la lucha contra el cáncer y pueden dispensarse de forma relativamente sencilla y económica. Los cuidados paliativos para niños son una especialidad en sí, aunque están estrechamente relacionados con la asistencia paliativa para adultos. Los cuidados paliativos para niños consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y en la prestación de apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica la enfermedad y prosiguen al margen de si un niño recibe o no tratamiento contra la enfermedad (CONAMED-OPS, 2016).

Los proveedores de asistencia sanitaria deben evaluar y aliviar el sufrimiento físico, psicológico y social del niño. Para que los cuidados paliativos sean eficaces es preciso aplicar un enfoque multidisciplinario que incluya a la familia y recurra a los recursos disponibles en la comunidad; pueden ponerse en práctica con eficacia incluso si los recursos son limitados, y dispensarse en centros de atención terciaria, en centros de salud comunitarios y hasta en el propio hogar.

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

Los cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud (2020):

- Alivian el dolor y otros síntomas;
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- No intentan acelerar ni retrasar la muerte;
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su duelo;
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado;

- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejores complicaciones clínicas angustiosas.

La mayoría de los pacientes con cáncer se encuentran ya en una fase avanzada de la enfermedad cuando un profesional de la medicina los visita por primera vez. Para ellos, la única opción de tratamiento realista es el alivio del dolor y los cuidados paliativos. Existen métodos paliativos eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. La escalera de la OMS para aliviar el dolor por cáncer es un método relativamente barato y aun así eficaz para aliviar el dolor causado por el cáncer en un 90% de los pacientes.

Existen varios factores que se asocian con la malnutrición del paciente con cáncer (Sociedad Española de Oncología Médica, 2015):

El tumor genera en el organismo una situación de alerta en la que se liberan al torrente sanguíneo diversas sustancias que tienen efecto pro-inflamatorio, favorecen un metabolismo acelerado con destrucción de tejido de reserva (caquexia) y causan una pérdida de apetito (anorexia).

Además, los tumores de cabeza y cuello o del tubo digestivo (esófago, estómago, páncreas, vía biliar, intestino delgado, colon), pueden comprimir u obstruir el paso del alimento produciendo saciedad precoz, y dificultad para tragar la comida (disfagia), dolor al tragar (odinofagia), vómitos y malabsorción de los alimentos.

Los tratamientos dirigidos al tumor como la radio y quimioterapia pueden producir sequedad o heridas en la boca, vómitos, diarrea y cambio del sabor de los alimentos, lo que dificulta la ingesta, disminuye el aporte calórico y aumentan las pérdidas de nutrientes acelerando el adelgazamiento. La cirugía de estómago o páncreas suele requerir que el paciente haga varias comidas de pequeña cantidad, sin abusar de los azúcares ni las grasas o comidas muy procesadas, y la cirugía de colon puede producir diarrea.

También, existen factores dependientes del paciente: en todo paciente con cáncer y signos de malnutrición, es fundamental asegurarse de que no existen causas físicas (dolor, incapacidad para

acceder al alimento por dependencia y mala situación sociofamiliar sin apoyo) ni psíquicas (depresión, estrés y ansiedad), que dificulten el acceso al alimento.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (2015), algunas medidas pueden ayudar a prevenir y combatir la malnutrición en pacientes con cáncer, esto es a través del cuidado del ambiente durante la comida, es decir, comer acompañado, en un lugar tranquilo y alejado de la cocina, en plato de postre y masticando despacio para favorecer la digestión.

Además, evitar olores ambientales fuertes mientras se come y repose, sentarse a la mesa en una postura que facilite la ingesta del alimento: espalda recta, hombros hacia delante, pies firmes y apoyados en suelo, emplear ropa holgada que no comprima el abdomen.

La malnutrición del paciente con cáncer se asocia con el síndrome anorexiacaquexia. La anorexia es la «falta de apetito» y la «caquexia» designa un «complejo síndrome metabólico asociado con distintas enfermedades crónicas, como el cáncer, el SIDA, la insuficiencia cardíaca, respiratoria o renal crónicas, la demencia o el envejecimiento» y «se caracteriza por la pérdida de tejido muscular fundamentalmente, acompañado o no de pérdida de tejido graso».

La malnutrición, además, favorece el cansancio, la anemia, los edemas o retención de líquidos, el deterioro del sistema inmune con mayor riesgo de infecciones. Además, en pacientes malnutridos disminuyen: las enzimas digestivas con mayor riesgo de malabsorción, el músculo cardíaco y esquelético con riesgo de insuficiencia cardíaca, agravamiento de la fatiga respiratoria y riesgo de aparición de úlceras en zonas de presión fundamentalmente la espalda y glúteos (úlceras de decúbito). Además, se altera la imagen corporal, y las complicaciones anteriormente descritas pueden dificultar la administración de los tratamientos y empeoran la evolución del tumor.

Otras recomendaciones importantes que menciona la Sociedad Española de Oncología Médica (2015) son: realizar de 5 a 6 comidas ligeras diarias, respetar los gustos y preferencias del paciente y ser creativo en la preparación, presentación, textura y variedad de los platos, tomar los alimentos con mayor aporte energético en los momentos de más apetito, preferiblemente en el desayuno, flexibilizar los horarios de la ingesta, beber alrededor de 6 a 8 vasos diarios de agua u otros líquidos (infusiones, zumos o batidos), a pequeños sorbos y fuera de las comidas.

Algunas recomendaciones generales son: extremar la higiene de la boca, lo cual se refiere a lavar los dientes y la base de la lengua tras las comidas con cepillo de cerdas suaves y dentífrico fluorado; emplear colutorio comercial o natural (infusión de tomillo o manzanilla o bicarbonato o sal diluidos en agua) tras el cepillado, utilizar crema labial para evitar que se agrieten los labios; realizar si es posible

actividad física ligera, un paseo durante unos 15 minutos antes de las comidas, y después de la ingesta repose semisentado durante unos 20 minutos; tener un horario regular y diario para ir al baño y si presenta dificultad para la evacuación puede masajear de forma rotatoria el abdomen en sentido de las agujas del reloj.

Dentro de las recomendaciones nutricionales incluyen: elegir alimentos de sabor y olor suave, textura homogénea y cremosa, consistencia blanda, cocinado sencillo (cocido, hervido, plancha, papillote) y de fácil digestión en momentos de poco apetito o digestiones pesadas: Fécula: tostada, galleta, pan, arroz, pasta, tapioca, cereales. Verduras y hortalizas: patata, calabacín, cebolla, ajo y zanahorias cocidas o en crema. Carne: aves como el pollo, pavo; conejo. Pescado blanco: merluza, lenguado, mero, gallo, rape, besugo, rodaballo, congrio. Queso fresco o blanco magro, requesón, huevo cocido o en tortilla francesa o en revuelto, bechamel. Postres: yogur, flan, natillas, cuajada, helado, batido o sorbete, fruta en almíbar o compota (manzana y pera), plátano.

Evitar los lugares donde se cocina, la comida de olor fuerte, los irritantes, el tabaco y el alcohol que secan la boca y alteran el gusto de los alimentos. Reducir, si existe dificultad para comer o saciedad precoz, el consumo de: verduras de hoja verde como el repollo y las coles. En cuanto a la carne roja: evitar las partes muy grasas de ternera o cerdo como el tocino, vísceras y embutidos, prefiriendo el consumo de partes magras, como el solomillo y lomo. Pescado azul: salmón, trucha, atún y sardina, que, aunque son alimentos ricos en ácidos omega 3 con propiedades antitumorales, su digestión puede resultar pesada. Para facilitar su consumo se pueden cocinar al horno a la brasa, plancha o al papillote.

El exceso de grasa o sebo, los rebozados y los alimentos en conserva, ahumados o en salazón. Pésese todas las semanas al levantarse por la mañana. Si adelgaza, valore cuál es la causa y coméntelo con su médico. Posibles causas: Menor aporte de alimentos por: pérdida de apetito, malas digestiones o por otro problema (ansiedad, depresión, dolor, insomnio, “miedo” a comer). Mayores pérdidas por: diarrea, vómitos, sudoración, fístula. Si el médico le prescribe un suplemento nutricional recuerde que habitualmente éste es un complemento o apoyo a su comida y no un sustituto. Por ello, se debe tomar a pequeños sorbos a media mañana, media tarde y/o antes de acostarse, separado del desayuno, comida y cena y puede mezclarlo con otros alimentos.

VII.- Objetivo general

- Conocer el estado nutricional de pacientes oncológicos que acuden a la consulta nutricional en el Centro Oncológico del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México durante el servicio social.

Objetivos específicos.

- Evaluar el estado nutricional.
- Determinar el tipo de actividad física que realizan los pacientes oncológicos, durante el tratamiento nutricional y posterior.
- Identificar los hábitos alimenticios y el apego al plan nutricional durante el tratamiento.
- Describir las actividades realizadas en la práctica de servicio social del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México.

VIII.- Metodología utilizada

Se realizó un reporte sobre el tipo de alimentación que llevan los pacientes que acuden a consulta nutricional en el centro oncológico del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México y con ello evaluar el estado nutricional en el que se encuentran.

Los criterios de exclusión son: todos los pacientes que acudan a la consulta nutricional sin un diagnóstico de algún tipo de cáncer.

Las variables que se evaluarán son:

- Estado nutricional.
- Actividad física.
- Hábitos alimenticios y apego a la dieta.

Para la obtención de los resultados se utilizó: evaluación nutricional inicial del paciente hospitalizado (AOP) NRS-2002 para pacientes menores de 60 años y MNA para paciente adulto mayor; báscula de análisis de impedancia bioeléctrica marca SECA modelo mBCA 514, estadímetro marca SECA modelo 274 y cinta ergonómica marca SECA modelo 201.

IX.- Actividades realizadas

	Cronograma de Actividades.
Enero	Curso de Inducción al Hospital.
	Análisis y aplicación de AOP para pacientes hospitalizados.
	Cálculo de manejos nutricionales para pacientes hospitalizados con diferentes patologías.
Febrero	Pláticas de Educación al paciente y su familia.
	Revisión de características de cada tipo de dieta (hiposódica, diabética, nefrópata. Astringente, etc).
	Supervisión de ensamble de charolas para pacientes hospitalizados.
Marzo	Redacción de tamizajes nutricionales de pacientes hospitalizados de diferentes áreas.
	Redacción de evaluación nutricional exhaustiva a pacientes hospitalizados con riesgo nutricio según tamizaje aplicado.
	Aplicación de orientación y educación nutricional a pacientes hospitalizados antes del alta hospitalaria.
	Medición de datos antropométricos de pacientes hospitalizados.
	Revaloración de pacientes hospitalizados que tuvieron riesgo nutricio en el resultado del tamizaje aplicado a su ingreso.
	Realizar frecuencia de consumo y recordatorio de 24 horas a pacientes con riesgo nutricio y pacientes pediátricos para ajuste de manejo nutricional.
Abril	Acudir a la consulta nutricional oncológica.
	Realizar impedancia bioeléctrica a pacientes oncológicos que acuden a la consulta nutricional.
	Calcular manejos nutricionales a pacientes oncológicos de acuerdo con el tipo de cáncer y al tratamiento que tenga cada uno.
	Seguimiento a pacientes oncológicos que acuden a la consulta nutricional.
	Ajuste de manejos nutricionales de acuerdo con el cambio de hábitos alimenticios y el estado de nutrición en el que se encuentran.
Mayo	Acudir a la consulta de clínica de obesidad, para control de peso de pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Junio	Orientación sobre alimentación, marketing y etiquetado nutricional, a pacientes en rehabilitación cardiaca.
	Aplicación de impedancia bioeléctrica a pacientes post operados de cirugía bariátrica, para dar seguimiento.
	Aplicación de tamizaje nutricional a embarazadas y recién nacidos hospitalizados.
	Orientación nutricional a embarazadas con alta hospitalaria.
	Aplicación de tamizaje nutricional en el área de pediatría.
	Cálculo de manejo nutricional en pacientes hospitalizados de pediatría.
Julio	Cálculo y preparación de fórmulas artesanales para pacientes hospitalizados.
	Cálculo de Nutriciones Parenterales para pacientes hospitalizados.
	Orientación nutricional sobre fórmulas artesanales a pacientes hospitalizados antes del alta hospitalaria.

X.-Objetivos y metas alcanzados

- Objetivo 1: Evaluar el estado nutricional; Meta 1: Se evaluó el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada paciente a través de medidas de peso corporal y estatura.
- Objetivo 2: Determinar el tipo de actividad física que realizan los pacientes oncológicos, durante el tratamiento nutricional y posterior; Meta 2: Se determinó el tipo de actividad que realizan los pacientes oncológicos durante y después del tratamiento nutricional mediante el Nivel de Actividad Física (NAF).
- Objetivo 3: Identificar los hábitos alimenticios y el apego al plan nutricional durante el tratamiento; Meta 3: Se identificaron los hábitos alimenticios y apego al plan nutricional a través de la aplicación del cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y/o del recordatorio de 24h.
- Objetivo 4: Describir las actividades realizadas en la práctica de servicio social del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México; Meta 4: En el presente reporte se lleva a cabo un registro de las actividades realizadas en la práctica de servicio social durante el periodo enero a julio.

XI.- Resultados y conclusiones

Para hablar de los resultados, es menester comentar que para actuar dentro del hospital es obligatorio aprender los diferentes protocolos de actuación y atención al paciente, por lo que, es pertinente subrayar que los primeros de servicio social fueron meramente formativos. Entendido el AOP como los procesos de evaluación y atención del paciente hospitalizado. Por lo que, aprender estos mecanismos de actuación se llevaron a cabo en el mes de enero, es decir, el primer mes del servicio social. Cabe resaltar que, se llevó a cabo un cálculo de manejos nutricionales para pacientes hospitalizados con diferentes patologías. Posteriormente, se realizaron pláticas para los pacientes y sus familiares, para generar educación nutricional en los entornos sociales cercanos a sujeto tratado. *A posteriori desarrollamos las características de cada tipo de dieta, entre algunas de ellas: hiposódica, diabética, nefrópata y astringente, para establecer determinadas estructuras nutricionales, en función de los principales padecimientos hospitalarios.*

Durante el mes de marzo se llevaron a cabo diferentes tamizajes nutricionales en pacientes hospitalizados en las diferentes áreas médicas. Con ello, fue posible desarrollar de manera metodológica una evaluación nutricional exhaustiva a pacientes internados con riesgo nutricio según el tamizaje comentado anteriormente. Con base, a los reportes fraguados durante las diversas evaluaciones nutricias y médicas, se realizaron orientaciones y platicas lúdicas a pacientes antes de ser dados de alta hospitalaria. En el mes de abril, la primera actividad fue la medición de datos antropométricos en los pacientes hospitalizados, como lo son el índice de masa corporal, estatura, peso, y talla. Por otro lado, la revaloración de los pacientes que tuvieron riesgo nutricio reportado en el tamizaje de ingreso también se desarrolló en el mismo mes. Gracias a este último tamizaje es que fue posible realizar una frecuencia de consumo, y recordatorio de 24 horas a pacientes con riesgo nutricio y pacientes pediátricos para ajuste de manejo nutricional. Durante el mes se llevaron a cabo múltiples consultas nutricionales oncológicas, a través de estas consultas nutricionales es que se realizaron procedimientos de impedancia bioeléctrica a pacientes oncológicos. Se calcularon manejos nutricionales a pacientes oncológicos de acuerdo con el tipo de cáncer y el tratamiento que tenga cada uno. De esta manera se les dio un seguimiento a los pacientes que asisten a consulta nutricional. Ajustando los manejos nutricionales de acuerdo con el cambio de hábitos alimenticios y el estado de nutrición en el que se encuentran. Por otro lado, se acudió a la clínica de obesidad, para dar seguimiento y control de peso a los pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

Durante el mes de junio se realizaron tamizajes a pacientes en el área de pediatría, en embarazadas y recién nacidos. Dando orientación nutricional a las mujeres dadas de alta por embarazo. Finalmente, en el mes de julio se calcularon y prepararon fórmulas artesanales para pacientes

hospitalizados. Sin soslayar la orientación nutricional sobre fórmulas artesanales a pacientes hospitalizados antes del alta hospitalaria.

En conclusión, se considera el servicio social en el Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México como una actividad altamente productiva. Pues nos concentramos en el tratamiento nutricional para pacientes de diversas áreas, tratando desde la oncología hasta la pediatría desde una visión nutricia. Desarrollando habilidades comunicativas con dolientes de enfermedades crónicas, hasta mujeres embarazadas para la correcta alimentación de los neonatos. Cabe resaltar, que el ejercicio profesional de la nutriología en personas con padecimientos que ponían en alto riesgo sus vidas determinó y confirmó la necesidad de una alimentación equilibrada y certera para cada caso en específico, en función de las condiciones fisiológicas del paciente y las condiciones en tema de recursos del Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México.

XII.- Recomendaciones

A partir de las actividades realizadas en el Hospital General Naval de Alta Especialidad de la Ciudad de México se resalta la importancia de la práctica profesional de los nutriólogos/as en dichas áreas. Una de las recomendaciones importantes es que en la institución se trabaje desde un enfoque multi y transdisciplinario en el que se involucren pediatras, oncólogos, nutriólogas, paliatólogo, enfermeras, terapeutas y tanatólogos para la atención integral al paciente. Además, promover y orientar el apoyo de los familiares como parte del tratamiento.

XIII.- Bibliografía.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico y Organización Panamericana de la Salud. (2015).

Recuperado 19 de julio de 2022, de

http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin14/cuidados_paliativos.pdf

Consejo de Salubridad General. (2015). *SiNaCEAM*. Recuperado 19 de julio de 2022, de

<https://acortar.link/Iwnx6m>

Consejo de Salubridad General. (2018). *Estándares para implementar el Modelo en Hospitales Edición 2018*. Recuperado 21 de julio de 2022, de http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf

Grupo Aula Médica, Alvarez Hernández, J., Muñoz Carmona, D., Planas Villa, M., Rodríguez Rodríguez, I., Sánchez Rovira, P., & Seguí Palmer, M. A. (2008). *Nutrición hospitalaria*. Redalyc. Recuperado 20 de julio de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226751005.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Nutrición*. Recuperado junio de 2018, de <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2019, 12 julio). *Cáncer*. Recuperado 25 de julio de 2022, de https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2020a, abril 29). *Alimentación sana*. Recuperado 14 de junio de 2018, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

Organización Mundial de la Salud. (2020b, agosto 5). *Cuidados paliativos*. Recuperado 22 de julio de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Vallejo-Palma, J. F. (2014). Cuidados Paliativos en Pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 35(5), 428–435. <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/830/740>