



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN HUMANA

INFORME DE ACTIVIDADES RELACIONADAS A LA PROFESIÓN

Proceso de atención nutricia en pacientes del Hospital Dr. Manuel Gea González

PRESENTA

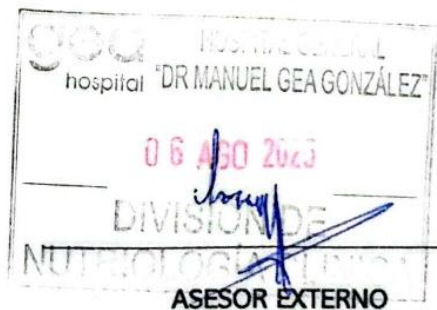
Flores Castro Kenia Alexandra

MATRÍCULA: 2202032186

ASESOR INTERNO

María de Lourdes Ramírez Vega

No. económico 35275



Dra. Angélica León Téllez Girón

Cédula Profesional: 4237584

PERIODO DE REALIZACIÓN DE SERVICIO SOCIAL DEL 1 DE AGOSTO DE 2024 AL 31 DE JULIO DE 2025.

Índice

I.- Introducción	3
II.- Objetivos generales y específicos	4
III.- Metodología utilizada	4
IV.- Actividades realizadas	5
V.- Objetivos y metas alcanzadas	7
VI.- Resultados y conclusiones	8
VII.- Recomendaciones	9
VIII.- Bibliografía	9
IX.- Anexos.....	10

I.- Introducción

El primer modelo de cuidado nutricional se desarrolló por la Academia de Nutrición y Dietética Norteamericana (previamente ADA) en el 2003, con un enfoque centrado en la atención del paciente y dirigido al profesional de la nutrición y dietética (Pérez, et al., 2022).

El proceso de atención nutricia (PAN) es un proceso continuo y dinámico de monitorización, intervención y seguimiento nutricional. La utilización del PAN hace posible personalizar la atención nutricional al paciente adaptándola a cada situación (Carbajal, et al.).

El PAN consta de 4 pasos:

Primer paso - Valoración nutricional.

Segundo paso - Diagnóstico nutricional.

Tercer paso - Intervención nutricional.

Cuarto paso - Monitorización y seguimiento nutricional.

Valoración nutricional:

Consiste en recoger, verificar e interpretar de forma sistemática toda la información nutricional (Historia dietética y nutricional, valoración antropométrica, marcadores bioquímicos, examen físico relacionado con la nutrición e historia clínica) necesaria para realizar una valoración del estado nutricional del paciente.

Diagnóstico nutricional:

En este paso se identifica y define la situación/problema nutricional, la etiología y los signos y síntomas. El diagnóstico debe adaptarse al formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas), siendo necesario vincular el problema y la etiología nutricional con la expresión “relacionado con”. Asimismo, la etiología se une con los signos y síntomas utilizando como nexo la expresión “evidenciado por”.

Intervención nutricional:

Consiste en realizar un abordaje integral proporcionando una intervención nutricional una vez que se haya obtenido el diagnóstico nutricional, además, esta debe ser adaptada a las necesidades del paciente usando conocimiento y evidencia científica actualizada.

Monitorización y seguimiento nutricional:

La repercusión en el estado nutricional se reevalúa y compara con la información recogida en la valoración inicial mediante indicadores que reflejen cambios (ej. modificación de hábitos alimentarios, cambios en el peso o en la composición corporal, bioquímicos, etc.) (Carbajal, et al., 2020).

Por lo que, la evaluación del estado nutricional de la población que asiste al Hospital Dr. Manuel GEA González es clave para poder tener un diagnóstico oportuno, precoz y eficaz, ya que, en México, se tienen reportes de prevalencia de desnutrición que van de

26 % a 55 % de los pacientes. Específicamente en la Ciudad de México, su prevalencia se ha encontrado entre 56 % y 63 % (Vázquez A, 2020).

Además, entre 2000 y 2012, las tasas de sobrepeso u obesidad de la población adulta se incrementaron de 62.3% a 71.3%; además, uno de cada tres niños tiene sobrepeso u obesidad, sin mencionar que la diabetes es la principal causa de muerte (OECD, 2016).

II.- Objetivos generales y específicos

Objetivo general: Aplicar las etapas del proceso de atención nutricia en consulta externa y hospitalización en pacientes del Hospital Dr. Manuel GEA González.

Objetivos específicos:

Evaluar el estado nutricional de los pacientes del Hospital Dr. Manuel GEA González.

Diagnosticar patologías relacionadas a la nutrición mediante indicadores bioquímicos, físicos y dietéticos.

Intervenir en el estado de nutrición del paciente a través de educación nutricional y promoción a la salud.

Monitorear seguimiento nutricional por medio de cambio de hábitos o metas alcanzadas del paciente.

III.- Metodología utilizada

Durante el periodo de realización de servicio social se llevó a cabo la elaboración de una base de datos en Excel, con el objetivo de organizar de manera adecuada la información recabada durante la rotación de cada área al evaluar a cada paciente.

Este material tiene un registro sobre información de cada paciente para poder llevar a cabo los objetivos específicos, que incluyó: el número total de personas atendidas, las patologías comunes en cada área, rangos de edad, estado nutricional, así como diagnósticos médicos y nutricionales.

El obtener esta base de datos dio hincapié a tener un panorama claro sobre las principales necesidades de atención nutricional en consulta externa y cirugía general.

Las herramientas utilizadas durante este año fueron:

1. Computadora.
2. Acceso a internet.
3. Microsoft office (Excel, Word, power point).
4. Material antropométrico (cinta, báscula, estadímetro, plicómetro, etc).
5. Formatos proporcionados por el hospital (formato de historia clínica, notas de evolución, tamizajes, hojas de cálculos nutricionales).

IV.- Actividades realizadas

Consulta externa:

- 1.- Durante la primera rotación en el área de Consulta Externa del 01 de agosto de 2024 a 29 de enero de 2025 se brindó consulta nutricional a 269 pacientes.
2. Se realizó composición corporal a todos los pacientes en cada consulta, donde se obtiene: masa grasa, peso corporal, edad metabólica, masa ósea, porcentaje de agua corporal, masa muscular.
- 3.- Se dio evaluación nutricional a cada paciente con diferentes diagnósticos nutricios, de los cuales sobresalieron: *ingestión subóptima de proteína relacionado a desinformación de alimentos y nutrición evidenciado por porcentaje de adecuación de dieta habitual y valores de laboratorio alterados e ingestión excesiva de hidratos de carbono.*
- 4.- Se realizó una infografía de alimentos ricos en vitamina D, vitamina B12, calcio, hierro, ácido fólico para diversas enfermedades o situaciones como por ejemplo gonartrosis, deficiencia de hierro, vitamina D y vitamina b12, embarazo, entre otros.
- 5.- Se ha brindó consulta nutricional en Clínica de Obesidad durante 1 semana donde se dio plan nutricional para pacientes con gastrectomía vertical de manga laparoscópica y bypass, donde los viernes se les da a los pacientes post operados dietas de transición dependiendo la etapa en la que se encuentren: Etapa 1- Líquidos generales y líquidos claros, Etapa 2- Papillas y Etapa 3- Sólidos suaves.
- 6.- En dado caso que el paciente de Clínica de Obesidad pese más de 140 kg, se le realizó impedancia bioeléctrica (BIA) con el RJL, donde se usan electrodos en mano y pie que mide la resistencia, reactancia y ángulo de fase directamente del paciente y así obtener el resultado de la grasa, masa libre de grasa, porcentaje corporal, etc.
- 7.- Se registró diariamente en la plataforma del hospital las notas realizadas del día anterior, ya que se ocupa como base de datos del total de pacientes que se ve en consulta externa al mes.
- 8.- Los jueves de cada semana se lleva a cabo una sesión con todos los pasantes del servicio social de Nutrición Clínica donde se expone un tema relacionado a Nutrición donde todos los pasantes tenemos que leer artículos relacionados al tema del día.
- 9.- En dado caso que el paciente que acudía a consulta tenía un consumo por debajo del <60% de sus requerimientos se le proporcionó un complemento nutricional estándar.
- 10.- En consulta, si un paciente con enfermedad renal crónica tiene una tasa de filtración glomerular menor de 30, se refiere a clínica de nefrología, mientras tanto se daba plan nutricional para paciente renal.
- 11.- Nutrición clínica refiere a pacientes que son dados de alta de cirugía general o medicina interna a consulta externa que son portadores de sonda nasogástrica, nasoyeyunal o gastrostomía para verificar la preparación de sus fórmulas enterales comerciales o si lo requieren, hacer el cambio a fórmula artesanal. Se le brinda la

orientación al familiar del paciente de cómo se realiza la preparación de la fórmula, así como que alimentos, cantidad y cómo debe ir cocido.

12.- Al momento de dar consulta, se tiene que revisó laboratorios recientes de cada paciente, en algunos pacientes cuando la vitamina D está por debajo del requerimiento, o en personas con triglicéridos altos, se le puede sugerir suplementación de vitamina D u omega 3.

Hospitalización (Cirugía general):

1.- En la segunda rotación del servicio social en Cirugía General, ubicado en quinto piso de la Torre de especialidades, donde desde el 01 de febrero al 30 de julio valoré con riesgo de desnutrición a 72 pacientes.

2.- En el servicio de cirugía, hay dos tipos de servicios: Cirugía general que está ubicado en quinto piso y cirugía plástica ubicado en 4 piso. Cada día se hacen tamizajes, que ayudan a valorar el estado nutricional del paciente que ingresa al hospital, donde se le pregunta al paciente si ha bajado de peso, disminuido su consumo de alimentos y si padece alguna enfermedad que comprometa el estado nutricional.

3.- El tamizaje tiene 3 colores, estos dependen de qué puntaje tenga cada paciente: si sale de 0-1 punto el color será verde, que significa sin riesgo de desnutrición, si sale 2-3 puntos el color será amarillo, que significa moderado riesgo de desnutrición y si sale más de 4 puntos, el tamizaje será de color rojo, que significa riesgo alto de desnutrición. Si el tamizaje sale en rojo, se le abrirá una hoja de evaluación, donde se obtiene datos del paciente como, por ejemplo: estudios de laboratorio, signos vitales, indicaciones médicas y mediciones antropométricas. Estas últimas son realizadas por pasantes de nutrición, donde se obtiene el peso, ya sea referido, estimado o medido con báscula, altura rodilla talón, circunferencia de abdomen, circunferencia media de brazo y circunferencia de pantorrilla. Este apartado es muy importante, porque se realizan cada 7 días para valorar el estado nutricional del paciente durante la estancia hospitalaria.

4.- Cuando tenemos a un paciente con riesgo alto de desnutrición, se hace pase de visita todos los días, donde se le pregunta al paciente como pasó la noche, indicaciones del médico y alteraciones gastrointestinales para poder tomar decisiones en cuanto a su alimentación.

5.- Si el paciente tiene más de 3 días de ayuno, se le propone al médico el inicio de soporte nutricional enteral o parenteral, depende cada caso.

6.- Siempre que se hace el pase de visita, una de las cosas que se pregunta es el consumo del paciente, si este es menor al 60% de sus requerimientos se le puede brindar un complemento nutricional, ya sea polimérica, semielemental o modular.

7.- Cuando un paciente tiene indicación de prealta, se le debe brindar una orientación nutricional, donde se le explica al paciente que tipo de alimentos comer, cuales no y durante cuánto tiempo.

8.- Cada 3 semanas nos rotan por 3 y 4 piso, 5 piso y soporte nutricional, donde en 3 y 4 piso se evalúan a pacientes que ingresan por pocos días o por estancia corta, el 5

piso se evalúan a pacientes que ingresarán por al menos 7 días y en soporte nutricional se evalúan a los pacientes que tienen nutrición enteral y parenteral.

9.- Cuando se está rotando en soporte nutricional se hacen guardias los fines de semana, donde se priorizan a los pacientes que están con algún apoyo nutricional, se realizan tamizajes nutricionales en 3, 4 y 5 piso a los ingresos de pacientes y se entregan complementos nutricionales a los pacientes que lo requieran. Durante estos 6 meses en el servicio de cirugía se realizarán 4 guardias.

10.- Cuando se realizan cambios o cálculos en la nutrición enteral o parenteral de los pacientes que están en soporte nutricional deben ser revisados por la jefa de División de Nutrición Clínica, donde pregunta todo acerca del paciente, se revisa estudios de laboratorio, gastos de paciente (estomas, drenaje, sonda nasogástrica a derivación), vómito, presión abdominal y evacuaciones de este.

11.- Cada jueves del mes, se hacen sesiones de algún tema en específico, yo realicé el segundo tema del semestre "Generalidades de nutrición enteral", donde expliqué qué es la nutrición enteral, cuándo se inicia, indicaciones, contraindicaciones, vía de acceso, complicaciones, tipos de fórmula enterales y elección de fórmulas enterales.

12. Todos los pasantes que ya cursaron los primeros 6 meses son capacitados para realizar las fórmulas enterales, complementos nutricionales y nutriciones parenterales estandarizadas donde se le puede agregar oligoelementos, multivitamínicos y lípidos.

13. Mi capacitación fue del 26 de mayo al 06 de junio, donde lo primero que se realiza es: colocación de cofia, lavado de manos, sacar bata, limpiar la zona de preparación de fórmulas enterales, poner campos de tela en cada mesa, sacar utensilios (licuadora, embudo, tazas medidoras de ½ litro, 1 litro y 2 litros), abrir bolsas enterobag (donde se vacía fórmula enteral) y, por último, embolsar y poner membrete de cada fórmula enteral.

14. Realicé un curso de expediente clínico donde brindaron información sobre qué personas tienen el poder de ver el expediente clínico de cada paciente, así como las partes de este.

15. Contesté 2 interconsultas de pacientes prematuros, así como el cálculo de onzas de leche maternizada al día para cada paciente.

16. Realicé 4 guardias durante estos últimos 6 meses (4 sábados y 4 domingos) donde pasé visita a todos los pacientes que estaban con nutrición enteral o parenteral, así como cambios en sus cálculos de requerimientos de energía y electrolitos, realicé tamizajes nutricionales a cada ingreso a 3, 4 y 5to piso a cargo de cirugía general.

V.- Objetivos y metas alcanzadas

Durante mi pasantía en el Hospital Dr. Manuel Gea González, los objetivos generales y específicos fueron alcanzados, es decir, las etapas del proceso de atención nutricional en consulta externa y hospitalización.

El periodo de rotación en consulta externa fue posible realizar tres de los cuatro pasos del proceso de atención nutricional (evaluación, diagnóstico e intervención), ya que al

momento de la consulta se puede interrogar al paciente para saber signos y síntomas para poder identificar el avance de alguna enfermedad, si es el caso. Sin embargo, no fue posible realizar un monitoreo con cada paciente por el cupo limitado de consultas al mes.

En cuanto a hospitalización en el servicio de cirugía general y cirugía plástica fue posible aplicar los cuatro pasos del proceso de atención nutricional, ya que usualmente cuando están en hospitalización su estancia hospitalaria es más de cinco días, lo que permite hacer la revaloración semanal y así poder dar un plan nutricional al egreso hospitalario.

VI.- Resultados y conclusiones

El total de pacientes evaluados fue de 341 pacientes, de los cuales 269 fueron pacientes atendidos en consulta externa y 72 en hospitalización (cirugía general).

En el área de consulta externa, se evaluó a 269 pacientes de los cuales, 184 son mujeres (68%) y 85 son hombres (31.5%).

Las patologías que más sobresalieron durante los primeros 6 meses fueron: hipertensión arterial con un total de 89 pacientes (33%), diabetes tipo 2 79 pacientes (29.3%), hipotiroidismo 37 pacientes (13.7%), gonartrosis 18 pacientes (6.6%), resistencia a la insulina 14 pacientes (5.2%), artritis 13 pacientes (4.8%), prediabetes 11 pacientes (4%), anemia 9 pacientes (3.3%), epilepsia 8 pacientes (2.9%), psoriasis 8 pacientes (2.9%), dermatitis 5 pacientes (1.8%).

En el caso de los pacientes atendidos en consulta externa la dinámica era: presentarse con el paciente, entrevistarle (preguntar sobre estilo de vida, signos y síntomas), evaluar e interpretar bioquímicos, realizar recordatorio de 24 horas o dieta habitual y hacer una intervención especializada a cada paciente (plan de alimentación, recomendaciones generales o educación nutricional).

El diagnóstico nutricional que más predominó en consulta externa fue: *ingestión subóptima inadecuada de proteína* relacionado a desinformación de alimentos y nutrición evidenciado por porcentaje de adecuación de dieta habitual, *valores de laboratorio alterados e ingestión excesiva de hidratos de carbono*.

En el área de hospitalización el total de pacientes evaluados fueron 72, donde los cuales, 48 son hombres (66.6%) y 24 (33.3%) son mujeres. Los diagnósticos que predominan son los siguientes: Diabetes tipo 2 (23.6%), , Pancreatitis aguda (16.6%), Portador de ileostomía (13.8%), Post lavado quirúrgico (12.5%), Resección intestinal (11.1%), Colangitis (6.9%), Úlceras (4.16%), Desequilibrio hidroeléctrico (4.1%), Portador de fistula (2.7%), Colectomía (2.7%), Enfermedad renal Crónica (1.3%), Oclusión intestinal (1.3%), , Hematoma (1.3%), Abscesos (1.3%).

En el área de cirugía general la dinámica era: revisar expediente clínico y diagnósticos médicos y de ingreso, posteriormente, pasar visita con el paciente, realizar tamizaje nutricional, dependiendo el puntaje que arrojará el tamizaje se clasifica como verde, amarillo y rojo. Al momento de hacer el interrogatorio, si el paciente había perdido peso no intencional y previamente ya tenía más de 7 días de ayuno, se clasificaba como

paciente candidato a nutrición parenteral o enteral. De ser así, se revisa indicaciones, contraindicaciones y necesidades metabólicas de cada paciente.

El diagnóstico nutricional que más predominó en hospitalización fue *ingestión vía oral subóptima inadecuada* relacionado a enfermedad médica de base y ayuno prolongado evidenciado por pérdida de peso y consumo semanal menos del 50% de sus requerimientos energéticos y proteicos.

En conclusión, en el área de consulta externa identifiqué que el diagnóstico predominante es el de ingestión subóptima inadecuada de proteína por mitos sobre en que alimentos se encuentra la proteína y que esta puede causar un daño a nivel renal (en caso de pacientes con enfermedad renal crónica o enfermedad hepática) e ingestión excesiva de hidratos de carbono en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y resistencia a la insulina, donde no ubican a la perfección las porciones de cada grupo de alimentos, en específico (cereales).

En hospitalización el diagnóstico que más sobresalió fue ingestión vía oral subóptima inadecuada por distensión abdominal, náuseas, saciedad temprana y ayunos prolongados por malas indicaciones de parte de los médicos. Es de suma importancia que los médicos tomen en cuenta los días de ayuno que debe tener un paciente para evitar complicaciones en pre y post cirugías.

VII.- Recomendaciones

Una recomendación en consulta externa es que se pueda hacer intervenciones cada dos meses por cada pasante, ya que hay pacientes que no llevan un seguimiento actual y lo ven monitorea cada 6 meses por un pasante diferente que no tiene contexto lo cual es un punto débil para el monitoreo de cada paciente en consulta externa.

En hospitalización, que haya un poco más de comunicación con los cirujanos, ya que muchas veces se puede evitar muchas complicaciones a través de la colocación de una sonda o gastrectomía para una mejor nutrición en el paciente hospitalizado.

VIII.- Bibliografía

1.- Pérez, A., Díaz Muñoz, G. A., Maza Moscoso, C. P., Castro Muñoz, M. G., Canicoba, M. E., Gonzalez, M. C., Barbosa Barbosa, J., Calvo Higuera, I. G., Baptista, G., Ferraresi, E. M., Pereira, F. J., Bermúdez, C., Contreras Luque, C. P., Muñoz Peláez, M. E. , Tihista, S., Villafana, H., Arenas Márquez, H., Cortés, L. Y., Larreagueti, R., Sánchez Corrales, P., Aguirre Marulanda, E., Fuchs Tarlovsky, V., Puentes Sanchez, M. ., T. D. Correia, M. I., & Cárdenas, D. (2022). Modelo de proceso de cuidado nutricional: consenso para Latinoamérica. *Revista De Nutrición Clínica Y Metabolismo*, 5(4), 38–50. <https://doi.org/10.35454/rncm.v5n4.433>

2.- Carbajal, Ángeles, Sierra, José Luis, López-Lora, Lorena, & Ruperto, Mar. (2020). Proceso de Atención Nutricional: elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 24(2), 172-186. Epub 11 de enero de 2021. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.24.2.961>

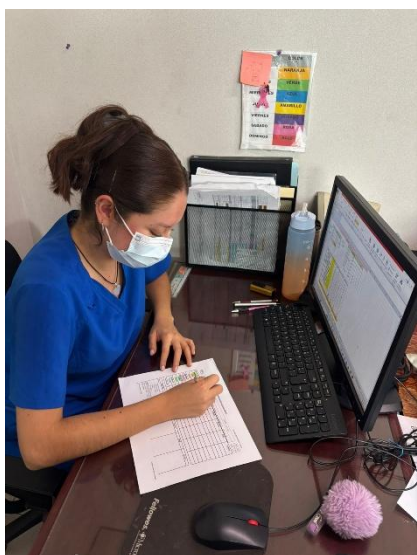
3.- Vázquez Callejas, A. (2020). Desnutrición hospitalaria en una institución privada de la Ciudad de México. Lo que hay después del tamizaje. *Revista De Nutrición Clínica Y Metabolismo*, 3(1), 59–65. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n1.024>

4.- OECD (2016), *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264265523-es>.

IX.- Anexos



Mediciones antropométricas en paciente aislado



Consultorio de consulta externa



Preparación de fórmulas enterales



Nutriciones parenterales



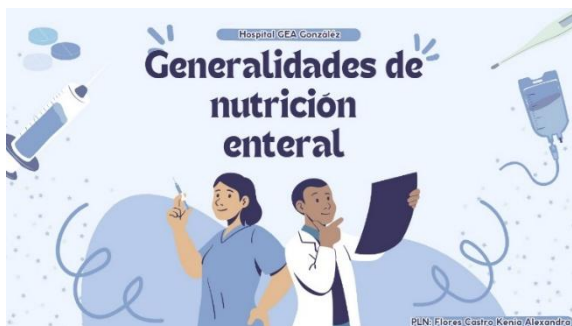
Hospital Dr. Manuel Gea González



Material para consulta externa



Constancia de "Expediente Clínico"



Tema de exposición "Generalidades de nutrición enteral"