



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

ESCUELA DE POSTGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

TESIS DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN GERENCIA HOSPITALARIA

PROYECTO:

“GESTIÓN DE LA NUTRICIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE
LA CIUDAD DE MACHALA: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE MEJORA”

AUTOR:

BESSY ELIZABETH FERNÁNDEZ SANTOS

DIRECTOR:

CARMEN ZULEMA HELGUERO ALCÍVAR

GUAYAQUIL – ECUADOR

MAYO - 2024

RECONOCIMIENTOS

A mi familia por el soporte que siempre me brindaron desde el comienzo hasta el final de esta maestría, al personal de salud del Hospital Teófilo Dávila por la ayuda prestada para la realización de este proyecto, al personal docente de la ESPAE por su incondicional ayuda en este camino.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por sus bendiciones, por las fuerzas que me dio cuando culminar esta carrera y realizar este trabajo se veía demasiado lejos, a mi familia quienes me alientan a seguirme formando para bien, a mi esposo e hija quienes han sido fortaleza en mis momentos de flaqueza.



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Escuela de Postgrado en Administración de Empresas

ACTA DE GRADUACIÓN No. ESPAE-POST-1341

APELLIDOS Y NOMBRES	FERNÁNDEZ SANTOS BESSY ELIZABETH
Nº DE CÉDULA	0704630599
PROGRAMA DE POSTGRADO	Maestría en Gerencia Hospitalaria
CÓDIGO CES	P02191
NIVEL DE FORMACIÓN	MAESTRÍA
TÍTULO A OTORGAR	Magíster en Gerencia Hospitalaria
TÍTULO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN	Gestión de la Nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala: Diagnóstico y propuesta de mejora.
FECHA DEL ACTA DE GRADO	27/9/2024
MODALIDAD ESTUDIOS	SEMIPRESENCIAL
LUGAR DONDE REALIZÓ SUS ESTUDIOS	GUAYAQUIL
PROMEDIO DE LA CALIFICACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN	(9,30) NUEVE PUNTOS CON TREINTA CENTÉSIMAS

En la ciudad de Guayaquil a los veintisiete días del mes de mayo del año dos mil veinticuatro a las 13:19:24 horas, con sujeción a lo contemplado en el Reglamento de Graduación de Postgrados de la ESPOL, se reúne el Tribunal de Sustentación conformado por: CARMEN ZULEMA HELGUERO ALCTVAR, Directora del proyecto de Graduación, y MARIA EUGENIA CASTILLO ORTIZ, Vocal; para calificar la presentación del trabajo final de graduación Gestión de la Nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala: Diagnóstico y propuesta de mejora, presentado por la estudiante FERNÁNDEZ SANTOS BESSY ELIZABETH.

La calificación obtenida en función del contenido y la sustentación del trabajo final de graduación es de: 9,30/10,00, NUEVE PUNTOS CON TREINTA CENTÉSIMAS sobre diez.

Para constancia de lo actuado, suscriben la presente acta los señores miembros del Tribunal de sustentación y la estudiante.


CARMEN ZULEMA HELGUERO ALCTVAR
Firma digitalizada por
 CARMEN ZULEMA HELGUERO ALCTVAR
 ALCTVAR
 Fecha: 2024.05.27 13:20:17 -0500

 CARMEN ZULEMA HELGUERO ALCTVAR
 DIRECTORA


Firma digitalizada por
 MARIA EUGENIA CASTILLO ORTIZ
 CASTILLO ORTIZ

 MARIA EUGENIA CASTILLO ORTIZ
 EVALUADOR / PRIMER VOCAL


Firma digitalizada por
 ALENIS FREDERICO
 FERRER CASTELLANO
 FERRER CASTELLANO

 ALENIS FREDERICO
 EVALUADOR / SEGUNDO VOCAL


Firma digitalizada por
 BESSY ELIZABETH
 FERNANDEZ SANTOS
 FERNANDEZ SANTOS BESSY ELIZABETH

 BESSY ELIZABETH
 ESTUDIANTE

Fecha: 27/9/2024 12:22:16 VERA VERA LUISA YOMARA

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS	II
AGRADECIMIENTOS	III
TABLA DE CONTENIDO	V
LISTA DE TABLAS	IX
LISTA DE FIGURAS	X
LISTA DE ABREVIATURAS	XI
RESUMEN EJECUTIVO	1
1. INDUSTRIA	2
1.1. Descripción General	6
1.1.1. Proceso de Atención Nutricional.....	6
1.1.2. Desnutrición Hospitalaria.....	9
1.1.3. Registro en Historia Clínica	12
1.2. Principales Productos o Servicios.....	15
1.3. Principales Actores	17
1.3.1. Productores.....	17
1.4. Resumen de la Industria	19
2. ANÁLISIS DEL SECTOR	20
2.1. Análisis Social (PESTLE)	20
2.2. Análisis Foda	22
2.3. Análisis Industrial Competitivo y Colaborativo	24
3. ANÁLISIS ORGANIZACIONAL	25
3.1. Descripción de la Empresa	25
3.2. Análisis del Propósito de la Empresa	25

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

3.2.1.	Misión.....	25
3.2.2.	Visión	25
3.2.3.	Objetivos Institucionales	26
3.3.	Modelo de Negocio de la Empresa.....	26
3.3.1.	Segmento de Mercado	26
3.3.2.	Propuesta de Valor	26
3.3.3.	Relación con Clientes.....	27
3.3.4.	Actividades Clave	27
3.3.5.	Fuentes de Ingreso.....	27
3.3.6.	Socios Clave.....	27
3.3.7.	Canales	27
3.3.8.	Recursos Clave.....	27
3.3.9.	Estructura de costos.....	28
3.4.	Evaluación del Modelo de Negocio.....	30
3.4.1.	Evaluación de Capacidades Organizacionales	30
3.4.2.	Evaluación de Recursos Organizacionales.....	30
3.5.	Fortalezas y Debilidades de la Empresa	32
3.5.1.	Fortalezas	32
3.5.2.	Debilidades.....	32
4.	PROPUESTA DE INNOVACIÓN Y ALTERNATIVAS.....	32
4.1.	Descripción del Problema.....	32
4.2.	Alternativa de Resolución del Problema	39
4.3.	Análisis de Alternativas.....	41
4.3.1.	Procesos.....	41
4.3.2.	Recurso Humano	42

4.3.3.	Terapia Nutricional	42
4.3.4.	Multidisciplinariedad	42
4.4.	Selección de Alternativa.....	43
4.5.	Alineamiento a la Propuesta Estratégica	47
5.	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	48
5.1.	Descripción del Alcance	48
5.2.	Descripción de la Sostenibilidad del Proyecto	48
5.3.	Identificación de Recursos del Proyecto	49
5.4.	Cronograma del Proyecto	49
5.5.	Presupuesto del Proyecto.....	52
6.	IMPACTO DEL PROYECTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INNOVACIÓN	
	54	
6.1.	Impacto del Proyecto a la Cultura de Innovación.....	54
6.2.	Impacto del Proyecto a la Estructura Organizacional	55
6.3.	Impacto del Proyecto a Procesos de Innovación	55
6.4.	Impacto del Proyecto a la Toma de Decisiones, Estrategias y Metas	56
6.5.	Escalabilidad del Proyecto.....	57
7.	CONCLUSIONES.....	59
8.	RECOMENDACIONES.....	60
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	61
10.	ANEXOS	63
10.1.	Proceso de Atención Nutricional	63
10.2.	Formularios de Ministerio de Salud Pública.....	64
10.3.	Países con Proceso de Atención Nutricional Implementado o en Proceso de Implementación.....	65

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

10.4.	Recursos Humanos Hospital Teófilo Dávila.....	66
10.5.	Ejecución Presupuestaria por Años y Tipo de Gasto del MSP	67
10.6.	Evolución del Presupuesto Devengado por Grupo de Gasto	68
10.7.	Ejecución Presupuestaria del HTD	69
10.8.	Formato de Entrevista	70
10.9.	Formato de Tamizaje Nutricional	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Efectos de la Desnutrición Hospitalaria.....	11
Tabla 2: Uso de Formularios en Proceso de Atención Nutricional.....	15
Tabla 3: Especialidades del Hospital General Teófilo Dávila	15
Tabla 4: Cartera de Servicios del Hospital General Teófilo Dávila.....	16
Tabla 5: Análisis Social (PESTLE).....	20
Tabla 6: FODA de la Gestión de la Nutrición.....	22
Tabla 7: FODA Cruzado de la Gestión de la Nutrición	23
Tabla 8: Recolección de Datos de Historias Clínicas	33
Tabla 9: Semanas de Intervención para Proyecto	52
Tabla 10: Presupuesto de Inversión	53
Tabla 11: Impacto en la Cultura de Innovación	54
Tabla 12: Impacto en la Estructura Organizacional	55
Tabla 13: Impacto en Procesos de Innovación.....	56
Tabla 14: Impacto en la Toma de Decisiones, Estrategias y Metas.....	57
Tabla 15: Escalabilidad del Proyecto	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Proceso de Atención Nutricional	7
Figura 2 Herramientas para Cribado Nutricional	8
Figura 3 Estado de la Desnutrición Hospitalaria.....	10
Figura 4 El Uso de Formularios en Consulta Externa.....	13
Figura 5 El Uso de Formularios en Hospitalización y Observación	14
Figura 6 El Uso de Formularios en Emergencia	14
Figura 7 Producción Hospitalaria.....	18
Figura 8 Ejes Estratégicos de Salud	24
Figura 9 Modelo Canvas de Hospital Teófilo Dávila	29
Figura 10 Recursos Humanos Hospital Teófilo Dávila	31
Figura 11 Resultados de Indicadores Hospital Teófilo Dávila 2019	31
Figura 12 Prescripción Dietética	34
Figura 13 Resultados de la encuesta Pregunta 2	36
Figura 14 Resultados de la encuesta Pregunta 3	36
Figura 15 Resultados de la encuesta Pregunta 5	37
Figura 16 Resultados de la encuesta Pregunta 7	37
Figura 17 Problemática	40
Figura 18 NRS 2002.....	44
Figura 19 Propuesta de Departamento de Nutrición	46
Figura 20 Cronograma	51

LISTA DE ABREVIATURAS

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

ELAN: Encuesta Latinoamericana de Nutrición

FELANPE: Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo

HTD: Hospital Teófilo Dávila

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

IMC: Índice de Masa Corporal

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía

MAIS: Manual Modelo de Atención Integral de Salud

MNA: Mini Nutritional Assessment

MNA SF: Mini Nutritional Assessment Short Form

MSP: Ministerio de Salud Pública

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool

NPO: Nada por Vía Oral

NRS – 2002: Nutritional Risk Screening 2002

NUTRIC SCORE: Nutritional Risk in Critically Ill

PES: Problema, Etiología, Signos y Síntomas

PIB: Producto Interno Bruto

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

RPIS: Red Pública Integral de Salud

SSC: Seguro Social Campesino

SNS: Sistema Nacional de Salud

VGS: Valoración Global Subjetiva

RESUMEN EJECUTIVO

El presente proyecto tiene como finalidad principal el diagnóstico de la gestión de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, recabando datos sobre cómo se lleva el proceso de atención nutricional en las áreas de Clínica, Ginecología, Traumatología y servicio ambulatorio de Hemodiálisis de esta casa de salud. Para llevar a cabo este trabajo se recopiló información relevante para la intervención nutricional de una muestra de 100 historias clínicas de las diferentes áreas mencionadas, y se realizó entrevistas con profesionales de salud que laboran en esta institución para determinar la principal problemática y generar posibles soluciones ante estas. Se procedió a realizar el análisis de los datos obtenidos con los que se pudo determinar que los problemas principales radican en la falta de personal para el área de nutrición, que generan sobrecarga laboral para el personal asistencial; falencias en la ejecución del proceso de atención nutricional desde la recopilación y registro de información de los pacientes hospitalizados y ambulatorios; y la falta protocolos de estandarización que sirvan de guía para mejorar la intervención nutricional. Se aplicó el método de lluvia de ideas para generar propuestas que resuelvan estas problemáticas y se encuentren alineadas a las estrategias institucionales. Finalmente se propuso ideas de mejora a corto, mediano y largo plazo para la mejora de este proceso.

Palabras claves: Mejora Continua, Gestión de la Nutrición, Proceso de Atención Nutricional, Protocolo Nutricional del Paciente Hospitalizado.

1. INDUSTRIA

El Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ecuador, se encuentra regulado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) quien se responsabiliza de controlar todas las actividades relacionadas a la salud, así como también el correcto funcionamiento de todos los establecimientos tanto del sector público como del sector privado de esta área.

La segmentación por la cual se caracteriza el SNS organiza al sector público y privado, siendo el sector público las personas no aseguradas atendidas por los servicios de salud de las municipalidades; las personas atendidas por instituciones de Seguridad Social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), donde incluye al Seguro Social Campesino (SSC), al Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL); y las aseguradoras privadas (Grassi, 2019).

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) se compone por los establecimientos de salud tanto del sector público (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, SSC) como del sector privado y busca: “garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en una red pública y con atenciones de calidad, eficiencia y sin costo para el usuario” (art.362 de la Constitución).

El MSP cuenta con el abastecimiento más amplio de servicios del país cubriendo cerca del 51% de la población con aproximadamente 1900 establecimientos de salud en 2010, sumados a 75 de los establecimientos municipales; el IESS abarca cerca del 20% de la población con más de 900 establecimientos por la misma fecha; y las instituciones ISSFA e ISSPOL más del 5% de la población con seguros públicos con un conjunto de 109 establecimientos. A pesar de esto, cerca del 30% de la población aún se encuentra fuera del acceso a los servicios de salud, entrando aquí la población de zonas rurales e indígenas en su mayoría (Rivas, 2017).

La Declaración de Cartagena es la Declaración Internacional sobre el derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición de la cual varios países de Latinoamérica incluyendo: Ecuador, Chile, Brasil, Cuba son promotores por pertenecer a la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo,

FELANPE; en esta se promulga el Derecho Humano al cuidado nutricional independiente del nivel de atención a través de 13 principios:

1. La alimentación en condiciones de dignidad de la persona enferma
2. El cuidado Nutricional es un proceso
3. El empoderamiento de los pacientes como acción necesaria para mejorar el cuidado nutricional
4. El enfoque interdisciplinario del cuidado nutricional
5. Principios y valores éticos en el cuidado nutricional
6. La integración de la atención en salud basada en el valor (aspectos económicos)
7. La investigación en nutrición clínica es un pilar para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la malnutrición
8. La educación en nutrición es un eje fundamental para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha contra la mal nutrición
9. Fortalecimiento de las redes de nutrición clínica
10. Creación de una cultura institucional que valore el cuidado nutricional
11. Justicia y equidad en el cuidado nutricional
12. Principios éticos, deontológicos, y de transparencia de la industria farmacéutica nutricional
13. Llamado a la acción internacional

A nivel nacional la Ley Orgánica de Salud es quien regula las acciones que garanticen el derecho a la salud que dictamina:

Capitulo I. Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

En el Libro I, su Capítulo II sobre Alimentación y Nutrición

Art. 16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios.

Art. 18.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, de conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente Ley.

Mientras que en el Capítulo II de la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades:

Art. 19. Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilar el cumplimiento de las mismas

El Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018 – 2025 se crea en el 2018, bajo la justificación de cómo los costos más notables de la desnutrición se dan por la pérdida de productividad por muerte prematura y a la disminución de los años de escolarización, mientras que los costos de sobrepeso y obesidad se relacionan con los gastos sanitarios que atraen las enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 y la hipertensión. Es por esto que la repercusión económica que alcanzó la malnutrición en el 2014 es del 4,3% del PIB, equivalente a 4.300 millones de dólares al año.

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

El objetivo del Plan Intersectorial es *“Alcanzar una adecuada nutrición y desarrollo de la población ecuatoriana durante todo el curso de vida, brindando atención integral y, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, ciudadanía y sector privado; en el marco de intervenciones intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud.”*

En el Manual Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), se define salud no solo a través del concepto dado por la Organización Mundial de la Salud que indica es el estado completo de bienestar tanto físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solo la ausencia de enfermedades, sino también incluye que estén cubiertas las necesidades fundamentales tanto afectivas, emocionales y nutricionales.

Dentro de las Prioridades y estrategias nacionales del manual modelo de atención se encuentra la estrategia Nutrición Acción – Desnutrición 0, misma que busca que la población tenga un buen estado nutricional, haciendo énfasis en evitar los extremos en carencias o excesos nutricionales, es decir, desnutrición, sobrepeso u obesidad, incluyendo en esta estrategia a grupos como niños y mujeres gestantes. En este refiere que las intervenciones en salud dirigidas serán:

1. Prevención y Recuperación Nutricional
2. Consejería y Educación Nutricional y Alimentaria
3. Fomento de la Lactancia Materna

También se indica que el equipo integral de salud de acuerdo al MAIS debe estar conformado por profesionales de salud capacitados y que aporten de acuerdo a su formación a las necesidades o actividades planificadas por casa unidad de salud de acuerdo a su tipología y su realidad territorial (Pública, 2012).

1.1.DESCRIPCIÓN GENERAL

La gestión en salud organiza y dirige las actividades a planificar para optimización de recursos tanto materiales como intangibles en cualquier centro hospitalario que se encuentre dentro del Sistema Nacional de Salud; desarrolla esas actividades en el marco legal al que se acoja y verifica que los resultados obtenidos cumplan con las metas propuestas para un servicio óptimo; así mismo busca optimizar continuamente estos procesos y de ser necesario incorporar cambios que generen escalones de mejora y entreguen servicios de calidad (Salud, 2018).

La gestión de la nutrición no es más que este mismo proceso de gestión en salud, aplicado a la especialidad de la nutrición del centro hospitalario; incluyendo en este la primera evaluación o evaluación de ingreso, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes atendidos, cumpliendo con los procesos y normativas vigentes, y de esa misma manera también participar de la intervención multidisciplinaria que requiere cada paciente.

Para la gestión de la nutrición clínica u hospitalaria se deben tomar en cuenta los recursos materiales propicios para la atención nutricional que sean asignados en cada área de hospitalización en la que se encuentra el paciente, entre estas la principal y de mayor relevancia se encuentran la balanza y tallímetro, herramientas que son parte del inventario hospitalario de manera regular; y para los recursos humanos (dietistas – nutricionistas, médicos nutriólogos, enfermeras especializadas en nutrición) aquí se suma el diseño o planificación de procesos asistenciales o, así mismo, su intervención en el proceso que se maneja.

1.1.1. Proceso de Atención Nutricional

La Academia de Nutrición y Dietistas desde el año 2003 mantiene el uso del denominado Proceso de Atención Nutricional (Carvajal & Sierra, 2020); mismo que se encuentra dividido en las diferentes fases de intervención que debe realizar el profesional de salud, en la siguiente imagen se puede observar de manera general el ciclo que el mismo debe cumplir para la realización de una intervención óptima:

Figura 1 Proceso de Atención Nutricional



Fuente: Ángeles Carbajal, 2020.

Elaborado: Autora

Dentro del primer paso para el Proceso de Atención Nutricional se encuentra la Valoración Nutricional, donde se recopila toda la información pertinente necesaria acerca de la Historia Clínica, Historial Dietético (hábitos alimenticios), valoración antropométrica que incluirá toma de peso, talla, y en caso de ser necesario la toma de pliegues o circunferencias; y la información de los paraclínicos relacionados a la nutrición que sean de mayor importancia para la intervención.

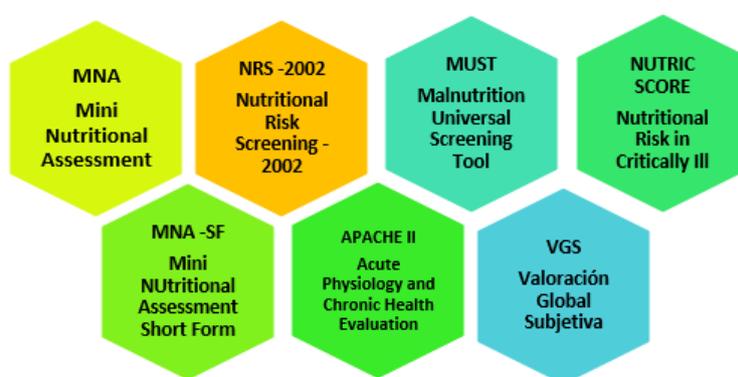
Es importante que este primer paso sea realizado dentro de los primeros días de estancia hospitalaria del paciente, puesto que de esta manera se podrá detectar de manera oportuna casos que requieran soporte nutricional o intervención precoz; esto último se puede realizar con herramientas nutricionales de recopilación de información estandarizadas y de fácil uso que sugieren la toma de datos clave que proporcionen el riesgo de presentar desnutrición de cada paciente evaluado.

Entre las principales se encuentran:

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

- MNA: Mini Nutritional Assessment
- MNA SF: Mini Nutritional Assessment Short Form
- NRS – 2002: Nutritional Risk Screening 2002
- APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
- MUST: Malnutrition Universal Screening Tool
- VGS: Valoración Global Subjetiva
- NUTRIC SCORE: Nutritional Risk in Critically Ill

Figura 2 Herramientas para Cribado Nutricional



Fuente: Fundación SENPE, 2021. Métodos de Cribado.

Elaborado: Autora

Continuando con el proceso, una vez recopilada la información se puede obtener el diagnóstico nutricional del paciente, este será redactado con el formato PES que significa el Problema, la Etiología, los Signos y Síntomas, vinculando el problema con la etiología usando las palabras “relacionado con” y la etiología con los signos y síntomas usando las palabras “evidenciado por”; de esta manera el diagnóstico nutricional abarcaría todos los aspectos mencionados y se mostraría como algo parecido a este diagnóstico: Deficiente aporte de energía y proteínas, relacionado con ayuno prolongado evidenciado por pérdida de peso involuntaria significativa y disminución de proteínas y albúmina sérica.

Una vez que se especifica el diagnóstico nutricional se puede realizar la intervención nutricional que abarcará todas las conductas profesionales propuestas para

mitigar, reducir o eliminar el problema nutricional o su causa. Para la terapia nutricional, el profesional de salud, debe tener en cuenta no sólo toda la información proporcionada previamente sino la que mejor se ajuste a las necesidades específicas del paciente, ya sean estas el uso de fórmulas artificiales para Terapia Nutricional Total, Soporte Nutricional, Dietoterapia, Educación Nutricional, entre otras.

Es necesario en este punto recalcar que cualquier estrategia utilizada deberá contar con evidencia científica que la respalde, esto combinado con el juicio profesional y la experiencia del profesional de salud.

Y, por último, en el seguimiento se valora la evolución del paciente, así como el cumplimiento de la terapia nutricional oral o parenteral, en este punto se reevalúa el estado nutricional del paciente en comparación con la valoración inicial para realizar un comparativo que puedan indicar cambios ya sean a nivel antropométrico, dietético o bioquímico. Debido a que diversos factores pueden implicar el fallo a la terapia nutricional esta instancia es importante, ya sea para revertir el problema nutricional o para prevenir complicaciones a futuro.

De acuerdo a Tomás Martín la Nutrición Hospitalaria es “mejorar el estado de salud de la población del área sanitaria que atiende, previniendo y tratando los problemas nutricionales, en colaboración con los profesionales de la salud dentro del hospital, atención primaria y centros sociosanitarios” (Folgueras, 2015) y bajo este mismo argumento, implica que el equipo nutricional trabaje multidisciplinariamente con el único fin de precautelar, atender y monitorear el estado nutricional de los pacientes, por lo que sus actividades no son unidireccionales.

1.1.2. Desnutrición Hospitalaria

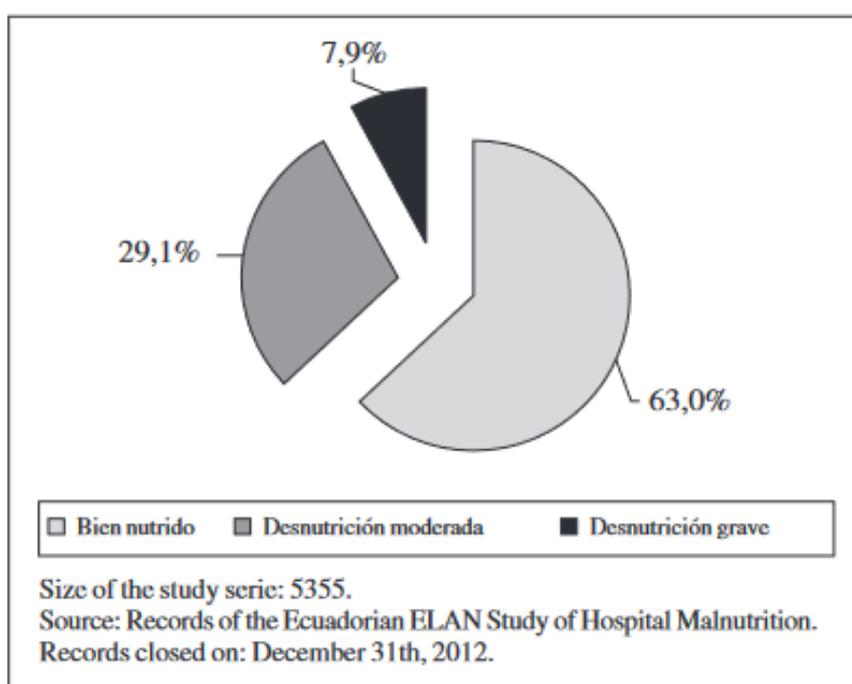
En el contexto de paciente hospitalizado o enfermo se le conoce a la desnutrición como desnutrición relacionada a la enfermedad, ya que como su nombre lo indica, tiene su porvenir en la enfermedad base del paciente y su estancia hospitalaria; generando que este desarrollo puede provocar déficit de nutrientes y en consecuencia cambios en la composición corporal, específicamente hablando la pérdida de masa libre de grasa.

Puesto que existe un mutuo condicionante entre enfermedad y desnutrición, por cuanto la presencia de enfermedad predispone al desarrollo de desnutrición y así mismo

la presencia de desnutrición influye en la adecuada evolución clínica de la enfermedad; la intervención para prevención de desnutrición relacionada a la enfermedad en el ámbito hospitalario se lleva a cabo para prevenir condicionantes que generen mayor morbilidad por aumento de las complicaciones infecciosas, prolongación de la estancia hospitalaria, mayor mortalidad y mayores costos en salud asociados.

En Ecuador, mediante el Estudio Ecuatoriano ELAN (Encuesta Latinoamericana de Nutrición) de nutrición hospitalaria realizada en el 2014 donde participaron 36 hospitales públicos de 22 de las provincias del país, se pudo determinar la frecuencia de desnutrición hospitalaria prevalente en los mismos, cuyo porcentaje fue 37.1% de la muestra total, de los cuales el 29.7% se encontraban moderadamente desnutridos y el 7.9% estaban gravemente desnutridos.

Figura 3 Estado de la Desnutrición Hospitalaria



Fuente: Gallegos, Nicolalde. Estado de la desnutrición en los Hospitales del Ecuador, 2014.

La desnutrición puede clasificarse de la siguiente manera: Desnutrición Crónica que se caracteriza por la reducción de los depósitos de grasa, generalmente de fácil diagnóstico ya que suele ser el estado secundario a enfermedades crónicas y se puede apreciar la pérdida muscular adicional a la pérdida de grasa mediante el examen físico; generalmente suele tener buena respuesta a la terapia nutricional aplicada.

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Desnutrición Aguda: Se caracteriza por la disminución de proteínas que se pueden dar en eventos catabólicos como traumas o infecciones; a diferencia de la Desnutrición crónica, no es tan sencilla de diagnosticar puesto que la presencia de edemas o ascitis podría dar una falsa impresión si solo se maneja el uso de medidas antropométricas como peso actual.

Desnutrición Mixta: Es la consecuencia de un paciente en desnutrición crónica que se enfrenta a un estrés agudo, como traumas o intervenciones quirúrgicas que requieran ayuno prolongado; al ser la combinación de pérdida muscular y grasa en un estado hipermetabólico representa una situación grave que debe ser manejada a la brevedad posible para disminuir el riesgo de complicaciones.

De acuerdo con la clasificación propuesta por Ricardo Monti, la desnutrición hospitalaria acarrea efectos primarios y secundarios.

Tabla 1 Efectos de la Desnutrición Hospitalaria

Efectos Primarios	Mayor riesgo de infecciones Retraso en la curación de heridas Mayor separación postoperatoria de incisión Hipoproteinemia Menor motilidad intestinal Debilidad Muscular
Efectos Secundarios	Mayor morbimortalidad Mayor tiempo de internación Mayores costos Peor calidad de vida

Fuente: Ricardo Monti, 2008

Elaborado: Autora

De acuerdo al estudio de desnutrición intrahospitalaria: ELAN-ECUADOR ejecutado en el año 2011, en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala que fue

realizado a través de la aplicación de la encuesta Nutricional Hospitalaria y la Evaluación Global Subjetiva, se pudo determinar que la prevalencia de desnutrición intrahospitalaria en esta institución pertenecía al 40.7%, de estos el 4.7% correspondiente a desnutridos graves; el 53% de los casos correspondían al área hospitalaria de cirugía y de la muestra tomada para este estudio el 50.7% de los pacientes fueron atendidos por enfermedades digestivas.

En esta misma muestra se encontró que el 58.7% de las historias clínicas no reflejaban el registro de diagnóstico nutricional y se encontró que solo el 4% de los pacientes que presentaban desnutrición recibió suplementación adicional a la dieta prescrita (Cun, 2011).

El paciente con desnutrición per se, o en otra instancia el paciente con desnutrición relacionada a la enfermedad (independiente del tipo), no solo genera consecuencias negativas en la estructura, funciones o sistemas de su organismo, sino también crea consecuencias negativas en cuanto a costos y estancias hospitalarias debido a las complicaciones y por ende morbilidad asociada que conlleva, puesto que el tiempo de estancia de estos pacientes se prolonga 5 – 7 días en comparación a los pacientes bien nutridos (Monti, 2008).

En cuanto a costos, un estudio realizado en el Hospital San Vicente de Colombia, probó que la mediana en el costo por paciente fue de US\$ 3.950 en aquellos tuvieron una intervención nutricional temprana, mientras que por la atención de rutina el costo acercaba los US\$ 5.301; concluyendo que la intervención nutricional oportuna en pacientes hospitalizados con riesgo de desarrollar desnutrición hospitalaria o desnutrición por enfermedad, disminuye los costos por estancia hospitalaria prolongada, desarrollo de complicaciones y optimización del estado nutricional (Montoya, 2022).

1.1.3. Registro en Historia Clínica

La normativa vigente de documentación en Historias Clínicas “Manual de Uso de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única” del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, señala el uso de formularios que recopilan la información del paciente necesarias a registrar en todos los procesos.

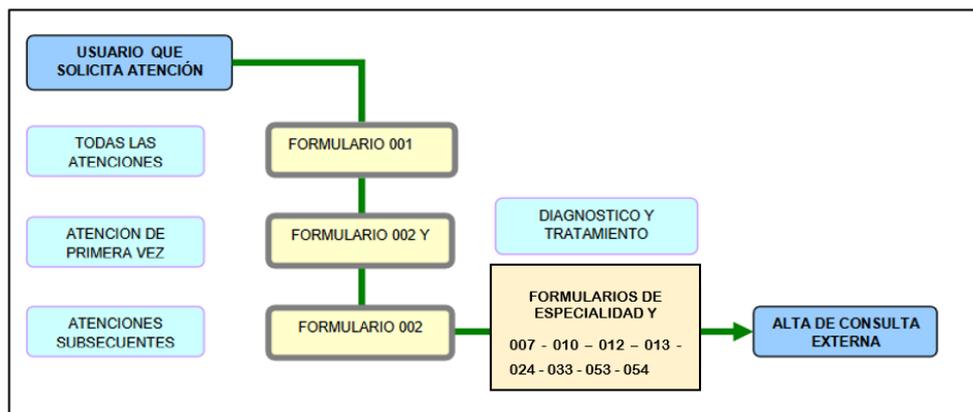
“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Iniciando en la admisión del paciente con un formulario hasta el egreso o alta hospitalaria, la Historia Clínica del paciente que se atiende en cualquier centro de salud perteneciente al Sistema Nacional de Salud. Bajo esta normativa, se indica el uso de 20 registros o formularios dependiendo del servicio o los usuarios.

La secuencia del uso de estos formularios se realizará de acuerdo al servicio que reciba el paciente.

En el proceso de “Consulta Externa” se hace uso, en primera instancia de los Formularios 001, cuando se realiza atención de “primera vez” son los Formularios 002 y de Especialidad, para atenciones “subsecuentes” se hace uso del Formulario 002; luego, para el “Diagnóstico y Tratamiento” los Formularios de Especialidad y 007, 010, 012, 013, 024, 033, 053, 054, 055 y Anexo 1.

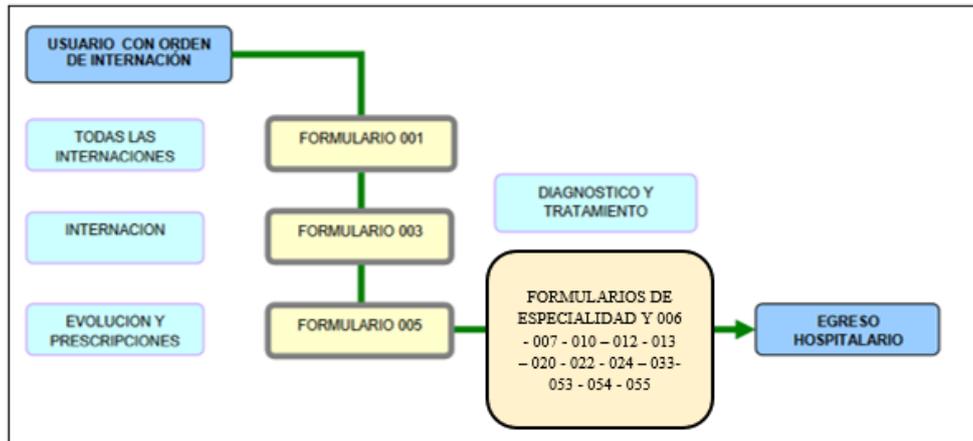
Figura 4 El Uso de Formularios en Consulta Externa



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009.

En el proceso de “Hospitalización y Observación” se hace uso para todas las internaciones del Formulario 001, para “internaciones” se usa el Formulario 003, para la “evolución y prescripciones” se hace uso del Formulario 005; y para el “Diagnóstico y tratamiento” los formularios de especialidad y los 006, 007, 010, 012, 013, 020, 022, 024, 033, 053, 054, 055.

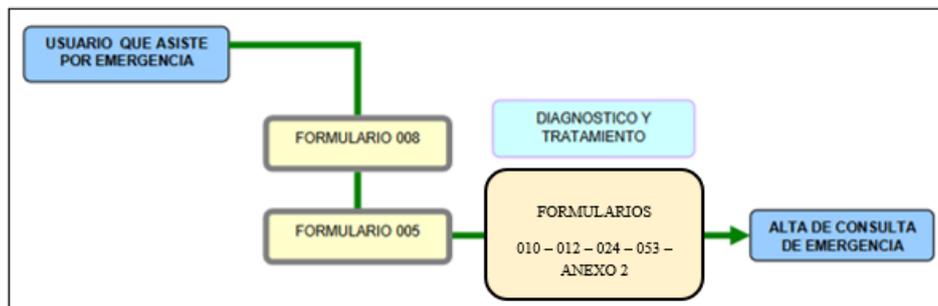
Figura 5 El Uso de Formularios en Hospitalización y Observación



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009.

Para “Emergencias” se hace uso de Formularios 008, 005; para Diagnóstico y Tratamiento los Formularios 010, 012, 024, 053 y Anexo 2.

Figura 6 El Uso de Formularios en Emergencia



Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009.

Para el Proceso de Atención Nutricional, en el registro de Historias Clínicas se ve que en cada proceso ya sea Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia se encuentra un formulario que registra uno o más datos relevantes para la valoración inicial nutricional como lo son el peso y talla.

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Tabla 2: Uso de Formularios en Proceso de Atención Nutricional

CONSULTA EXTERNA	Formulario 002	-Signos y Antropometría: Peso y Talla
HOSPITALIZACION Y OBSERVACION	Formulario 003	- Antecedentes Personales de Dieta y Hábitos. -Mediciones de Peso y Talla
	Formulario 020	-Medición: Peso, Dieta Administrada, Número de comidas
EMERGENCIAS	Formulario 008	-Mediciones de Peso y Talla

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2019

Elaborado: Autora

1.2.PRINCIPALES PRODUCTOS O SERVICIOS

El Hospital General Teófilo Dávila (HTD) de la ciudad de Machala dota de 220 camas distribuidas en las especialidades de Medicina General, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Traumatología, Terapia Intensiva y Neonatología y Emergencia (MSP, 2019).

Tabla 3: Especialidades del Hospital General Teófilo Dávila

Emergencia y Observación: 31	Medicina Interna: 40	Cirugía General: 25	Ginecología y Obstetricia: 50
Pediatría: 34	Traumatología: 19	Terapia Intensiva: 5	Neonatología: 16

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2019

Elaborado: Autora

Cuenta con una cartera de servicios tanto en Consulta Externa, Hospitalización, Servicio de Emergencia, Cirugía General, Odontología, Fisiatría, Cuidados Intensivos / Intermedios, Servicio de Diagnóstico Complementario, Hemodiálisis.

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Tabla 4: Cartera de Servicios del Hospital General Teófilo Dávila

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	SERVICIO DE EMERGENCIA	ODONTOLOGÍA	FISIATRÍA
Medicina Interna	Triaje Adulto: 2	Profilaxis	Terapia Física
Cardiología	Consultorio Gineco – Obstetricia: 1	Obturación	Terapia Respiratoria
Gineco Obstetricia	Box Atención Adulto: 3	Exodoncia	Terapia de Lenguaje
Pediatría	Box Atención Pediátrico: 2	Endodoncia	Estimulación Temprana
Gastroenterología	Observación adulto	Restauración	
Diabetología	Observación Pediátrica	Cirugías	
Otorrinolaringología	Unidad de Coque: 4	SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMEDIOS/OTROS	
Oftalmología	CIRUGÍA GENERAL	Cuidados Intensivos	
Psiquiatría	Cirugía General	Cuidados Intensivos (Neonatal)	
Psicología	Neurocirugía	Sala de Partos	
Dermatología	Cirugía laparoscópica	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN	
Neumología	Otorrinolaringología	Clínica	
Neurología	Cirugía Máxilo facial	Cirugía	
Traumatología y Ortopedia	Cirugía Pediátrica	Pediatria	
Anestesiología	Cirugía Vasculat	Ginecología	
Cirugía Plástica y Reconstructiva	Oftalmología	Unidad de Quemados	
Nefrología	Cirugía Ginecológica	Traumatología	
Urología		SERVICIO DE DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIO	
Cirugía Vasculat		Laboratorio	Imagenología
OTROS SERVICIOS			
Administrativo	Equipo de Soporte de Salud de la Unidad Operativa	Farmacia	Ambulancia
Maquinas (Hemodiálisis)			

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2019

Elaborado: Autora

1.3.PRINCIPALES ACTORES

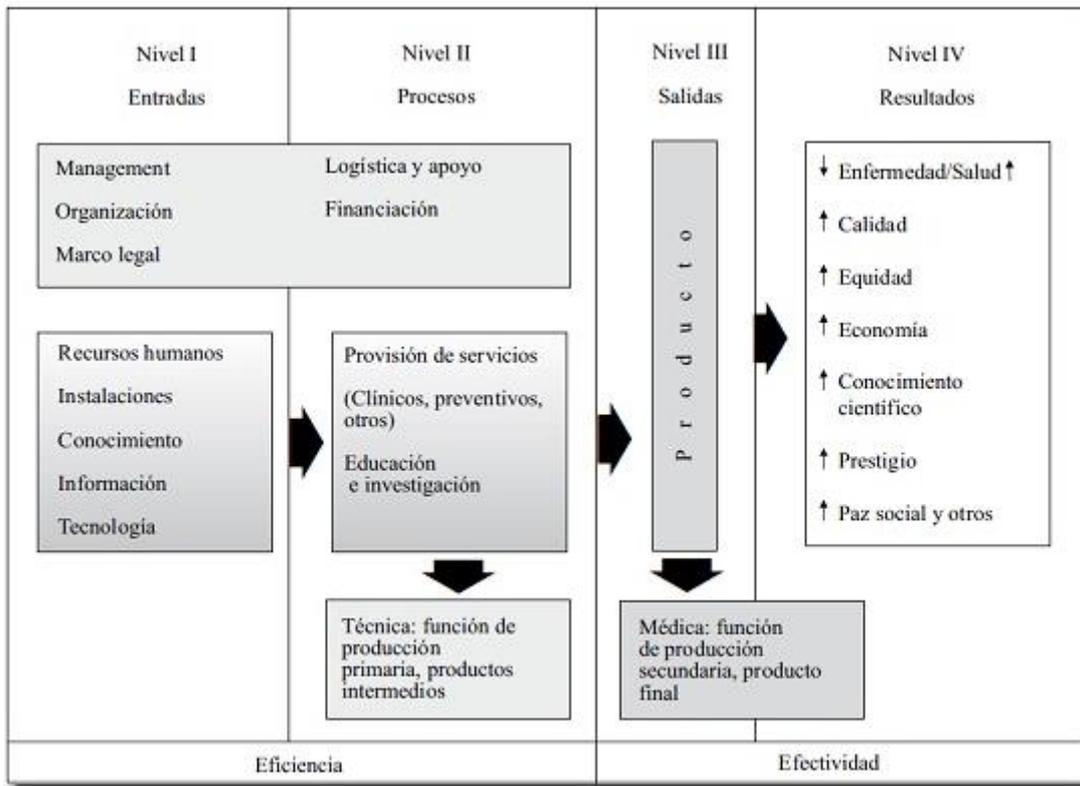
De acuerdo con el MAIS se definen actores sociales a *“los sujetos individuales o colectivos que, desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción de un proceso (...). La conformación de los actores sociales puede ser individual o colectiva. Actor individual es un sujeto que tiene intereses en el área de salud y que ocupa una posición que lo coloca en una situación importante, que tiene peso e influencia en la comunidad. Actor colectivo es una agrupación de sujetos sociales, una organización, institución, etc. que se estructura y representa con actores sociales”*.

1.3.1. Productores

De acuerdo con lo descrito por Cortes-Martínez, los hospitales proveen servicios de salud mediante factores de producción tales como recurso humano, infraestructura, tecnologías que transforman la materia prima en servicios que luego serán usados por los pacientes, quienes inician un proceso productivo al hacer el primer uso de los servicios que finaliza con el alta hospitalaria, teniendo en medio de este proceso diferentes niveles que los categoriza de la siguiente manera:

- Nivel 1: La estructura, en donde están los recursos de entrada que actuarán posiblemente sobre el paciente, aquí se organizan los recursos humanos, infraestructura, tecnologías, equipamiento e insumos
- Nivel 2: Uso de recursos, donde están los procesos productivos intermedios, es decir, las entradas a las que son sometidos los pacientes luego de un diagnóstico o ejecución terapéutica.
- Nivel 3: Procesos, estos son a partir de la función de producción secundaria, que finaliza cuando se da el alta hospitalaria y se genera el producto final.
- Nivel 4: Resultados, donde se resume la producción en su conjunto (Cortés-Martínez, 2010).

Figura 7 Producción Hospitalaria



Fuente: Ariel Emilio Cortés-Martínez, 2010

1.4.RESUMEN DE LA INDUSTRIA

El Ministerio de Salud Pública regula todos los establecimientos que componen la Red Pública Integral de Salud tanto del sector privado como del sector público donde se incluye al Hospital Teófilo Dávila como un hospital de segundo nivel de atención y 4to nivel de complejidad. Este Hospital atiende en consulta externa a cerca de 70 mil habitantes de toda la provincia de El Oro, principalmente de la ciudad de Machala.

La desnutrición hospitalaria está presente en cerca del 37% de acuerdo con un estudio realizado en varios hospitales del Ecuador, lo que incrementa los gastos de hospitalización y medicación de acuerdo a los estudios realizados por Torres B, donde comprobaron como en los pacientes diagnosticados con desnutrición en su ingreso se observaba un sobre costo del 57%, así como en los pacientes con deterioro del estado nutricional un sobre costo de 145% (Torres B, 2018).

Esto reflejado por la constante variabilidad e inestabilidad que presenta el campo salud en el país, ya que de acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo el Ecuador se encuentra en el puesto 54 de 71 con respecto a los países más ineficientes en el campo de la salud (Freire, 2021).

Según INEC desde el año 2000 hasta el 2020 los establecimientos de salud del sector público aumentaron en 9,44%, mientras que los establecimientos privados con fines de lucro en 20 años aumentaron un 38,16% y los establecimientos de salud privados sin fines de lucro 14,95% en el mismo periodo de tiempo. Así se evidencia que el crecimiento del sistema de salud en el sector público ha sido variable teniendo años de crecimiento para luego decrecer, denotando su inconsistencia; mientras que, el sistema de salud privado ha tenido un crecimiento constante en el tiempo (INEC I. d., 2022).

En el 2020, se registró un total de 0.9% de consultas atendidas por mortalidad en el sector privado sin fines de lucro, adicional a un 2.2% del sector privado con fines de lucro; y en el sector público 16.5 millones de consultas preventivas fueron realizadas que representa un porcentaje de 16.5%, teniendo un total de 19.7 % fueron las consultas atendidas por el a nivel nacional; denotando la importancia de estabilizar el servicio de salud propuesto por el sector público (INEC I. d., 2022).

2. ANÁLISIS DEL SECTOR

2.1. ANÁLISIS SOCIAL (PESTLE)

Tabla 5: Análisis Social (PESTLE)

PESTLE	VARIABLES	O/A	Calif.
			1/5
POLÍTICO	Normas Regulatorias del MSP	Oportunidad	4
	Inestabilidad Política	Amenaza	3
	Abuso de poder para beneficio propio (corrupción)	Amenaza	3
ECONÓMICO	Crisis económicas en el sector salud	Amenaza	5
	Deuda ascendiente en el sector salud	Amenaza	5
	Presupuesto asignado anual	Oportunidad	3
	Disminución de plazas profesionales	Amenaza	3
	Gasto presupuestario	Oportunidad	2
	Costos de Insumos Médicos	Amenaza	4
	Servicio Dietético Intrahospitalario	Amenaza	3
SOCIAL	Grado de Compromiso de los Actores	Amenaza	4
	Hábitos y Costumbres de Trabajo	Amenaza	4
	Necesidades Nutricionales de la Población	Amenaza	3
	Preferencias Dietéticas de la Población	Amenaza	2
	Búsqueda de mejora Continua de la Institución	Oportunidad	5
TECNOLÓGICO	Implementación de telemedicina	Oportunidad	3
	Uso de datos digitales	Oportunidad	3
	Tecnología para procesos formativos	Oportunidad	3
LEGAL	La Declaración de Cartagena	Oportunidad	4
	Ley Orgánica de salud	Oportunidad	4
	Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador 2018 – 2025	Oportunidad	4
ECOLÓGICO	Biocapacidad	Amenaza	4
	Gestión de Residuos	Amenaza	4
	Sostenibilidad Alimentación	Amenaza	3

Elaborado: Autora

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

En el aspecto político del sector se observa como una de las variables más relevantes a las Normas Regulatorias del MSP, dado que estas son las que rigen la ejecución de los procesos de todas las instituciones de salud; otro aspecto primordial al que debe enfocarse es la inestabilidad política por la que cursa el país que genera cambios en las regulaciones y sobre todo el abuso de poder que se observa en las instituciones de salud del sector público donde se busca beneficio propio a través de la corrupción.

Para el aspecto económico la crisis en el sector salud y en el país en general que venía en tendencia en años anteriores exacerbó luego de la pandemia del COVID-19 generando un desbalance del presupuesto anual establecido debido a los egresos que originó la crisis sanitaria, adicional a esto se incrementó la deuda en salud y se disminuyeron las plazas de trabajo para este sector por lo que el panorama aún es turbio en este aspecto.

Adicional, los costos de insumos médicos no ayudan a que la prescripción de soporte nutricional sea adecuada, ya que se priorizan otros insumos y quedan de lado las fórmulas suplementarias y en el aspecto dietético el servicio de dietas intrahospitalario también se ve afectado ante el cambiante costo de los alimentos por la cambiante economía del país.

En cuanto a el aspecto social para el sector salud, varias fueron las variables que relucen así mismo a raíz de la pandemia, como el grado de compromiso de los actores, y los hábitos y costumbres de trabajo; sin embargo, existe para este aspecto la búsqueda constante de mejora continua de normas, procesos y protocolos.

La población de Machala, de acuerdo con los datos propuestos por el Instituto de Estadísticas y Censos de Ecuador tiene una edad promedio de 29 años es decir el 8.4% de la población, mientras que los adultos mayores representan un 5.9% de la misma (INEC I. N., 2010); esto da la pauta para las necesidades nutricionales y terapia nutricional de la población que serán aceptadas o no de acuerdo a las preferencias alimenticias.

En los últimos años, mejoró de manera exponencial el uso de nuevas tecnologías para el acceso a la medicina, así como para los procesos documentales, el uso de data para la prevención de enfermedades y la reducción de costos.

Para el aspecto Legal, conforme a lo planteado para este trabajo, las variables más relevantes se centran en la Ley Orgánica de Salud, La Ley de Cartagena que como se

explicó previo en este documento refuerza sobre la necesidad de atención nutricional oportuna para los pacientes hospitalizados; y todas las normativas del sector salud que fundamenten los derechos humanos a una atención en salud digna.

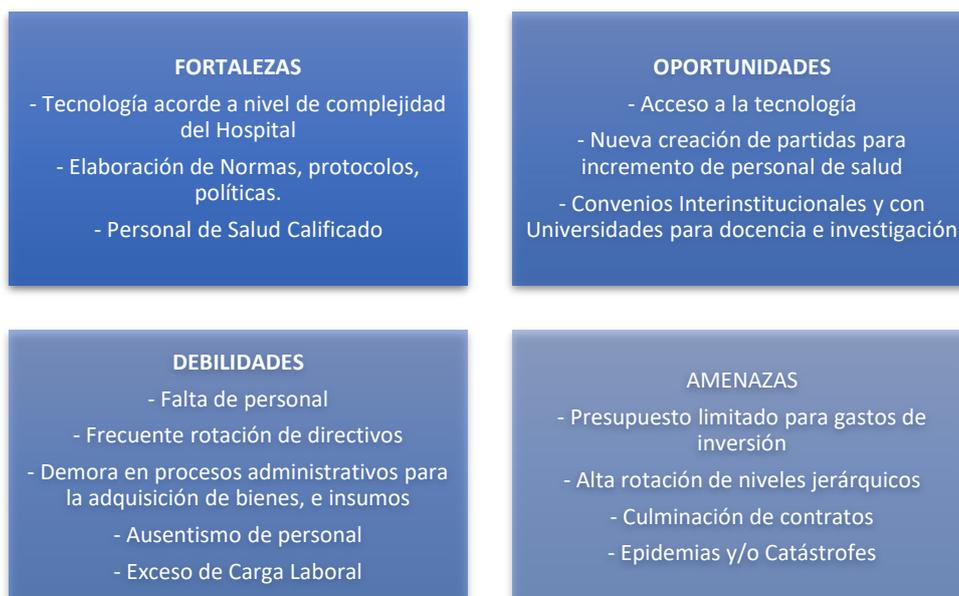
Por diversos factores el aspecto ecológico se ha visto afectado a lo largo de los años, principalmente por la disminución de fuentes disponibles de agua, la deforestación, contaminación de océanos, entre otros, que han ocasionado que la biocapacidad (recursos naturales disponibles) reduzcan.

A esto, añadir la gestión de los desechos hospitalarios, donde se ubican los desechos que no representan riesgos para la salud humana incluidos los generados por las dietas intrahospitalarias.

2.2. ANÁLISIS FODA

Debido a que este trabajo se centra en la gestión de la nutrición realizada en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, el análisis FODA se realiza conforme a cómo se observan en la actualidad las funciones llevadas a cabo para este proceso en la institución y toma en cuenta tanto los factores internos como externos que podrían afectar al mismo.

Tabla 6: FODA de la Gestión de la Nutrición



Elaborado: Autora

Tabla 7: FODA Cruzado de la Gestión de la Nutrición

	FORTALEZAS (ANÁLISIS INTERNO)	DEBILIDADES (ANÁLISIS EXTERNO)
OPORTUNIDADES (FACTORES POSITIVOS)	<p style="text-align: center;"><u>FO: Estrategias Ofensivas</u></p> <p>Elaboración de procesos de control y vigilancia del servicio y atención brindada a los usuarios.</p>	<p style="text-align: center;"><u>DO: Estrategias Adaptativas</u></p> <p>A través de los convenios con universidades redistribuir la carga laboral.</p>
AMENAZAS (FACTORES NEGATIVOS)	<p style="text-align: center;"><u>FA: Estrategias Defensivas</u></p> <p>Cumplir con las actividades del área de nutrición a través de la rotación de horarios.</p>	<p style="text-align: center;"><u>DA: Estrategias de Supervivencia.</u></p> <p>Hospital de referencia provincial de Segundo Nivel de Atención y 4to nivel de complejidad</p>

Elaborado: Autora

2.3. ANÁLISIS INDUSTRIAL COMPETITIVO Y COLABORATIVO

El MSP a través de sus autoridades busca mejorar el Sistema Nacional de Salud con el fin de aumentar el nivel de salud de manera equitativa y con calidad, por lo que se propone a sí mismo estrategias que contribuyan a la disminución de inequidad en salud a través de programas y acciones en salud que favorezcan el estado nutricional desde la niñez.

Adicional se propone la promoción de salud en todas las etapas de la vida a través de la prevención; la disminución de mortalidad prematura con un amplio acceso a redes de servicios integrales de atención primaria, transformando el modelo organizacional, de financiamiento y de gestión.

Esto, con la propuesta de sus ejes estratégicos de salud, que fueron desarrollados tomando en cuenta la estructura organizacional del MSP, serán guía para el planteamiento de objetivos estratégicos.

Figura 8 Ejes Estratégicos de Salud



Fuente: Estatuto Orgánico por Procesos MSP.

Elaborado: Dirección de Planificación e Inversión

3. ANÁLISIS ORGANIZACIONAL

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

El ahora Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, es un centro de salud que data su historia desde 1884, cuando fue creada la solicitud de implementación tras la necesidad de tener un Hospital que atiende las diferentes enfermedades que se presentaban en la época como, por ejemplo: infecciones respiratorias, paludismo, disenterías, parasitosis, fiebre amarilla y otras como la tuberculosis. En 1892, se asigna el presupuesto para la construcción y mantenimiento de este Hospital.

Con la ayuda del Padre Dávila, del pueblo, hacendados y religiosas como las Hijas de la Caridad se impulsa la construcción del hospital. El 13 de enero de 1913, se pone al servicio de la comunidad orense el Hospital, que por disposición del Municipio de Machala se lo denomina “Hospital Teófilo Dávila”, en honor a este personaje cuencano, reverendo, doctor en Teología que llegó a Machala el 26 de abril 1898 y que impulsó la creación de este centro.

3.2. ANÁLISIS DEL PROPÓSITO DE LA EMPRESA

3.2.1. Misión

Brindar atención integral de salud, con talento humano especializado, humanista y experimentado, con calidad, responsabilidad y trabajo en equipo, tecnología e infraestructura acorde a su nivel de complejidad.

3.2.2. Visión

Para el 2021 ser un hospital acreditado, con infraestructura moderna y funcional, con tecnología de punta, talento humano calificado y proactivo, gestión transparente y eficiente, formador y generador de conocimientos, vinculado con la comunidad.

3.2.3. Objetivos Institucionales

1. Incrementar la eficiencia y efectividad en la atención integral de los procesos técnicos administrativos en el Hospital Teófilo Dávila.
2. Incrementar la vigilancia epidemiológica, control de infecciones hospitalarias, y prevención de infecciones nosocomiales.
3. Incrementar la satisfacción de los usuarios con respecto a la atención de salud hospitalaria.
4. Incrementar las capacidades y competencias del talento humano técnico administrativo del Hospital Teófilo Dávila.
5. Adecuar el uso eficiente del presupuesto hospitalario.

3.3. MODELO DE NEGOCIO DE LA EMPRESA

3.3.1. Segmento de Mercado

Se tomará en cuenta como clientes potenciales las personas hospitalizadas en las diferentes áreas del HTD (Ginecología, Clínica, Traumatología, Unidad de Quemados, Pediatría) y los pacientes ambulatorios que hacen uso de los servicios de hemodiálisis que luego de un tamizaje nutricional requieran asistencia por terapia nutricional.

3.3.2. Propuesta de Valor

Al ser un Hospital de referencia provincial de segundo nivel de atención y cuarto nivel de complejidad, brinda servicios de especialidad a pacientes ambulatorios o de hospitalización, promoviendo la salud, previniendo enfermedades, con la prestación de medicina para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, por esto el proceso de atención nutricional realizado de manera precoz y oportunamente compagina con los objetivos institucionales de este centro de salud, mejora los resultados de indicadores institucionales como la disminución de la estancia hospitalaria y aumento de la rotación.

Con este proyecto de mejora se propone que el 100% de las historias clínicas cuenten con registro de datos antropométricos nutricionales vinculando este cumplimiento con el cumplimiento de atención nutricional del paciente hospitalizado; también que se cumpla al 100% con las interconsultas realizadas a nutrición de igual

manera recalcando la intervención nutricional y que al menos el 55% de las prescripciones de dieta sean realizadas por un/a nutricionista, ya que como se verá a lo largo de este proyecto, ese fue el porcentaje de historias clínicas que no presentaban prescripción dietética por ningún profesional.

3.3.3. Relación con Clientes

La relación con los clientes del Hospital General Teófilo Dávila se mantendrá a través de una atención personalizada de acuerdo con la necesidad de intervención nutricional que presente cada paciente una vez realizado el cribado o tamizaje nutricional.

3.3.4. Actividades Clave

El tamizaje o cribado nutricional es fundamental para la detección de casos que ameriten intervención prematura y es por esto que la toma de datos nutricionales y el registro de los mismos en las historias clínicas tanto objetivos como subjetivos en primera instancia asegura que estos casos sean atendidos para mejor intervención.

3.3.5. Fuentes de Ingreso

La fuente de ingreso será el financiamiento público proveniente de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado y los rubros que se destinen a este Hospital.

3.3.6. Socios Clave

El principal socio clave es el Gobierno estatal al ser un Hospital del Ministerio de Salud Pública.

3.3.7. Canales

Se opta por el marketing a través de medios tradicionales. De esta manera se da a conocer los servicios del Centro; agendamiento en consulta externa; y todo lo relacionado a información en cuanto a promociones y programas de educación.

3.3.8. Recursos Clave

Dado el nivel de atención y complejidad los recursos claves del Hospital se enfocan en los recursos humanos al tener personal operativo especializado; equipamiento

acorde a los servicios que oferta: laboratorio, quirófano; y las instalaciones que se harán uso con la hospitalización, servicios ambulatorios, consulta externa, etc.

3.3.9. Estructura de costos

La estructura de costos se enfoca en los recursos de los que hará uso para la entrega de servicios: personal, equipamiento, medicina, insumos e infraestructura.

Figura 9 Modelo Canvas de Hospital Teófilo Dávila



Elaborado: Autora

3.4.EVALUACIÓN DEL MODELO DE NEGOCIO

3.4.1. Evaluación de Capacidades Organizacionales

La estructura organizacional del Hospital Teófilo Dávila se define a partir de sus procesos y estos se clasifican de acuerdo a su grado de contribución o al valor agregado al cumplimiento de su función.

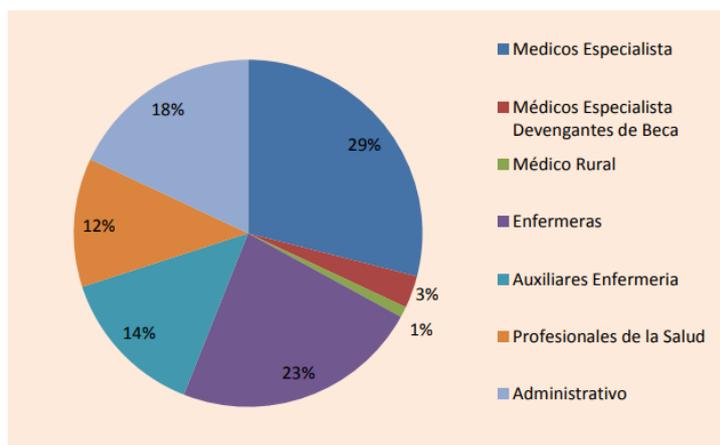
- Procesos Gobernantes: Formulan propuestas de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- Procesos Agregadores de Valor: Generan y administran los servicios y productos destinados a los usuarios.
- Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo: generan productos y servicios para los Procesos Gobernantes, los procesos agregadores de valor y apoyan a la gestión institucional.

3.4.2. Evaluación de Recursos Organizacionales

El Hospital General Teófilo Dávila hasta el año 2019, contaba con 679 servidores y trabajadores de los cuales 195 eran Médicos Especialistas, ocupando el 29% de la población total, 25 Médicos especialistas devengantes de beca que equivalen al 3%, 1 médico rural representando el 1%, 157 enfermeros que representan el 23%, 96 auxiliares de enfermería siendo el 14%, 81 profesionales de la salud que representan el 12% y 124 personas en el área administrativa que equivalen al 18% de los profesionales que laboran en la casa de salud (Guerrero, 2019).

Para los fines de este proyecto se analizó el personal de nutrición del Hospital y se observó que se contaba con 1 Tecnóloga en nutrición que es la persona encargada del servicio de dieta intrahospitalario cumpliendo funciones de gestión hotelera.

Figura 10 Recursos Humanos Hospital Teófilo Dávila



Fuente: Ricardo Márquez Guerreo. Ministerio de Salud Pública, 2019

Para el año 2019 se contabilizó un total de atenciones en consulta externa por las diferentes especialidades de 69,895, mientras que por emergencias el total de atenciones llegó a 89,393. El total de Altas hospitalarias alcanzó las 10,356, de acuerdo a los resultados de los indicadores de ese año.

Figura 11 Resultados de Indicadores Hospital Teófilo Dávila 2019

INDICADORES	RESULTADOS 2019
Total de atenciones en Consulta Externa	69.895
Total de atenciones de Emergencia	89.393
Total de Partos (vaginales)	1.088
Total de Cesáreas	1.824
Total de cirugías programadas	3.183
Total de cirugías de emergencia	3.423
Total de Egresos	10.536
Total de Altas	10.356
Total de pacientes atendidos en hemodiálisis	9.50
Total de tratamientos de hemodiálisis	10.566
Total de atenciones imagen	41.113

Fuente: Ricardo Márquez Guerreo. Ministerio de Salud Pública, 2019

3.5.FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA EMPRESA

3.5.1. Fortalezas

Las principales fortalezas de esta institución pública se centran en el talento humano calificado con el que cuenta dentro de su estructura organizacional, adicional a esto, la constante renovación informática con la que cuenta el sector salud no solo para la entrega de servicios sino también para la mejora de procesos.

3.5.2. Debilidades

Una de las mayores debilidades que se presenta no solo para esta institución, sino para todos los establecimientos del sector público que conforman la red de salud del país, es la constante rotación de Directivos, así como el frecuente ausentismo de personal, insumos y medicación, haciendo que se promueva otra de las mayores debilidades que es la que en ocasiones prolonga estancia hospitalaria de los pacientes.

4. PROPUESTA DE INNOVACIÓN Y ALTERNATIVAS

4.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La gestión de la nutrición en el Hospital Teófilo Dávila, así como de cualquier establecimiento de salud se ve comprometida al tener un déficit tanto en la valoración nutricional inicial de los pacientes hospitalizados como de los pacientes que están en terapia ambulatoria; en el registro de la información nutricional pertinente para la toma de decisiones acerca del tratamiento nutricional; así como el seguimiento de los casos que necesiten intervención nutricional temprana.

Es por este motivo que se realiza el levantamiento de datos relevantes para el proceso de atención nutricional de una muestra de 100 historias clínicas de pacientes que se encontraban hospitalizados en las áreas de Clínica, Traumatología, Ginecología y en

Servicios ambulatorios como la Hemodiálisis en el Hospital General Teófilo Dávila para poder determinar cómo se está llevando el proceso.

Entre los datos que se recolectaron de las historias clínicas estaban el ingreso de Peso, Talla, Índice de Masa Corporal (IMC), Valoración de Pérdida de Peso, Valoración de Apetito, Ingreso de Diagnóstico Nutricional, Derivación a Nutrición, Interconsulta de Nutrición, si el paciente se encontraba con soporte nutricional, qué personal de salud prescribe la dieta del paciente, si existe evolución del área de nutrición y como dato adicional los días de estancia que tiene el paciente al momento de la recolección de datos.

Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 8: Recolección de Datos de Historias Clínicas

	Ingreso de peso	Ingreso de talla	Ingreso de IMC	Valoración de pérdida de	Valoración de apetito	Ingreso de DX Nutricional	Derivación a nutrición	Interconsulta a nutrición	soporte nutricional	consulta nutricional
Si hay registro	83	27	25	1	0	31	1	15	2	2
No hay registro	17	73	75	99	100	69	99	85	98	98
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Elaborado: Autora

En cuanto al registro de información nutricional en la Historia Clínica del paciente, se pudo observar que con respecto a los datos para diagnóstico nutricional (peso y talla), el 83% de los pacientes contaba con el registro del peso, mientras que el 27% registraba la talla y solo el 25% registraba el IMC; las valoraciones de pérdida de peso y apetito registraban 1% y 0% respectivamente.

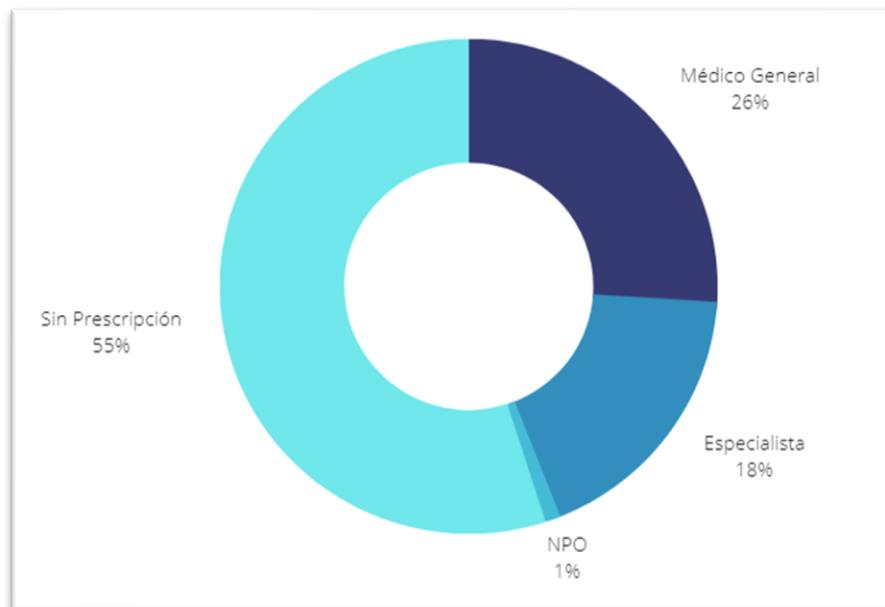
Con respecto al ingreso de Diagnóstico Nutricional el 31% de las Historias Clínicas registraban el mismo.

De acuerdo con los datos obtenidos, 1% de los pacientes fue derivado a consulta nutricional, y al 15% de ellos se solicitó interconsulta nutricional, registrando el 2% de consultas nutricionales realizadas en la población muestra.

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

La terapia nutricional, basándose únicamente en la prescripción del tipo de dieta y la necesidad de soporte nutricional, fue registrada en las historias clínicas por diferentes profesionales de salud que intervenían en el tratamiento de los pacientes, los registros mostraban que el 26% de las prescripciones dietéticas fue realizada por el médico general, 18% por el médico especialista, 1% estaba en Nada por vía Oral (NPO), y el 55% no registraba prescripción dietética.

Figura 12 Prescripción Dietética



Elaborado: Autora

Se realizó seguimiento al proceso de atención nutricional de los pacientes que se encuentran hospitalizados en las áreas de Clínica, Traumatología, Ginecología y Servicio de Hemodiálisis del HTD para poder corroborar el flujo de atención y las posibles derivaciones o interconsultas realizadas para el área de nutrición y se pudo observar que de manera inicial y como se mostró anteriormente, se realizaron 15 interconsultas a nutrición, mismas que constaban en la evolución de la historia clínica de estos pacientes y 1 derivación realizada en formulario 007 para nutrición.

El monitoreo de las interconsultas mostró que las 15 interconsultas resultaron del servicio de Hemodiálisis, es decir, se realizaron a pacientes ambulatorios que acudían a

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

terapia trisemanal en esta institución, y de estas interconsultas registradas en las historias clínicas el 0% de ellas constaba con una respuesta por parte de nutrición.

La única derivación registrada fue realizada en el área de Clínica, a un paciente que llevaba 5 días de estancia hospitalaria, y cuya dieta inicialmente fue prescrita por el médico general tratante; a este paciente se lo derivó a nutrición luego de su alta hospitalaria para educación nutricional y la respuesta a esta derivación fue resuelta en las 24 horas de haber sido realizada.

Para poder ahondar un poco más sobre la situación del proceso de atención nutricional llevado en el HTD se realizó una entrevista a un especialista del área de Clínica, del servicio de Hemodiálisis y a la Nutricionista de este centro de salud, donde se obtuvieron las siguientes respuestas:

Al consultar sobre si creen necesaria la intervención nutricional del paciente hospitalizado y ambulatorio todos concordaron en que es de suma importancia para un mejor resultado y al cuestionar el porqué de sus repuestas, supieron indicar que no solo se beneficiarían con un mejor estado de salud sino también a nivel institucional en reducción de costos y mejora de sus indicadores.

Se preguntó sobre si el personal de nutrición que labora actualmente en el HTD es suficiente para cubrir las necesidades de intervención de la institución y a esto todos los entrevistados respondieron negativamente: los especialistas refirieron que no se obtiene respuesta oportuna ante las interconsultas por la falta de asistencia en piso del área de Nutrición; mientras que la nutricionista del hospital indicó que la sobrecarga laboral no permite realizar las actividades en piso que le son asignadas, ya que cubre las actividades de Gestión Hotelera para el servicio de dietas intrahospitalario.

Al realizar una encuesta de respuesta cerrada (Si o No) de siete preguntas, a las personas acompañantes o familiares de pacientes hospitalizados con respecto a su percepción acerca de la importancia de la intervención nutricional o incorporación de este profesional al equipo multidisciplinario de atención directa estos fueron los resultados:

De las 29 personas encuestadas el 89,7% de ellos (26) reside en la provincia de El Oro lo que indica que la ubicación demográfica del HTD cumple con el territorio

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

geográfico en el que mayor atención se presta, de ellas solo el 20.7% (6) ha cursado por una hospitalización en el último año, se toma en cuenta que estas personas son las acompañantes de los pacientes que se encuentran ingresados por lo que sus siguientes respuestas se basarán tanto en la experiencia propia como paciente, así como acompañante.

Figura 13 Resultados de la encuesta Pregunta 2



Elaborado: Autora

Mientras que entre las personas que cursaron por hospitalización solo dos de ellas recibieron intervención nutricional durante su estancia representando el 6,9% total de las personas encuestadas, el 100% de los encuestados creen que la intervención nutricional durante la estancia hospitalaria es importante, y el 96.6% consideran indispensable que un/a nutricionista forme parte del personal médico de atención directa.

Figura 14 Resultados de la encuesta Pregunta 3



Elaborado: Autora

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Denotando que el 100% cree que la intervención de un/a nutricionista durante la hospitalización puede mejorar la situación médica del paciente y el 96.6% considera importante la educación nutricional durante la hospitalización, se puede concluir que la percepción de los encuestados refleja la necesidad de incorporar personal de nutrición y la intervención nutricional en el proceso de atención médica del paciente hospitalizado para lograr mejorar el estado general de los pacientes y su estancia hospitalaria.

Figura 15 Resultados de la encuesta Pregunta 5



Elaborado: Autora

Figura 16 Resultados de la encuesta Pregunta 7



Elaborado: Autora

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Preguntas realizadas en la encuesta:

Pregunta 1: ¿Reside en la provincia de El Oro?

Pregunta 2: ¿Ha estado hospitalizado en el último año?

Pregunta 3: ¿Durante su hospitalización tuvo la intervención de un/a nutricionista?

Pregunta 4: ¿Cree usted que la intervención de un/a nutricionista es importante durante la estancia hospitalaria?

Pregunta 5: ¿Cree usted que es indispensable que un/a nutricionista forme parte del personal médico de atención directa de pacientes hospitalizados?

Pregunta 6: ¿Cree usted que la intervención de un/a nutricionista durante la hospitalización puede mejorar la situación médica del paciente?

Pregunta 7: ¿Cree usted que la educación nutricional durante la hospitalización es importante?

4.2. ALTERNATIVA DE RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Como parte de la entrevista realizada al personal de salud que labora en el HTD se consultó sobre posibles sugerencias de mejora para optimizar el proceso de atención nutricional en una sesión de brainstorming, donde surgieron ideas que se clasificaron de acuerdo a su índole.

Detallaron la falencia en la protocolización del proceso de atención nutricional para el paciente hospitalizado en instituciones del sector público, teniendo lagunas acerca del correcto manejo de la atención nutricional de estos pacientes, así como la falta de un departamento de Nutrición para atención en piso y consulta externa.

Mencionaron la falta de recurso humano para la existencia de este departamento, haciendo referencia a que solo hay una nutricionista que se encarga de gestión hotelera, cubriendo puestos de bodeguero y ecónomo en el servicio de dieta intrahospitalario generando una sobrecarga laboral para esta persona; y también se hizo mención a la falta de formación en nutrición especializada del personal de salud de contacto directo con los pacientes (médicos y enfermería) para la correcta prescripción de terapia nutricional oportuna.

En este mismo ámbito también se hizo una pequeña referencia a la necesidad de que los auxiliares de enfermería presten mejor atención a los pacientes que se encuentran con soporte nutricional para mejorar su alimentación.

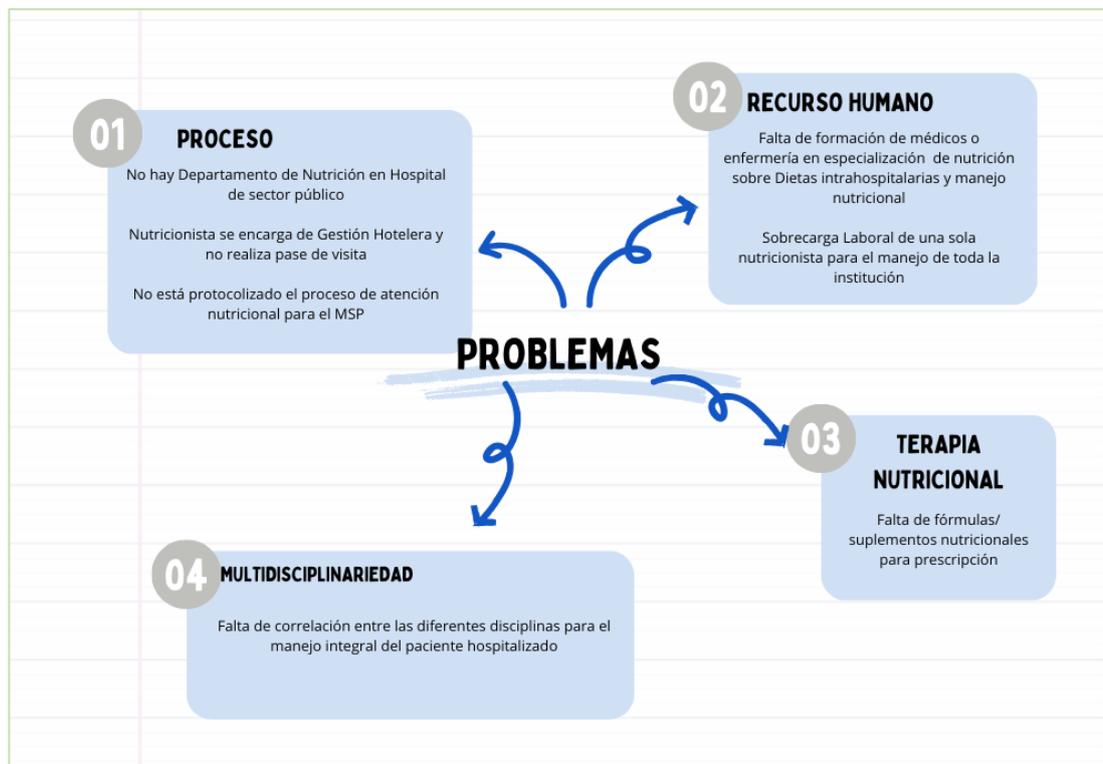
En cuanto a la Terapia Nutricional, adicional a lo comentado acerca de la prescripción de dieta intrahospitalaria con falencias por disminución de personal de salud

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

especializado en nutrición, también comentaron sobre la falta de fórmulas o suplementos nutricionales en farmacia para prescripción del paciente hospitalizado.

Y como último aspecto la multidisciplinariedad que se maneja en actualidad en el HTD con respecto a la parte nutricional necesita reforzarse para mejorar el outcome del paciente.

Figura 17 Problemática



Elaborado: Autora

Con esto, se desarrollaron las siguientes alternativas para mejorar la gestión de la nutrición en el HTD:

- Mejora del Proceso de Atención Nutricional protocolizando la asistencia nutricional del paciente ambulatorio y hospitalizado a través de estándares internacionales de fácil replicación tanto a nivel local como nacional, buscando que el 100% de los pacientes sean valorados nutricionalmente al iniciar su

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

hospitalización, con el fin de disminuir la estancia hospitalaria entre 5 y 7 días en pacientes con riesgo de desarrollar desnutrición intrahospitalaria.

- Adquisición de nuevo recurso humano acorde para la cantidad de pacientes atendidos para la implementación de un Departamento de Nutrición que cumpla con las actividades diarias requeridas por el resto del equipo interdisciplinario.
- Capacitación continua del personal de salud de contacto directo con el paciente para el correcto tamizaje y prescripción de terapia nutricional.
- Inclusión de él/la nutricionista al equipo médico tratante de piso para mejora de la multidisciplinariedad.

4.3. ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS

4.3.1. Procesos

Las alternativas planteadas en cuanto a la mejora de los protocolos del MSP para el proceso de atención nutricional del paciente hospitalizado pueden ser sugeridas ante el ente regulador, para este fin se necesita de la elaboración, revisión, aprobación, puesta en marcha y monitoreo de las mismas, se trata de documentos que necesitan de justificación legal, financiera, etc., para su estandarización y ejecución en todos los hospitales del sector público a nivel nacional, por lo que esta propuesta podría ser considerada como objetivo a largo plazo en el que se incluya la ayuda de otras instituciones públicas a nivel nacional.

A nivel local, en esta institución se plantea la incorporación del proceso de atención nutricional a través valoraciones subjetivas al inicio de la hospitalización del paciente para poder recabar la información pertinente de los casos prioritarios para intervención, estas realizadas con las debidas herramientas (balanza, tallímetro, cáliper o plicómetro, cinta métrica); además de la atención nutricional del paciente hospitalizado y ambulatorio con la incorporación del nutricionista en Consulta Externa.

4.3.2. Recurso Humano

En este mismo aspecto, y tomando en cuenta las alternativas de mejora con respecto al recurso humano, la creación de un Departamento de Nutrición para el hospital a pesar de estar limitada a decisiones externas a la administración de la institución, se plantea como propuesta con la apertura de nuevas plazas para profesionales de salud, que conformen este Departamento.

A pesar de no poder modificar de manera breve el presupuesto o la nómina del HTD, la alternativa se basa en la necesidad de incorporar a él o la Nutricionista al pase de visita del personal médico para casos que previamente hayan sido tamizados como necesarios de intervención nutricional precoz y se considera viable para mejorar el proceso de interconsulta por parte del personal de Nutrición, ya que evita la sobrecarga laboral que actualmente se plantea como parte de la problemática.

4.3.3. Terapia Nutricional

Con respecto a la formación del personal de salud en el ámbito nutricional para la toma de decisiones, si bien la formación académica especializada en esta rama dirigida a los médicos o enfermeros que laboran en la institución no son cubiertas por el HTD, la educación continua sobre el tipo de dieta y la necesidad de intervención nutricional oportuna en pacientes que se requieran, puede ser realizada por la nutricionista del hospital a los jefes de piso y replicada al resto del personal.

4.3.4. Multidisciplinariedad

La inclusión del nutricionista al equipo médico tratante para mejora de su intervención va ligada a la necesidad de adquisición de nuevos recursos humanos para la implementación de un Departamento de Nutrición que colabore con la ejecución de todas las actividades sin sobrecargar laboralmente a un solo profesional y así lograr que se cumplan de manera óptima los requerimientos para esta área.

4.4. SELECCIÓN DE ALTERNATIVA

Para poder resolver la mayor parte de la problemática nutricional presentada en el HTD se insta implementar el Departamento de Nutrición como parte del personal de contacto directo con el paciente, incorporando a nutricionistas que realicen la terapia e intervención nutricional, gestión hotelera del servicio de dieta intrahospitalaria, para que cumplan con las actividades que actualmente realiza la nutricionista a cargo.

Como primera instancia y dentro de las actividades que realizaría este Departamento se enlista la mejora de la formación del equipo de salud que labora en contacto directo con los pacientes hospitalizados y ambulatorios, esto debido a la respuesta pronta que se necesita ante esta problemática presentada en la institución reflejada en el registro de información faltante en las historias clínicas, y las falencias comentadas por el personal entrevistado.

Para esto se necesitaría de la incorporación de un formulario de valoración subjetiva nutricional de fácil ejecución y replicación aplicado por el personal de contacto inicial con el paciente al ingresar a hospitalización, adicional a esto inducir sobre la importancia médica y legal del registro completo de la información del paciente en la historia clínica, y comprometiendo a la atención nutricional eficaz del nutricionista a cargo de resolver las interconsultas realizadas para estos pacientes tamizados que requieran de intervención oportuna.

La propuesta de valoración nutricional inicial se realizaría con el formulario NRS 2002 que indica si el paciente se encuentra en riesgo de desarrollar desnutrición intrahospitalaria o si ya se encuentra en la misma, con la ejecución de preguntas sencillas que determinen pérdida de peso con respecto al tiempo, disminución de ingesta alimenticia y relación con la patología presentada por el paciente, esto determinado a través de los puntajes que se obtengan posterior a la realización.

Cabe recalcar que esta información no determina el estado nutricional del paciente, solo refleja el estado actual del mismo por lo que no reemplazaría la intervención nutricional para toma de datos como peso, talla, y las mediciones antropométricas necesarias para su diagnóstico nutricional.

Figura 18 NRS 2002

Screening inicial		sí	no
1	IMC <20,5		
2	El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses		
3	El paciente ha disminuido su ingesta en la última semana		
4	Está el paciente gravemente enfermo		
Si la respuesta es afirmativa en alguno de los 4 apartados, realice el screening final (tabla 2). Si la respuesta es negativa en los 4 apartados, reevalúe al paciente semanalmente. En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención de cirugía mayor, valorar la posibilidad de soporte nutricional perioperatorio para evitar el riesgo de malnutrición			

Elaborado: Nutritional Risk Screening. Adaptado de Kondrup; Clín Nutr 2003

Con esta propuesta se busca la apertura de nuevas plazas para nutricionistas especializados que formen parte del Departamento de Nutrición, y que este logre cumplir con actividades de salud como consulta externa, interconsulta y derivaciones, educación nutricional; adicional a las actividades de Gestión Hotelera que conllevan el manejo y monitoreo de elaboración dietas, prescripción y terapia nutricional.

El descriptivo Funcional de este personal será el que se establece para el puesto de Analista Nutricionista 2, en el que se indica que su misión será: *“Realizar las actividades de gestión de nutrición y dietética, asegurando el cumplimiento de estándares de calidad aplicados a la prescripción dietética y a la alimentación saludable del paciente, contribuyendo al mantenimiento de su estado nutricional y su recuperación física.”*

Entre las actividades que realizaría en su puesto, se describe lo siguiente:

- Propone actividades orientadas a la alimentación del paciente en función de las necesidades fisiológicas y en su caso, patológicas del mismo, de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.
- Propone y controla las dietas concretas, orientación y seguimiento al paciente ambulatorio desde Consultas Externas.
- Propone y realiza actividades para la promoción de la educación y los hábitos saludables hospitalarios en materia alimentaria y nutricional, seleccionando una alimentación balanceada dentro de los recursos a su alcance.

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Para mejora asistencial se propone la creación conjunta con nutricionistas especializados en diferentes subramas de la nutrición como nutrición clínica, pediátrica, entre otras, de un protocolo estandarizado de atención nutricional del paciente hospitalizado que pueda ser usado como guía a nivel local y si se da la aprobación, poder difundirlo para su uso a nivel nacional.

Entre los temas principales a abordar en este protocolo de atención nutricional se sugiere abarcar temas como:

- **Proceso de Atención Nutricional**

Donde se realice el escaneo oportuno de los casos por intervenir, y se cumpla con lo indicado previamente en las primeras páginas de este proyecto sobre el flujo que debe llevar el proceso de atención nutricional del paciente hospitalizado.

- **Tamizaje Nutricional**

Estableciendo las mejores herramientas dentro de las aplicables para cada patología y las factibles para realización en esta institución.

- **Nutrición en las Diferentes Patologías:**

Nutrición en Enfermedades Carenciales, Nutrición en Situaciones Especiales, Nutrición del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos, Soporte Nutricional y las demás pertinentes de acuerdo a las necesidades del hospital.

El espacio físico donde realizarían sus actividades sería implementado en el que actualmente ocupa la nutricionista del HTD, espacio en el que previamente desempeñaron sus funciones 3 personas que conformaban el área de Gestión Hotelera por lo que se puede adecuar para el personal que se sugiere incorporar.

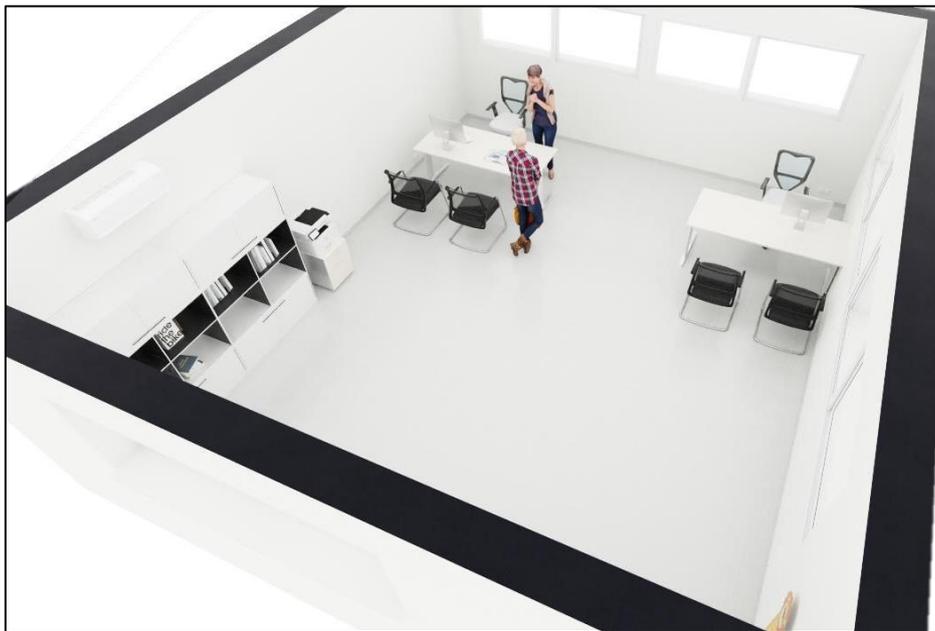
Los equipos, enseres y muebles necesarios para la implementación de este departamento son:

- Escritorios
- Sillas de Oficina

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

- Asientos para paciente y acompañante
- Archivadores
- Cinta métrica
- Plicómetros
- Computadoras de escritorio
- Impresora
- Bioimpedancia

Figura 19 Propuesta de Departamento de Nutrición



Elaborado: Autora

4.5. ALINEAMIENTO A LA PROPUESTA ESTRATÉGICA

Los objetivos principales del HTD proponen mejorar la efectividad en la atención de procesos tanto administrativos, así como el uso eficiente del presupuesto hospitalario, control de las infecciones hospitalarias, y aumentar la satisfacción de los usuarios.

Con la implementación del Departamento de Nutrición se busca mejorar el proceso de registro de información que se muestra con grandes falencias al no evidenciarse la presencia de datos indispensables para el manejo nutricional del paciente hospitalizado y ambulatorio.

Como parte de esta propuesta que intenta satisfacer las necesidades de los usuarios, se propone la creación de nuevas plazas para nutricionistas y otro personal de salud que colaboren con la visión institucional de tener personal capacitado proactivo y que conformen un Departamento de Nutrición, involucrado en el manejo directo y multidisciplinario del paciente hospitalizado con terapia nutricional acorde a su diagnóstico médico y con educación nutricional de pacientes ambulatorios que hagan uso de los servicios del HTD como la hemodiálisis.

La propuesta a largo plazo de la creación de guías y protocolos para el manejo nutricional del paciente hospitalizado, realizada de manera conjunta con diferentes especialistas de experiencia en el área de nutrición, se alinea no solo a los objetivos institucionales sino también a los derechos que por ley acoge a todo paciente a recibir una atención de calidad que aseguren un tratamiento que cuide su salud, prevenga más complicaciones y disminuye su estadía.

Con estas propuestas no solo se busca mejorar el estado de salud el paciente sino también ayudar a que se cumplan los indicadores de la institución en pro de un outcome favorable para ambas partes.

5. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

5.1.DESCRIPCIÓN DEL ALCANCE

El alcance de este proyecto busca mejorar el proceso de gestión de la nutrición realizada en el Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, desde el registro de información relevante para el proceso de atención nutricional al ingreso del paciente a hospitalización o servicios ambulatorios, hasta la intervención nutricional oportuna y eficaz, para de esta manera apoyar en la mejora de indicadores hospitalarios, esto a través de un menor tiempo de estancia y mayor índice de altas hospitalarias.

5.2.DESCRIPCIÓN DE LA SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

Dentro de los objetivos de desarrollo sostenible aprobados en 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas que buscan transformar la sostenibilidad social, económica y ambiental en los 193 estados miembros de esta organización, se encuentra el objetivo número 3 que hace referencia a la Salud y Bienestar mismo que busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, esto a través de metas propuestas para el 2030, entre las relevantes a este proyecto se pueden enunciar:

Objetivo 3.4: Que busca para el año 2030, reducir un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y tratamiento; y promover la salud mental y el bienestar.

Objetivo 3.8: Que busca para el 2030 lograr la cobertura sanitaria universal, y en particular el acceso a servicios de salud esenciales de calidad para todos.

Objetivo 3.d: Que busca para el 2030 lograr reforzar la capacidad de los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

5.3. IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS DEL PROYECTO

Para el desarrollo de este proyecto se hará uso de los recursos humanos presentes en el Hospital, tanto personal de planta: médicos generales, especialistas, enfermeros; así como estudiantes de enfermería adicional se plantea la adquisición de nuevo personal de salud; también se hará uso de recursos tangibles como: balanzas, tallímetros, plicómetros, formularios de hospitalización, muebles y enseres de oficina; y se incluirá el uso de un nuevo formulario subjetivo para tamizaje nutricional.

Para la propuesta de creación de un Departamento de Nutrición se necesita incorporar a la nómina de la institución a 2 Nutricionistas Nivel 2 que cumplan con las actividades designadas a su puesto y sean parte del proceso de formación nutricional del personal de salud de las diferentes áreas, y sean colaborativo para el servicio de dieta hospitalaria.

5.4. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

La ejecución total de la propuesta de mejora de este proyecto se desarrolla en un lapso de 15 meses desde la primera etapa de recolección de datos hasta la puesta en marcha, donde intervendrán tanto la parte investigativa, como la parte operativa del Hospital Teófilo Dávila, iniciando con la parte investigativa desarrollada por la autora quien realizará el levantamiento de información en un periodo de 6 semanas, para luego analizar los datos recogidos, generar propuestas, si la propuesta es aprobada la administración y talento humano de la institución continúan con el proceso de generar las partidas para personal, convocatoria a concurso y una vez culminado este proceso se procede a realizar la socialización de las propuestas al personal que intervendrá en las mismas: Nutricionista y Personal del Enfermería del Hospital Teófilo Dávila.

Primero, se plantea que teniendo una respuesta positiva y se logre desarrollar la gestión de partidas para el personal de manera fluida, se comience con la creación del Departamento de Nutrición incluyendo la adecuación del espacio físico e inducción del personal seleccionado esto realizado por el personal administrativo y del departamento de Talento Humano del HTD, para que una vez que se haya escogido al personal se inicie

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

poniendo en marcha la elaboración del protocolos nutricionales y la intervención en pacientes desde el onceavo mes del proyecto.

Posteriormente se realizaría la ejecución conjunta con todo el personal de contacto directo con el paciente de estos nuevos protocolos y simultáneamente el monitoreo de los procesos en un periodo de 8 semanas de manera inicial para luego realizar un nuevo análisis de propuesta de mejora de este proceso con los hallazgos.

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

Esto, desglosado a las semanas de intervención que tendrá cada grupo de personal que estará involucrado en el proyecto, se determina de la siguiente manera:

Tabla 9: Semanas de Intervención para Proyecto

		<i>Semanas de Intervención</i>
A	Autor de proyecto	11
H	Administración HTD	9
T	Talento Humano	33
D	Departamento de Nutrición	20
P	Todo el personal *	8

Elaborado: Autora

5.5.PRESUPUESTO DEL PROYECTO

El Ministerio de Salud Pública mantiene una ejecución presupuestaria mayor a 90%, siendo el gasto permanente de pago para la dotación de personal de salud, insumos, medicamentos, gastos de servicios básicos y los pagos realizados a la red pública y complementaria de salud donde se evidencia mayor porcentaje de gasto.

Durante el periodo de 2013 – 2021, la cartera de estado entregó en promedio anual un total de \$348.931,05 en proyectos de inversión y cerca de \$2.177,67 para el gasto corriente o permanente. Este gasto de inversión ha sido usado para la construcción de hospitales, centro de salud, para la adquisición de nuevos equipos médicos, con el fin de mejorar los servicios de salud para la población.

El HTD conforme a su asignación presupuestaria logró una ejecución del 99.98% del total de los gastos en el año 2019, siendo su presupuesto anual asignado \$26,302,654.17, de donde el monto para gastos en personal y egresos en personal para inversión fueron ejecutados al 100%.

Debido a que el HTD es un Hospital General del Ministerio de Salud Pública que brinda sus servicios sin fines de lucro ofreciendo una asistencia gratuita para la población no se realiza un análisis financiero y se realiza únicamente la descripción del gasto total

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

que requiere la puesta en marcha de este proyecto para considerar el gasto del mismo dentro del presupuesto anual asignado para la institución.

Para la creación del Departamento de Nutrición de este proyecto se necesita un presupuesto de inversión que cubra el gasto de pago de personal nuevo, específicamente de 2 nutricionistas, para conformar conjuntamente el Departamento de Nutrición, el costo de adquisición de bienes y enseres que adecuen el espacio físico de trabajo de este personal, material para implementación del formulario de valoración nutricional y la creación del protocolo o guía de atención nutricional.

Estos serían los gastos de inversión que proponen las propuestas.

Tabla 10: Presupuesto de Inversión

INVERSIONES DEPRECIABLES	Valor Unit.	Cant.	Vida Útil	Valor Total
TOTAL MUEBLES Y ENSERES				\$ 1.100
Escritorio	\$ 250	2	10	\$ 500
Sillas de Oficina	\$ 80	2	5	\$ 160
Archivadores	\$ 200	2	10	\$ 400
Cinta métrica	\$ 10	2	5	\$ 20
Plicómetro	\$ 10	2	5	\$ 20
TOTAL EQUIPOS				\$ 1.900
Computadora de Escritorio	\$ 700	2	3	\$ 1.400
Impresora Multifuncional	\$ 500	1	10	\$ 500
Bioimpedancia	\$ 4.000	1	3	\$ 4.000
TOTAL ACTIVOS DEPRECIABLES				\$ 3.000

PRESUPUESTO ANUAL EN COLABORADORES				
AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
\$ 35.655	\$ 39.241	\$ 40.559	\$ 42.060	\$ 43.773
\$ 35.655	\$ 39.241	\$ 40.559	\$ 42.060	\$ 43.773

Elaborado: Autora

Siendo este gasto total de inversión de \$ 52,655, representado en un 0.2 % del presupuesto anual del Hospital General Teófilo Dávila.

6. IMPACTO DEL PROYECTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INNOVACIÓN

6.1.IMPACTO DEL PROYECTO A LA CULTURA DE INNOVACIÓN

El proyecto presenta un servicio innovador para la empresa ya que propone implementar una nueva metodología de triaje nutricional para la toma de decisiones del manejo médico del paciente y de esa manera cumplir con la misión y visión de la institución de brindar atención integral de salud, con talento humano especializado, humanista y experimentado, con calidad, responsabilidad y trabajo en equipo realizado mediante una gestión eficiente.

Tabla 11: Impacto en la Cultura de Innovación

Ítem	¿Cumple?		Observación
	SI	NO	
Se presenta un servicio innovador para la Empresa	x		Se entrega la alternativa de creación del Departamento de Nutrición que en conjunto con las actividades que realizaría modifica el proceso de evaluación nutricional inicial del paciente, antes no usada en la institución.
Se adapta a la cultura organizacional enfocada a la misión – visión de la Empresa	x		Busca mejorar la calidad de atención de la empresa apegándose a su misión – visión

Elaborado: Autora

6.2. IMPACTO DEL PROYECTO A LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

A corto plazo no se propone realizar cambios en la estructura organizacional, sin embargo, con las propuestas de mediano y largo plazo se requiere modificar la estructura con la adhesión de nuevo personal y la creación de un nuevo Departamento que trabaje multidisciplinariamente con el resto del personal de salud.

Tabla 12: Impacto en la Estructura Organizacional

Ítem	¿Cumple?		Observación
	SI	NO	
Se presenta cambios en la estructura organizacional de la Empresa	x		Con la propuesta que aumenta el recurso humano que se destinaría para nutrición.

Elaborado: Autora

6.3.IMPACTO DEL PROYECTO A PROCESOS DE INNOVACIÓN

El área comercial estudia las oportunidades de crear planes que promocionen los servicios de la institución, con la puesta en marcha de estas propuestas no se generan cambios en los procesos de esta área, pero sí existen beneficios para la misma, por cuanto pueden tomar como una buena oportunidad promocionar el nuevo servicio implementado de nutrición para el hospital.

Tabla 13: Impacto en Procesos de Innovación

Ítem	¿Cumple?		Observación
	SI	NO	
Se presenta una innovación en los procesos del área comercial de la Empresa		x	No se realizarían cambios en los procesos que maneja en la actualidad el área comercial.
Existen beneficios en los procesos del área comercial con esta innovadora propuesta	x		Nuevas oportunidades de promocionar el nuevo servicio a la población.

Elaborado: Autora

6.4.IMPACTO DEL PROYECTO A LA TOMA DE DECISIONES, ESTRATEGIAS Y METAS

Las propuestas planteadas en este proyecto no buscan modificar las estrategias y metas institucionales, por lo contrario, se busca aportar que el cumplimiento de las mismas sea realizado con un mejor rendimiento y refleje resultados favorables para la institución, si habrían cambios en la toma de decisiones acerca del manejo del paciente en el ámbito nutricional, estos serían realizados por el personal que se uniría a la nómina de la institución y con la ayuda de la creación de nuevas guías o protocolos nutricionales.

Tabla 14: Impacto en la Toma de Decisiones, Estrategias y Metas

Ítem	¿Cumple?		Observación
	SI	NO	
Este proyecto altera las tomas de decisiones en la Empresa	x		A nivel de manejo nutricional de paciente hospitalizado.
Este proyecto altera las estrategias en la Empresa		x	No genera cambios en la estrategia empresarial.
Este proyecto altera las metas en la Empresa		x	No altera las metas propuestas por la empresa.

Elaborado: Autora

6.5.ESCALABILIDAD DEL PROYECTO

Este proyecto plantea que las propuestas de mejora sean realizadas para el área de nutrición, sin embargo, al trabajar de manera multi e interdisciplinaria las mismas pueden escalar y ser replicables a las áreas de consulta externa y pacientes ambulatorios; también por cuanto las propuestas pueden ser replicables para el resto de hospitales, centros de salud que conforman la red pública integral de salud del Ecuador.

Tabla 15: Escalabilidad del Proyecto

Ítem	¿Cumple?		Observación
	SI	NO	
Este proyecto se puede aplicar en otras áreas de la empresa	x		Puede aplicarse a otras áreas, como consulta externa, pacientes ambulatorios.
Este proyecto exige de inversión inicial	x		Busca la aceptación de un presupuesto de inversión para la creación del Departamento de Nutrición.
Este mercado tiene tendencia de crecimiento	x		Por cuanto es replicables al resto de centros de salud de la red pública de salud del estado.

Elaborado: Autora

7. CONCLUSIONES

La gestión de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala no se lleva a cabo de acuerdo al proceso de atención nutricional, esto debido primordialmente a la falta de una estandarización del manejo de este proceso de manera protocolar tanto a nivel local como nacional.

El registro de información nutricional necesaria para correcto abordaje no se veía reflejado en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados que fueron revisadas en la primera fase de este proyecto, al mismo tiempo se pudo observar que la nutricionista de la institución tenía una participación nula en la prescripción de dietas, y otra casi nula (2%) en la intervención nutricional de los pacientes.

Tanto la nutricionista como el personal de salud del HTD que fueron entrevistados como parte de la investigación de este proyecto, concuerdan con que se necesita mejorar la gestión de la nutrición en esta institución para poder obtener mejores resultados en la salud del paciente, así como en los indicadores institucionales.

Para la mejora de este proceso de manera que se alinee con los objetivos institucionales y al mismo tiempo demuestre sostenibilidad mejorando la cultura de innovación y la estructura organizacional del hospital se propone incorporar tamizaje nutricional durante los primeros días de estancia hospitalaria del paciente para lograr un abordaje nutricional oportuno, esto como primera opción para incorporar el primer paso de mejora.

Se propone la incorporación de dos nutricionistas Nivel 2 para crear un Departamento de Nutrición en el HTD que cubra con las necesidades de atención intrahospitalaria, por consulta externa y educación nutricional y a largo plazo colaboren con la creación de guías y protocolos que estandaricen el proceso de atención nutricional del paciente hospitalizado.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar un nuevo levantamiento de información actualizada para la detección de inconsistencias en el registro de datos de importancia para el manejo nutricional del paciente en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados, con el fin de establecer un diagnóstico y monitoreo constante de esto.

Creación un nuevo sistema de Gestión Documental bajo la práctica de mejora continua con en el que se corrobore que el proceso de atención nutricional sea llevado a efecto de manera eficaz conforme a lo que se propone para la implementación de un nuevo tamizaje nutricional y el correcto ingreso de datos a las historias clínicas en caso de que no se logre asignar un presupuesto para la adquisición de nuevo recurso humano.

En este mismo escenario, si existiese la negación de presupuesto para nuevas partidas de personal de salud, se recomienda la creación de un comité clínico nutricional con personal de la institución que realice la creación de un protocolo de manejo nutricional de paciente hospitalizado.

Implementar educación continua desde la visión nutricional en el personal de formación que se encuentra presente en el Hospital para la concientización de la importancia del manejo nutricional del paciente hospitalizado.

9. BIBLIOGRAFÍA

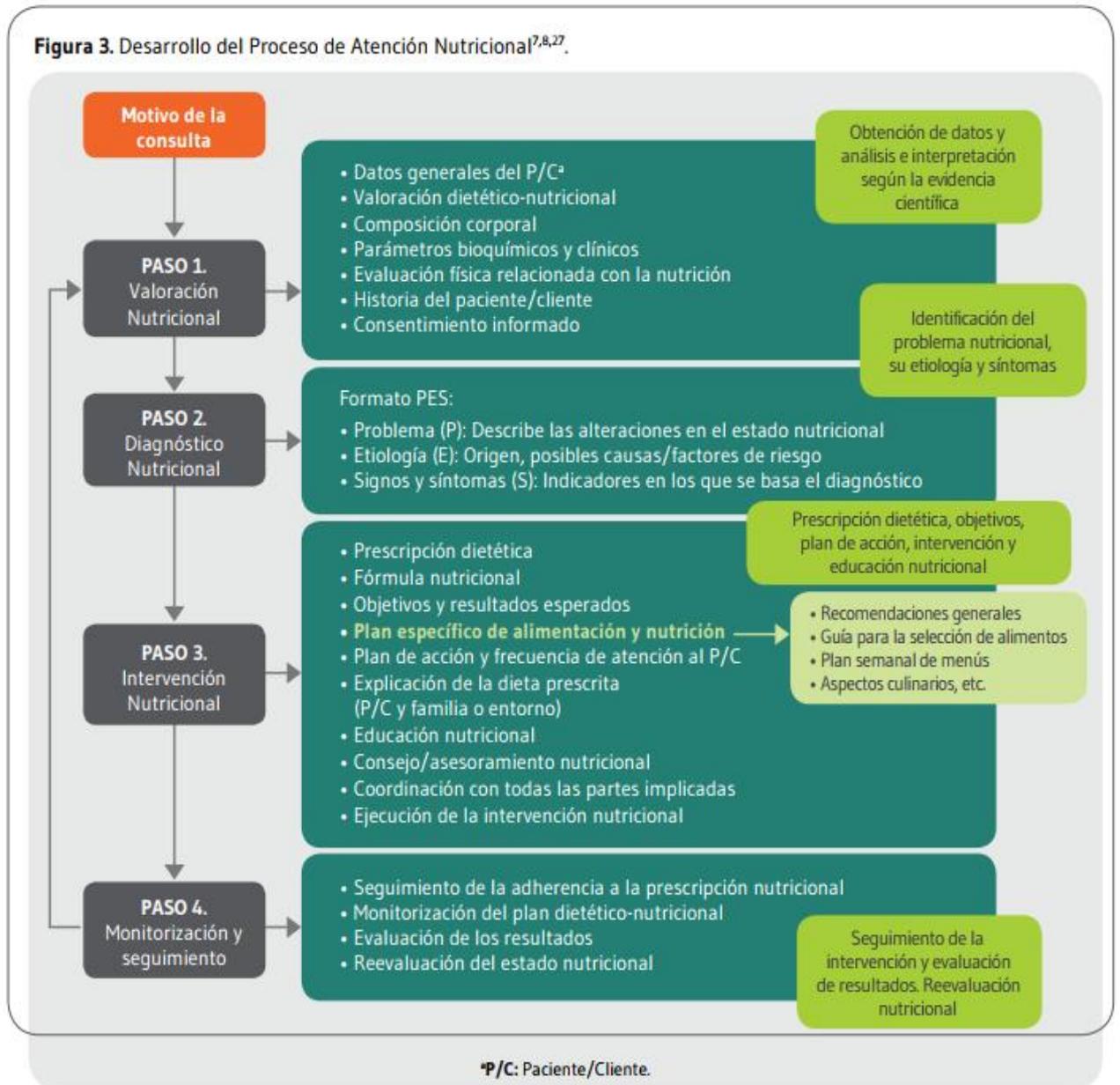
- Carvajal, Á., & Sierra, J. L. (Marzo de 2020). Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. (C. Aguirre, Ed.) *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 24.
- Censos, I. N. (2010). Fascículo Provincial El Oro. *Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador*, 8.
- Cortés-Martínez, A. E. (2010). La economía de la salud en el hospital. *Revista Gerencia y Políticas de la Salud*, 138-149.
- Cun, J. F. (2011). *Desnutrición Intrahospitalaria: ELAN - ECUADOR. Hospital "Teófilo Dávila" Machala. Provincia de El Oro 2011*. Machala : Escuela Superior Politécnica del Litoral.
- Folgueras, T. M. (2015). Gestión en Nutrición Clínica. *Nutrición Hospitalaria* , 31, 5 - 15.
- Freire, C. R. (2021). LA INCIDENCIA DE LA INVERSIÓN PÚBLICA EN EL SISTEMA DE SALUD DEL ECUADOR PERÍODO 2010 – 2019. *Revista Compendium: Cuadernos de Economía y Administración*, 8(2), 145 - 164.
- Grassi, M. P. (Noviembre de 2019). Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: Asesoría Técnica Parlamentaria*, 2 - 3.
- Guerrero, R. M. (2019). *Rendición de cuentas 2019 Hospital Teófilo Dávila*. Machala: Ministerio de Salud Pública.
- INEC, I. d. (Diciembre de 2022). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Principales_resultado_RAS_2020.pdf

“Propuesta de mejora de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila”

- INEC, I. N. (2010). *Resultados del censo de población y vivienda Fascículo El Oro 2010*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/el_oro.pdf
- Monti, G. R. (2008). Desnutrición Hospitalaria: una patología subdiagnosticada. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 121, 25 - 28.
- Montoya, S. M. (2022). Análisis de costo-efectividad de intervención nutricional temprana comparado con la atención de rutina en pacientes con riesgo nutricional. *Revista Chilena de Nutrición*, 49, 325 - 332.
- MSP, M. d. (2019). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social: <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-teofilo-davila/#>
- Pública, M. d. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Rivas, Á. F. (2017). *Gestiopolis*. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/modelo-de-sistema-de-salud-del-ecuador/#autores>
- Salud, E. d. (31 de 12 de 2018). *Universidad Internacional de Valencia*. Obtenido de Ciencias de la Salud: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/claves-de-una-gestion-hospitalaria-exitosa>
- Torres B, B. M. (2018). Clinical and economic implications of disease-related malnutrition in a surgical service. . *Nutr Hosp*, 384-391.

10. ANEXOS

10.1. PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL



10.2. FORMULARIOS DE MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FORMULARIO			SERVICIOS USUARIOS
NÚMERO	ANVERSO	REVERSO	
001	ADMISIÓN	ALTA - EGRESO	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
002	ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO	EVOLUCIÓN	CONSULTA EXTERNA
003	ANAMNESIS	EXAMEN FÍSICO	HOSPITALIZACIÓN
005	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (1)	EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN - EMERGENCIA
006	EPICRISIS (1)	EPICRISIS (2)	HOSPITALIZACIÓN
007	INTERCONSULTA - SOLICITUD	INTERCONSULTA - INFORME	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
008	EMERGENCIA (1)	EMERGENCIA (2)	EMERGENCIA
010	LABORATORIO CLÍNICO - SOLICITUD (010-A)	LABORATORIO CLÍNICO - INFORME (010-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN Emergencia - LABORATORIO
012	IMAGENOLOGÍA - SOLICITUD (012-A)	IMAGENOLOGÍA - INFORME (012-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - IMAGENOLOGÍA
013	HISTOPATOLOGÍA - SOLICITUD (013-A)	HISTOPATOLOGÍA - INFORME (013-B)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - Histopatología
020	SIGNOS VITALES (1)	SIGNOS VITALES (2)	HOSPITALIZACIÓN
022	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (1)	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA - OBSERVACIÓN
024	AUTORIZACIONES, EXONERACIONES	CONSENTIMIENTO INFORMADO	HOSPITALIZACIÓN - EMERGENCIA
033	ODONTOLOGÍA (1)	ODONTOLOGÍA (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
038	TRABAJO SOCIAL - EVALUACIÓN	TRABAJO SOCIAL - EVOLUCIÓN	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
053	REFERENCIA	CONTRAREFERENCIA	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA
054	CONCENTRADO DE LABORATORIO (1)	CONCENTRADO DE LABORATORIO (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
055	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES (1)	CONCENTRADO DE EX. ESPECIALES (2)	CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN
ANEXO 1	FICHA FAMILIAR	FICHA FAMILIAR	ATENCIÓN EXTRAMURAL FAMILIAR

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2009. Manual de Uso de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única. **Elaborado por:** Ministerio de Salud Pública, 2009

10.3. PAÍSES CON PROCESO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL IMPLEMENTADO O EN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Figura 5. Países con Proceso de Atención Nutricional implementado o en proceso de implementación^{7,13,18,19,25,28,49,50,52-57}



10.4. RECURSOS HUMANOS HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA

679
SERVIDORES Y
TRABAJADORES

Médicos Especialista	195
Médicos Especialista Devengantes de Beca	25
Médico Rural	1
Enfermeras	157
Auxiliares Enfermería	96
Profesionales de la Salud	81
Administrativo	124

10.5. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA POR AÑOS Y TIPO DE GASTO DEL MSP

Tabla 3 Ejecución Presupuestaria por años y tipo de gasto (en millones USD)

AÑO	GASTO PERMANENTE			GASTO NO PERMANENTE			TOTAL		
	CODIFICADO	DEVENGADO	% DE EJECUCIÓN	CODIFICADO	DEVENGADO	% DE EJECUCIÓN	CODIFICADO	DEVENGADO	% DE EJECUCIÓN
2013	1.653,37	1.586,89	96%	479,36	412,55	86%	2.132,72	1.999,44	94%
2014	1.889,21	1.855,69	98%	355,82	306,37	86%	2.245,02	2.162,06	96%
2015	2.101,90	2.033,99	97%	384,42	289,13	75%	2.486,32	2.323,12	93%
2016	2.134,41	2.122,60	99%	366,89	274,19	75%	2.501,30	2.396,79	96%
2017	2.405,92	2.387,16	99%	352,28	305,36	87%	2.758,20	2.692,53	98%
2018	2.697,65	2.645,38	98%	301,23	200,63	67%	2.998,88	2.846,01	95%
2019	2.678,52	2.653,88	99%	186,11	129,47	70%	2.864,63	2.783,35	97%
2020	2.256,27	2.202,81	98%	538,87	353,94	66%	2.795,14	2.556,75	91%
2021	2.155,52	2.110,57	98%	877,02	868,75	99%	3.032,54	2.979,33	98%

Fuente: e-SIGEF con corte al 31 de diciembre de 2013 - 2021

10.6. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEVENGADO POR GRUPO DE GASTO

Tabla 4 Evolución del Presupuesto Devengado por Grupo de Gasto (en millones USD)

GRUPO	NOMBRE GRUPO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
51	EGRESOS EN PERSONAL	1.020,59	1.124,06	1.252,95	1.329,75	1.442,01	1.575,82	1.579,41	1.358,15	1.155,85	11.838,59
53	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	451,46	596,85	697,69	662,17	791,25	892,29	883,30	745,33	732,23	6.452,58
57	OTROS EGRESOS CORRIENTES	7,20	6,22	8,59	11,80	16,87	15,44	10,30	11,39	9,91	97,73
58	TRANSFERENCIAS O DONACIONES CORRIENTES	83,28	96,95	41,93	98,97	103,69	109,27	146,68	43,00	120,84	844,62
71	EGRESOS EN PERSONAL PARA INVERSIÓN	113,98	46,65	41,61	24,64	119,93	128,00	43,17	246,25	489,25	1.253,49
73	BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSIÓN	143,95	186,68	159,98	153,16	97,70	26,39	15,39	61,35	102,19	946,79
75	OBRAS PUBLICAS	28,20	6,78	4,91	1,53	3,62	6,90	25,37	6,81	1,26	85,38
77	OTROS EGRESOS DE INVERSIÓN	0,81	0,49	0,75	0,34	0,07	0,02	0,00	0,00	0,00	2,49
78	TRANSFERENCIAS O DONACIONES PARA INVERSIÓN	9,03	7,41	4,19	6,03	0,69	9,32	0,00	28,91	261,65	327,23
84	EGRESOS DE CAPITAL	130,25	70,30	81,68	88,20	83,60	29,38	45,67	10,50	14,10	553,68
99	OTROS PASIVOS	10,70	19,65	28,83	20,20	33,10	53,16	34,05	45,07	92,04	336,79
Total general		1.999,44	2.162,06	2.323,12	2.396,79	2.692,53	2.846,01	2.783,35	2.556,75	2.979,33	22.739,37

10.7. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL HTD

GRUPO	DESCRIPCION	PRESUPUESTO CODIFICADO	PRESUPUESTO PAGADO	% EJECUTADO
510000	GASTOS EN PERSONAL	16,081,955.98	16,081,955.98	100.00
530000	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	6,016,169.47	5,379,589.42	100.00
570000	OTROS GASTOS CORRIENTES	70,806.18	70,806.18	100.00
580000	TRANSFERENCIAS Y DONACIONES CORRIENTES	700,638.84	700,638.84	100.00
710000	EGRESOS EN PERSONAL PARA INVERSION	1,094,471.02	1,094,471.02	100.00
730000	BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSION	11,800.86	11,072.13	93.82
750000	OBRAS PUBLICAS	1,284,670.49	1,284,670.49	100.00
840000	BIENES DE LARGA DURACION	1,015,645.82	500,651.25	99.51
990000	OTROS PASIVOS	26,467.51	26,355.32	99.58
	TOTAL	26,302,654.17	25,150,210.63	99.98

10.8. FORMATO DE ENTREVISTA



ENTREVISTA A DIRIGIDA A PERSONAL DE CLÍNICA Y NUTRICIÓN DEL HTD

OBJETIVO DE LA ENTREVISTA: Determinar la percepción del personal del HTD con respecto al proceso de atención nutricional de la institución.

CONFIDENCIALIDAD: La información recabada durante esta entrevista es confidencial y de uso único para fines académicos.

INSTRUCCIONES: A continuación, se realizarán un conjunto de preguntas relacionadas con el proceso de atención nutricional, para lo cual no existen respuestas correctas o incorrectas, sino tan solo su punto de vista personal.

DURACIÓN: El tiempo de duración de la entrevista es de a 10 a 20 minutos.

Dirección donde se realizó la encuesta: _____

Fecha (DD/MM/AAAA): _____ Hora (formato 24 horas): _____

Nombre del encuestador: _____

Esta entrevista es realizada por Bessy Fernández Santos, Nutricionista, estudiante de postgrado en Maestría en Gerencia Hospitalaria de la Escuela de Superior Politécnica de Administración de Empresas (ESPAE) Promoción 11, quien como parte del proceso de graduación realiza un diagnóstico de la gestión de la nutrición en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

Con la finalidad de determinar la percepción del personal del HTD con respecto al proceso de atención nutricional de la institución se diseñó una breve entrevista para conocer su opinión acerca del tema y poder continuar con la generación de posibles alternativas de mejora.

1. DATA GENERAL SOBRE LOS EXPERTOS

1. ¿Cuáles son sus nombres y apellidos? _____
2. ¿Cuál es su título profesional? _____
3. ¿En qué área del HTD trabaja en la actualidad y que cargo ocupa? _____
4. ¿Tiene experiencia en la rama de Alimentación y/o Nutrición? _____
5. ¿Cuánto tiempo tiene laborando en el HTD? _____
6. En su experiencia, ¿cree necesaria la intervención nutricional del paciente hospitalizado y ambulatorio? _____
7. Explique el porqué de su respuesta _____
8. ¿Cree que el personal que se encuentra actualmente en el área de nutrición puede cubrir las necesidades del Hospital? _____
9. ¿Cuál sería su recomendación para mejorar el proceso de atención nutricional? _____

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Autora: Bessy Fernández S.

10.9. FORMATO DE TAMIZAJE NUTRICIONAL

Screening inicial		sí	no
1	IMC <20,5		
2	El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses		
3	El paciente ha disminuido su ingesta en la última semana		
4	Está el paciente gravemente enfermo		

Si la respuesta es afirmativa en alguno de los 4 apartados, realice el screening final (tabla 2).
Si la respuesta es negativa en los 4 apartados, reevalúe al paciente semanalmente. En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención de cirugía mayor, valorar la posibilidad de soporte nutricional perioperatorio para evitar el riesgo de malnutrición

FIGURA 3. NRS 2002. CRIBADO INICIAL.

NRS: Nutritional Risk Screening. Adaptado de Kondrup; Clin Nutr 2003, 22(4): 415-421.

ESTADO NUTRICIONAL		SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD (incrementa requerimientos)	
NORMAL Puntuación: 0	Normal	Ausente Puntuación: 0	Requerimientos nutricionales normales
DESNUTRICIÓN LEVE Puntuación: 1	Pérdida de peso >5% en los últimos 3 meses o ingesta inferior al 50-75% en la última semana	Leve Puntuación: 1	Fractura de cadera, pacientes crónicos, complicaciones agudas de cirrosis, EPOC, hemodiálisis, diabetes, enfermos oncológicos
DESNUTRICIÓN MODERADO Puntuación: 2	Pérdida de peso >5% en los últimos 2 meses o IMC 18,5-20,5 + estado general deteriorado o ingesta entre el 25%-60% de los requerimientos en la última semana	Moderada Puntuación: 2	Cirugía mayor abdominal AVC, neumonía severa y tumores hematológicos
DESNUTRICIÓN GRAVE Puntuación: 3	Pérdida de peso mayor del 5% en un mes (>15% en 3 meses) o IMC <18-5 + estado general deteriorado o ingesta de 0-25% de los requerimientos normales la semana previa	Grave Puntuación: 3	Traumatismo craneoencefálico, trasplante medular, Pacientes en cuidados intensivos (APACHE>10).
Puntuación: +		Puntuación: = Puntuación total:	
Edad si el paciente es > 70 años sumar 1 a la puntuación obtenida = puntuación ajustada por la edad			
Si la puntuación es ≥3 el paciente está en riesgo de malnutrición y es necesario iniciar soporte nutricional.			
Si la puntuación es <3 es necesario reevaluar semanalmente. Si el paciente va a ser sometido a cirugía mayor, iniciar soporte nutricional perioperatorio.			

NOTA: Prototipos para clasificar la severidad de la enfermedad:

- Puntuación 1: Paciente con enfermedad crónica ingresado en el hospital debido a complicaciones. El paciente está débil pero no encamado. Los requerimientos proteicos están incrementados, pero pueden ser cubiertos mediante la dieta oral o suplementos.
- Puntuación 2: Paciente encamado debido a la enfermedad, por ejemplo, cirugía mayor abdominal. Los requerimientos proteicos están incrementados notablemente pero pueden ser cubiertos, aunque la nutrición artificial se requiere en muchos casos.
- Puntuación 3: Pacientes en cuidados intensivos, con ventilación mecánica, etc. Los requerimientos proteicos están incrementados y no pueden ser cubiertos a pesar del uso de nutrición artificial. El catabolismo proteico y las pérdidas de nitrógeno pueden ser atenuadas de forma significativa.

Kondrup J et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002); Clin Nutr, 2003.

FIGURA 4. NRS 2002. CRIBADO FINAL.

NRS: Nutritional Risk Screening. Adaptado de Kondrup; Clin Nutr 2003, 22(4): 415-421.