

**UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA DE CIENCIAS EMPRESARIALES
(UCEM)**



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Tesis monográfica para optar a título de Licenciada en Nutrición y dietética

Análisis del Proceso de Atención Nutricional brindado a pacientes geriátricos de 60 a 90 años post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, en el periodo de enero a julio del 2025, para el diseño de una guía de atención nutricional enfocada en cuidados paliativos nutricionales post ACV.

Autores

Ixtza Camila López Castillo

Loanny Rashell Ponza Madrigal

Asesor Científico y metodológico

Msc. Sandra Guadalupe Alvarado Cervantes

16 de enero del 2026

Managua, Nicaragua

CARTA AVAL DEL TUTOR

En cumplimiento de los Artículo 36 y 38 del Capítulo XI Funciones del Tutor del REGLAMENTO DE CULMINACIÓN DE ESTUDIOS MEDIANTE DEFENSA DE MONOGRAFÍA, aprobado por el Consejo Universitario en resolución del 28 de mayo del 2019, que dice:

Artículo 36: “El tutor es el responsable directo de asesorar, guiar y orientar al estudiante en la metodología y áreas del conocimiento de acuerdo a la temática del trabajo monográfico” y Artículo 38: “En la valoración del trabajo monográfico, el tutor considerará los siguientes aspectos: a) correspondencia de los trabajos con el tema, objetivos y contenidos; b) Cumplimiento del plan de trabajo; c) aplicación de competencias desarrolladas; d) iniciativa, originalidad y nivel de preparación del documento; e) solida fundamentación teórica y f) nivel de aplicabilidad”

El suscrito asesor de Monografía hace constar que los bachilleres: **Ixtza Camila López Castillo**, Carné No. 2020010040228, y **Loanny Rashell Ponza Madrigal**, Carné No. 2021010040325, han culminado satisfactoriamente su Monografía con el tema **“Análisis del Proceso de Atención Nutricional brindado a pacientes geriátricos de 60 a 90 años post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, en el periodo de enero a junio del 2025, para el diseño una guía de atención nutricional enfocada en cuidados paliativos nutricionales post ACV”**, cumpliendo con los criterios de coherencia metodológica, rigor técnico y de calidad científica requeridos para su defensa tras una revisión minuciosa de su contenido, incluyendo la incorporación de observaciones del tutor científico y metodológico.

Dado en la ciudad de Managua, a los (x) días de (x) del dos mil veinticinco.

Msc. Sandra Guadalupe Alvarado Cervantes
Tutor científico y metodológico

Dedicatoria

Dedico esta tesis primeramente a Dios, ya que gracias él he podido finalizar mi carrera, a mi amada abuela Martha del Socorro Espinoza Flores, su bendición, sus consejos sabios y enseñanzas permanecerán conmigo toda la vida y me llevarán por el camino del bien, a mi madre Jazmina del Carmen Castillo Espinoza por todo su esfuerzo, sacrificio, su apoyo, paciencia, sus cuidados y su amor incondicional a lo largo de toda mi vida y a mi pareja Mario Bustamante por su compañía y palabras de aliento cada día.

Ixtza Camila López Castillo

Dedico este trabajo, en primer lugar, a mi padre Melvyn Enrique Ponza Medina y a mi madre Ligia Danelia Madrigal Obando, por el esfuerzo y trabajo que realizan día a día para que pudiera estudiar y perseguir mi carrera profesional, por sus consejos, sus palabras de aliento en los momentos difíciles, por creer en mí y por iluminar mi camino para seguir adelante. De igual manera, me dedico este logro a mí misma, por el esfuerzo y la constancia que me permitieron seguir adelante y culminar esta etapa de mi formación profesional.

Loanny Rashell Ponza Madrigal

Agradecimiento

Agradecemos primeramente a Dios, por brindarnos la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar este proceso académico, a nuestras familias, por el apoyo constante, la comprensión y el acompañamiento brindado a lo largo del desarrollo de esta investigación. De manera especial, agradecemos a nuestra tutora Msc. Sandra Guadalupe Alvarado Cervantes, por su inmensa paciencia, su acertada guía y por compartir sus conocimientos durante todo este proceso, su exigencia fue fundamental para la culminación de este trabajo. Al hospital, por abrirnos las puertas y permitirnos la realización de esta investigación, así como a los participantes del estudio, por su confianza, disposición y valiosa colaboración. Finalmente, nos agradecemos mutuamente como equipo, por el esfuerzo compartido, la lealtad y por no rendirnos hasta ver esta meta cumplida.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar el proceso de atención nutricional (P.A.N.) en pacientes geriátricos post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, mediante análisis documental, estudio de casos activos y percepción del personal de salud, con el fin de diseñar una guía de atención nutricional enfocada en cuidados paliativos post ACV. Se optó por una metodología mixta con predominancia cuantitativa, bajo un diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC), permitiendo integrar datos estadísticos y cualitativos. Desde la perspectiva cuantitativa, se realizó un estudio descriptivo y transversal, utilizando una muestra censal de 42 expedientes clínicos, complementado con encuestas al personal de salud. En la dimensión cualitativa, se empleó la teoría fundamentada para analizar entrevistas semiestructuradas dirigidas a familiares, cuidadores y profesionales involucrados en la atención, así como la revisión documental de guías, normativas y valoración de pacientes con casos activos.

Los resultados mostraron oportunidades de mejora en la aplicación del P.A.N., evidenciándose que en el 83.3% de los casos no se registró valoración nutricional inicial y en el 100% no se documentó seguimiento nutricional. Estas situaciones se relacionaron principalmente con limitaciones en el conocimiento y la apropiación del protocolo por parte del personal de salud. Este contexto influyó en la recuperación funcional de los pacientes y generó desafíos adicionales para los cuidadores. Como respuesta, se desarrolló una guía clínica nutricional para cuidados paliativos post-ACV, orientada tanto a profesionales como a familiares, con el propósito de fortalecer el soporte alimentario y favorecer la calidad de vida en los entornos hospitalarios y domiciliarios.

Palabras clave: Accidente Cerebrovascular, Cuidados Paliativos, Proceso de Atención Nutricional, Guía Clínica Nutricional

Tabla de contenido

1.	Introducción	1
1.1.	Antecedentes y contexto del problema	2
1.2.	Objetivos	4
1.4.	Justificación	6
1.5.	Limitaciones	8
1.6.	Variables	10
1.7.	Categorías, temas y patrones emergentes de la investigación	10
1.8.	Hipótesis / Supuestos básicos	12
1.9.	Contexto de la investigación	14
2.	Marco teórico	16
2.1.	Estado del arte.....	16
2.1.1.	Antecedentes Internacionales	16
2.1.2.	Nacionales	19
2.1.3.	Brecha de conocimiento	19
2.2.	Teorías y conceptos asumidos.....	21
2.2.1.	Definición y etapas del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.)	21
2.2.2.	Aplicación específica del P.A.N en pacientes geriátricos post-ACV	22
2.3.	Envejecimiento y necesidades nutricionales en geriatría	25
2.3.1.	Cambios fisiológicos y metabólicos asociados a la edad avanzada	25
2.3.2.	Requerimientos nutricionales en adultos mayores de 60 a 90 años	26
2.4.	Accidentes cerebrovasculares (ACV) y repercusiones nutricionales	27
2.4.1.	Definición de ACV y tipos	27
2.4.2.	Impacto del ACV en la deglución, metabolismo, y estado nutricional	28
2.5.	Cuidados paliativos y nutrición.....	30
2.5.1.	Concepto de cuidados paliativos y objetivos terapéuticos	30
2.5.2.	Rol de la nutrición en la mejora de la calidad de vida y bienestar del paciente paliativo	30
2.6.	Teoría del cuidado integral del paciente geriátrico	31

2.6.1.	Enfoque gerontológico y paliativo	32
2.6.2.	Enfoque multidisciplinario: integración de diferentes disciplinas en la atención	32
3.	Diseño metodológico	34
3.1.	Tipo de diseño mixto	34
3.2.	Perspectiva cuantitativa.....	34
3.2.1.	Tipo de investigación.....	34
3.2.2.	Población y selección de la muestra.....	35
3.2.3.	Operacionalización de variables	36
3.2.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
3.2.5.	Validez de los instrumentos	41
3.2.6.	Procedimiento para el procesamiento de datos y análisis de la información	41
3.3.	Perspectiva cualitativa	42
3.3.1.	Enfoque cualitativo asumido y su justificación	42
3.3.2.	Muestra teórica y sujetos de estudio	43
3.3.3.	Métodos y técnicas de recolección de datos.....	44
3.3.4.	Métodos y técnicas para el procesamiento de datos.....	48
3.3.5.	Criterios de calidad: credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad, transferibilidad y triangulación.	49
4.	Resultados.....	51
4.1.	Resultados de la perspectiva cuantitativa	51
4.2.	Resultados de la perspectiva cualitativa.....	59
4.3.	Discusión de resultados	71
5.	Conclusiones	75
6.	Recomendaciones	76
7.	Referencias bibliográficas.....	77
8.	Anexos	86
	Anexo. 1. Propuesta de “Guía de práctica Clínica para aplicación del PAN en pacientes geriátricos Post ACV”	86

Anexo 2. Formulario utilizado para la revisión de expedientes clínicos	145
Anexo 3. Historia clínica nutricional utilizada para la evaluación de casos activos.....	147
Anexo 4. Cribados utilizados para la evaluación de casos activos.....	151
Anexo 5. Entrevista hospitalaria dirigida la familiares o cuidadores.....	156
Anexo 6. Consentimiento informado para la entrevista al familiar o cuidador	157
Anexo 7. Entrevista post alta dirigido a familiares o cuidadores	158
Anexo 8. Encuesta personal de salud de medicina interna.....	159
Anexo 9. Entrevista personal de salud de medicina interna.....	148
Anexo 9. Consentimiento informado para entrevista al personal de salud.....	149
Anexo 10. Guía de cuidados post ACV entregada a paciente de caso activo post alta	150
Anexo 11. Validación de instrumentos por juicio de expertos	154

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo del Proceso de Atención Nutricional	21
Figura 2. Diagnóstico médico de ACV registrado en los expedientes	51
Figura 3. Incidencia de reingreso hospitalario.....	52
Figura 4. Prevalencia de mortalidad según sexo.....	52
Figura 5. Conocimientos del personal de salud sobre las etapas del P.A.N.	55
Figura 6. Frecuencia de capacitación del personal sobre el P.A.N	55
Figura 7. Aplicación del P.A.N. o alguna de sus etapas en la atención a pacientes	56
Figura 8. Registro de las intervenciones o valoraciones nutricionales en el expediente clínico por parte del personal de salud	57
Figura 9. Herramientas que utiliza el personal de salud para la valoración nutricional de los pacientes geriátricos post ACV.....	58
Figura 10. Personal que realiza la valoración nutricional en pacientes geriátricos post ACV.....	58

Índice de Tablas

Tabla 1. Categorías, temas y patrones emergentes de la investigación.....	10
Tabla 2. Operacionalización de Variables.....	36
Tabla 3. Matriz de categoría y temas para entrevistas del personal	45
Tabla 4. Matriz de categorías y temas para entrevistas de los familiares y cuidadores	47
Tabla 5. Prevalencia de ACV según sexo	51
Tabla 6. Prevalencia de comorbilidades en pacientes geriátricos post ACV	53
Tabla 7. Verificación de aplicación del P.A.N. en 42 expedientes.....	54
Tabla 8. Familiarización del personal de salud con el principio de adecuación del soporte nutricional según el estado del paciente.....	56
Tabla 9. Resultados de la aplicación de Cribado a casos activos	59
Tabla 10. Resultado de la Anamnesis Clínica Nutricional	60
Tabla 11. Matriz de categorización para el análisis de entrevistas al cuidador durante la estancia hospitalaria y posterior a la hospitalización.....	62
Tabla 12. Diagnóstico en formato PESS de los casos activos en el período	66
Tabla 13. Matriz de categorización de entrevistas al personal de salud.....	67

1. Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) también conocido como ictus, es una enfermedad que puede llegar a afectar gravemente el cuerpo y dejar secuelas permanentes físicas o neurológicas. Ocurre cuando el flujo sanguíneo cerebral es bloqueado o por un sangrado repentino en el cerebro. Entre los trastornos no transmisibles (ENT), el ACV sigue siendo una problemática creciente, en los últimos años se ha incrementado de manera sustancial el número de casos de ACV a nivel mundial, lo que implica un mayor reto para el personal de salud, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

En Nicaragua, el aumento escalonado de casos de accidente cerebrovascular en personas mayores a 60 años establece un desafío significativo para el sistema de salud, debido a las secuelas neurológicas, funcionales y nutricionales que afectan la calidad de vida de los pacientes. En este contexto, la atención nutricional adquiere un papel fundamental en la recuperación y en el manejo integral del paciente geriátrico post-ACV, tanto en fases agudas como en etapas avanzadas de la enfermedad. La intervención nutricional oportuna y adecuada puede contribuir a prevenir la desnutrición, reducir el riesgo de infecciones, favorecer la cicatrización de tejidos, mantener la funcionalidad y mejorar el pronóstico clínico. Sin embargo, en pacientes que presentan un deterioro severo, discapacidad irreversible o enfermedades terminales, la atención nutricional debe orientarse bajo un enfoque paliativo, priorizando el confort, la dignidad y el bienestar del paciente más allá de la prolongación de la vida.

Ante esta realidad, se hace necesario valorar el proceso de atención nutricional brindado a pacientes geriátricos de 60 a 90 años post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, durante el periodo de enero a junio del año 2025. Esta valoración permitirá identificar fortalezas, debilidades y áreas de mejora, con el objetivo de diseñar una guía de atención nutricional enfocada en cuidados paliativos, que sirva como herramienta de apoyo clínico para los profesionales de la salud.

1.1. Antecedentes y contexto del problema

El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en personas mayores de 60 años a nivel mundial. En pacientes geriátricos, las secuelas neurológicas suelen ser severas y permanentes, lo que limita significativamente su capacidad funcional, incluyendo la alimentación autónoma. Según la Organización Mundial, actualmente alrededor de 15 millones de personas en todo el mundo sufren un accidente cerebrovascular. De ellas 5 millones fallecen y otros 5 millones quedan con discapacidad permanente, lo que supone una carga para la familia, la comunidad y los sistemas de salud público y privado a nivel mundial, se estima que hasta 2030, el ACV seguirá siendo la segunda causa de muerte en el mundo, con un 12,2% de las muertes previstas para ese año, y sin perspectivas de mejora (1).

En muchos casos, estos pacientes requieren cuidados paliativos, en los cuales el objetivo ya no es la recuperación total, sino el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida. La nutrición juega un papel crucial, sin embargo, en la práctica clínica, el abordaje nutricional en pacientes geriátricos post-ACV en etapa paliativa muchas veces se ve limitado por la falta de protocolos claros, recursos adecuados o la escasa formación del personal en cuidados paliativos nutricionales.

En Nicaragua las enfermedades cerebrovasculares son la séptima causa de fallecimiento a nivel nacional, según el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), en el año 2024, hubo un total de 1382 defunciones, con una tasa de mortalidad de dos personas por cada 10,000 habitantes, lo que supone una cifra considerable de muertes en el territorio (2).

A nivel gubernamental, en mayo de 2010 se publicó la Normativa 039 sobre normas y protocolos para los cuidados paliativos. No obstante, dicha normativa no tiene por objetivo la atención de pacientes geriátricos. En los apartados relacionados con alimentación y nutrición, su contenido resulta limitado y de carácter general, lo que podría afectar la calidad de la atención multidisciplinaria brindada a esta población e incidir de manera directa en su salud y bienestar, potencialmente agravando los síntomas y la evolución de la enfermedad.

Esta brecha en la normativa nacional probablemente influye en que, a nivel institucional, en el Hospital SERMESA Bolonia tampoco se cuente con una guía específica para el abordaje nutricional de pacientes geriátricos post-ACV, especialmente de aquellos que presentan secuelas neurológicas y motoras.

A partir de la revisión preliminar de los protocolos del servicio, la práctica clínica observada y los manuales de procedimientos del hospital, se constató que la orientación brindada a los familiares es, en general, limitada y de carácter amplio. Esta situación puede dificultar la continuidad del cuidado nutricional tras el alta y reducir la efectividad del soporte proporcionado durante la hospitalización.

Ante esta problemática surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características, vacíos y oportunidades del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) actual para pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos en el Hospital SERMESA Bolonia, que sirvan como fundamento para el diseño de una guía de atención nutricional específica?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Analizar el Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) en pacientes geriátricos post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, mediante análisis documental, estudio de casos activos y percepción del personal de salud, para el diseño de una guía de atención nutricional enfocada en cuidados paliativos post ACV.

Objetivos específicos

- Describir las características clínicas de los pacientes geriátricos post-ACV atendidos en el Hospital SERMESA Bolonia durante el periodo de estudio.
- Verificar la incorporación de los elementos del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) en los expedientes clínicos de pacientes geriátricos post- ACV del Hospital SERMESA Bolonia.
- Describir los conocimientos y prácticas del personal de salud (nutricionistas, médicos y personal de enfermería) respecto a la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV.
- Explorar las necesidades y dificultades nutricionales de los pacientes activos a través de valoración nutricional y entrevista con sus cuidadores en el área de medicina interna durante el periodo de estudio.
- Generar lineamientos técnicos preliminares que sustenten el diseño de una guía clínica de atención nutricional para pacientes geriátricos post-ACV enfocada en cuidados paliativos.

1.3. Preguntas de sistematización

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes geriátricos post-ACV atendidos en el Hospital SERMESA Bolonia durante el periodo de estudio?

¿Cuáles son los elementos del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) que se encuentran registrados en los expedientes clínicos de pacientes geriátricos post- ACV del Hospital SERMESA Bolonia?

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas del personal de salud (nutricionistas, médicos y personal de enfermería) respecto a la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV?

¿Cuáles son las necesidades de pacientes activos en el área de medicina interna durante el periodo de estudio, triangulando la información obtenida de su valoración nutricional con los registros clínicos y las percepciones de los cuidadores de los pacientes y del personal de salud?

¿Qué lineamientos técnicos sustentan el diseño de una guía clínica de atención nutricional para pacientes geriátricos post-ACV enfocada en cuidados paliativos?

1.4. Justificación

Actualmente en Nicaragua, existe una amplia brecha de conocimiento que limita la disponibilidad de protocolos o guías específicas y actualizadas que orienten al personal de salud en el abordaje adecuado el soporte nutricional en pacientes geriátricos post-ACV o en fase paliativa. La ausencia de lineamientos claros puede derivar en prácticas asistenciales inconsistentes, subalimentación o intervenciones innecesarias que generan incomodidad o sufrimiento al paciente, retrasando su proceso de recuperación y aumentando el riesgo de complicaciones. Por ello, resulta fundamental promover investigaciones actualizadas que aborden esta problemática y contribuyan a mejorar la atención nutricional en este contexto.

Este estudio es relevante ya que sigue la línea de investigación de salud pública de la Universidad Centroamericana de Ciencias Empresariales (UCEM), la cual orienta las investigaciones hacia la prevención, protección y promoción de la salud integral desde la perspectiva nutricional, considerando los determinantes sociales, culturales, económicos y ambientales que influyen en el estado nutricional de la población. Esta línea fortalece el rol del profesional en Nutrición como agente de cambio social, comprometido con la seguridad alimentaria nacional y la promoción de entornos alimentarios saludables, contribuyendo al bienestar de la persona, la familia y la comunidad.

De igual manera la investigación es trascendente desde el punto de vista teórico-práctico, ya que los conocimientos generados a partir de la valoración del P.A.N. en cuidados en pacientes geriátricos después de sufrir un accidente cerebrovascular, permitirá tomar de decisiones y proponer estrategias que contribuyan a la solución del problema a través del diseño de una guía de atención nutricional dirigida al personal de salud teniendo beneficios tanto para los pacientes como para el hospital.

En el caso de los pacientes, contar con una atención nutricional fundamentada en evidencia puede hacer una gran diferencia en su estado funcional, ayudar a prevenir complicaciones por desnutrición y ofrecer una atención más completa y digna, sin importar en qué etapa se encuentren de su enfermedad. Para el hospital, una guía

práctica ayudará a estandarizar las intervenciones, optimizar los recursos y elevar la calidad del cuidado que se ofrece.

Debido a que esta población suele pasar por cambios a nivel físico, social, psicológico y nutricional, están predispuestos a desarrollar desnutrición, sarcopenia, alteraciones en la deglución y disminución del apetito, lo que compromete su calidad de vida y pronóstico clínico. La viabilidad del estudio se sustenta en que el diseño metodológico propuesto permitirá recolectar información relevante y contextualizada, lo cual facilitará el desarrollo de una guía ajustada a las necesidades reales del entorno hospitalario.

1.5. Limitaciones

Durante la realización de esta investigación, surgieron diversas limitantes que dificultaron el proceso de análisis. A continuación, se detallan clasificadas según su naturaleza.

Limitaciones Metodológicas

Tamaño de la muestra de casos activos limitada: Una de las principales limitaciones metodológicas estuvo relacionada con el reducido número de pacientes activos en el área de Medicina Interna. Al tratarse de personas geriátricas con diagnóstico de accidente cerebrovascular (una población pequeña y altamente vulnerable) muchos presentaban deterioro cognitivo, dificultades en la comunicación o incapacidad para responder por sí mismos. Esta condición requirió obtener información por medio de cuidadores o familiares, lo que pudo introducir sesgos de interpretación o elementos de subjetividad en las respuestas, especialmente en las entrevistas y valoraciones de carácter cualitativo.

El seguimiento de los casos activos mediante entrevistas post alta representó un desafío, ya que algunos participantes optaron por retirarse del proyecto y, en otros casos, se evidenció cierto nivel de desconfianza al momento de proporcionar información sobre la evolución del estado de salud de su familiar.

Por otra parte, la falta de registros clínicos detallados o estandarizados sobre el estado nutricional de los pacientes, limitó el análisis documental y la comparación de casos. En Nicaragua, muchos hospitales no cuentan con registros específicos sobre evaluaciones nutricionales sistemáticas, lo que representa una barrera metodológica.

Otra limitante identificada fue el posible sesgo de información durante la evaluación del conocimiento sobre el Proceso de Atención Nutricia (P.A.N.). Es probable que el personal de salud aplique empíricamente ciertas etapas del método sin estar familiarizado con la terminología técnica o su estructura formal, lo que podría haber influido en los resultados de las encuestas

Limitaciones de recursos

Asimismo, el corto período del estudio (enero a junio de 2025) dificultó la recolección de una muestra más amplia. Otra limitación relevante es la disponibilidad del personal de salud para participar activamente en entrevistas o encuestas. Dado que el personal del Hospital SERMESA Bolonia suele estar involucrado en múltiples tareas y turnos extensos, puede ser difícil lograr una participación amplia y profunda, lo que podría afectar la riqueza de los datos obtenidos sobre prácticas y percepciones en torno al cuidado nutricional.

Limitaciones contextuales

La ausencia de estudios nacionales previos con un tamaño muestral suficiente en esta temática genera una brecha importante de conocimiento, dado que la mayoría de los antecedentes disponibles provienen de investigaciones realizadas en otros países, con contextos asistenciales y poblacionales distintos. Asimismo, el estudio se llevó a cabo en un único centro hospitalario de carácter privado, por lo que sus resultados podrían no representar plenamente la realidad de hospitales públicos o rurales del país, donde los recursos, los protocolos de atención y las capacidades del personal pueden variar significativamente.

No obstante, estas limitaciones, se espera que el presente estudio aporte insumos valiosos y contextualizados para el diseño de una guía práctica de atención nutricional, con posibilidad de adaptación dentro de la unidad de salud en la que se desarrolló la investigación.

1.6. Variables

Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.)

Modelo estandarizado, sistemático y centrado en el paciente, conformado por cuatro etapas: Valoración, diagnóstico, intervención y monitoreo y seguimiento del paciente.

Conocimientos y prácticas del personal de salud

Nivel de comprensión teórica y dominio conceptual que poseen los profesionales de salud sobre el Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.), así como acciones, procedimientos y decisiones que aplican en la atención alimentaria y nutricional de pacientes geriátricos post-ACV en contexto de cuidados paliativos.

Exploración de casos activos

Pacientes activos que cumplan con los criterios de inclusión, que se presenten en hospitalización durante el período de estudio.

1.7. Categorías, temas y patrones emergentes de la investigación

Tabla 1. Categorías, temas y patrones emergentes de la investigación

Categoría principal	Tema/Subcategoría	Patrones emergentes
1. Enfoques institucionales de atención paliativa	Protocolo o lineamientos institucionales de atención nutricional en contexto paliativo	Enfoque reactivo vs. proactivo sistémico Existe un patrón de atención reactiva donde la intervención nutricional (incluyendo la valoración clínica y la indicación de suplementos) no es una parte integral o sistemática del cuidado, sino que depende de una solicitud específica o de un reporte al médico tratante
	Rol del profesional dentro del enfoque institucional	
2. Trabajo en equipo y abordaje interdisciplinario	Participación de distintas disciplinas en la atención	
	Coordinación y comunicación entre disciplinas	
3. Intervenciones nutricionales específicas	Tipos de soporte nutricional brindado según condiciones del paciente	

4. Educación y apoyo a cuidadores/familiares	Capacitación u orientación alimentaria brindada al cuidador	Disparidad en la gestión del seguimiento post-alta Aunque el nutricionista y los médicos internistas son responsables de la orientación, el seguimiento nutricional post-alta es gestionado de manera inconsistente (a veces por el nutricionista, a veces por los médicos, o queda condicionado a que el familiar del paciente solicite la cita en consulta externa).
5. Continuidad del cuidado nutricional	Seguimiento posterior al alta y responsables del mismo	
6. Barreras para una atención nutricional adecuada	Factores estructurales, organizativos, formativos o actitudinales que dificultan el cuidado nutricional	Multifactorialidad de las barreras Las dificultades para una atención adecuada son el resultado de la convergencia de factores estructurales internos (poca variedad de alimentos, recursos limitados de la cocina, bajo presupuesto) y factores externos dependientes del familiar/cuidador (falta de asistencia a seguimientos, no aplicación de orientaciones, factor económico y distancia al hospital)
7. Propuestas de mejora y diseño de guía clínica	Sugerencias prácticas del personal de salud para mejorar el proceso de atención	Búsqueda de Estandarización a Través de Guías Prácticas Hay un patrón de consenso entre el personal de salud respecto a que la solución principal reside en la formalización de procesos y la creación de herramientas.
	Recomendaciones sobre contenidos clave para la guía clínica nutricional	
8. Orientación Nutricional	Recepción de Información	Falla en la transferencia de conocimiento y necesidad de protocolos escritos estandarizados.
	Claridad y Suficiencia	
	Formato de Entrega	
	Efectividad y Aplicación	

9. Impacto en el Cuidador	Desgaste Físico y Emocional	Desgaste crónico y descuido de la diada cuidador-paciente.
	Impacto en la Vida Diaria	
10. Red de Apoyo y Recursos	Apoyo Social y Familiar	Ausencia de vínculo de continuidad institucional
	Conocimiento de Recursos Comunitarios	
11. Necesidades y quejas	Necesidades Hospitalarias	Abandono Post-Alta Especializado
	Necesidades Post-Alta	

1.8. Hipótesis / Supuestos básicos

Hipótesis de investigación

H1: Los expedientes clínicos de pacientes geriátricos post-ACV del Hospital SERMESA Bolonia no incorporan de manera completa los elementos del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N).

H2: El personal de salud del Hospital SERMESA Bolonia presenta conocimientos y prácticas heterogéneos respecto a la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV.

Supuestos básicos del estudio

- Se asume que el personal de salud involucrado en la atención de pacientes geriátricos post-ACV posee conocimientos previos sobre cuidados nutricionales básicos y sobre la importancia del soporte nutricional en esta población. Este supuesto parte de la idea de que el personal ha adquirido habilidades y saberes a través de su formación y experiencia clínica, aunque estos puedan variar en profundidad y actualización.
- Se supone que las prácticas clínicas realizadas por el personal de salud en torno a la atención nutricional pueden ser descritas y analizadas a partir de su propia percepción y del registro de sus actividades, reflejando tanto las fortalezas como las limitaciones del proceso actual. Este supuesto reconoce que las prácticas profesionales están influenciadas por la carga laboral, recursos disponibles, protocolos institucionales y el nivel de capacitación, factores que pueden emerger claramente a través de las técnicas de recopilación de datos aplicadas.

- Se asume que las necesidades y dificultades nutricionales de los pacientes geriátricos post-ACV pueden ser identificadas con claridad mediante la aplicación del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.), utilizando sus herramientas de valoración y diagnóstico en los casos activos atendidos en el área de medicina interna. Se parte de la premisa de que el P.A.N. permite revelar patrones consistentes de riesgo nutricional, complicaciones clínicas y limitaciones funcionales propias de esta población.
- Se supone que los cuidadores de los pacientes aportan información esencial sobre las prácticas de alimentación, dificultades cotidianas y barreras para el cuidado nutricional, la cual complementa la valoración clínica y permite comprender el proceso de atención desde un enfoque integral. La experiencia del cuidador se considera una fuente válida y relevante para identificar necesidades reales del paciente en su entorno hospitalario y domiciliario.
- Se parte del supuesto de que la revisión de guías, documentos institucionales y prácticas actuales del personal de salud ofrece información necesaria para analizar el funcionamiento del proceso de atención nutricional. Se considera que el análisis documental y las percepciones del personal permiten detectar vacíos, inconsistencias o áreas de mejora en la atención nutricional brindada a pacientes post-ACV.
- Se asume que la integración de los hallazgos cualitativos y documentales permitirá generar lineamientos técnicos preliminares sólidos que fundamenten el diseño de una guía clínica de atención nutricional enfocada en cuidados paliativos. Este supuesto reconoce que la combinación de evidencia empírica, experiencia profesional y análisis contextual es esencial para la construcción de una guía aplicable y pertinente.
- Se supone que las necesidades nutricionales identificadas en los casos activos son representativas del perfil general de los pacientes geriátricos post-ACV atendidos en el hospital, lo que permite que los resultados del estudio sean útiles para orientar prácticas clínicas futuras y fortalecer el abordaje nutricional dentro del marco de cuidados paliativos.

1.9. Contexto de la investigación

El hospital SERMESA Bolonia es una institución semiprivada dedicada especialmente a la atención médica de adultos mayores jubilados y asegurados, brindando diferentes servicios de salud y especialidades médicas, comprendiendo una atención integral. Ubicado en distrito III del departamento de Managua sobre la pista principal del barrio residencial Bolonia cuenta con una posición de fácil accesibilidad para llegar por diferentes medios de transporte ya sea público o privado.

Este centro hospitalario era anteriormente conocido como el hospital privado “SUMEDICO” el cual fue adquirido en el año 2017 por el estado nicaragüense, asimismo se destaca por sus programas de docencia para estudiantes de diferentes carreras y especialidades de ciencias de la salud de distintas universidades del país.

El hospital está compuesto por un edificio principal de 4 pisos y 4 policlínicas de diferentes especialidades a su alrededor, el primer piso del edificio principal está ubicada el área de emergencia, imagenología, hospitalización pediátrica y ginecológica y el bloque quirúrgico.

En la segunda planta del hospital se encuentran los quirófanos y el área de cuidados intensivos, en el tercer piso se ubica el área de medicina interna y sala mixta. En el último piso están localizadas las áreas de docencia, recursos humanos, estadística y auditorios para actividades académicas

En este centro se encuentran ejerciendo profesionales de diferentes ramas de la salud, tales como, médicos generales, cirujanos, internistas, médicos de especialidad, enfermeros, farmacéuticos, nutricionistas, microbiólogos, psicólogos y fisioterapeutas, del mismo modo se encuentran estudiantes de diversas carreras universitarias realizando prácticas profesionales en distintas áreas del hospital.

En el área de Medicina Interna del hospital, se reciben de manera frecuente adultos mayores con múltiples comorbilidades, quienes han sufrido, sufren o presentan riesgo de desarrollar un accidente cerebrovascular (ACV). La estancia hospitalaria de estos pacientes suele prolongarse en dependencia de su condición de ingreso, su evolución, aceptación al tratamiento e intervención multidisciplinaria.

Por lo general, los pacientes acuden acompañados de familiares, cuidadores o tutores legales, quienes se encargan de velar por sus intereses, supervisar su estado de salud y brindar apoyo emocional, psicológico y físico. Estos cuidadores suelen continuar con la atención del paciente en el hogar tras el alta hospitalaria.

Un desafío frecuente es la falta de apoyo por parte del resto de la familia, de modo que la responsabilidad del cuidado recae, en muchas ocasiones, sobre una sola persona. Esta situación puede limitar la calidad del cuidado debido a factores económicos, físicos, psicológicos y de disponibilidad de tiempo del cuidador principal. En algunos casos, los pacientes no cuentan con el apoyo de familiares o cuidadores, lo que provoca que permanezcan durante su estancia hospitalaria en soledad.

Esta realidad evidencia cómo, a pesar de la infraestructura adecuada y de la disponibilidad de personal multidisciplinario en el Hospital SERMESA Bolonia, persisten desafíos importantes relacionados con la continuidad y calidad de la atención de los pacientes geriátricos post-ACV. La interacción entre la complejidad clínica de estos pacientes, la prolongada estancia hospitalaria y la dependencia del cuidado familiar resalta la necesidad de estrategias y guías específicas que orienten tanto al personal de salud como a los cuidadores en la gestión nutricional y general del paciente, garantizando así una atención integral y sostenida durante la hospitalización y en el seguimiento domiciliario.

2. Marco teórico

2.1. Estado del arte

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Para desarrollar esta investigación se realizó una rigurosa revisión bibliográfica y se constató que existe información asociada al tema en cuestión.

Un artículo titulado “cuidados paliativos en pacientes geriátricos” publicado por la revista científica mundo de la investigación y conocimiento en el años 2023, el cual tuvo por objetivo estimular la reflexión y el debate sobre la evolución de los cuidados paliativos geriátricos en los próximos años, con una metodología descriptiva y un enfoque documental, concluyó que los principales desafíos de CPG incluyen la investigación clínica en pacientes frágiles y con deterioro cognitivo, toma de decisiones de atención médica, incluida la planificación anticipada de la atención y la coordinación de la atención. En este sentido, se requiere un enfoque basado en la ética del cuidado y la sabiduría práctica para ayudar a la salud (3).

De manera similar, otro estudio de revisión descriptiva sobre “*Cuidados paliativos en Latinoamérica Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*” publicado en el año 2021 tuvo como objetivo revisar y describir el desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica basado en la educación, disponibilidad de opioides, investigación, políticas públicas e implementación de servicios. La metodología constó de una búsqueda de los artículos publicados en las bases de datos PubMed, Scopus, Ovid Medline, Lilacs, Google Scholar, y se aplicó un límite temporal de 10 años. Se seleccionaron 33 referencias bibliográficas (4).

A través de este estudio se encontró que el número de publicaciones dedicadas al desarrollo de cuidados paliativos en Latinoamérica, fue escaso. Pese a que los resultados evidenciaron un crecimiento de los cuidados paliativos, reflejado en las políticas de salud pública, educación, disponibilidad de opioides e implementación de los servicios en todos los niveles de atención, además de la investigación y creación de asociaciones regionales, persiste la inequidad entre los países. No existen políticas de salud en cuidados paliativos, en algunos casos, o no se pusieron en marcha. La

disponibilidad de servicios para brindar la atención a la población fue insuficiente y persiste la dificultad del acceso a opioides para el alivio de síntomas. No se logró el compromiso de la academia para masificar la educación de pregrado y posgrado, y la investigación no contó con apoyo y financiamiento. En conclusión, el desarrollo de los cuidados paliativos en Latinoamérica es aún escaso e irregular, por lo que es necesario seguir sensibilizando a los tomadores de decisiones de políticas públicas a nivel nacional, personal sanitario, organismos internacionales, ONG nacionales e internacionales y comunidad para lograr el crecimiento deseado (4).

Por otra parte, en el artículo científico de revisión que lleva por título *“Procesos de registro clínico y evaluación de atención nutricional”*, del año 2023, describe la importancia de la aplicación del Proceso de Cuidado Nutricional (PCN) para identificar con exactitud un problema nutricional y definir la intervención correcta para abordarlo. Además, destaca la relevancia de utilizar guías clínicas basadas en evidencia, que ayuden a identificar factores de riesgo y evitar desnutrición en los pacientes (5).

Así mismo, un artículo de revisión descriptiva publicado en 2021 que lleva por título *“Proceso de Atención Nutricional: elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética”* indaga sobre el Proceso de Atención Nutricional (P.A.N) y la Terminología Estandarizada (T.E) que proporcionan un protocolo de actuación que permite fomentar el pensamiento crítico, estructurar y documentar el cuidado dietético-nutricional basado en la evidencia científica, medir los resultados y evaluar la calidad de la atención nutricional. El objetivo fue dar a conocer a los profesionales de la Nutrición y la Dietética el P.A.N y la T.E, sus elementos básicos y su aplicación en la atención nutricional, evaluando su implementación internacional. Dentro de los resultados y conclusiones se evidenció que la implementación del P.A.N. mejora la productividad profesional, promueve y fortalece aún más las funciones del profesional de la Nutrición y la Dietética en la práctica sanitaria-comunitaria, además el P.A.N. y la T.E son reconocidos internacionalmente como herramientas necesarias para promover la atención y cuidado nutricional en clínica, salud pública e investigación nutricional (6).

En relación al anterior, otro estudio descriptivo realizado en el año 2025, con el título *“Healthcare Workers' Attitudes Toward Older Adults' Nutrition: A Descriptive Cross-*

Sectional Study in Italian Nursing Homes", evaluó las actitudes de los trabajadores de la salud hacia la nutrición de las personas mayores utilizando la versión italiana validada de la escala Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric care (SANN-G), centrándose en el personal de residencias de ancianos en el norte de Italia. Se realizó un estudio transversal con 1789 trabajadores de la salud de 41 instalaciones. La mayoría de los trabajadores de la salud eran mujeres (68,59%) y tenían entre 41 y 50 años (33,31%), y los auxiliares de enfermería representaban el 35,83%. Solo el 23,48% obtuvo una puntuación positiva en la escala SANN-G, y la mayoría mostró actitudes neutrales o negativas (7).

Los profesionales sanitarios que asistieron a un curso sobre desnutrición mostraron mayor probabilidad de mostrar actitudes positivas hacia la nutrición, en particular en la dimensión de normas, evaluación, intervención e individualización. Los profesionales sanitarios más jóvenes, con el rol de enfermeros y que asistieron a un curso sobre desnutrición, mostraron mayor probabilidad de tener actitudes positivas, mientras que los profesionales sanitarios de mayor edad y con el rol de médicos tendieron a mostrar actitudes neutrales o negativas. Conclusiones: La educación sobre la desnutrición mejora las actitudes de los profesionales sanitarios hacia la nutrición de los adultos mayores, especialmente entre los enfermeros más jóvenes. El bajo porcentaje de actitudes positivas (23,48%) subraya la necesidad de programas educativos más amplios para mejorar la calidad de la atención nutricional (7).

Desarrollo de guías clínicas de atención nutricional en geriatría

La guía "Nutrición en las personas adultas mayores: recomendaciones para el equipo de salud del primer nivel de atención" (Ministerio de Salud Pública de Uruguay) desarrollada en agosto del 2023 constituye un insumo valioso para orientar las prácticas del personal de salud. Su propósito es brindar a los profesionales sanitarios conocimientos y prácticas relacionadas a un tema central como la nutrición de las personas mayores, especialmente focalizado en el abordaje dentro del primer nivel de atención. Esta guía contiene información sobre factores de riesgo nutricional, pesquisa del riesgo nutricional, escalas e Instrumentos de cribaje para la pesquisa y valoración de riesgo nutricional (MNA, determine test, valoración global subjetiva), valoración de estado nutricional

(VEN), historia clínica y examen físico, medidas antropométricas, indicadores bioquímicos, además de aspectos específicos de la valoración nutricional en la persona mayor, necesidades y recomendaciones nutricionales (8).

Otro valioso instrumento es la guía para la valoración del estado nutricional en personas mayores, creada por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas en 2023. Esta guía fue el resultado de la experiencia en el trabajo con personas mayores de un grupo de profesionales en Nutrición, con la necesidad de revisar el proceso de evaluación nutricional en este grupo para fomentar la utilización de los distintos parámetros, que combinados potencian la formulación de un diagnóstico completo que oriente una intervención nutricional con impacto positivo en las distintas esferas de la vida de la persona. En este sentido, el compromiso es de una mirada contextual, biopsicosocial, de las personas mayores y del envejecimiento, a diferencia del campo de la geriatría, con una concepción desde el punto de vista biológico (9).

2.1.2. Nacionales

Conocimientos y prácticas del personal de salud en atención nutricional geriátrica

En las investigaciones nacionales se encontró una investigación de carácter monográfico, cuyo objetivo fue analizar el estado nutricional de los residentes del hogar para adultos mayores ‘La Providencia’, Granada en el II semestre del año 2024”. Se utilizó un diseño descriptivo con enfoque cuantitativo, con una muestra de 14 residentes. Los datos se recolectaron mediante encuestas estructuradas, observaciones directas y entrevista a la *Sor* a cargo, evaluando la adecuación de las dietas a enfermedades crónicas. Los resultados indicaron que, aunque la calidad de los alimentos es excelente, las dietas no están ajustadas a las necesidades específicas de los residentes con enfermedades crónicas. El análisis mostró una discrepancia significativa entre las necesidades nutricionales y la dieta proporcionada (10).

2.1.3. Brecha de conocimiento

La revisión de estos estudios revela un contraste significativo entre la necesidad de una atención nutricional geriátrica especializada, particularmente en el paciente post-ACV, y la realidad de su implementación. Por un lado, se reconoce la importancia de

herramientas estandarizadas del P.A.N. y existen guías clínicas que buscan ofrecer un marco de referencia; por otro lado, esta base teórica se ve afectada por desafíos como la escasez de recursos y políticas en cuidados paliativos en Latinoamérica, y por barreras humanas, evidenciadas por las actitudes neutrales o negativas del personal de salud hacia la nutrición del adulto mayor. Por lo cual, incluso en entornos con disponibilidad y acceso a alimentos, la falta de educación continua y la ausencia de individualización dietética para patologías crónicas (como se demostró en el estudio del hogar de ancianos) impiden que la atención nutricional sea efectiva, destacando que la inversión en formación del personal es la palanca crítica para cerrar la brecha entre el conocimiento técnico y la calidad asistencial.

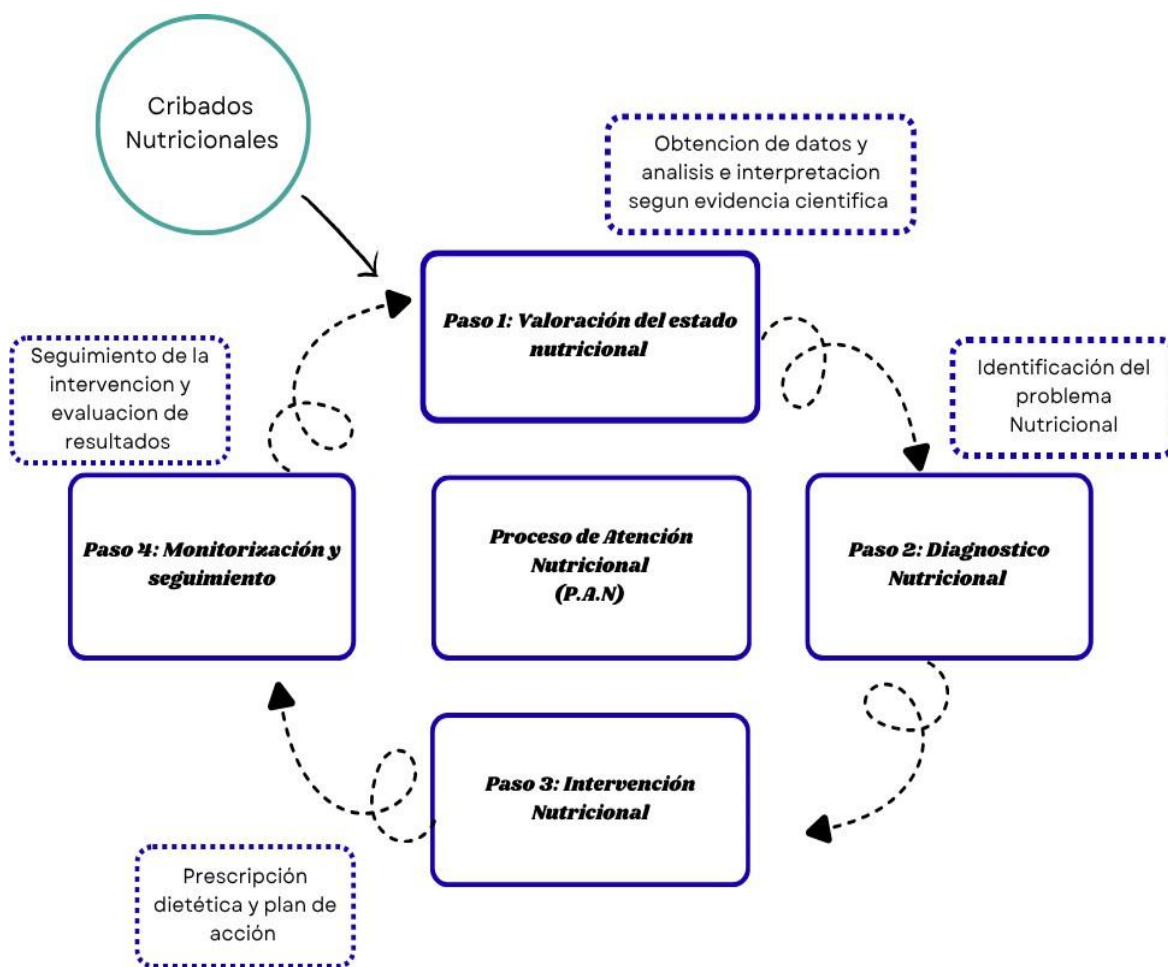
En Nicaragua, el desarrollo de los cuidados paliativos enfrenta brechas significativas en cuanto a conocimiento que limitan una atención integral y de calidad. A nivel nacional, se evidencia la falta de estandarización en la valoración nutricional para pacientes geriátricos en fase paliativa post ACV, tanto en el sector público como en el privado, y una ausencia de guías clínicas adaptadas a los contextos hospitalarios locales. Esta situación se ve potenciada por la ausencia de un marco normativo específico que regule la prestación de cuidados paliativos, lo cual representa una necesidad de ser incluido dentro de las políticas de salud pública que faciliten iniciativas puntuales y mejor control de calidad en este ámbito. Conjuntamente, el país no cuenta con asociaciones dedicadas a los cuidados paliativos e instituciones especializadas en investigación o capacitación avanzada del personal de salud en áreas críticas como el soporte nutricional. La limitada formación y coordinación del equipo interdisciplinario, junto con la escasa producción de literatura científica y publicaciones que describan el estado actual de esta disciplina, evidencian la necesidad de fortalecer la educación, la investigación y la integración de los cuidados paliativos en las políticas y estrategias de salud, promoviendo su inclusión como componente esencial del manejo integral de pacientes crónicos y geriátricos.

2.2. Teorías y conceptos asumidos

2.2.1. Definición y etapas del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.)

El P.A.N. es un método sistemático, basado y respaldado en evidencia científica, que es utilizado a nivel mundial, por los nutricionistas y dietistas ya sea en consultas privadas o en hospitales, este engloba una serie de elementos que son imprescindibles para una valoración nutricional completa y efectiva. Su utilización hace posible personalizar la atención nutricional al paciente y adaptarla a cada situación, la individualización no solamente redundo en una mejora directa en la calidad asistencial, sino en la optimización de recursos materiales y humanos (11).

Figura 1. Diagrama de flujo del Proceso de Atención Nutricional



Fuente: elaboración propia con base en el modelo propuesto por Carbajal et al.

La primera etapa es la *valoración nutricional* en la cual se recolectan y analizan datos imprescindibles poniendo en práctica diferentes métodos, tales como cribados, historia clínica, historia dietética, toma de medidas antropométricas y exámenes bioquímicos del paciente. En la segunda etapa, el *diagnostico nutricional*, se identifica y define la problemática nutricional, la etiología y los signos y síntomas a través del formato PES (Problemática-Etiología-Signos/síntomas) (11).

En la tercera etapa, *intervención nutricional*, se realiza un abordaje integral de la enfermedad y diagnóstico nutricional proporcionando una intervención nutricional adaptada las necesidades del paciente y de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible. La cuarta etapa, *monitorización y seguimiento*, es la etapa final y crucial del P.A.N. Su propósito es evaluar sistemáticamente la evolución del paciente y la efectividad de la intervención realizada. En esta fase se mide y registra el progreso hacia los objetivos nutricionales. Esto permite ajustar las acciones implementadas, asegurando que los cambios sean realistas y mantengan el rumbo (11).

La correcta aplicación del P.A.N. ofrece un cuidado continuo, adaptativo y centrado en el paciente y sus necesidades en el momento de la hospitalización.

2.2.2. Aplicación específica del P.A.N en pacientes geriátricos post-ACV

Aunque los adultos mayores son un grupo de población sumamente vulnerable y con un alto riesgo de padecer deficiencias nutricionales, lo cual es un factor de riesgo de mal pronóstico para muchas enfermedades, algunos médicos la pasan por alto y subestiman la facilidad de que estos caigan en desnutrición durante la hospitalización. En muchos casos cuando esto sucede hay poca probabilidad de recuperar peso y masa muscular.

Estudios previos han descubierto que la desnutrición se asocia con una mayor mortalidad a largo plazo en pacientes con enfermedades cardio-cerebrovasculares, incluyendo síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular isquémico agudo. La prevalencia de desnutrición después de un ACV agudo varía ampliamente, desde el 6.1% al 62% dependiendo de las características de los pacientes, los diferentes momentos y el método de evaluación. Incluso en países de altos ingresos, la prevalencia

de desnutrición al ingreso, en estos pacientes, es de aproximadamente el 9% al 20% (12).

Varios factores contribuyen al deterioro del estado nutricional durante la hospitalización: pérdida de apetito relacionada con la enfermedad, ayunos prologados para procedimientos de estudio, efectos secundarios relacionados con medicamentos, enfermedades que comprometen el funcionamiento regular del sistema digestivo y el mal manejo de la nutrición del paciente (13).

En este contexto una correcta evaluación nutricional utilizando el protocolo P.A.N. es imprescindible para la detección temprana de problemas nutricionales que permitan evitar o disminuir la prevalencia de complicaciones ligadas a desnutrición, como mayor riesgo de infección, pérdida de masa muscular, hemorragia gastrointestinal. Además, un inadecuado manejo nutricional puede prolongar la estadía hospitalaria, reducir la respuesta al tratamiento médico y aumentar tanto la tasa de Re hospitalización como el gasto en salud. La aplicación del P.A.N. como parte de la intervención y tratamiento, favorecería una mejor monitorización y seguimiento durante la estancia hospitalaria como resultado se reduciría el tiempo de hospitalización y los costos relacionados a este.

Dada la complejidad que presenta el paciente geriátrico post-ACV, que a menudo enfrenta una combinación de secuelas neurológicas, comorbilidades crónicas y fragilidad, es crucial que el P.A.N. se aplique de manera sistemática y con una metodología bien fundamentada.

El primer paso es el *cribado*, el cual debe ser multifacético para no solo identificar el riesgo nutricional general, sino también las barreras funcionales y mecánicas que pueden afectar la ingesta. Por eso, se utiliza el MNA (Mini Nutritional Assessment), que es la herramienta validada de referencia en geriatría y puede evaluar aspectos clave post-ACV, como la movilidad y el estrés agudo de la enfermedad. Conjuntamente, se complementa con el EAT-10 (Eating Assessment Tool-10), un cribado rápido y validado que se enfoca en la disfagia orofaríngea, su uso es especialmente relevante debido a la alta prevalencia de disfagia neurogénica tras un ACV, lo que permite detectar tempranamente el riesgo de aspiración. Por último, se incluye el Índice de Barthel, que, aunque no es una herramienta nutricional directa, mide el grado de dependencia

funcional, ayudando a identificar a aquellos pacientes cuya principal barrera para alimentarse es la incapacidad física para hacerlo por sí mismos.

Una vez que el cribado detecta un riesgo, se da inicio a *la evaluación nutricional* para confirmar, cuantificar y, lo más importante, identificar la causa del problema. Esta etapa se basa en la recolección de datos objetivos (el ABCD de la evaluación), utilizando la antropometría y bioquímica para clasificar el estado nutricional, estimación de la reserva muscular, que es un indicador clave de la recuperación funcional. Al mismo tiempo, la historia clínica y dietética ayuda a investigar la causa, considerando factores como la polifarmacia, las comorbilidades y la comparación entre la ingesta real y los requerimientos.

Con toda esta información, se procede al *diagnóstico nutricional* utilizando el formato PESS (Problema, Etiología, Signos/Síntomas) siguiendo terminología estandarizada del IDNT (International Dietetics and Nutrition Terminology), esto permite formular diagnósticos claros, medibles y basados en evidencia. La base de esta metodología estandarizada es que obliga al clínico a identificar la causa raíz (E) del problema (P), apoyándose en la evidencia objetiva recopilada (S), lo que permite una intervención más enfocada (11).

La *intervención nutricional* se diseña, por tanto, como una respuesta directa a la Etiología (E) identificada en el diagnóstico PESS, tomando en cuenta el objetivo paliativo de mantener confort, prevenir complicaciones y preservar calidad de vida. Por ejemplo, si la etiología es la "dificultad para deglutir" (detectada por el EAT-10), la intervención prioritaria es la modificación de texturas de alimentos y líquidos para garantizar una deglución segura.

Finalmente, el proceso se completa con el *monitoreo y seguimiento*, cuya fundamentación es evaluar la eficacia, seguridad y tolerancia de la intervención. Para ello, se vuelven a medir los Signos y Síntomas (S) identificados en el diagnóstico. Los indicadores clave de monitoreo no se limitan a la estabilización del peso; en el contexto del paciente post-ACV, es vital monitorear la tolerancia a la dieta (ausencia de signos de aspiración, confort gastrointestinal, apetito), porcentaje de ingesta y aceptación de la dieta modificada, así mismo, mantener la comunicación continua con el equipo

interdisciplinario para adaptar el plan nutricional según cambios neurológicos o complicaciones.

Es importante comprender que el P.A.N. es un proceso cíclico, en el que sus cuatro etapas están interconectadas y se retroalimentan continuamente para garantizar una atención individualizada y basada en evidencia. Los resultados obtenidos llevan de nuevo al inicio del ciclo: se revalora al paciente, se actualiza el diagnóstico y se modifica la intervención según su evolución, manteniendo un carácter dinámico, continuo y adaptable (11).

2.3. Envejecimiento y necesidades nutricionales en geriatría

2.3.1. Cambios fisiológicos y metabólicos asociados a la edad avanzada

Desde el punto de vista de la gerontología la vejez y el envejecimiento son conceptos diferentes. El envejecimiento es un conjunto de procesos complejos y multifactoriales a los que todos estamos expuestos desde que nacemos y los cuales son inevitables, Según la OMS el envejecimiento se define como “el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte” (14).

Por lo consiguiente podríamos definir a la vejez como la última etapa de vida, una etapa que está contemplada dentro del proceso de envejecimiento, que comienza alrededor de los 60 años, la edad que coincide mayoritariamente con la jubilación en diferentes partes del mundo, incluyendo Nicaragua.

En la actualidad, el que la población tenga una mayor esperanza de vida es el resultado de las nuevas políticas de atención en salud a nivel mundial, el desarrollo socioeconómico y los avances en medicina y tecnología que han permitido la creación de nuevos tratamientos para combatir diferentes patologías (15). A pesar de todo esto, los cambios fisiológicos, psicológicos y anatómicos que sufren los adultos mayores no se detienen ni dejan de ser un grave problema de salud pública pues todos estos impactan de manera directa en su calidad de vida.

En esta etapa se presentan diversas transformaciones como los cambios en la estatura, piel, problemas de audición, disminución de las funciones de los diferentes sistemas corporales (sistema nervioso, gastrointestinal, respiratorio, reproductivo) problemas en los ritmos fisiológicos, alteración de la homeostasis. Sumado a esto, el deterioro cognitivo y neurológico crea dependencia y un rol pasivo en la sociedad, que en consecuencia puede producir el aislamiento o abandono familiar. Esta situación perjudica la salud mental de los adultos de la tercera edad y ocasionan alteraciones a nivel biológico, psicológico y social, es por esto que las personas en edad geriátrica son consideradas uno de los grupos más vulnerables a nivel social y a nivel de atención de salud.

Dentro de los cambios fisiológicos podemos mencionar que existe una reducción de la masa magra del 1% anual al mismo tiempo que aumenta la acumulación de grasa visceral, en contraste, se produce una pérdida de músculo esquelético que denominamos sarcopenia. Diversos estudios científicos han permitido comprender que se trata de un problema complejo que incluye pérdida de fibras musculares en cantidad y calidad (relacionadas con la resistencia muscular), reducción de la secreción de saliva con el consiguiente riesgo de deterioro periodontal y dificultad para la formación del bolo alimenticio además de alteraciones en la deglución (8).

2.3.2. Requerimientos nutricionales en adultos mayores de 60 a 90 años

Se estima que con la edad se da una reducción del metabolismo energético de aproximadamente 5 % por cada década debido, principalmente, a la pérdida de tejido metabólicamente activo y al descenso de la actividad física. Las metas nutricionales por definición son las recomendaciones dietéticas diarias ajustadas a una población específica, tomando en consideración sus particularidades para promover la salud, reducir el riesgo y prevenir enfermedades asociadas a la nutrición. (8)

En cuanto al requerimiento de macronutrientes no se han establecido recomendaciones de carbohidratos (CHO) específicas para las personas adultas mayores, por lo que se considera adecuado y se sugiere un consumo del 55-65% de las calorías totales como para el resto de la población (las cuales deberán adecuar a las comorbilidades existentes). El consumo de azúcares simples debe limitarse al 10 % del total CHO debido

a la tendencia de las personas mayores desarrollan una resistencia periférica a la insulina (8).

En lo que respecta a las proteínas Se sabe que la eficiencia metabólica en esta etapa de la vida se encuentra disminuida, lo que determina un mayor consumo de proteínas para su síntesis en comparación a personas más jóvenes. En los adultos mayores se requieren entre 25-30 gr de proteínas por comida (incluyendo 2,5 a 2,8 g de leucina). Un consumo de proteínas por debajo de 0,8 g/kg de peso/día es insuficiente para mantener la masa muscular. La mayoría de los adultos mayores que padecen enfermedades agudas o crónicas necesitan incluso un mayor aporte de proteínas en la alimentación (1,2-1,5 g/kg de peso corporal/día) excepto que se trate de personas con enfermedad renal en etapa conservadora. Referente a lípidos las recomendaciones de son similares a las del resto de la población establecido en el 20-30% del requerimiento energético (8).

Por último, la vigilancia del consumo de líquidos en las personas adultas mayores es muy importante porque la sensación de sed disminuye, por lo que podría deshidratarse y pasar desapercibido. También propician un bajo consumo de líquidos las enfermedades crónicas, la inmovilización, las demencias y los problemas para el control de la vejiga. Se recomienda la ingesta de dos litros de líquido al día o 1 ml/kcal consumidas en condiciones normales. Esta cantidad de líquidos incluye agua, té, caldos o infusiones, leche, agua de frutas y jugos naturales. Si existe dificultad para tragar se puede hacer uso de espesantes (8).

2.4. Accidentes cerebrovasculares (ACV) y repercusiones nutricionales

2.4.1. Definición de ACV y tipos.

El Accidente Cerebrovascular (ACV) se caracteriza por el desarrollo súbito de un déficit neurológico focal debido a una causa vascular (16). Esta patología se divide principalmente en dos tipos: el isquémico, originado por una obstrucción del flujo sanguíneo, y el hemorrágico, derivado de la rotura de un vaso sanguíneo cerebral (17). En el paciente geriátrico, este evento no solo compromete la integridad neurológica, sino que genera secuelas funcionales que impactan de manera crítica su estado nutricional y calidad de vida.

2.4.2. Impacto del ACV en la deglución, metabolismo, y estado nutricional

El ACV no se limita al daño neurológico focal, sino que desencadena respuestas sistémicas que afectan de manera significativa la deglución, el metabolismo y el estado nutricional del paciente, especialmente en adultos mayores. Esta población, que con frecuencia presenta reservas fisiológicas reducidas y múltiples comorbilidades, resulta particularmente vulnerable a las alteraciones metabólicas y nutricionales derivadas del ictus. Dichas alteraciones influyen de forma directa en su recuperación funcional y en el riesgo de mortalidad.

Una de las complicaciones más prevalentes y de mayor impacto es la disfagia post-ACV, definida como la dificultad para tragar alimentos sólidos, líquidos o incluso la propia saliva. Esta condición puede afectar a un porcentaje considerable de pacientes y se asocia con un mayor riesgo de desnutrición, deshidratación y neumonía por aspiración, incrementando así la morbimortalidad.

Otras secuelas que repercuten en el estado nutricional incluyen la inmovilidad, que puede conducir a pérdida de masa muscular (Sarcopenia) asimismo los pacientes pueden presentar estreñimiento por encamamiento, deterioro cognitivo que limita la capacidad para alimentarse y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, que reducen el apetito. A nivel internacional, diversos estudios han documentado la prevalencia e impacto clínico de estas complicaciones, así como la necesidad de intervenciones nutricionales individualizadas.

Dentro de las afecciones metabólicas la hiperglucemia tras un ACV agudo puede originarse por diversos mecanismos fisiopatológicos. Entre ellos se incluyen la respuesta inespecífica al estrés agudo, alteraciones autonómicas, hormonales y metabólicas derivadas del daño tisular, así como la manifestación de una diabetes latente precipitada por el evento cerebrovascular. También puede intervenir la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, como consecuencia del efecto directo de la isquemia sobre la hipófisis, y la disfunción de los centros cerebrales encargados de la regulación de la glucosa debido a la lesión vascular (18).

Otra de las alteraciones metabólicas de gran impacto en esta población es la proteólisis acelerada. Este estado hipercatabólico promueve la degradación de proteínas musculares para movilizar aminoácidos, utilizados como sustratos para la gluconeogénesis y la síntesis de proteínas de fase aguda en el hígado. Este proceso conduce a una rápida pérdida de masa muscular esquelética, conocida como sarcopenia aguda. Factores como la inflamación persistente, el reposo prolongado, la falta de estimulación neuromuscular y la ingesta insuficiente de alimentos estimulan de forma intensa las vías catabólicas. (19)

El deterioro nutricional puede manifestarse a través de pérdida de peso y de masa muscular, generalmente debido a un bajo consumo calórico por disfagia o anorexia y a un elevado gasto energético propio del hipercatabolismo. Es importante destacar que esta pérdida no es solo de tejido adiposo, sino principalmente de masa muscular, lo que agrava la sarcopenia preexistente en muchos adultos mayores y compromete gravemente su capacidad para participar en la rehabilitación. Asimismo, la ingesta inadecuada de alimentos favorece deficiencias de vitaminas y minerales esenciales como vitamina D, complejo B, zinc y selenio, nutrientes fundamentales para la función neurológica, la respuesta inmune y los procesos de reparación celular. Estas deficiencias pueden agravar el daño neurológico y aumentar la susceptibilidad a infecciones (20).

El desequilibrio metabólico y el rápido deterioro nutricional crean un círculo vicioso: la malnutrición incrementa la debilidad muscular, eleva el riesgo de infecciones y otras complicaciones, prolonga la estancia hospitalaria y limita el potencial de recuperación funcional del adulto mayor tras un ACV. Por ello, la evaluación y el soporte nutricional temprano y especializado son pilares fundamentales en el manejo integral de estos pacientes. Las incidencias de malnutrición varían entre un 7-15% al ingreso. Después del ictus el estado nutricional se deteriora, generalmente por disfagia y déficit motores que dificultan la alimentación autónoma estando ya desnutridos el 22-35% (20).

2.5. Cuidados paliativos y nutrición

2.5.1. Concepto de cuidados paliativos y objetivos terapéuticos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define los cuidados paliativos como un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Este enfoque incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor, así como de otros problemas de índole física, psicosocial y espiritual (21). Los cuidados paliativos no se limitan únicamente a la fase final de la vida, sino que pueden iniciarse en etapas tempranas de la enfermedad, de manera complementaria a tratamientos destinados a prolongar la vida y el bienestar del paciente.

Los objetivos terapéuticos se centran en mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, lo que puede influir positivamente en el curso de la enfermedad. Para alcanzar este propósito, se emplea un enfoque integral que abarca el alivio del sufrimiento físico, psicosocial y espiritual. Esto implica una evaluación continua y la aplicación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, con el fin de proporcionar el máximo confort posible. De esta forma, se contempla el manejo de la ansiedad, la depresión y el miedo, así como el apoyo en la búsqueda de significado y paz. En etapas avanzadas de la enfermedad, los cuidados paliativos procuran que los pacientes vivan con dignidad, confort y la mejor calidad de vida posible, rodeados del apoyo necesario para ellos y sus familias.

2.5.2. Rol de la nutrición en la mejora de la calidad de vida y bienestar del paciente paliativo

En el contexto de los cuidados paliativos, la nutrición trasciende el simple objetivo de mantener con vida al paciente. Se convierte en una herramienta esencial para preservar la calidad de vida, garantizar el confort y, sobre todo, respetar y asegurar la autonomía del paciente (22). A diferencia de otros ámbitos médicos, donde la alimentación busca la curación o la prevención de enfermedades, en cuidados paliativos el propósito principal es aliviar síntomas, mantener la funcionalidad en la medida de lo posible y promover el bienestar tanto del paciente como de su familia.

En esta etapa, la alimentación debe ser un acto que conserve la dignidad del paciente y, siempre que sea posible, proporcione una experiencia agradable. Esto implica adaptar la dieta a las preferencias y gustos del paciente, modificar texturas y consistencias para facilitar la ingesta, especialmente en casos de disfagia, frecuente tras un accidente cerebrovascular (ACV) y manejar activamente cualquier síntoma que interfiera con el apetito o la digestión.

Las decisiones sobre la alimentación, incluyendo el uso de soporte nutricional artificial como la suplementación, la nutrición enteral o parenteral, deben tomarse de forma conjunta con el paciente y su familia. Respetar su autonomía significa reconocer que, en ocasiones, la decisión más compasiva puede ser permitir que opte por no comer o beber, siempre que ello contribuya a su confort y esté alineado con sus valores personales.

2.6. Teoría del cuidado integral del paciente geriátrico

La atención de los pacientes geriátricos constituye un desafío creciente para los sistemas de salud. La teoría del cuidado integral surge como respuesta a los modelos fragmentados centrados únicamente en la patología, planteando un enfoque holístico que reconoce al adulto mayor como un ser biopsicosocial y espiritual (23). Bajo esta visión, el cuidado no se limita a tratar enfermedades, sino que busca preservar la funcionalidad, promover la autonomía y garantizar la mejor calidad de vida posible, incluso ante condiciones crónicas o incapacitantes como las secuelas de un accidente cerebrovascular (ACV).

El modelo ICOPE de la Organización Mundial de la Salud propone rutas de práctica centradas en la persona y en la “capacidad intrínseca”, integrando la detección temprana de declives, la elaboración de planes personalizados y la coordinación intersectorial. Este marco coloca a la nutrición clínica como un eje transversal en la atención de las personas mayores, en este contexto, la Valoración Geriátrica Integral (VGI) se establece como la herramienta principal. Se trata de un proceso diagnóstico que permite identificar problemas y fortalezas del paciente en cuatro áreas clave: clínica, funcional, mental y social. A partir de esta información, el equipo de salud puede diseñar un plan de atención personalizado y coordinado, que responda tanto a las necesidades del individuo como a las de su entorno familiar (23).

2.6.1. Enfoque gerontológico y paliativo

El enfoque gerontológico permite una comprensión profunda del envejecimiento, destacando la disminución progresiva de la reserva funcional de los sistemas corporales, conocida como homeostenosis. Esto se traduce en una mayor prevalencia de pluripatologías, fragilidad y manifestaciones atípicas de enfermedades en las personas mayores (24). Desde la nutrición, este enfoque es vital para entender que las necesidades calóricas y proteicas, la capacidad de masticación y deglución, y el riesgo de desnutrición son radicalmente diferentes en el anciano, especialmente en uno que ha sufrido un ACV.

Por su parte, el enfoque paliativo se centra en la prevención y el alivio del sufrimiento, así como en la mejora de la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan enfermedades graves y potencialmente mortales. Tradicionalmente asociado al final de la vida, su aplicación se ha expandido a condiciones crónicas avanzadas, donde el objetivo principal ya no es curativo, sino el confort y el manejo de síntomas (25).

En el contexto de un paciente geriátrico post-ACV con secuelas severas (como disfagia o inmovilidad), el cuidado paliativo es esencial. Este enfoque prioriza las decisiones del paciente, alivia síntomas como el dolor o la dificultad respiratoria y aborda las necesidades psicológicas y espirituales, integrando la nutrición no como un medio para revertir la condición, sino como una fuente fundamental de confort, placer y dignidad.

2.6.2. Enfoque multidisciplinario: integración de diferentes disciplinas en la atención

La complejidad del paciente geriátrico, especialmente aquel con una condición incapacitante como un ACV y en necesidad de cuidados paliativos, hace imposible que un solo profesional de la salud pueda abordar la totalidad de sus necesidades. Por ello, el enfoque multidisciplinario es un pilar irrenunciable del cuidado integral, este modelo se basa en la colaboración de un equipo de profesionales con diferentes especialidades (médicos geriatras, personal de enfermería, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que evalúan al paciente desde su propia área de experticia y trabajan conjuntamente en un plan de manejo unificado.

La nutrición es un claro ejemplo de la necesidad de esta colaboración. El diagnóstico de la disfagia, una secuela común post-ACV, requiere la intervención del logopeda. La adaptación de la textura de los alimentos y la suplementación necesaria es competencia del nutricionista. El personal de enfermería es clave en la administración segura de la alimentación y en la monitorización de signos de aspiración. El fisioterapeuta trabaja en la postura y el tono muscular necesarios para una deglución segura. El psicólogo brinda apoyo durante situaciones críticas y prolongadas, así mismo para la detección temprana de diversos padecimientos que pueden conducir al desgaste emocional u otros problemas que requieran una mayor atención y el médico geriatra coordina el manejo global del paciente.

En este contexto, la coordinación entre el personal de salud para asegurar una atención nutricional de calidad es fundamental. Una comunicación fluida y constante entre los miembros del equipo garantiza la coherencia de las intervenciones y evita actuaciones contradictorias. Una revisión reciente realizada por la universidad de Bournemouth, Dorset, Reino Unido destaca que la integración de distintos profesionales, el esclarecimiento de roles, el liderazgo clínico y el apoyo organizativo, junto con una comunicación e intercambio de información eficaces, son ingredientes esenciales para lograr una atención nutricional óptima (26). Por tanto, el éxito de la atención nutricional no reside únicamente en la prescripción de una dieta, sino en el engranaje perfecto de un equipo que comparte información, define objetivos comunes y ajusta el plan de cuidados de manera dinámica, siempre con el paciente y su calidad de vida como eje central

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de diseño mixto

La presente investigación tuvo un enfoque mixto, con una prevalencia cuantitativa (CUAN–cual), bajo un diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC). Como explica Hernández Sampieri “El diseño anidado concurrente colecta simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos, pero su diferencia con el diseño de triangulación concurrente reside en que un método predominante guía el proyecto (pudiendo ser éste cuantitativo o cualitativo). El método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central” (27).

La elección de este enfoque mixto se justifica por la complejidad del tema y su contexto, que requieren tanto evidencia numérica como una comprensión profunda de los procesos y experiencias asociadas a la atención nutricional de pacientes geriátricos post-ACV. La integración de ambos enfoques posibilitó la recopilación de datos sustantivos provenientes de documentos institucionales, entrevistas y valoraciones de profesionales de la salud, así como de las necesidades identificadas en los casos activos estudiados. En conjunto, este enfoque aseguró un análisis robusto y fundamentado para el diseño de una guía clínica nutricional pertinente y aplicable tanto en el entorno hospitalario como en el ámbito domiciliario.

3.2. Perspectiva cuantitativa

3.2.1. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo *descriptivo y transversal*. Se caracteriza por observar, describir y documentar aspectos específicos del fenómeno analizado, en este caso, la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV, sin intervenir ni manipular variables.

La perspectiva cuantitativa se desarrolló mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes hospitalizados por ACV entre enero y junio de 2025, complementada con encuestas aplicadas al personal de salud (médicos, enfermeros y estudiantes de medicina) que brinda atención en el área de Medicina Interna.

3.2.2. Población y selección de la muestra

La investigación se desarrolló a partir de un universo de 42 expedientes clínicos correspondientes al periodo de enero a junio de 2025. Además, del personal de salud del área de Medicina Interna, cuyo universo es desconocido.

Se trabajó con una *muestra censal* para los expedientes clínicos, incorporando la totalidad de los 42 casos sin aplicar técnicas de muestreo probabilístico.

Criterios de inclusión:

- Expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico confirmado de accidente cerebrovascular.
- Pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 60 y 90 años.
- Expedientes correspondientes a pacientes ingresados en el periodo de enero a junio del año 2025.

Criterios de exclusión

- Expedientes de pacientes con diagnóstico no confirmado o diferentes de accidente cerebrovascular.
- Pacientes fuera del rango etario establecido (60-90 años).
- Expedientes de pacientes ingresados fuera del periodo de estudio establecido (enero-junio 2025)

En cuanto al personal de salud se alcanzó una *muestra no probabilística* por conveniencia de 16 profesionales de la salud.

Criterios de inclusión:

- Nutricionistas del Hospital SERMESA Bolonia
- Médicos, enfermeros y estudiantes de medicina del área de medicina interna del Hospital SERMESA Bolonia.

Criterios de exclusión:

- Médicos y enfermeros pertenecientes a áreas distintas de Medicina Interna.

- Estudiantes de medicina con menos de un año de prácticas en el Hospital SERMESA Bolonia o que no hayan realizado rotaciones en el área de Medicina Interna.

3.2.3. Operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de Variables

Objetivo específico 1:		Verificar la presencia de los elementos del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) en los expedientes clínicos de pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos del Hospital SERMESA Bolonia.				
Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable/ escala	Instrumento
Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.)	Modelo estandarizado, sistemático y centrado en el paciente, conformado por cuatro etapas: Valoración, diagnóstico, intervención y monitoreo y seguimiento del paciente.	Valoración Nutricional	Presencia de valoración nutricional al ingreso	Se realizó valoración nutricional al ingreso.	Nominal/ Dicotómica Sí__No__	Ficha de revisión de expedientes
		Diagnóstico Nutricional	Diagnóstico Nutricional documentado con formato PES.	Se estableció diagnóstico nutricional.	Nominal/ Dicotómica Sí__No__	
		Intervención Nutricional	Registro de cálculo del requerimiento calórico y proteico individualizado	Se calculó requerimiento calórico y proteico.	Nominal/ Dicotómica Sí__No__	
		Monitoreo y seguimiento nutricional	Registro de un plan de intervención nutricional documentado	Se elaboró plan de intervención nutricional. Se entregó plan de alimentación por escrito.	Nominal/ Dicotómica Sí__No__	
			Registro de indicaciones y educación nutricional	Se brindaron indicaciones nutricionales al alta. Se capacitó al cuidador sobre alimentación del paciente.	Nominal/ Dicotómica Sí__No__	
			Registro de seguimiento nutricional	Se dio seguimiento nutricional durante la hospitalización.	Nominal/ Dicotómica Sí__No__	
				Se dejó constancia de la		

				evolución nutricional. Se indicó cita de seguimiento con nutrición.		
Objetivo específico 2:	Describir los conocimientos y prácticas del personal de salud (nutricionistas, médicos y personal de enfermería) respecto a la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV en contexto paliativo.					
Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de variable/ escala	Instrumento
Conocimientos y prácticas del personal de salud en atención nutricional.	Nivel de comprensión teórica y dominio conceptual que poseen los profesionales de salud sobre el Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.), así como acciones, procedimientos y decisiones que aplican en la atención alimentaria y nutricional de pacientes geriátricos post- ACV en contexto de cuidados paliativos.	Datos generales	Profesión del encuestado	Profesión: Médico, Nutricionista, Enfermero	Nominal	Cuestionario estructurado
			Años de experiencia en el área	Tiempo de experiencia en atención a pacientes geriátricos	Nominal/ Ordinal	
			Capacitación	¿Ha recibido capacitación formal sobre el P.A.N.?	Nominal/ Dicotómica	
				¿Con qué frecuencia ha recibido esta capacitación?	Nominal/ Ordinal	
		Conocimiento	Reconocimiento del proceso del P.A.N.	¿Conoce las etapas que conforman el P.A.N.?	Nominal/ Dicotómica	Cuestionario estructurado
				¿Podría enumerar las etapas del P.A.N.?	Abierta	
				¿Cuál considera que es la utilidad del P.A.N. en cuidados paliativos?	Nominal	
			Conocimiento sobre necesidades nutricionales en geriátrica	¿Cuáles son las principales necesidades nutricionales en pacientes geriátricos post- ACV?	Abierta	
			Conocimiento sobre manejo y soporte nutricional en	¿Conoce los principios de la atención nutricional en	Nominal/ Dicotómica	

			pacientes post-ACV	cuidados paliativos? ¿Considera que el soporte nutricional en esta etapa busca? Prolongar la vida__Mejorar la calidad de vida__Ambos__ ¿Está familiarizado con el concepto de adecuación del soporte nutricional según el estado del paciente? En pacientes que no pueden alimentarse por sí mismos, ¿cree usted que siempre debe usarse nutrición enteral o parenteral? ¿Qué importancia tiene la nutrición como medida de confort en etapa terminal?	Nominal Nominal/ Escala de Likert Nominal Nominal/Escala de Likert Abierta	
			Conocimiento sobre abordaje interdisciplinario	¿Qué rol considera que cumple el nutricionista en el equipo de cuidados paliativos? ¿En su experiencia, se realizan reuniones interdisciplinarias para discutir casos clínicos?	Nominal/Escala de Likert	

		Práctica	Aplicación del P.A.N. en pacientes geriátricos post-ACV	¿Aplica usted el P.A.N. o alguna de sus etapas en la atención a pacientes? ¿Registra sus acciones nutricionales en el expediente clínico del paciente? ¿Utiliza herramientas específicas para la valoración nutricional?	Nominal / Escala Likert Nominal / Escala Likert Nominal	Cuestionario estructurado
			Coordinación con otros profesionales	¿Coordina usted acciones con otros profesionales para el manejo nutricional de los pacientes?	Nominal/ Dicotómica	
			Frecuencia y sistematicidad de la atención nutricional	¿Con qué frecuencia se realiza valoración nutricional a pacientes en cuidados paliativos en su unidad?	Ordinal	
			Intervención ante riesgo nutricional	¿Quién realiza dicha valoración en su unidad?	Abierta	
				¿Qué acciones realiza ante signos de malnutrición o disfagia en pacientes en cuidados paliativos?	Abierta	
				¿Qué tipo de soporte nutricional se proporciona habitualmente?	Nominal	

3.2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizó una examinación exhaustiva de los 42 expedientes de los pacientes que estuvieron hospitalizados debido a ACV en el periodo comprendido de enero a junio, con el objetivo de valorar si se había llevado a cabo el proceso de atención nutricional (P.A.N.), al momento de ingresar al centro hospitalario o durante su estadía.

Para realizar la examinación de expedientes clínicos, se utilizó un formulario, el cual está compuesto por varias secciones, una dedicada para los datos personales del paciente (edad, sexo, N ° de expediente, las iniciales del nombre del paciente, fecha de ingreso, fecha de alta y el diagnostico medico principal), además de los antecedentes personales relevantes (nutricionales o patológicos).

La segunda sección del formulario fue una lista de cotejo acerca de las etapas del P.A.N (evaluación nutricional, diagnostico nutricional, intervención nutricional, monitoreo o seguimiento), la última sección incluyó las observaciones generales del expediente (el tipo de dieta durante la estadía, si hubo cambio de dieta, si ha habido constantes reingresos o alguna otra observación especial). Se optó por este diseño de formulario para optimizar la revisión de expedientes e incluir todos los datos que se consideraban indispensables para la investigación.

Como un segundo instrumento, se aplicó una encuesta al personal de salud del Hospital SERMESA Bolonia en el periodo de julio-agosto de 2025, con el objetivo de analizar los conocimientos, experiencias y la existencia de protocolos sobre el P.A.N y el manejo multidisciplinario que se le brinda a los pacientes. Este cuestionario se dividió en tres secciones; la primera contenía datos generales (profesión, tiempo de experiencia con pacientes geriátricos, cargo en el hospital y el área o unidad a la que pertenece), la segunda sección conformada por aspectos relacionados a los conocimientos del proceso de atención nutricional (etapas y utilidad del P.A.N en cuidados paliativos, familiarización con el principio de adecuación de soporte nutricional según el estado del paciente y atención multidisciplinaria), por último, la tercera etapa englobó lo referente a la práctica de este proceso en el entorno hospitalario.

3.2.5. Validez de los instrumentos

La validez se refiere a la eficacia con que un instrumento mide lo que se desea. Se refiere al grado en que un instrumento mide una variable. Se limita siempre a la situación y al objetivo que se persigue con él (27).

Concerniente al documento creado para la revisión de expedientes se tomaron elementos básicos de las etapas del proceso de atención nutricional y datos personales de los pacientes internados no activos, en el periodo de enero a junio, esto con la finalidad de verificar si se les dio un manejo nutricional adecuado durante su estancia hospitalaria. Este formato fue avalado por el asesor científico de investigación.

En lo que respecta a las encuestas dirigidas a los profesionales de salud del hospital, para garantizar la validez de contenido del instrumento, se recurrió a la técnica de juicio de expertos. Se seleccionaron a dos profesionales con experiencia en el área de estudio, quienes evaluaron cada ítem en función de su claridad, coherencia, pertinencia y relevancia. Sus observaciones permitieron realizar los ajustes finales al cuestionario previo a su aplicación.

3.2.6. Procedimiento para el procesamiento de datos y análisis de la información

Para el procesamiento de los datos se elaboraron dos bases de datos independientes, una correspondiente a los expedientes clínicos de los pacientes geriátricos de 60 a 90 años diagnosticados post-ACV, y otra proveniente de las encuestas aplicadas al personal de salud del Hospital SERMESA Bolonia.

En la base de datos de expedientes se incluyeron variables sociodemográficas y clínicas como sexo, presencia de comorbilidades y el registro del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) en cada expediente. En la base de datos de encuestas, se analizaron variables relacionadas con el nivel de conocimiento del personal de salud acerca del P.A.N. y sobre los cuidados paliativos nutricionales en pacientes geriátricos post-ACV, para medir el nivel de conocimiento se empleó una escala de Likert de 5 niveles:

1. Desconocimiento

2. Poco conocimiento
3. Conocimiento regular
4. Conocimiento moderado
5. Conocimiento optimo

Los datos cuantitativos fueron ingresados y procesados en el programa estadístico SPSS versión 25.0, aplicando estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), así como medidas de tendencia central (media y mediana), según correspondiera. Los resultados obtenidos se organizaron en tablas y gráficos, lo que permitió una presentación clara y comprensible de la información. La estadística descriptiva se empleó con el fin de identificar patrones, distribuciones y tendencias en los registros de los expedientes clínicos y en las respuestas del personal de salud, contribuyendo así a la evaluación del proceso de atención nutricional.

Este procedimiento facilitará posteriormente el diseño de una guía de atención clínica nutricional enfocada en cuidados paliativos nutricionales post-ACV, fundamentada en la realidad observada en el hospital durante el periodo de estudio.

3.3. Perspectiva cualitativa

3.3.1. Enfoque cualitativo asumido y su justificación

Desde la perspectiva cualitativa, este estudio se orientó a comprender en profundidad las experiencias, percepciones y prácticas relacionadas con la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV. Más que medir variables o establecer relaciones causales, este enfoque busca interpretar cómo el personal de salud (médicos, enfermeras y estudiantes de medicina) concibe y ejecuta los cuidados nutricionales en el contexto hospitalario de medicina interna.

Para ello, se realizó una revisión detallada de casos activos, lo que permitió observar de manera directa las condiciones clínicas, necesidades nutricionales y formas de intervención actuales. Asimismo, se aplicó el Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) utilizando sus herramientas de valoración, diagnóstico e intervención nutricional en

pacientes activos, con el fin de comprender cómo se estructura y desarrolla el cuidado desde la práctica profesional.

De manera complementaria, se realizaron entrevistas semiestructuradas a los cuidadores de los pacientes, con el propósito de explorar sus percepciones, experiencias y desafíos cotidianos en torno al apoyo nutricional en el contexto post-ACV. Este insumo permitió enriquecer la comprensión del fenómeno desde la vivencia familiar, aportando una mirada más amplia sobre las barreras y facilitadores que influyen en la continuidad del cuidado nutricional.

En conjunto, la revisión de casos activos, la aplicación práctica del P.A.N. y las voces de los cuidadores contribuyen a una visión holística del proceso de atención nutricional, haciendo visible la interacción de factores humanos, organizativos y contextuales que inciden en la calidad del cuidado brindado a esta población vulnerable.

3.3.2. Muestra teórica y sujetos de estudio

La población de estudio de casos activos estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular (ACV) ingresados en el Hospital SERMESA Bolonia durante el periodo de junio a julio de 2025, así como por sus cuidadores principales, familiares o tutores, involucrados directamente en el proceso de cuidado durante la estancia hospitalaria y el personal de salud de medicina interna. A partir de este universo, se realizó un muestreo de tipo censal para conformar la muestra teórica, la cual quedó integrada por:

- **Cuatro** pacientes que cumplieron los criterios de selección durante dicho periodo.
- **Tres** cuidadores, familiares o tutores, los cuales también fueron tomados en cuenta para participar en una entrevista durante la estancia hospitalaria de su familiar y posteriormente si deseaban seguir participando en la investigación respondieron una entrevista post alta.
- **Seis** profesionales del área de la salud que forman parte del área de medicina interna (nutricionistas, enfermeras y médicos)

El propósito de esta selección fue profundizar en la comprensión del proceso de atención nutricional en esta población, abordando una tríada paciente-cuidador-personal de salud,

garantizando la triangulación de la información cualitativa. De tal manera que cada uno proporcionaba una perspectiva particular acerca del proceso de atención nutricional y los cuidados paliativos nutricionales en esta población.

El tiempo de un muestreo por conveniencia no probabilístico, y para garantizar la pertinencia de la muestra, la selección se rigió por criterios específicos:

- Pacientes y cuidadores: pacientes con un diagnóstico médico confirmado de ACV, con edades comprendidas entre los 60 y 90 años, que aceptaran voluntariamente participar en el estudio y no se encontraran en estado convaleciente. Cuidadores o familiares que aceptaran voluntariamente participar en las entrevistas. Por consiguiente, se excluyeron a aquellos pacientes que presentaban un diagnóstico distinto, se encontraban fuera del rango etario establecido, que se encontraran en estado convaleciente y no aceptaron ser parte de la investigación.
- Se seleccionó al personal de salud del hospital, con los siguientes criterios:
 - Criterios de inclusión: nutricionistas, enfermeras o médicos que se encuentre vinculado con la atención de pacientes geriátricos post-ACV en el área de medicina interna y estar disponible en el momento de la recolección de información.
 - Criterios de exclusión fueron: cualquier miembro del personal de salud que no perteneciera al área de medicina interna y aquellos profesionales que, aun cumpliendo con el primer criterio de inclusión, no estuvieran disponibles para la entrevista en el periodo de recolección de datos.

3.3.3. Métodos y técnicas de recolección de datos

Se llevó a cabo una búsqueda intensiva de protocolos, guías de atención clínicas, artículos científicos recientes, libros y manuales de atención médica y nutricional, información de organizaciones internacionales como la OMS. La búsqueda se realizó a través de buscadores académicos, como PubMed y Google académico, para sustentar las dimensiones teóricas y la elección de instrumentos validados.

La exploración de casos activos se realizó mediante la técnica de estudio de caso, con el objetivo de describir de manera complementaria la atención nutricional brindada a los

pacientes incluidos durante el período de estudio, estimado en una muestra intencional y reducida de cuatro participantes. Para ello, se emplearon diversos instrumentos de recolección de información, entre ellos la ficha de valoración nutricional, el historial clínico, la historia dietética, el Mini Nutritional Assessment (MNA), el despistaje de disfagia, el Índice de Barthel. Estos instrumentos permitieron obtener una caracterización integral y detallada del estado nutricional y las necesidades específicas de cada caso.

En adición se utilizó la técnica de la entrevista a través de un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas. Se realizaron tres entrevistas.

- La primera entrevista, fue dirigida a familiares o cuidadores, con la finalidad de recolectar información acerca de su experiencia cuidando al afectado, tipo de información médica o nutricional que había recibido, tipo de apoyo psicológico u emocional recibido durante el proceso, sus percepciones de la atención médica – nutricional y cómo este evento había impactado en su vida diaria.
- La segunda entrevista estaba diseñada para el periodo post alta, dirigida a los familiares y su experiencia en el proceso de recuperación del afectado e indagar si el hospital ha hecho seguimiento del caso.
- La tercera entrevista fue dirigida al personal de salud con el objetivo de conocer los procedimientos y protocolos de atención nutricional que se les brinda a los pacientes en estudio. Esta entrevista permitió triangular los resultados de la encuesta respecto a los conocimientos y prácticas del personal de salud.

La redacción de las preguntas de las entrevistas se basó en la matriz de categorías y temas, que permitieron obtener la información que se perseguían en esta investigación.

Tabla 3. Matriz de categoría y temas para entrevistas del personal

Categoría principal	Tema/Subcategoría	Pregunta guía
1. Enfoques institucionales de atención paliativa	Protocolo o lineamientos institucionales de atención nutricional en contexto paliativo	¿Podría explicarme cuál es el protocolo o enfoque que sigue este hospital para brindar cuidados paliativos nutricionales a pacientes adultos mayores que han sufrido un ACV?

	Rol del profesional dentro del enfoque institucional	¿Cuál es su rol como profesional de la salud en el acompañamiento de estos pacientes durante su estancia hospitalaria?
2.Trabajo en equipo y abordaje interdisciplinario	Participación de distintas disciplinas en la atención	¿Qué tipo de atención multidisciplinaria (por ejemplo, apoyo de psicología, trabajo social, nutrición, enfermería) reciben estos pacientes durante su estancia hospitalaria y una vez dados de alta?
	Coordinación y comunicación entre disciplinas	(Emergente del análisis, si se aborda en la respuesta anterior)
3.Intervenciones nutricionales específicas	Tipos de soporte nutricional brindado según condiciones del paciente	Desde su experiencia, ¿qué tipo de intervenciones nutricionales se priorizan en los pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos?
4. Educación y apoyo a cuidadores/familiares	Capacitación u orientación alimentaria brindada al cuidador	¿Qué tipo de orientación o acompañamiento, en referencia a la alimentación, se le brinda al familiar/cuidador durante el proceso? ¿Quién lo realiza?
5. Continuidad del cuidado nutricional	Seguimiento posterior al alta y responsables del mismo	¿Qué tipo de seguimiento nutricional posterior al alta se brinda a pacientes con pronóstico reservado o dependencia funcional? ¿Quién lo gestiona? ¿Conoce las consecuencias o complicaciones que puede sufrir un paciente geriátrico por un mal manejo nutricional post ACV
6. Barreras para una atención nutricional adecuada	Factores estructurales, organizativos, formativos o actitudinales que dificultan el cuidado nutricional	¿Qué barreras considera que dificultan una atención nutricional adecuada en pacientes geriátricos post-ACV en el hospital?
7. Propuestas de mejora y diseño de guía clínica	Sugerencias prácticas del personal de salud para mejorar el proceso de atención	¿Qué sugerencias tiene para mejorar la atención nutricional en el hospital en este tipo de pacientes?
	Recomendaciones sobre contenidos clave para la guía clínica nutricional	¿Qué aspectos considera fundamentales incluir en una guía clínica nutricional para pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos?

Tabla 4. Matriz de categorías y temas para entrevistas de los familiares y cuidadores

Categoría principal	Tema/Subcategoría	Pregunta guía
1.Orientación Nutricional	Recepción de Información	¿Ha recibido orientación nutricional por parte del personal del hospital en relación con la condición actual de su familiar? ¿Qué orientaciones recibió? ¿Le han explicado en el hospital cómo cuidar de su familiar al momento del alta, especialmente en cuanto a alimentación? ¿Recibió alguna indicación específica sobre el tipo de dieta que debe seguir su familiar? ¿Recuerda cuáles son esas indicaciones?
	Claridad y Suficiencia	¿Considera que la información que ha recibido ha sido clara y suficiente?
	Formato de Entrega	¿Le entregaron algún documento como un plan de alimentación, recomendaciones nutricionales o alguna guía de alimentación?
	Efectividad y Aplicación	A partir de la intervención nutricional aplicada a los casos de estudios.
2. Impacto en el Cuidador	Desgaste Físico y Emocional	¿Cómo ha impactado en su vida diaria el cuidado de su familiar? (trabajo, descanso, salud emocional, etc.)
	Impacto en la Vida Diaria	
3.Red de Apoyo y Recursos	Apoyo Social y Familiar	¿Cuenta con otras personas que lo ayuden con el cuidado del paciente en casa? Si es así ¿Qué tipo de ayuda? ¿Ha recibido apoyo emocional o psicológico en este proceso? ¿Le gustaría recibirlo?
	Conocimiento de Recursos Comunitarios	¿Conoce usted los recursos disponibles en su comunidad o centro de salud para apoyar el cuidado del adulto mayor?
	Necesidades Hospitalarias	¿Hay algo que quisiera expresar sobre su experiencia como familiar/cuidador en este momento?
	Necesidades Post-Alta	¿Ha notado cambios en cuanto el estado de salud de su familiar? ¿Le dieron alguna cita de seguimiento con él o la nutricionista al momento del alta?

3.3.4. Métodos y técnicas para el procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos se elaboraron dos bases de datos independientes, una destinada a las entrevistas del personal de salud, y otra a las entrevistas de los familiares o cuidadores de los pacientes con casos activos internados en hospitalización.

En la base de datos de entrevistas al personal de salud se analizaron categorías relacionadas a los enfoques institucionales de atención paliativa, el trabajo en equipo y abordaje interdisciplinario, las intervenciones nutricionales específicas, la educación y apoyo a cuidadores/familiares, la continuidad del cuidado nutricional, las barreras para una atención nutricional adecuada y las propuestas de mejora y diseño de guía clínica. En la base de datos de entrevistas al familiar, se analizaron las siguientes categorías: orientación Nutricional, impacto en el cuidador, red de apoyo y recursos y las necesidades y quejas de los pacientes y familiares.

Los datos cualitativos fueron ingresados y analizados en NotebookLM, una herramienta especial de inteligencia artificial que facilitó la síntesis inicial de entrevistas permitiendo identificar patrones comunes en las percepciones del personal de salud y las dificultades de familiares entrevistados. Posteriormente se hizo el análisis de contenido aplicando la codificación abierta, axial y selectiva para determinar los patrones emergentes del análisis cualitativo.

La base de datos correspondiente a los casos activos integró información detallada del estado clínico y nutricional de los pacientes incluidos durante el estudio. Para ello se recopilaban datos provenientes de la historia clínica, que incluyó antecedentes patológicos y familiares, estilo de vida, patrones alimenticios mediante lista de frecuencia de consumo, indicadores dietéticos, comorbilidades y observaciones relevantes. Asimismo, se incorporaron mediciones antropométricas como circunferencia de brazo, circunferencia de pantorrilla, altura de rodilla y longitud del cúbito, utilizadas para estimar la talla y el peso de los pacientes. En adición, se registraron e interpretaron los puntajes obtenidos en los cribados aplicados (MNA, EAT-10 e Índice de Barthel), lo que permitió caracterizar el riesgo nutricional, la presencia de disfagia y el nivel de dependencia funcional. Esta información se organizó de manera sistemática para facilitar su análisis y contribuir a la descripción integral de estos casos activos incluidos en el estudio.

3.3.5. Criterios de calidad: credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad, transferibilidad y triangulación.

Credibilidad

La credibilidad se aseguró mediante la verificación constante de la información proporcionada por los participantes, comparando los relatos de familiares y personal de salud con las observaciones realizadas por las investigadoras. Durante la recolección de datos se procuró que las respuestas reflejaran de manera fiel la experiencia de los participantes, evitando interpretaciones sesgadas, en caso de errores de transcripción o comprensión, la información fue revisada y corregida inmediatamente por las investigadoras para garantizar la autenticidad del contenido.

Si bien la observación no fue prolongada debido al contexto hospitalario y al ritmo de trabajo del personal, se tomaron notas de campo detalladas durante y después de cada entrevista. Estas observaciones sobre el entorno y las reacciones no verbales de los participantes (familiares y personal) se utilizaron para contextualizar y enriquecer la interpretación de los datos verbales.

Confiabilidad

Se aseguró un proceso sistemático y rastreable. Para las entrevistas, se diseñaron guías semi-estructuradas específicas para cada grupo (familiares y personal de salud del hospital), asegurando la consistencia en la recolección de información clave, estas fueron sometidas a juicio de expertos antes de su aplicación, con el fin de garantizar su claridad y pertinencia. Así mismo, se utilizaron instrumentos de evaluación nutricional con validez y fiabilidad comprobadas en poblaciones geriátricas como una historia clínica-nutricional estandarizada para la evaluación de los pacientes activos y cribados como:

- El Mini Nutritional Assessment (MNA) ha demostrado alta validez y confiabilidad para la detección del riesgo de desnutrición en adultos mayores, con sensibilidad y especificidad elevadas. (28)
- El Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) es un instrumento validado internacionalmente para el tamizaje de la disfagia, con coeficientes de correlación Inter-item adecuados y elevada consistencia interna (29)

- El Índice de Barthel presenta excelentes propiedades psicométricas y fiabilidad test-retest, siendo una herramienta válida para evaluar la dependencia funcional en pacientes geriátricos y en contextos de cuidados paliativos (30)

La aplicación uniforme de estos instrumentos y la revisión conjunta de las transcripciones, contribuyeron a garantizar la estabilidad, consistencia y precisión de los resultados obtenidos.

Confirmabilidad

Se mantuvo la objetividad mediante la documentación detallada del proceso metodológico, resguardando registros de entrevistas, evaluación nutricional, observaciones y correcciones realizadas durante la transcripción. Esta trazabilidad permite verificar que las interpretaciones derivan directamente de los datos obtenidos y no de los sesgos de las investigadoras.

Transferibilidad

Se ofrecieron descripciones detalladas del contexto hospitalario, las características de los pacientes geriátricos post-ACV y las experiencias de sus familiares, lo que posibilita que otros investigadores evalúen la aplicabilidad de los resultados en contextos similares de atención nutricional, accidente cerebrovascular y cuidados paliativos.

Triangulación

La triangulación se aplicó tanto en el proceso de recolección de datos (valoración de casos activos, entrevistas al personal de salud, entrevistas a familiares de casos activos durante la hospitalización y posterior al alta hospitalaria), como en el análisis de los mismos. Comparar y contrastar diferentes fuentes y datos proporciono una visión más precisa para analizar el proceso de atención nutricional que se lleva a cabo del hospital SERMESA Bolonia.

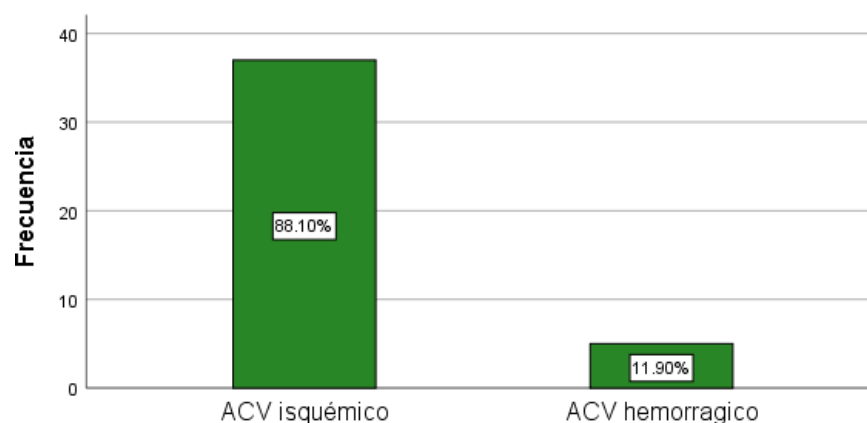
4. Resultados

4.1. Resultados de la perspectiva cuantitativa

Características clínicas de los pacientes geriátricos post-ACV

Diagnóstico médico de ACV: En la figura 2 se evidencia una clara predominancia del ACV de tipo isquémico, el cual representa el 88.10% de los casos, en contraste con el ACV de origen hemorrágico, que corresponde únicamente al 11.90%.

Figura 2. Diagnóstico médico de ACV registrado en los expedientes



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de expedientes en base a SPSS.

En relación a la prevalencia de ACV en pacientes según su sexo, se encontró una mayor representatividad de los pacientes del sexo masculino sobre los de sexo femenino con un 71.4% de la muestra de 42 usuarios hospitalizados en el periodo enero-junio del año 2025 en el hospital SERMESA Bolonia, los cuales cumplían con los criterios de inclusión de esta investigación (Tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de ACV según sexo

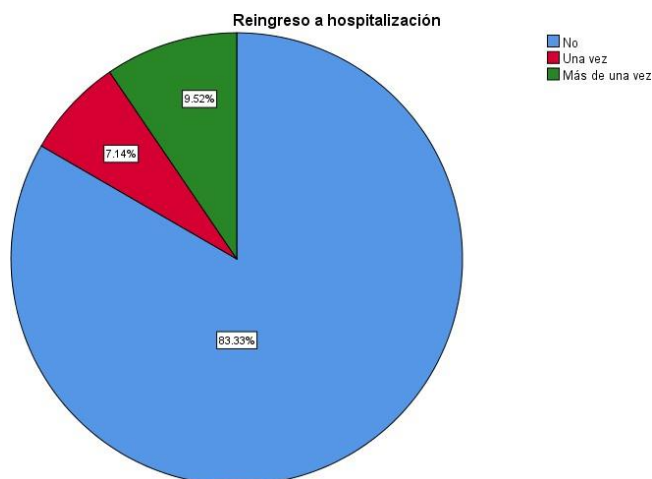
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	12	28.6
	Masculino	30	71.4
	Total	42	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de revisión de expedientes en base a SPSS.

Este patrón es coherente con lo que se ha observado en estudios previos, los cuales demuestran una mayor incidencia de accidente cerebrovascular en hombres debido a factores asociados con estilos de vida y hábitos tóxicos.

La figura 3 muestra la incidencia de reingresos hospitalarios de los pacientes hospitalizados por ACV con el 7.14 % de los individuos reingreso una sola vez y el 9.5% de los individuos reingresaron más de una vez en el periodo comprendido de enero a junio del año 2025, este fenómeno podría estar relacionado a un insuficiente manejo multidisciplinario o vinculado a un mal manejo post alta en el domicilio.

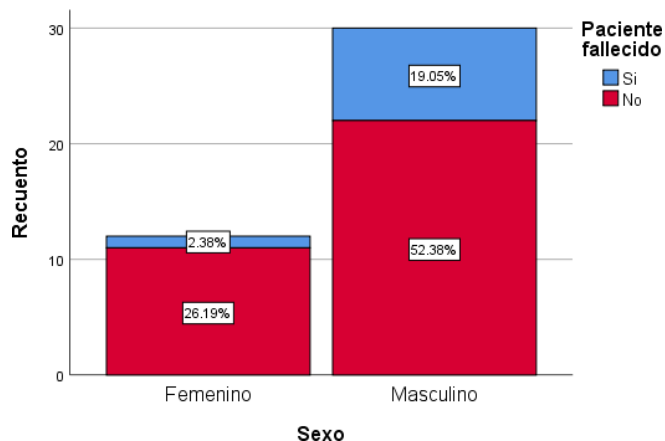
Figura 3. Incidencia de reingreso hospitalario



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de expedientes en base a SPSS.

La prevalencia de mortalidad en pacientes geriátricos post ACV en relación al sexo, revelo que el sexo masculino obtuvo una tasa mayor de mortalidad con un 19.05% en comparación con el sexo femenino, el cual obtuvo un porcentaje significativamente menor con un 2.38%

Figura 4. Prevalencia de mortalidad según sexo



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de expedientes en base a SPSS

Entre las comorbilidades presentadas en pacientes geriátricos, se destacan enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus tipo 2, cardiopatías y enfermedad renal crónica. Esto reafirma investigaciones anteriores en las cuales se establece que las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente la hipertensión arterial, son los principales factores de riesgo que propician un accidente cerebrovascular. (Tabla 6)

Tabla 6. Prevalencia de comorbilidades en pacientes geriátricos post ACV

		N	Porcentaje de casos
Comorbilidades registradas del paciente	Insuficiencia respiratoria	5	11.9%
	Neumonía aspirativa	9	21.4%
	Hipertensión arterial	36	85.7%
	Afasia	1	2.4%
	Hemiparesia	2	4.8%
	Disfagia	8	19.0%
	Enfermedad renal crónica	18	42.9%
	Deterioro cognitivo	8	19.0%
	Secuelas motoras post-ACV	13	31.0%
	Secuelas neurológicas post-ACV	6	14.3%
	Cardiopatía	19	45.2%
	Trastorno mental	3	7.1%
	Diabetes	24	58.5%

Fuente: elaboración propia a partir de revisión de expedientes en base a SPSS.

Elementos del Proceso de Atención Nutricional (P.A.N.) en los expedientes clínicos de pacientes geriátricos post- ACV

Se encontró un porcentaje bajo de aplicación del proceso de atención nutricional a los pacientes ingresados por ACV en el Hospital SERMESA Bolonia en el periodo de enero a junio del año 2025. En la tabla 7 se puede observar las fases del P.A.N. que no son registradas son el seguimiento nutricional, la intervención nutricional (plan de alimentación por escrito y el cálculo el requerimiento calórico y proteico).

Tabla 7. Verificación de aplicación del P.A.N. en 42 expedientes

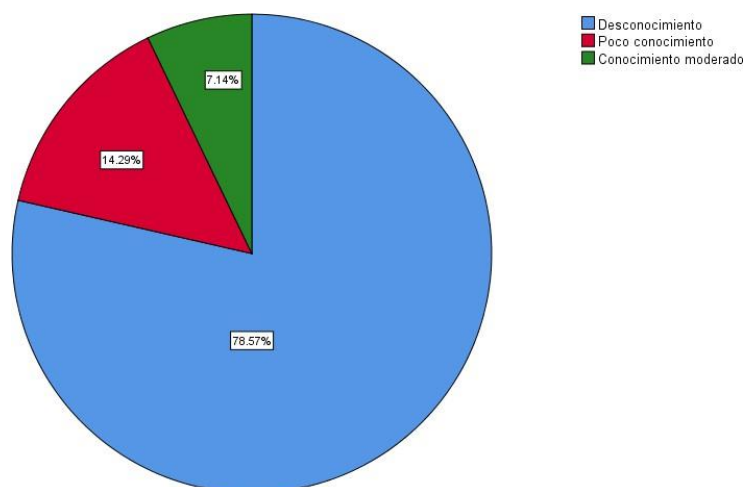
		N	Porcentaje de casos
Proceso de Atención Nutricional	No se realizó valoración nutricional al ingreso	35	83.3%
	No se calculó requerimiento calórico y proteico	41	97.6%
	No se estableció diagnóstico nutricional	37	88.1%
	No se elaboró plan de intervención nutricional	40	95.2%
	No se dio seguimiento nutricional durante la hospitalización	42	100.0%
	No se dejó constancia de la evolución nutricional	35	83.3%
	No se brindaron indicaciones nutricionales al alta	36	85.7%
	No se entregó plan de alimentación por escrito	42	100.0%
	No se indicó cita de seguimiento con nutrición	42	100.0%
	No se capacitó al cuidador sobre alimentación del paciente	35	83.3%

Fuente: elaboración propia a partir de revisión de expedientes en base a SPSS.

Conocimientos y prácticas del personal de salud respecto a la atención nutricional

El resultado de las encuestas al personal de salud del Hospital SERMESA Bolonia revela el nivel de conocimiento sobre el proceso de atención nutricional, donde un 78.57 % desconoce totalmente sobre este proceso, sus etapas y aplicación; el 14.29% posee un escaso conocimiento y el 7.14% dispone de un conocimiento moderado, esto podría implicar la disminución de la calidad de atención médica y nutricional.

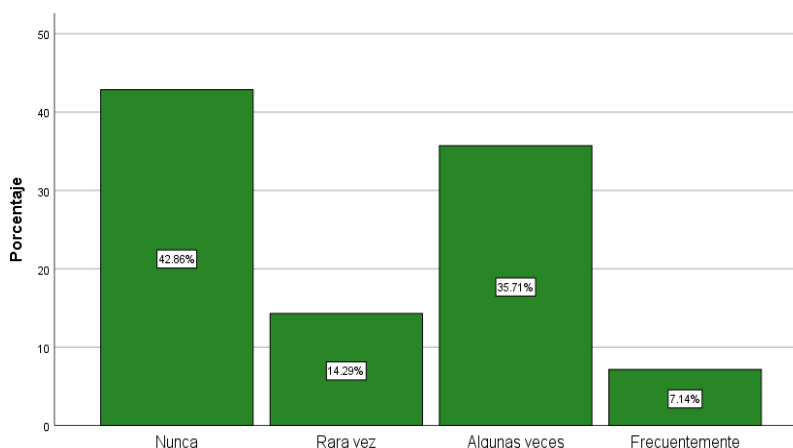
Figura 5. Conocimientos del personal de salud sobre las etapas del P.A.N.



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de encuestas al personal de salud en base a SPSS

En la figura 6 se evidencia una escasa frecuencia de capacitación hacia el personal de salud del hospital SERMESA Bolonia sobre el proceso de atención nutricional.

Figura 6. Frecuencia de capacitación del personal sobre el P.A.N



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de encuestas al personal de salud en base a SPSS

La tabla 8 expone que tan familiarizado está el personal de salud del hospital SERMESA Bolonia con el principio de adecuación del soporte nutricional según el estado del paciente donde el resultado predominante fue 42.9% del personal se encontraba poco familiarizado, lo que puede vinculado con la escasa frecuencia sobre el proceso de atención y sus etapas

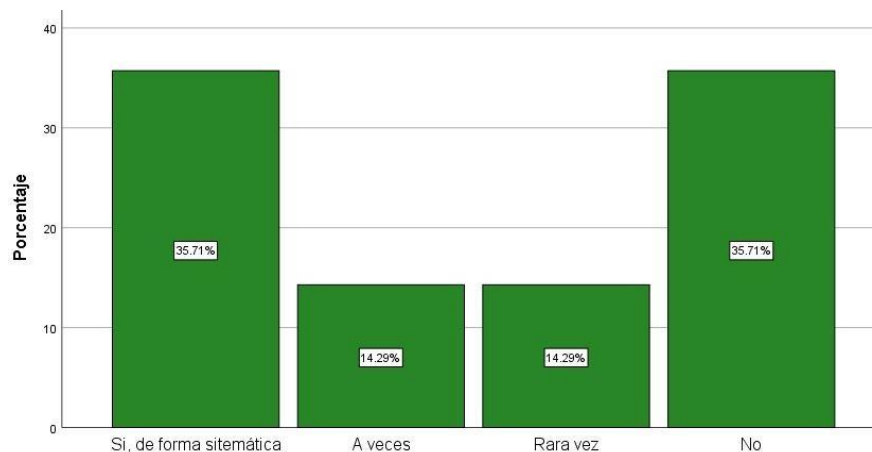
Tabla 8. Familiarización del personal de salud con el principio de adecuación del soporte nutricional según el estado del paciente

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nada familiarizado	1	7.1
	Poco familiarizado	6	42.9
	Medianamente Familiarizado	3	21.4
	Familiarizado	2	14.3
	Muy Familiarizado	2	14.3
	Total	14	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de revisión de encuestas al personal de salud

La figura 7 presenta la frecuencia con la que se aplica el P.A.N. (Proceso de Atención Nutricional) o alguna de sus etapas en la atención a pacientes, según el porcentaje de las respuestas. El 35.71% de los encuestados afirma aplicar el P.A.N. o alguna de sus etapas de manera sistemática. Un porcentaje idéntico, el 35.71%, indica que no aplica el P.A.N. o sus etapas. Este patrón podría indicar la necesidad de estrategias de formación o estandarización para asegurar una adopción más amplia y consistente del P.A.N. como herramienta de calidad en la atención nutricional.

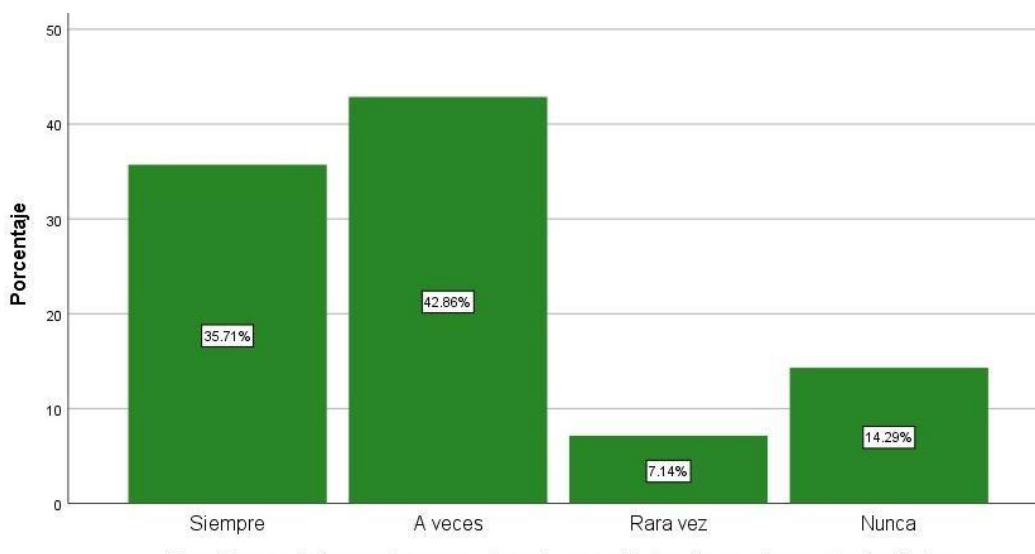
Figura 7. Aplicación del P.A.N. o alguna de sus etapas en la atención a pacientes



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de encuestas al personal de salud en base a SPSS

La Figura 8 ilustra la frecuencia con la que los profesionales registran sus intervenciones o valoraciones nutricionales en el expediente clínico de los pacientes, expresada en porcentajes. El porcentaje más alto (42.86%) corresponde a "A veces", lo que subraya que el registro no es una práctica estandarizada y sistemática para la mayoría de los encuestados.

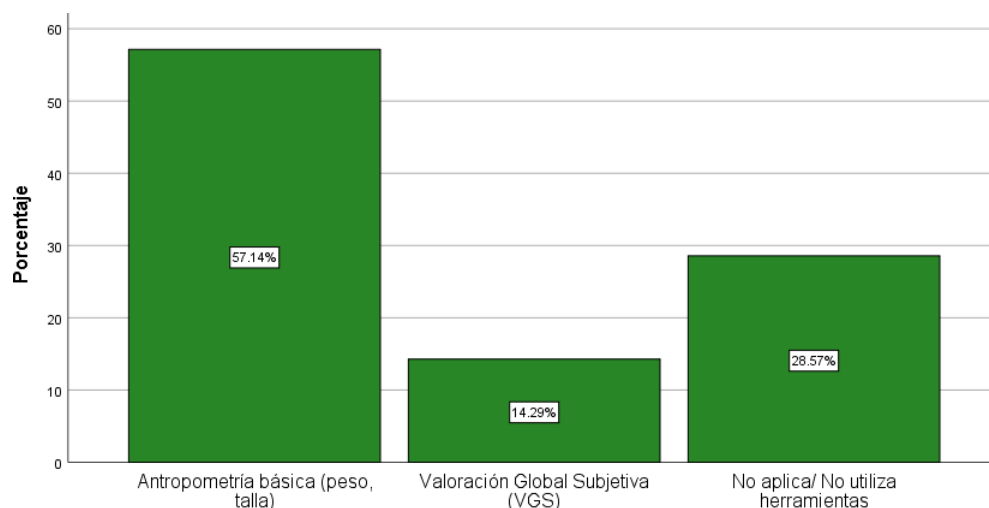
Figura 8. Registro de las intervenciones o valoraciones nutricionales en el expediente clínico por parte del personal de salud



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de encuestas al personal de salud en base a SPSS

La Figura 9 ilustra cual es la herramienta o técnica de evaluación nutricional más utilizada dentro de este contexto hospitalario. Siendo la antropometría la más predominante con un 57.14%.

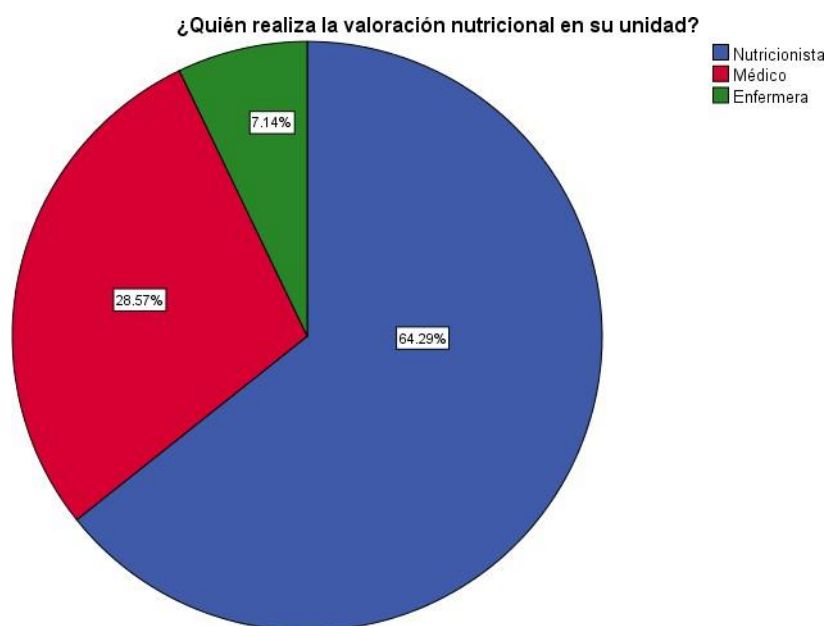
Figura 9. Herramientas que utiliza el personal de salud para la valoración nutricional de los pacientes geriátricos post ACV



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de encuestas al personal de salud

En la figura 10 se muestra la participación del personal de salud del Hospital SERMESA Bolonia en la valoración nutricional de los pacientes Hospitalizados. El 64.29% coinciden que el nutricionista es el profesional principal para realizar esta valoración.

Figura 10. Personal que realiza la valoración nutricional en pacientes geriátricos post ACV



Fuente: elaboración propia a partir de revisión de encuestas al personal de salud

4.2. Resultados de la perspectiva cualitativa

Necesidades y dificultades nutricionales de los pacientes activos

Resultados de cribados en casos activos

La tabla 9 presentan los resultados de los puntajes de cada cribado aplicado a los pacientes con casos activos, con la finalidad de saber el estado nutricional, nivel de independencia y riesgo de disfagia

Tabla 9. Resultados de la aplicación de Cribado a casos activos

Resultados de cribados	Px 1. M.J.R.M	Px 2. J. A. A. Z	Px 3. S. J. O	Px 4. B.G.M
Mini nutritional assessment (MNA)	Puntaje de evaluación global: 21 puntos, clasificado como riesgo de mal nutrición	Puntaje de evaluación global del MNA, 26.5 puntos, clasificado como estado nutricional normal	Puntaje de evaluación global de 14.5, clasificado como malnutrición	Puntaje de evaluación global de 24 puntos clasificado como estado nutricional normal
Eating Assessment Tool (EAT 10)	Puntaje de 4 puntos, clasificado como dificultad grave de deglución	Puntuación de 0 puntos, clasificado como sin problemas de deglución	Puntuación de 0 puntos, clasificado como sin problemas de deglución	Puntuación de 0 puntos, clasificado como sin problemas de deglución
Índice de Barthel (IB)	Puntuación total de 30 puntos correspondiendo a dependencia severa	Puntuación total de 95 puntos correspondiendo a dependencia escasa	Puntuación de 0 puntos, clasificado correspondiendo a dependencia total	Puntuación total de 80 puntos, correspondiendo a dependencia moderada

Nota: Px: Paciente e Iniciales

Resultados de la valoración nutricional

- Anamnesis

Las anamnesis clínicas nutricionales abordaban de manera integral indicadores relevantes de salud, tales como antecedentes de enfermedades, antecedentes familiares, indicadores clínicos, estilo de vida, antropometría, patrones alimenticios, indicadores dietéticos y observaciones generales del estado físico y mental del paciente con la finalidad de brindar un diagnóstico nutricional acertado, así mismo tomar en cuenta para documentar los parámetros necesarios de evaluación, seguimiento y necesidades

más relevantes al momento de proporcionar la alimentación para el desarrollo de la guía clínica nutricional anteriormente propuesta. (Tabla 10)

Tabla 10. Resultado de la Anamnesis Clínica Nutricional

Datos relevantes anamnesis clínica nutricional	Px 1.M.J.R.M	Px 2. J.A.A. Z	Px.3. S.J. O	Px 4. B.G.M
Indicadores clínicos antecedentes	Paciente presentó ganancia de peso en los últimos 6 meses, padece enfermedades crónicas diagnosticadas, DM2, HTA, con antecedentes de problemas hepáticos, presenta problemas de estreñimiento, practica polifarmacia.	Paciente sin ganancia de peso en los últimos 6 meses, con antecedentes de hepatitis, infección renal y estreñimiento	Presenta una fluctuación de peso en los últimos 6 meses, enfermedades crónicas diagnosticadas, DM2, ERC, HTA y enfermedad cardiaca, presenta agotamiento constante y practica polifarmacia	Ganancia de peso en los últimos 6 meses aproximado de 5 kilos, enfermedades crónicas diagnosticadas, DM2, HTA, presenta problemas de estreñimiento por lo cual toma laxantes ocasionales, le han practicado múltiples cirugías
Antecedentes familiares	Antecedentes de DM2 Y HTA en familiares directos	Antecedentes familiares de HTA	Antecedentes familiares de HTA, DM2, ERC	Antecedentes familiares de cáncer, DM2, HTA
Estilo de vida	Persona poco activa, con antecedentes de etilismo hace 20 año.	Sedentarismo, alcoholismo ocasional, tabaquismo activo, 5 cigarros al día y toma café a diario.	Sedentarismo, alcoholismo durante los últimos 30 años	Poca activa, suele caminar 3 veces por semana con una duración de 10 minutos
Antropometría	Paciente presenta un IMC de 30, clasificado como obesidad grado I	IMC de 29 clasificado como sobrepeso	IMC de 25 clasificado como normal	IMC de 20,3 clasificado como peso insuficiente
Patrones alimenticios	Paciente muestra consumo diario de carnes rojas, huevos y cereales, de manera semanal lácteos, tubérculos y verduras de hojas	Consumo diario de huevo, papas, cereales y aceite, de manera semanal, carnes rojas y blancas, verduras de hojas verdes y	Alimentación restringida de todo producto de origen animal, a excepción de carnes blancas, no consume tubérculos,	Consumo diario de cereales y queso, de manera semanal consume carnes rojas y blancas, lácteos, papas, verduras de hojas verdes y

	verdes y cada 15 días pescado y frutas	tubérculos, de manera quincenal vísceras	consumo diario de cereales y café, de manera quincenal frutas.	frutas, de manera quincenal consume huevos y tubérculos
Indicadores dietéticos	Realiza 3 tiempos de comida, con buen apetito, ingiere sus alimentos generalmente en 20 minutos, no presenta alergias ni intolerancias, su consumo de agua es de aproximadamente 2 litros.	Realiza 4 tiempos de comida con buen apetito, sin alergias alimentarias, intolerante a la lactosa, consume aproximadamente 1. 5 litros de agua al día	Realiza 3 comidas al día, poco apetito, modificó su alimentación en los últimos 6 meses, no presenta alergias ni intolerancias, consumo aproximado de 1,5 litros de agua.	Realiza 3 comidas al día, ha modificado su alimentación los últimos 6 meses debido a la diabetes, presenta un apetito regular, sin intolerancias ni alergias y consumo de agua aproximado de 2 litros
Observaciones	Paciente al momento de la hospitalización, tenía colocada SNG, por la cual se le administraba alimentación y medicación, no presentaba conciencia del entorno y altamente dependiente.	Dentadura incompleta, post ACV presentó problemas de habla y movilidad en la lengua con pronta recuperación	Consciente, orientado, con movilidad limitada, paciente refiere estar aburrido de lo restrictivo y monótono de su alimentación y esto ha producido una pérdida de apetito.	Consciente, orientada y enérgica.

Fuente: elaboración propia en base a anamnesis clínico-nutricional de pacientes con casos activos.

Resultados de la entrevista al familiar (durante estancia y post alta)

La tabla 11 sintetiza los principales hallazgos de las entrevistas dirigidas a los familiares/cuidadores de los pacientes con casos activos, donde se reflejó los principales desafíos al momento del cuidado en el proceso de recuperación de su familiar post ACV, al mismo expresaron sugerencias para la mejoría de la atención hospitalaria brindada por el personal.

Tabla 11. Matriz de categorización para el análisis de entrevistas al cuidador durante la estancia hospitalaria y posterior a la hospitalización

Categoría	Subcategoría	Descripción o significado	Cita textual	Interpretación o hallazgo
I. Orientación Nutricional	Recepción de Información	Documentos o métodos utilizados por el personal de salud para instruir al cuidador.	"Si, unos volantes con el plato del buen comer y una lista de intercambios de alimentos." (Cuidador R.A.).	El material impreso (volantes) es el formato principal utilizado para la orientación nutricional, aunque no es universalmente entregado.
	Claridad y Suficiencia	Valoración del cuidador sobre si la información recibida es comprensible y adecuada.	"No, solo vienen y ponen el medicamento y los papeles que no entendí." (Cuidador M.O.).	La claridad de la información nutricional (volantes) es heterogénea. Un cuidador reporta no haberla entendido, mientras que otro afirma haber entendido "a los volantes" y las explicaciones.
	Formato de Entrega	La preferencia o necesidad de recibir la información en un formato específico (escrito vs. oral).	"Me dieron recomendaciones, pero creo que pueden mejorar un poco más, me dieron recomendaciones sobre la textura y consistencia de los alimentos, pero no me dieron nada por escrito." (Cuidador D.J.R.L.).	Existe una demanda clara por parte de los cuidadores de recibir la información, especialmente las recomendaciones nutricionales y de cuidado post-alta, por escrito .
II. Impacto en el Cuidador	Desgaste Físico y Emocional	Consecuencias físicas, mentales o emocionales del rol de cuidado.	"Me siento agotada, siento que no puedo descansar y me he enfermado." (Cuidador M.O.).	El rol de cuidador genera un alto nivel de desgaste y deterioro de la salud personal en al menos dos de los entrevistados (M.O. y D.J.R.L.), manifestado como agotamiento, falta de descanso y enfermedad.

	Impacto en la Vida Diaria	Cambios percibidos en la rutina diaria (trabajo, descanso, salud).	"No he sentido mucho el cambio." (Cuidador R.A.).	La percepción del impacto en la vida diaria varía significativamente entre los cuidadores. El impacto emocional puede ser profundo y "desvelado" por la situación inesperada.
III. Red de Apoyo y Recursos	Apoyo Social y Familiar	El tipo de ayuda o soporte que reciben los cuidadores de su entorno cercano.	"Por parte de amigos y familia solamente." (Cuidador R.A. y M.O.).	El apoyo emocional o psicológico que reciben los cuidadores proviene principalmente de familiares y amistades, no de asistencia profesional.
	Conocimiento de Recursos Comunitarios	Si el cuidador está enterado de los servicios de apoyo para adultos mayores fuera del hospital.	"¿Conoce usted los recursos disponibles en su comunidad o centro de salud para apoyar el cuidado del adulto mayor? No." (Cuidador M.O. y D.J.R.L.).	Dos de los tres cuidadores principales entrevistados manifestaron desconocer los recursos comunitarios disponibles para el cuidado del adulto mayor.
IV. Necesidades y recomendaciones	Necesidades Hospitalarias	Mejoras requeridas para la estancia y comodidad durante la hospitalización.	"también que tuviera un lugar más cómodo y que al lado de mi papá hubiera una silla o un lugar más cómodo para el acompañante ya que no se puede descansar bien y me duele la espalda" (Cuidador M.O.).	Los cuidadores identifican la necesidad de mejorar la comodidad de las áreas de acompañamiento hospitalario para permitirles descansar adecuadamente.
	Necesidades Post-Alta	Falencias identificadas en la transición del cuidado al hogar.	"refirió que deberían entregar una guía detallada para la toma de medicamentos por ejemplo un horario por escrito." (Nota Entrevista D.J.R.L. Post-alta).	Se percibe la falta de personal en las salas para resolver dudas y la ausencia de guías detalladas y escritas para la gestión de la medicación después del alta.

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de entrevistas a familiares

A partir de las tres categorías selectivas identificadas, surgen los siguientes patrones emergentes:

Falla en la transferencia de conocimiento y necesidad de protocolos escritos estandarizados: Este patrón emerge de la discontinuidad crítica en la orientación al cuidador y subraya la ineficacia del método actual de entrega de información vital.

- Patrón de inconsistencia documental: La información se entrega de manera heterogénea (volantes o explicación oral), resultando en que algunos cuidadores no entienden "los papeles", mientras que otros sí. Este método variable es inadecuado para la complejidad del cuidado post-ACV.
- Patrón de demanda escrita como garantía de cuidado: Existe una solicitud recurrente y específica de que las recomendaciones esenciales, particularmente las relacionadas con la textura/consistencia de los alimentos y la gestión de medicamentos, se entreguen por escrito. Esta demanda refleja que el formato escrito es percibido como la única garantía de claridad y referencia para el cuidado en el hogar.
- Patrón de efectividad condicional: La mejoría significativa en la alimentación del paciente ocurre solo cuando el cuidador aplica una guía nutricional detallada y adaptada, lo que indica que la información estándar no es suficiente y valida la necesidad de formalizar la orientación post-alta.

Desgaste crónico y descuido de la diada cuidador-paciente: Este patrón se deriva directamente de la Sobrecarga Física y Psicológica No Atendida y describe cómo la institución de salud ignora las necesidades del cuidador como una unidad de cuidado inseparable del paciente.

- Patrón de deterioro de la salud del cuidador: El cuidado intensivo post-ACV conduce consistentemente a un alto grado de desgaste, que se manifiesta como agotamiento, falta de descanso, y el desarrollo de malestares físicos ("me he enfermado" o "me duele la espalda").

- Patrón de estresor inesperado y profundo: Para al menos un cuidador, la situación generó un impacto emocional "impactante," causándole sentirse "desvelado," "ansioso" y "consternado" debido a lo inesperado de la condición de su familiar.
- Patrón de falta de soporte logístico básico: El entorno hospitalario contribuye al desgaste del cuidador, ya que las áreas de acompañamiento carecen de comodidades básicas (silla o lugar más cómodo) que permitan al acompañante descansar bien.

Ausencia de vínculo de continuidad institucional: este patrón surge del Aislamiento del Cuidador de la Red de Apoyo Institucional y destaca que la transición del cuidado hospitalario al comunitario es un proceso abrupto sin puentes efectivos.

- Patrón de dependencia exclusiva en la red informal: El apoyo emocional o psicológico que reciben los cuidadores proviene únicamente de familiares y amistades. Esto demuestra una ausencia de intervención o seguimiento profesional de apoyo psicológico.
- Patrón de desconocimiento comunitario generalizado: La mayoría de los cuidadores principales entrevistados manifestaron desconocer los recursos disponibles en su comunidad o centro de salud para el cuidado del adulto mayor. Esta falta de conocimiento sugiere que el personal de salud no facilita activamente la conexión con servicios de apoyo externos.
- Patrón de abandono post-alta especializado: los cuidadores perciben una escasa o nula en la orientación y seguimiento al momento del alta, incluyendo la ausencia de una cita de seguimiento con el nutricionista.

Resultados del diagnóstico

A continuación, se muestra la tabla 12, que contiene los resultados de los diagnósticos nutricionales en formato PESS (Problema, Etiología, Síntomas y Signos) de los pacientes de casos activos en base a los cribados, las anamnesis clínicas nutricionales y observaciones del estado de salud. Este diagnóstico fue elaborado la terminología estandarizada en el P.A.N.

Tabla 12. Diagnóstico en formato PESS de los casos activos en el período

Px 1.M.J.R.M	Px.2. J.A.A. Z	Px.3. S.J. O	Px B.G.M
Dificultad para deglutir (NC-1.1) asociado la disminución del nivel de conciencia, alimentación dependiente de sonda nasogástrica y disfagia por accidente cerebrovascular, evidenciado por resultado de cribado MNA-S en riesgo de malnutrición, IMC de 30 kg/m ² con acumulación de grasa visceral, cambios de peso, dependencia severa según índice de Barthel (30 puntos) y despistaje de disfagia (4 puntos).	Ingestión excesiva de lípidos NI-5.5.2 e ingestión excesiva de hidratos de carbono NI-5.8.2 asociada a sobrepeso, hábitos de tabaquismo activo y consumo ocasional de alcohol, evidenciado por IMC de 29 kg/m ² (clasificado como sobrepeso), circunferencia de brazo de 30 cm, circunferencia de pantorrilla de 33.5 cm y resultado del MNA de 26 puntos (estado nutricional normal).	Malnutrición NC-4.1 asociada a ingesta alimentaria inadecuada y monotonía dietética en el contexto de enfermedad renal crónica, relacionado con múltiples restricciones alimentarias derivadas de patologías crónicas (ERC, DM2, HTA y enfermedad cardíaca), dependencia total y falta de apetito secundario a estado emocional depresivo y polifarmacia, evidenciado por resultado del MNA de 14 puntos (malnutrición), circunferencia de brazo de 25 cm, circunferencia de pantorrilla de 32 cm, movilidad muy limitada, dependencia total según índice de Barthel (0 puntos) y quejas de cansancio y aburrimiento hacia la alimentación habitual.	Ingestión energética inadecuada (subóptima) NI-1.2 asociado a bajo peso NC-3.1 para la población geriátrica, relacionado con disminución de masa corporal magra y hábitos alimentarios poco variados en el contexto de enfermedades crónicas (DM2 e HTA) y bajo nivel de actividad física, evidenciado por IMC de 20.33 kg/m ² (peso insuficiente corte de geriatría), circunferencia de brazo de 28 cm, circunferencia de pantorrilla de 32 cm, ganancia de peso reciente de 10 libras, puntaje del MNA de 24 (estado nutricional normal pero en límite inferior) y dependencia moderada según índice de Barthel (80 puntos).

Resultados de intervención

Se realizó una intervención nutricional posterior al alta únicamente a un paciente que accedió a participar en esta etapa de la investigación. Se proporcionó una Prescripción nutricia NP-1.1 que consistió en una Dieta modificada en textura ND- 1.2.1 y Dieta fácil de masticar ND-1.2.1.1. Así mismo se otorgó educación nutricia abarcando la relación de la nutrición con la salud/enfermedad E-1.4, modificaciones recomendadas E-1.5 y recomendaciones de actividad física E-1.8. Esto permitió observar el Impacto de la aplicación de las recomendaciones nutricionales, el familiar refirió que aplico la guía al paciente, quién presentó una mejora significativa en cuanto a la alimentación.

Resultados de la entrevista al personal

El análisis de las entrevistas al personal evidencia la falta de protocolos para abordar este tipo de casos a nivel hospitalario, así mismos demuestran interés para la elaboración de guías con respecto al abordaje nutricional de pacientes geriátricos post ACV. También se observó la falta de coordinación en el manejo multidisciplinario para la valoración y seguimiento de estos casos. (Tabla 13)

Tabla 13. Matriz de categorización de entrevistas al personal de salud

Categoría	Subcategoría	Palabras Claves	Fragmentos de las entrevistas
Enfoques institucionales de atención paliativa	Protocolo o lineamientos institucionales de atención nutricional en contexto paliativo	Ausencia de protocolo, inexistencia de plan, valoración a demanda, falta de estandarización.	"No se nos ha presentado un protocolo de nutrición para cuidados paliativos a nivel institucional, se encarga directo el nutricionista en caso de que solicite valoración. "No hay mucha participación multidisciplinar, no existe un plan especializado, se llama a los nutricionistas para la valoración de suplementos, los médicos a veces indican colados. "No existe protocolo, solo se reporta la valoración al nutricionista del hospital. "No hay protocolo, no se lleva un protocolo como tal. "No tenemos ningún tipo de protocolo."
	Rol profesional dentro del enfoque institucional	Vigilancia, valoración nutricional, manejo de patología, orientación, supervisión de dieta, garantizar aporte nutricional.	Internista: "nos encargamos del manejo de su patología y vigilar que cumpla la alimentación indicada por nutrición. Internista: "Garantizar adecuado aporte nutricional y los medios para cumplirlo. Nutricionista: "Darle la valoración clínica nutricional, tomar las medidas antropométricas (peso. Y talla aproximada), también se modifica la dieta y se da orientación nutricional. Jefa de enfermería: "Que el paciente este conforme con su dieta y que tome una vía oral. Enfermera: "Supervisión de alimentación al momento de brindar dieta."

Trabajo en equipo y abordaje interdisciplinario	Participación de distintas disciplinas en la atención	Nutrición, fisiatría, psicología, enfermería, cirugía general, casos específicos.	"Valoración por nutrición y fisiatría. "A veces los mandan con psicología, enfermería les da seguimiento en cuanto al cumplimiento del tratamiento. "Atención por nutrición, valoración por psicología y enseñanza a sus familiares. "Si hay apoyo psicológico y de enfermería, pero solo en algunos casos específicos, durante su estancia de evalúa si necesita otro tipo de atención."
	Coordinación y comunicación entre disciplinas	Poca participación, solicitud de valoración, reporte, comunicación en cadena.	"No hay mucha participación multidisciplinar. "Se encarga directo el nutricionista en caso de que solicite valoración. solo se reporta la valoración al nutricionista del hospital. "Se reporta al médico tratante y el medico reporta al nutricionista para que realice valoración."
Intervenciones nutricionales específicas	Tipos de soporte nutricional brindado según condiciones del paciente	Cambio de consistencia, colados, suplementos proteicos, gastrostomía, sonda nasogástrica, aumento de frecuencia.	"Cambio de consistencia a colados e incrementar la frecuencia de la alimentación. "colados hiperproteicos, aumentar la frecuencia de consumo para evitar hipoglicemia... si el grado de disfagia es severo se solicita valoración para gastrostomía. "Nutrición por medio de gastrostomía o por sonda nasogástrica. "Soporte nutricional con suplementos, se priorizan los suplementos proteicos. "Comunico al médico tratante que se haga uso de sonda nasogástrica para alimentación y cambio de dieta según sea el caso."
Educación y apoyo a cuidadores/familiares	Capacitación u orientación alimentaria brindada al cuidador	Orientación, recomendaciones, charla, enseñanza, plato saludable, documentos impresos.	"Se encarga el nutricionista cuando hace su valoración. "Se les brinda una charla del plato saludable y se les brinda orientaciones (en papel) en consulta externa o medicina interna. Responsables: "Nutricionistas y médicos internistas. "La orientación es que la alimentación sea colados o blanda según sea el caso, el lic en nutrición realiza las orientaciones. "Se orienta por medio de charlas el tipo de alimentación brindada por el medico según dieta."
Continuidad del cuidado nutricional	Seguimiento posterior al alta y responsables del mismo	Consulta externa, seguimiento de peso, valoración bioquímica, gestión por nutricionista/médico, solicitud del familiar.	"Gestión la hace el nutricionista. "Se les hace valoración bioquímica, seguimiento nutricional respecto al peso y educación nutricional según su enfermedad de base. "Lo gestionan los médicos a cargo del paciente. "Se les da su acta de seguimiento en consulta externa. "Consulta externa con cita según agenda, el familiar del paciente debe solicitarlo."

Barreras para una atención nutricional adecuada	Factores estructurales, organizativos, formativos o actitudinales que dificultan el cuidado nutricional	Inasistencia del familiar, falta de aplicación de la información, factor económico, recursos limitados (cocina, alimentos), distancia al hospital, autorización familiar.	Actitudinales/Familiares: "El familiar no acude con el paciente a los seguimientos. "Los familiares no transmiten o aplican adecuadamente la información y orientaciones que se le brindan en el hospital. Estructurales/Organizativos: "Poca variedad de alimentos y poca cantidad... la estructura de la cocina ya que no es espaciosa y hacen falta muchos utensilios y equipos. Paciente/Familia: "Pacientes encamados, pacientes que habitan lejos del hospital. "El tipo de alimentación y el estado económico del paciente. "Autorización de familiar para colocación de sonda nasogástrica."
Propuestas de mejora y diseño de guía clínica	Sugerencias prácticas del personal de salud para mejorar el proceso de atención	Normar valoración nutricional, atención multidisciplinaria, capacitación del personal, mejorar coordinación, reuniones periódicas, aumentar presupuesto, mejorar recursos de cocina.	"Que este normado solicitar la valoración nutricional estricta de los casos, porque no todos son valorados. "Se debe procurar una atención multidisciplinaria, incluyendo siempre a los nutricionistas. "Capacitación de personal médico y de enfermería en técnicas de alimentación, reuniones periódicas multidisciplinarias, comunicación con la familia. "Mejorar la coordinación en el manejo nutricional con médicos y nutricionista y aumentar el presupuesto para los alimentos para mejorar el menú de los pacientes."
	Recomendaciones sobre contenidos clave para la guía clínica nutricional	Parámetros de evaluación, opciones de alimentos para familiares, módulos proteicos, menús, herramientas antropométricas, aporte calórico/proteico ajustado, control de síntomas, guía de suplementos.	"Si hay parámetros específicos a evaluar según la seriedad del ACV, opciones de alimentos que puedan preparar los familiares en sus domicilios y módulos proteicos que se puedan utilizar. crear una guía de menú para el familiar, incluir más herramientas o instrumentos de medición antropométrica. "Aporte calórico y proteico ajustado a cada paciente, control de síntomas y adecuar las recomendaciones a la fase de la enfermedad. "Tener más nutricionistas y enfocarse en mejorar y agregar meriendas. "Historial de consumo de alimentos al paciente, guía de suplementos para este tipo de pacientes, apoyo de fisioterapeuta."

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de entrevistas a familiares

Categorización Selectiva (Fenómeno Central)

El fenómeno central que vincula todas las categorías axiales es:

"La no estandarización de la atención nutricional paliativa Post-ACV en el contexto hospitalario y la imperiosa necesidad de su formalización".

Patrones Emergentes Identificados

A partir de la relación entre las categorías, se identifican varios patrones que caracterizan la atención nutricional en el Hospital SERMESA Bolonia:

- Enfoque reactivo vs. proactivo sistémico: Existe un patrón de atención reactiva donde la intervención nutricional (incluyendo la valoración clínica y la indicación de suplementos) no es una parte integral o sistemática del cuidado, sino que depende de una solicitud específica o de un reporte al médico tratante.
- Multifactorialidad de las barreras: Las dificultades para una atención adecuada son el resultado de la convergencia de factores estructurales internos (poca variedad de alimentos, recursos limitados de la cocina, bajo presupuesto) y factores externos dependientes del familiar/cuidador (falta de asistencia a seguimientos, no aplicación de orientaciones, factor económico y distancia al hospital).
- Búsqueda de estandarización a través de guías prácticas: Hay un patrón de consenso entre el personal de salud (médicos, enfermeras y nutricionistas) respecto a que la solución principal reside en la formalización de procesos y la creación de herramientas. Las sugerencias apuntan a una guía clínica que no solo tenga parámetros de evaluación y menús, sino que también contemple el aporte calórico y proteico ajustado y el control de síntomas.
- Disparidad en la gestión del seguimiento post-alta: Aunque el nutricionista y los médicos internistas son responsables de la orientación, el seguimiento nutricional post-alta es gestionado de manera inconsistente (a veces por el nutricionista, a veces por los médicos, o queda condicionado a que el familiar del paciente solicite la cita en consulta externa).

4.3. Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar el proceso de atención nutricional (P.A.N.) en pacientes geriátricos post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia. El análisis se realizó a través de la revisión de expedientes, encuestas y entrevistas al personal de salud, valoración de casos activos y entrevistas al familiar durante y posterior a la hospitalización. Los resultados reflejan elementos significativos sobre la aplicación del P.A.N en estos pacientes, así como los conocimientos del personal y las necesidades y desafíos de los pacientes y sus familiares.

La ficha de revisión de expedientes reveló que el diagnóstico médico predominante de ACV entre enero y junio de 2025 fue el accidente cerebrovascular isquémico (88.10 %). Este dato es reforzado por estadísticas de diversos estudios científicos, como el realizado por la *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, que afirma una mayor prevalencia de casos de ACV isquémico sobre los hemorrágicos. (31)

En cuanto a la distribución por sexo, se encontró una marcada prevalencia de ACV en pacientes masculinos, alcanzando el 71.4% del total de casos analizados, frente al 28.6% correspondiente a pacientes femeninos. Dicho hallazgo concuerda con estudios recientes, como el de la Organización Mundial del Accidente Cerebrovascular, que en su hoja informativa mundial 2025 detalla una prevalencia anual del 53% de casos en hombres. (32)

La tasa de reingreso hospitalario fue del 16.6% de los casos; de estos, el 7.14% reingresó una vez y el 9.52% más de una vez. Esto podría estar ligado a complicaciones de comorbilidades previas, desarrollo de discapacidad por ACV, un mal manejo multidisciplinario durante la hospitalización o un manejo deficiente post alta en el domicilio. Los datos son consistentes con el artículo publicado por la *Revista Europea de Ictus* sobre patrones de reingreso, el cual plantea que pacientes con una alta carga de comorbilidades son más propensos al reingreso, junto con otras causas principales como afecciones circulatorias, enfermedades infecciosas y traumatismos. (33)

Respecto a la mortalidad, los resultados mostraron que los pacientes de sexo masculino (19.05%) presentaron un porcentaje mayor comparado con las pacientes de sexo femenino (2.38%). Este hallazgo difiere de la investigación de *The Texas Health Institute*, que afirma que, aunque el ACV es más común en hombres, suele ser más mortal entre la población femenina. (34)

Dentro de las comorbilidades más predominantes se encuentra, en primer lugar, la hipertensión arterial (85.7%), seguida de la diabetes mellitus tipo dos (58.5%), cardiopatías (45.2%) y enfermedad renal crónica (42.9%). Lo anterior coincide con diversos estudios que asocian estas enfermedades crónicas como factores de riesgo significativos para sufrir un ACV; el Texas Health and Human Services clasifica la hipertensión, diabetes y cardiopatías como enfermedades que aumentan dicho riesgo. (35)

Los hallazgos en la revisión de expedientes mostraron un gran porcentaje de incumplimiento al aplicar el proceso de atención nutricional, puesto que en su mayoría no se aplica ninguna de las etapas del P.A.N. El 83.3% de los pacientes ingresados por ACV no recibieron una valoración nutricional al ingreso, la cual es fundamental para establecer un plan de acción durante su estancia. Además, en el 100% de los casos no se dio seguimiento nutricional durante la hospitalización ni posterior al alta. Esta conclusión se basa en la revisión, documentación y observación de expedientes clínicos (enero a junio 2025) y representa un gran factor de riesgo.

Según estudios previos, la aplicación del P.A.N es imprescindible en esta población vulnerable, ya que ayuda a detectar precozmente la desnutrición, disfagia y necesidades nutricias especiales, identificando el soporte nutricional necesario y evitando complicaciones como neumonía aspirativa, sarcopenia y deficiencias de macro y micronutrientes. (36)

Esta ausencia de registro y protocolo hospitalario se refleja directamente en la realidad vivida por los pacientes, según lo evidenciado en la fase cualitativa (entrevistas y evaluación nutricional de casos activos). Los resultados mostraron que, luego de sufrir un ACV, padecieron condiciones limitantes que afectaron su capacidad de alimentación e independencia. La falta de un manejo nutricional adecuado y la inexistencia de

seguimiento no solo afectan la recuperación funcional, sino también la vida de sus familiares o cuidadores. Estos últimos, ante la falta de orientación profesional, enfrentan retos complejos en el cuidado diario post ACV, como el manejo de sondas nasogástricas, la alimentación de transición, desorientación sobre texturas y consistencias de alimentos, restricciones alimentarias indicadas por personal no capacitado y la falta de apoyo general.

Durante la revisión de expedientes se observó que la mayoría de los diagnósticos nutricionales fueron registrados por estudiantes de nutrición. Esto puede estar relacionado con el desconocimiento del P.A.N por parte del personal de salud, ya que el 78.57% expresó no conocer este proceso ni su utilidad. De igual modo, existe poca familiarización con la aplicación del principio de adecuación del soporte nutricional según el estado del paciente, lo cual puede provenir de una escasa frecuencia de capacitación.

También se constató que el 57.14 % de las herramientas utilizadas por el personal son insuficientes para valorar el estado nutricional de pacientes geriátricos post ACV, mientras que el 28.57% no aplica ningún tipo de herramienta en su unidad. Estas prácticas pueden dar paso a una mala praxis y a diagnósticos nutricionales errados. Sumado a esto, un porcentaje significativo de las valoraciones (35.71%) y prescripciones dietarias son realizadas por médicos y enfermeras, quienes han expresado tener poco conocimiento del P.A.N.; esto puede llevar a que empleen herramientas desactualizadas, fuera del punto de corte para esta población o no apliquen ninguna evaluación. El estudio exploratorio de la Sociedad Estadounidense de Nutrición Clínica recomienda una mayor formación en nutrición clínica para preparar a los médicos (entre 37 y 44 horas a nivel de pregrado) (37).

Asimismo, el artículo sobre Organización y funcionamiento de la atención nutricional hospitalaria recomienda que las iniciativas de atención nutricional cuenten con todos los profesionales implicados, aportando cada uno su parcela de conocimientos bajo especificaciones técnicas explícitas que minimicen la variabilidad y mejoren los resultados. (38)

Los resultados de la investigación revelan una brecha crítica entre la teoría y la práctica clínica. A pesar de que la población estudiada presenta un perfil de alto riesgo, dominado por ACV isquémico en hombres con múltiples comorbilidades (hipertensión y diabetes), se evidenció un incumplimiento mayoritario y sistémico en la aplicación del P.A.N.

Por lo tanto, es imperativo establecer un protocolo hospitalario obligatorio de atención nutricional, aumentar la capacitación multidisciplinaria y estandarizar el registro en el expediente clínico para mejorar la calidad de vida, optimizar la recuperación funcional y reducir los desafíos que enfrentan los pacientes y sus cuidadores post-alta.

5. Conclusiones

Los elementos del proceso de atención nutricional que se documentaron en el periodo comprendido de enero a junio, demuestran una aplicación superficial de algunas de las etapas del P.A.N, específicamente evaluación nutricional e intervención nutricional, las cuales no toman en cuenta los componentes que integran estas etapas, las etapas de diagnóstico y monitoreo nutricional no fueron registradas en los expedientes revisados

El nivel de conocimiento del personal de salud del hospital SERMESA Bolonia respecto al P.A.N, sus etapas, utilidad y aplicación es limitado en comparación con la cantidad de personas ingresadas y la complejidad de los cuadros clínicos nutricionales después de un accidente cerebrovascular, los cuales requieren una intervención especializada.

Comparando la información obtenida de la valoración de casos activos, documentación de expedientes clínicos, y las percepciones del personal de salud destaca las necesidades nutricionales de suplementación nutricia, educación nutricional para paciente y familiar, terapia orofaríngea después de disfagia, adaptación de soporte nutricional individualizado y seguimiento periódico durante y posterior al alta hospitalaria. En cuanto a las dificultades nutricionales fueron diversas debido a que cada paciente tenía una carga de comorbilidades, estilo de vida y practicas alimentarias diferentes, no obstante, resaltan los problemas de deglución, neumonía aspirativa, riesgo de sarcopenia, pérdida de apetito, deficiencia de micronutrientes, deshidratación y afectaciones en el estado psicológico y emocional debido a la perdida de independencia, lo cual no es una dificultad al estado nutricional, aun así afecta directamente en su calidad de vida y proceso de recuperación general

En base a los resultados obtenidos durante el periodo de estudio se diseñó una guía clínica nutricional de cuidados paliativos post ACV adaptada y detallada al contexto hospitalario y domiciliario, para los profesionales de la salud y cuidadores, la cual puede aplicarse para facilitar una mejoría en la alimentación del paciente y estado nutricional. (Ver anexo 1)

6. Recomendaciones

Se recomienda al Hospital SERMESA Bolonia el diseño e implementación de un protocolo estandarizado del Proceso de Atención Nutricional, con lineamientos claros para la valoración, diagnóstico, intervención y monitoreo de los pacientes geriátricos en cuidados paliativos post ACV. La existencia de un protocolo formal permitirá unificar criterios, mejorar la calidad del abordaje nutricional, optimizar el uso de herramientas de cribado y fortalecer la continuidad del cuidado entre los diferentes profesionales de salud.

Se sugiere desarrollar un programa de capacitación continua y multidisciplinaria dirigidos al personal de salud, enfocados en la comprensión del P.A.N., sus etapas, su importancia en el pronóstico de los pacientes y las estrategias para aplicarlo adecuadamente en el entorno hospitalario. La formación continua contribuirá a mejorar la identificación temprana de riesgos nutricionales, la calidad del diagnóstico nutricional y la ejecución de intervenciones basadas en evidencia, favoreciendo un cuidado integral y seguro.

Institucionalizar instancias formales de trabajo interdisciplinario para optimizar la comunicación en la atención de los pacientes geriátricos en cuidados paliativos post ACV, a través de rondas clínicas o pases de visita multidisciplinarios y sesiones de casos clínicos. Una coordinación fluida entre los miembros del equipo contribuye a optimizar el abordaje nutricional, prevenir complicaciones y asegurar una atención continua, segura y centrada en las necesidades reales del paciente.

Para validar el impacto clínico del proceso de atención nutricional retomar y re aplicar este estudio con una muestra más amplia, un tiempo más prolongado y con mayores recursos humanos y económicos, esto permitirá identificar con mayor precisión los puntos críticos donde la intervención nutricional aporta mayor confort y dignidad al paciente, insumos indispensables para el diseño de una guía de manejo integral.

7. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Región del Mediterráneo Oriental. Accidente cerebrovascular. [Online]; 2025. Acceso 20 de Juniode 2025. Disponible en: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/>.
2. Ministerio de Salud (MINSA). Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua Datos Estadísticos (Causas de Defunciones 2024). [Online]; 2025. Acceso 20 de Juniode 2025. Disponible en: <https://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>.
3. Tinitana Soto A, Herrera Sarango S, Cárdenas Estrella , Núñez Cabrera M. Cuidados paliativos en el paciente geriátrico. [Online]; 2023. Acceso 22 de Juniode 2025. Disponible en: <https://www.recimundo.com/~recimund/index.php/es/article/view/2077>.
4. Bonilla P. Cuidados paliativos en Latinoamérica. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo. [Online]; 2021. Acceso 15 de Juliode 2025. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/226>.
5. Posada , Cuellar Fernández Y, Savino. Proceso de cuidado nutricional: una metodología efectiva e interdisciplinaria. Artículo de revisión. [Online]; 2023. Acceso 02 de Juliode 2025. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/373258377_ARTICULO_DE_REVISION_Proceso_de_cuidado_nutricional_una_metodologia_efectiva_e_interdisciplinaria_Nutrition_Care_Process_an_effective_and_interdisciplinary_methodology.
6. Carbajal Á, Sierra J, López Lora , Ruperto M. Proceso de Atención Nutricional: elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. [Online]; 2021. Acceso 18 de Juliode 2025. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2174-51452020000200010&script=sci_arttext&utm_source=chatgpt.com.
7. Zanini M, Catania G, Di Nitto M, Delbene L, Ripamonti S, Musio E, et al. Healthcare Workers' Attitudes Toward Older Adults' Nutrition: A Descriptive Cross-Sectional Study in Italian Nursing Homes. Geriatrics (Basel). [Online]; 2025. Acceso 19 de julio de 2025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11755615/>.

8. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Nutrición en las personas adultas mayores: Recomendaciones para el equipo de salud de primer nivel de atención Montevideo; 2023.
9. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas. Valoración del Estado Nutricional en Personas Mayores Buenos Aires ; 2023.
10. Morales Gómez dIÁ, Morales Gómez. Estado nutricional de los residentes del hogar para adultos mayores "La providencia", Granada en el II semestre del año 2024. [Online].; 2024. Acceso 30 de Julio de 2025. Disponible en: <https://repositorio.ucn.edu.ni/id/eprint/39/1/Estado%20nutricional%20de%20los%20residentes%20del%20hogar%20para%20adultos%20mayores.pdf>.
11. Carbajal Á, Sierra JL, López Lora , Ruperto. Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementacion y uso por los profesionales de la Nutrición y la Dietética. [Online].; 2020. Acceso 02 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v24n2/2174-5145-renhyd-24-02-172.pdf>.
12. Chen Y, Yang , Zhu Y, Zhang X, Ni J, Li Y. La desnutrición definida por el índice de riesgo nutricional geriátrico predice resultados en pacientes con accidente cerebrovascular grave: un análisis emparejado por puntuación de propensión. [Online].; 2022. Acceso 17 de agosto de 2025. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9696179/?utm_source=chatgpt.com.
13. Bellanti F, Buglio Al, Quiete S, Vendemiale G. Desnutrición en pacientes ancianos hospitalizados: detección y diagnóstico, resultados clínicos y tratamiento. [Online].; 2022. Acceso 20 de agosto de 2025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8880030/>.
14. Organización Mundial de salud (OMS). Envejecimiento y salud. [Online]; 2024. Acceso 20 de Agostode 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
15. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS. [Online].; 2015.. Disponible en: https://gemini.google.com/app/82e8c162bbd72d60?is_sa=1&is_sa=1&android-min-version=301356232&ios-min-version=322.0&campaign_id=bkws&utm_source=sem&utm_medium=paid-media&utm_campaign=bkws&pt=9008&mt=8&ct=p-growth-sem-bkws&gclidsrc=aw.ds&gad_source=1&gad_campaign.

16. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. [Online].; 2013. Acceso 16 de Agosto de 2025.
17. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2024. Ginebra: World Stroke Organization. [Online].; 2024. Acceso 16 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.world-stroke.org>.
18. Lindsberg P, Roine R. Hiperglucemia en el accidente cerebrovascular agudo. American Heart Association Journals. [Online]; 2004. Acceso 23 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.str.0000115297.92132.84>.
19. Jiménez Gutiérrez E, Martínez Gómez LE, Martínez Armenta C, Pineda C, Martínez Nava GA, López Reyes A. Mecanismos moleculares de la inflamación en la sarcopenia: actualización diagnóstica y terapéutica. [Online]; 2022. Acceso 24 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2073-4409/11/15/2359>.
20. Sanz París , Álvarez Ballano D, de Diego García P, Lofablos Callau F, Gamboa RA. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV. [Online]; 2009. Acceso 24 de Agosto de 2025. Disponible en: [https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3413022#:~:text=2\)%20Tratamiento%20de%20la%20fase%20aguda%20La,alimentaci%C3%B3n%20aut%C3%B3noma%20estando%20ya%20desnutridos%20el%2022%2D35%25](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3413022#:~:text=2)%20Tratamiento%20de%20la%20fase%20aguda%20La,alimentaci%C3%B3n%20aut%C3%B3noma%20estando%20ya%20desnutridos%20el%2022%2D35%25).
21. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados paliativos. [Online] Acceso 25 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
22. del Olmo Gacía MD, Moreno Villares M, Álvarez Hernández J, Ferrero López I, Bretó Lesmes I, Virgili Casas N, et al. Nutrición en cuidados paliativos: resumen de recomendaciones del Grupo de Trabajo de Ética de la SENPE. [Online]; 2022. Acceso 27 de Agosto de 2025. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000600027.
23. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Segunda ed. Barcelona: ELSEVIER; 2020.

24. Lama Valdivia J. Síndromes geriátricos: Características de presentación de las enfermedades en el adulto mayor. [Online].; 2003. Acceso 27 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48.html>.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados paliativos. [Online]; 2020. Acceso 27 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
26. Yinusa G, Scammell J, Murphy J, Ford G, Barón S. Provisión multidisciplinaria de alimentos y atención nutricional a pacientes adultos hospitalizados: una revisión de alcance. [Online].; 2021. Acceso 27 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.dovepress.com/multidisciplinary-provision-of-food-and-nutritional-care-to-hospitaliz-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>.
27. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. En Martínez MIR, editor.. Ciudad de México: Mac Graw Hill Education; 2014. p. 559.
28. Woldekidan MA, Haile D, Shikur B, Gebreyesus SH. Validity of Mini Nutritional Assessment tool among an elderly population in Yeka sub-city, Addis Ababa, Ethiopia. [Online]; 2020. Acceso 01 de Noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16070658.2020.1741903>.
29. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees cJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). [Online].; 2008. Acceso 02 de Noviembre de 2025. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19140539/#:~:text=Los%20coeficientes%20de%20correlaci%C3%B3n%20intra%20ADtem,diversos%20trastornos%20de%20la%20degluci%C3%B3n>.
30. Dos Santos Barros V, Bassi-Dibai D, Ribeiro Guedes L, Nunes Morais D, Marinho Coutinho S, De Oliveria Simões G, et al. Barthel Index is a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. [Online].; 2022. Acceso 03 de Noviembre de 2025. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9277778/>.
31. Bernabé Ortiz A, Carillo Larco RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. [Online].; 2021. Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000300399.

32. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. Organización Mundial del Ictus: Hoja informativa mundial sobre el ictus 2025. Revista Internacional de Ictus. 2025; 20(2).
33. Sennfält , Petersson J, Ullberg T, Norrving B. Patrones de reingresos hospitalarios tras un ictus isquémico: un estudio observacional del registro sueco de ictus (Riksstroke). Revista Europea de Ictus. 20202; 5(3).
34. Coulter S, Campos K. El accidente cerebrovascular es más común en los hombres y más mortal en las mujeres. [Online] Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/womens-heart-health/straight-talk-newsletter/el-accidente-cerebrovascular-es-mas-comun-en-los-hombres-y-mas-mortal-en-las-mujeres/>.
35. TEXAS Health and Human Services. Enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. [Online]; 2022. Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.dshs.texas.gov/es/heart-disease-stroke/what-are-heart-disease-stroke#:~:text=Lo%20b%C3%A1sico,en%20hombres%20como%20en%20mujeres>.
36. Ballesteros Pomar MD, Palazuelos Amez L. How is the patient's nutrition after a stroke? [Online].; 2017. Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: file:///C:/Users/ACER/Downloads/06_ballesteros.pdf.
37. Kunitsky O, Taye M, Feeley K, Johnson H, Glynn A, Stivale A, et al. Alimento para reflexionar: una evaluación cualitativa de las percepciones de los estudiantes de medicina y el profesorado sobre la educación nutricional. [Online].; 2024. Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-024-06588-4#:~:text=Nuestros%20hallazgos%20revelaron%20brechas%20notables,de%20la%20atenci%C3%B3n%20al%20paciente>.
38. Llopis Salvia P, Luna Calatayud P, Avellana Zaragoza JA, Bou Monterde R. Organización y funcionamiento de la atención nutricional hospitalaria; el modelo implantado en el Hospital Universitario de La Ribera. [Online].; 2012. Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200027.
39. Universidad Abierta y a Distancia de México. Dietas progresivas hospitalarias. [Online]. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: file:///C:/Users/ACER/Downloads/NDIE_U2_Contenido.pdf.

40. Manual de referencia de terminología internacional de nutrición y dietética "Terminología estandarizada para el proceso de atención Nutricional". [Online]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/673141814/TERMINOLOGIA-INTERNACIONAL-DE-NUTRICION-Y-DIETETICA>.
41. TEXAS Health and human services. Enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. [Online]; 2022. Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: <https://www.dshs.texas.gov/es/heart-disease-stroke/what-are-heart-disease-stroke>.
42. Shah P, Thorton I, Kopitnik N, Hispskind E. Consentimiento Informado. [Online]; 2024. Acceso 01 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>.
43. Comité de Ética de la SECPAL. Consentimiento informado en cuidados paliativos. [Online]; 2002. Acceso 01 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/95.pdf>.
44. Organización Panamericana de la salud (OPS). Cuidados paliativos. [Online] Acceso 25 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>.
45. Revista sanitaria de investigación (RSI). Atención integral al paciente geriátrico: un enfoque necesario en la atención de la población de edad avanzada. [Online]; 2023. Acceso 06 de Noviembre de 2025. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-integral-al-paciente-geriatrico-un-enfoque-necesario-en-la-atencion-de-la-poblacion-de-edad-avanzada/?utm_source=chatgpt.com.
46. Castagna A, Vincenzo M, Carmen , Ciro M, Giovanni R. Evaluación geriátrica integral y cuidados paliativos. [Online]; 2024. Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39507225/>.
47. Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y dietética. [Online]; 2020. Acceso 02 de Agosto de 2025. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v24n2/2174-5145-renhyd-24-02-172.pdf>.
48. Mueller C, Compher C, Druyan ME. Guías clínicas de ASPEN. Detección, evaluación e intervención nutricional en adultos. [Online]; 2011. Acceso 06 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0148607110389335>.

49. Organización Mundial de la salud (OMS). Cribado. [Online] Acceso 06 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/europe/teams/ncd-management/screening>.
50. The Europa Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Cribado de riesgo nutricional. [Online]; 2025. Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.espen.org/images/files/ESPEN-Fact-Sheets/ESPEN-Fact-Sheet-Nutritional-risk-screening-Spanish.pdf>.
51. Nubidoc. Historia Clínica Geriátrica: ¿Qué es y cómo se realiza? [Online]; 2025. Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://nubidoc.com/blog/historia-clinica-geriatrica/>.
52. Pastor Martin R, Tur Mari JA, Pachon J, Rodríguez , Cabrero Lobato , Pellón Olmedo , et al. Importancia del laboratorio clínico en los estudios nutricionales en personas mayores que estén o no institucionalizadas. Revista de Laboratorio clínico. 2019; 12(1).
53. Organización Mundial de la Salud (OMS). El estado físico : uso e interpretación de la antropometría : informe de un comité de expertos de la OMS. [Online] Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241208546>.
54. Aldama Figueroa A, Zapata Vinent J, Álvarez Prat M, Álvarez López A, Morejón Reinoso O, Sánchez de León T. Índice de riesgo nutricional geriátrico en pacientes hospitalizados por enfermedades vasculares periféricas. Revista Cubana de angiología y Cirugía Vascular. 2020; 21(3).
55. Universidad Autónoma de Yucatán. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE MEDIDAS Y VALORACIONES CLINICAS, ANTROPOMETRICAS, DE FLEXIBILIDAD Y MOVIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR. En MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE MEDIDAS Y VALORACIONES CLINICAS, ANTROPOMETRICAS, DE FLEXIBILIDAD Y MOVIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR. Yucatán; 2003. p. 32.
56. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Evaluación Nutricional en el anciano. En.
57. Organización Mundial de la Salud. El estado Físico: Uso e interpretación de la Antropometría. [Online]. Ginebra; 1995..
58. Carmuega E, Durán P. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. [Online]; 2001. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en:

<https://www.intramed.net/content/valoracion-del-estado-nutricional-en-ninos-y-adolescentes>.

59. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process Terminology (NCPT). [Online] Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: https://www.andean.org/vault/2440/web/files/EAL/NCP_EAL_201711.pdf.
60. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Nutrición en las personas adultas mayores: Recomendaciones para el equipo de Salud del primer nivel de atención. En. Montevideo; 2023. p. 30-40.
61. Stegmann S, Gosch M, Breidkreutz J. Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. [Online].; 2012. Acceso 08 de Diciembre de 2025.
62. Velasco NV. Ejercicios para mejorar la deglución: Guía práctica con respaldo profesional. [Online]; 2025. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://logopedasadomicilio.com/ejercicios-para-mejorar-la-deglucion?>
63. Vigueras AM. Guía para el cuidador: Alimentación Asistida del Paciente Dependiente. [Online]; 2021. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://theramart.com/blogs/de-salud/alimentacion-asistida-cuidadores-pacientes>.
64. Nestle Health Science. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. [Online].; 2015. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: file:///C:/Users/ACER/Downloads/guia_de_diagnostico_tratamiento_nutricional_y_rehabilitador_de_la_disfagia_orofaringea.pdf.
65. Entrala Bueno A, Mojerón Bootello E, Sastre Gallego A. Soporte Nutricional en el paciente oncológico: Nutrición Enteral. [Online]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/sopORTENutricional/pdf/cap_11.pdf#:~:text=INDICACIONES%20ESPEC%3%8DFICAS%20Son%20candidatos%20a%20nutrici%C3%B3n%20enteral,estr%C3%A9s%20metab%C3%B3lico%20que%20comporta%20la%20en.
66. Borja JCB. LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLÍNICA:GUÍA DE MANEJO DE NUTRICIÓN ENTERAL. [Online].; 2023. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/3764/T00034434.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

67. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. Guía Práctica ESPEN: Nutrición Enteral Domiciliaria. Nutrición Hospitalaria. 2023.
68. Clinica Universidad de Navarra. Cuidados en la sonda de alimentación. [Online]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-sonda-alimentacion>.
69. Memorial Sloan Kettering Center. Cómo evitar la aspiración. [Online]. Acceso 09 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/how-prevent-aspiration>.

8. Anexos

Anexo. 1. Propuesta de “Guía de práctica Clínica para aplicación del PAN en pacientes geriátricos Post ACV”.

“GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL ENFOCADA EN CUIDADOS PALIATIVOS NUTRICIONALES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR”.

Introducción

La siguiente guía clínica se centra en el proceso de atención nutricional, especializado en pacientes geriátricos post accidente cerebrovascular en cuidados paliativos, esta guía es el resultado de una exhaustiva investigación de archivos actualizados y avalados internacionalmente, así mismo, tomando en cuenta las experiencias, perspectivas, necesidades y dificultades de los pacientes, sus cuidadores/familiares y el personal de salud que participaron en esta investigación. Resaltando la importancia de la valoración y el soporte nutricional individualizado cuyo objetivo es revertir o prevenir la malnutrición utilizando el método adecuado a cada paciente.

En el contexto de cuidados paliativos para la población geriátrica, se puede enfatizar la importancia de contar con un equipo multidisciplinario ya que se ha demostrado ampliamente que las terapias nutricionales guiadas y controladas por equipos especializados y multidisciplinarios alcanzan mejores resultados. Los cuidados paliativos pueden aplicarse a todos los pacientes que han padecido un accidente cerebrovascular, pero serán particularmente relevantes para aquellos con secuelas graves. La toma de decisiones en estos casos puede ser compleja dado que con frecuencia tienen limitada la capacidad de comunicación, a lo que pueden añadirse la presencia de otras discapacidades cognitivas adquiridas que también afectan su autonomía para la toma de decisiones. Por este motivo, será necesaria la participación de los familiares o representantes legales que suelen experimentar un gran estrés durante este proceso tan agudo y devastador.

Objetivos

Objetivo General

Implementar el Proceso de Atención Nutricional (PAN) de manera sistemática y adaptada, garantizando que la Evaluación, el Diagnóstico, la Intervención y la Monitorización se enfoquen en proveer un soporte nutricional adecuada a la etapa paliativa post ACV, garantizando el confort y mejoría de la calidad de vida del paciente.

Objetivos específicos

Promover una atención centrada en el paciente y su familia, respetando sus decisiones y brindando educación sobre prácticas seguras y confortables de alimentación.

Prevenir y aliviar síntomas relacionados con la alimentación, como disfagia, pérdida del apetito, malestar gastrointestinal, mediante intervenciones nutricionales que contribuyan al confort y bienestar.

Optimizar la ingesta nutricional del paciente post ACV mediante estrategias alimentarias flexibles y adaptadas a sus capacidades, priorizando la facilidad de consumo y evitando intervenciones invasivas innecesarias.

Alcance

La presente guía está orientada a la atención nutricional de pacientes geriátricos en fase paliativa posterior a un accidente cerebrovascular, particularmente aquellos que presentan secuelas neurológicas, limitaciones funcionales y carga significativa de comorbilidades que comprometen la ingesta y el estado nutricional. El documento está dirigido a profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente, incluyendo personal médico, de enfermería y nutrición, así como a cuidadores formales e informales, proporcionando orientaciones aplicables en entornos hospitalarios y domiciliarios.

Las recomendaciones aquí descritas se fundamentan en evidencia científica y en principios de atención paliativa; sin embargo, no sustituyen el juicio clínico. Su implementación debe adecuarse a la condición funcional, las preferencias del paciente y la evolución del estado de salud, garantizando un abordaje ético, individualizado y centrado en la dignidad de la persona.

MARCO LEGAL

La Ley N°423 Ley general de salud en su artículo 29, declara que “las acciones de recuperación de la salud son las que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno al individuo, a la sociedad y al medio sin menoscabo de las acciones de promoción, prevención y rehabilitación que se deriven de ellas”.

Bases conceptuales

Accidente Cerebrovascular

El Accidente Cerebrovascular (ACV), conocido comúnmente como derrame o infarto cerebral, se define como la interrupción súbita del flujo sanguíneo a una parte del cerebro. Esta interrupción puede deberse a una obstrucción (ACV isquémico) o a la ruptura de un vaso sanguíneo (ACV hemorrágico), lo que provoca la muerte de células cerebrales y la aparición de déficits neurológicos. (1)

La recuperación funcional es variable y, en muchos pacientes geriátricos, puede dejar secuelas significativas que repercuten directamente en su estado nutricional y calidad de vida. El ACV no se limita al daño neurológico focal, sino que desencadena respuestas sistémicas que afectan de manera significativa la deglución, el metabolismo y el estado nutricional del paciente, especialmente en adultos mayores.

Principios éticos sobre el consentimiento informado, comunicación con los familiares o tutores

El consentimiento informado es fundamental en la práctica médica, del cual se debe dejar un registro digital o físico, es un proceso en el que se le involucra y respeta los derechos, autonomía y dignidad del paciente y su familia debido a que garantiza una información detallada que permitan participar en la toma de decisiones sobre sus intervenciones médicas, y saber los riesgos y beneficios de esta manera plenamente consciente el paciente puede rechazar o retirar su consentimiento en cualquier momento durante el tratamiento. (2)

La firma de un documento de consentimiento informado no puede ni debe sustituir la comunicación con el paciente.

La familia adquiere gran relevancia en el proceso de la enfermedad, por su participación en el cuidado del enfermo. En nuestro contexto cultural, esta influencia es notable, por este motivo integrar a los familiares en la toma de decisiones con respecto a procedimientos médicos y en la obtención del consentimiento informado supone un beneficio significativo para el bienestar del enfermo. (3)

Cuidados paliativos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define los cuidados paliativos como un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Este enfoque incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor, así como de otros problemas de índole física, psicosocial y espiritual. Los cuidados paliativos no se limitan únicamente a la fase final de la vida, sino que pueden iniciarse en etapas tempranas de la enfermedad, de manera complementaria a tratamientos destinados a prolongar la vida y el bienestar del paciente. (4)

Los objetivos terapéuticos se centran en mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia, lo que puede influir positivamente en el curso de la enfermedad. Para alcanzar este propósito, se emplea un enfoque integral que abarca el alivio del sufrimiento físico, psicosocial y espiritual. Esto implica una evaluación continua y la aplicación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, con el fin de proporcionar el máximo confort posible. (4)

En esta etapa, la alimentación debe ser un acto que conserve la dignidad del paciente y, siempre que sea posible, proporcione una experiencia agradable. Esto implica adaptar la dieta a las preferencias y gustos del paciente, modificar texturas y consistencias para facilitar la ingesta, especialmente en casos de disfagia, frecuente tras un ACV y manejar activamente cualquier síntoma que interfiera con el apetito o la digestión. Las decisiones sobre la alimentación, incluyendo el uso de soporte nutricional artificial como la suplementación, la nutrición enteral o parenteral, deben tomarse de forma conjunta con el paciente y su familia. Respetar su autonomía significa reconocer que, en ocasiones, la decisión más compasiva puede ser permitir que opte por no comer o beber, siempre que ello contribuya a su confort y esté alineado con sus valores personales.

La atención de los pacientes geriátricos constituye un desafío creciente para los sistemas de salud. La teoría del cuidado integral surge como respuesta a los modelos fragmentados centrados únicamente en la patología, planteando un enfoque holístico

que reconoce al adulto mayor como un ser biopsicosocial y espiritual. Bajo esta visión, el cuidado no se limita a tratar enfermedades, sino que busca preservar la funcionalidad, promover la autonomía y garantizar la mejor calidad de vida posible, incluso ante condiciones crónicas, por esto es importante que se tomen en cuenta las diferentes dimensiones de la valoración geriátrica. (5)

Dimensiones de la valoración geriátrica

La visión geriátrica de los cuidados paliativos se basa en un enfoque multidisciplinario centrado en el paciente, que busca el equilibrio entre la dignidad humana y los tratamientos médicos, con especial atención a los aspectos sociales y éticos. Para desarrollar los mejores modelos de atención, es cada vez más necesaria una colaboración más estrecha entre todos los actores involucrados (médicos, enfermeras y trabajadores sociales). De hecho, la idea de un sistema fragmentado que no considera al paciente ni a su familia no es aplicable en absoluto a los pacientes mayores con enfermedades crónicas. Las causas de muerte, los cambios en la fase de la muerte y la extensión del último período de vida podrían ser una fase larga caracterizada por decisiones terapéuticas complejas y un manejo difícil de los síntomas. (6)

Aquí se contemplan diferentes dimensiones a tomar en cuenta para realizar una valoración médica y nutricional integral, para realizar un plan de tratamiento adaptado al contexto de vida de cada paciente. Con el fin de garantizar un diagnóstico, intervención y seguimiento óptimo para preservar y mejorar la calidad de vida del anciano.

Salud física y función	• Enfermedad Crónica • Continencia • Nutrición • Marcha y movilidad • Enfermedades medicas • Comorbilidad • Yatrogenia
Salud mental	• Depresión • Ansiedad

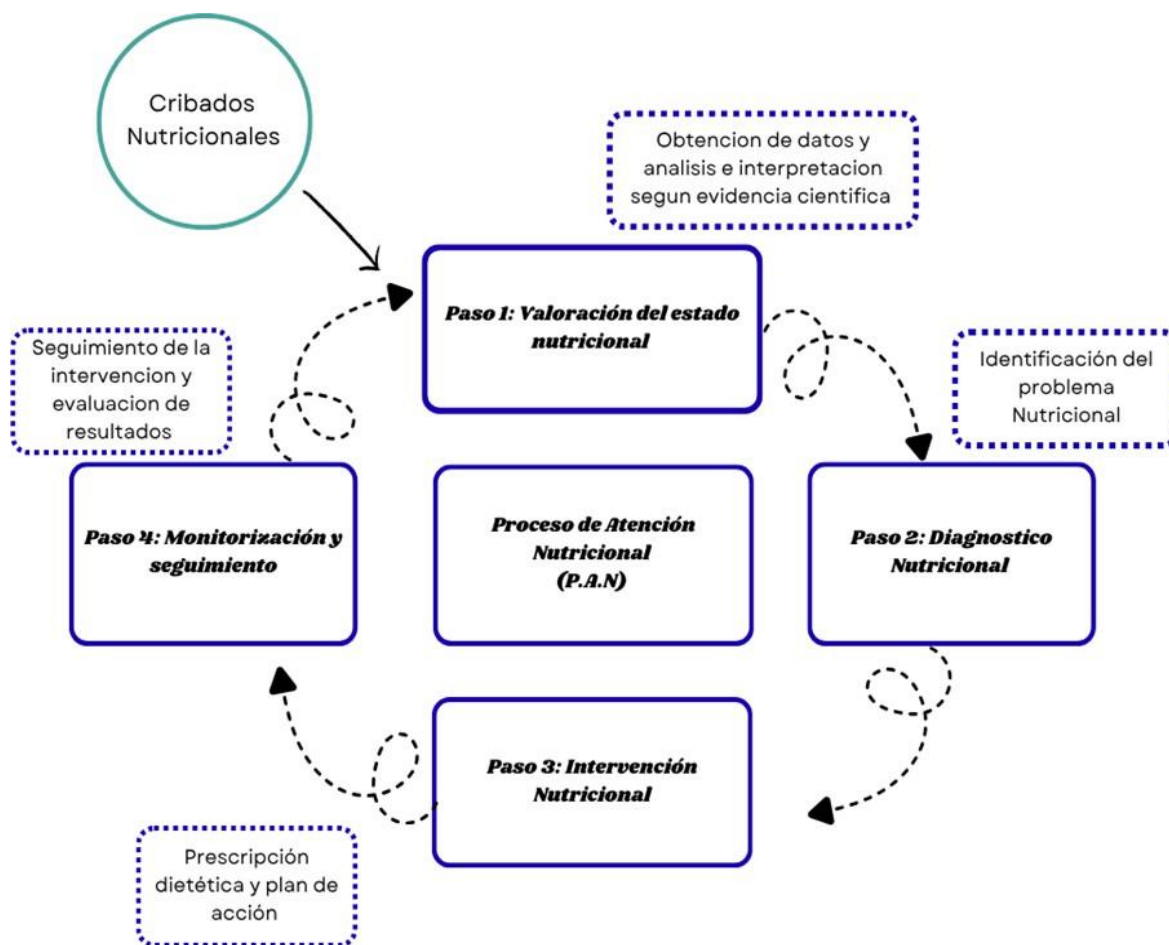
	• Función cognitiva • Yatrogenia por polifarmacia • Grado de bienestar
Social	• Economía • Familia • Actividades sociales y soporte
Cuidadores	• Disponibilidad • Disposición

Fuente: Adaptado de documentos de consenso “valoración nutricional en el anciano” de sociedad española de geriatría y gerontología y sociedad española de nutrición parenteral y enteral

Proceso de Atención Nutricional (P.A.N)

El proceso de atención nutricional (PAN) es un método sistemático, basado y respaldado en evidencia científica, que es utilizado a nivel mundial, por los nutricionistas y dietistas ya sea en consultas privadas o en hospitales, este engloba una serie de elementos que son imprescindibles para una valoración nutricional completa y efectiva. La utilización del PAN hace posible personalizar la atención nutricional al paciente y adaptarla a cada situación, la individualización no solamente redundará en una mejora directa en la calidad asistencial, supone también una optimización de recursos materiales y humanos. (7)

Este se compone de las siguientes cuatro pasos o etapas:



Fuente: elaboración propia con base en el modelo propuesto por Carbajal et al.

Es importante comprender que el proceso de atención nutricional es un procedimiento cíclico donde sus cuatro etapas están interconectadas y se retroalimentan continuamente para garantizar una atención individualizada y basada en evidencia. Los resultados obtenidos llevan de nuevo al inicio del ciclo: se revalora al paciente, se actualiza el diagnóstico y se modifica la intervención según su evolución, manteniendo un carácter dinámico, continuo y adaptable.

1. Evaluación nutricional paliativa (fase 1 del pan)

La Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) define evaluación nutricional como “un enfoque integral para diagnosticar problemas nutricionales que utiliza una combinación de los siguientes elementos: historial médico, nutricional y farmacológico; exploración física; mediciones antropométricas; y datos de laboratorio”.

Esta constituye la primera etapa del Proceso de Atención Nutricional (PAN), ya que permite obtener una visión completa y organizada del estado de salud del paciente desde una perspectiva nutricional. (8)

El objetivo de la evaluación nutricional es describir de manera precisa el estado nutricional del paciente y detectar alteraciones que puedan influir en su evolución clínica. A través de la recopilación y análisis sistemático de información relevante, esta etapa permite reconocer riesgos, necesidades y prioridades nutricionales, facilitando la toma de decisiones fundamentadas para asegurar una atención individualizada y eficaz. (8)

- **CRIBADOS**

La OMS define cribado como la aplicación sistemática de una prueba para identificar a individuos con un riesgo suficientemente alto de sufrir un determinado problema de salud como para beneficiarse de una investigación más profunda o una acción preventiva, entre una población que no ha buscado atención médica por esa enfermedad. (9)

Según la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) el propósito del cribado nutricional es predecir la probabilidad de una mejor o peor evolución (en términos de estado mental y físico, tiempo de convalecencia, número y severidad de complicaciones y gasto sanitario) debida a factores nutricionales y la posibilidad de que el tratamiento nutricional correcto pueda mejorarla. (10)

En todos los pacientes hospitalizados se debe realizar el cribado nutricional durante las primeras 24 horas de ingreso hospitalario. Estos deben de formar parte de los procesos rutinarios, estandarizados y sistemáticos que se realizan a un paciente durante su ingreso hospitalario, es necesario que estos sean incorporados y adjuntados a las hojas de admisión, de enfermería y evolución, además de formar parte de la historia clínica (11)

Bajo estas premisas, y dado el alto riesgo de deterioro funcional y disfagia en el paciente post-ACV en cuidados paliativos, esta guía propone la implementación sistemática de herramientas validadas que cubran las dimensiones exigidas por la ESPEN:

- **MNA (Mini Nutritional Assessment):** para el estado nutricional global
- **EAT-10:** para el riesgo específico de seguridad en la deglución
- **Índice de Barthel:** para correlacionar la dependencia física con el riesgo nutricional, que, aunque no es una herramienta nutricional directa, mide el grado de dependencia funcional, ayudando a identificar a aquellos pacientes cuya principal barrera para alimentarse es la incapacidad física para hacerlo por sí mismos.

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual		J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso		K Consume el paciente - productos lácteos al menos una vez al día? ☐ sí ☐ no - huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? ☐ sí ☐ no - carne, pescado o aves, diariamente? ☐ sí ☐ no 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio		L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no		M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos		N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)		P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R		Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	
Evaluación G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no		R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no		Evaluación (máx. 16 puntos)	
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no		Cribaje	
		Evaluación global (máx. 30 puntos)	

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006 ; 10 : 466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Para más información: www.mna-elderly.com

Evaluación del estado nutricional De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos ☐ malnutrición	
---	--

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

FECHA

OBJETIVO:

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES:

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

B. PUNTUACIÓN:

Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA:

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Reference: Se ha determinado la validez y fiabilidad del EAT-10.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ÍNDICE DE BARTHEL (IB) (Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)¹ FICHA N° 3a					
Nombre del Usuario			Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:		
A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.				Fecha aplicación primer semestre dd / mm / aa	Fecha aplicación segundo semestre dd / mm / aa
1. COMER					
0	Incapaz				
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.				
10	Independiente: (puede comer solo)				
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA					
0	Incapaz, no se mantiene sentado.				
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado				
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)				
15	Independiente				
3. ASEO PERSONAL					
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal				
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.				

¹ Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev EspGeriatr Gerontol 1993.

4. USO DEL RETRETE (ESCUSADO, INODORO)			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
5. BAÑARSE/DUCHARSE			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
6. DESPLAZARSE			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
8. VESTIRSE O DESVERTIRSE			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
9. CONTROL DE HECES			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
10. CONTROL DE ORINA			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
PUNTUACION TOTAL :			

Puntuación máxima total: 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

Puntos de corte:

0 - 20	Dependencia Total
21 – 60	Dependencia Severa
61 - 90	Dependencia Moderada
91 - 99	Dependencia Escasa
100	Independencia
90	Independencia *Uso de silla de ruedas

FIRMA DEL EVALUADOR:

INSTRUCTIVO: ²

El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original.

El IB, se define como: “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades

Los valores asignados a cada actividad se basan en el tiempo y cantidad de ayuda física requerida si el paciente no puede realizar dicha actividad. El crédito completo no se otorga para una actividad si el paciente necesita ayuda y/o supervisión mínima uniforme; por ejemplo, si él no puede realizar con seguridad la actividad sin alguien presente.

Las condiciones ambientales pueden afectar la puntuación en el IB del paciente; si él tiene requerimientos especiales para realizar sus AVD en el hogar (con excepción de adaptaciones generales), su puntuación será baja cuando éste no pueda realizarlas. Los ejemplos son: barandales en ambos lados, pasillos y puertas amplias para el acceso de sillas de ruedas, cuartos en el mismo nivel, barras o agarraderas en el cuarto de baño, en tina e inodoro. Para ser más valiosa la evaluación, una explicación de los requisitos ambientales especiales debe acompañar el IB de cada paciente cuando éstos estén indicados.

El IB de cada paciente se evalúa al principio y durante el tratamiento de rehabilitación, así como al momento del alta (máximo avance). De esta manera, es posible determinar cuál es el estado funcional del paciente y cómo ha progresado hacia la independencia. La carencia de mejoría de acuerdo al IB después de un periodo de tiempo razonable en el tratamiento indica generalmente un potencial pobre para la rehabilitación.

² Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación- Claudia Lorena Barrero Solís y cols, Derechos reservados, Copyright © 2005: Asociación Internacional en Pro de la Plasticidad Cerebral,

Historia clínica nutricional geriátrica

La historia clínica nutricional es un registro detallado de información crucial del paciente como datos personales, antecedentes de salud/enfermedad, antecedentes familiares, estilo de vida, antropometría, patrones alimenticios y datos bioquímicos, esto permite detectar posibles deficiencias o excesos nutricionales, evaluar de manera integral el estado de salud del paciente, brindar un diagnóstico apropiado de esta manera se puede elaborar un plan de intervención personalizado y adaptado a las necesidades del paciente. (12)

Datos y exámenes bioquímicos

Las pruebas de laboratorio complementan la información obtenida con los demás indicadores (antropométricos, clínicos y dietéticos) y proporcionan información objetiva y cuantitativa del estado de nutrición. Los indicadores bioquímicos permiten detectar deficiencias nutricias subclínicas (se pueden observar cambios en la reserva de algún nutriente mucho antes de que se presenten signos clínicos y síntomas de deficiencia), y clínicas. (13)

Los exámenes bioquímicos más relevantes a la hora de realizar una evaluación nutricional son:

Biomarcador	Definición	Utilidad clínica	Criterio clínico	Factores que afectan la precisión diagnóstica
Hierro sérico	El hierro es esencial para la producción de sangre: ayuda a transportar el oxígeno de los pulmones a los tejidos y el dióxido de carbono de los tejidos a los pulmones.	Ayuda a diagnosticar la anemia y el trastorno hemolítico.	Valores normales: Hombres: 50-150 µg/ dL (8,95-26,85 µmol/L) Mujeres: 35-145 µg/dL (6,26-25,95 µmol/L).	La ingesta reciente de una comida con alto contenido de hierro puede afectar los resultados.

Hemoglobina	Proteína globular que se encuentra en los glóbulos rojos y cuya principal función es transportar oxígeno desde los pulmones hacia los tejidos, y dióxido de carbono en sentido inverso.	Marcador clave para detectar y clasificar anemias, especialmente por deficiencia de hierro, vitamina B12 o folato. Su medición permite evaluar el transporte de oxígeno en la sangre y el impacto nutricional de enfermedades crónicas, sangrados o deficiencias alimenticias.	<12 g/dL (mujeres) <13 g/dL (hombres) puede sugerir anemia.	Es alterada por deficiencias de hierro, B12 o folato, o pérdida sanguínea.
Colesterol total	Lípido esencial para la estructura celular y síntesis hormonal.	Valores bajos pueden reflejar malnutrición o riesgo nutricional en ancianos.	<160 mg/dL se asocia con desnutrición y mayor mortalidad en ancianos. Normal: 140-220 mg/dL	Tiene baja especificidad; puede verse disminuido por inflamación crónica, hepatopatías o caquexia.
Triglicéridos	Ésteres formados por glicerol y ácidos grasos, principales componentes de la grasa corporal.	Evaluación del riesgo cardiovascular y del metabolismo lipídico.	Normal: <150 mg/dL Elevados en hipertrigliceridemia y riesgo CV.	Ingesta reciente, alcohol, obesidad, diabetes mal controlada, medicamentos
Ácido úrico	Es un producto de desecho normal que el cuerpo produce al descomponer las purinas, presentes en células y alimentos. Esta prueba ayuda a	Se emplea para diagnosticar y monitorear la gota, evaluar la función renal y evaluar la respuesta a tratamientos como la quimioterapia.	Valores normales: Hombres: 3,5-7,2 mg/dL Mujeres: 2,5-6 mg/dL	Factores como la dieta, los medicamentos, la edad y el sexo pueden influir en los resultados de la prueba.

	diagnosticar condiciones como la gota, donde el ácido úrico se acumula en las articulaciones.			
Glucemia	Medida de la concentración de glucosa en la sangre.	Diagnóstico y monitoreo de diabetes mellitus y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos.	Normal: <100 mg/dL (ayuno) Prediabetes: 100-125 mg/dL Diabetes: ≥126 mg/dL	Ingesta reciente, estrés, medicamentos, errores de laboratorio.
Hemoglobina glucosilada	Porcentaje de hemoglobina unida a la glucosa, reflejo del promedio glucémico en 2-3 meses	Diagnóstico y control de la diabetes mellitus.	Normal: <5,7% Prediabetes: 5,7-6,4%. Diabetes: ≥6,5%.	Hemoglobinopatías, anemia, enfermedad renal, métodos de medición.

Fuente: Asociación Colombiana de Nutrición Clínica (14)

Antropometría adaptada

Según la OMS la antropometría se define como una técnica incruenta y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia. En el caso de los adultos mayores, existen fórmulas y puntos de corte específicos debido a los cambios físicos y fisiológicos donde es normal la pérdida de estatura, masa muscular, pérdida de masa ósea, porcentaje de agua corporal paralelamente se aumenta el porcentaje de masa grasa. (15)

Dentro de estas fórmulas antropométricas adaptadas a este grupo poblacional encontramos:

Índice de riesgo nutricional geriátrico

El Índice de Riesgo Nutricional Geriátrico (IRNG) es una herramienta pronóstica objetiva usada en ancianos para predecir el riesgo de complicaciones y mortalidad relacionadas con la desnutrición. Se calcula basándose únicamente en dos datos: los niveles de albúmina en sangre y la relación entre el peso actual y el peso ideal del paciente. Su principal utilidad es identificar rápidamente a los pacientes vulnerables para priorizar la intervención nutricional, ya que, el riesgo elevado de IRNG se asocia con mayor mortalidad y complicaciones infecciosas en pacientes geriátricos con traumatismos. (16)

- $IRNG = [1,489 \times \text{Albúmina sérica (g/L)}] + [41,7 \times (\text{Peso actual (kg)} / \text{Peso ideal (kg)})]$.

Interpretación de los resultados (aproximada):

- Puntuaciones de 92-98: Desnutrición leve.
- Puntuaciones de 82-91: Desnutrición moderada.
- Puntuaciones <82: Desnutrición grave.
- Puntuaciones más altas indican un mejor estado nutricional. Algunas clasificaciones pueden variar ligeramente, por ejemplo, una puntuación de >98 podría indicar "sin riesgo".

Peso ideal según Broca: La fórmula de Broca para calcular el peso ideal es un método rápido y sencillo que sigue teniendo validez y utilidad en la práctica clínica, en comparación con otras fórmulas más elaboradas ofrece la misma precisión. por lo que lo promovemos como una herramienta clínica útil debido a su simplicidad. (17)

- Hombre: Talla cm– 100
- Mujeres: Talla cm– 105

Fórmula para estimar Talla según Altura de Rodilla-Talón

Se mide la distancia entre el talón y la parte más alta de la articulación de la rodilla, por la parte lateral externa, con la pierna flexionada en el individuo sentado o encamado, formando un ángulo de 90° entre el muslo y la pantorrilla. (18)

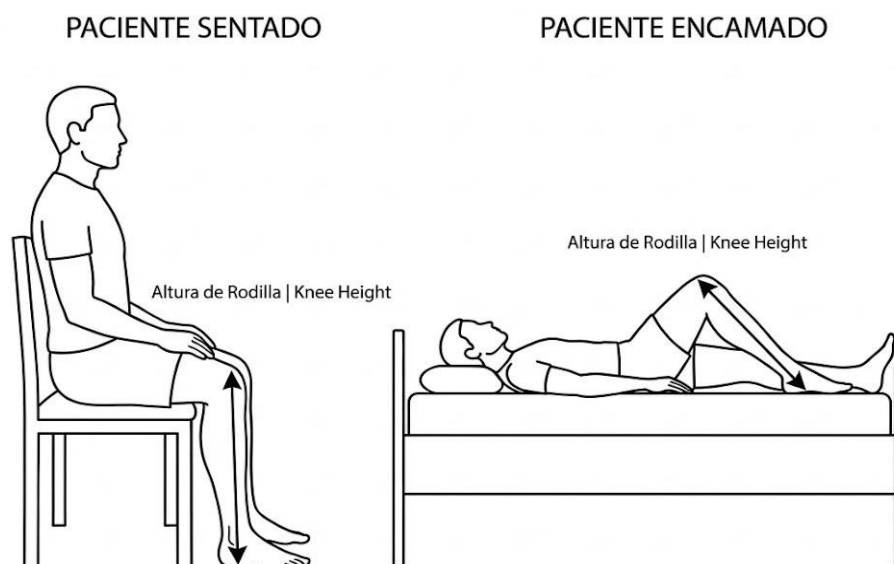


Imagen creada con inteligencia artificial

Hecho esto se aplica la siguiente fórmula de Chumlea; la fórmula de Chumlea se considera el mejor método para estimar la talla en pacientes de edad avanzada en los que no se puede medir la talla de manera convencional. Esta fórmula es muy sencilla y solamente tiene en cuenta el sexo, la edad y la distancia rodilla-talón, que es un segmento corporal muy fácil de medir, requiriendo solamente de una cinta métrica. (19)

Hombre: $64.19 - (0.04 \times \text{edad}) + (2.02 \times \text{altura de la rodilla en cm})$.

Mujer: $84.88 - (0.24 \times \text{edad}) + (1.83 \times \text{altura de la rodilla en cm})$.

El resultado se interpreta como la altura de la persona si no tuviera alteración estructural o funcional.

Fórmula para estimar peso según Altura de Rodilla-Talón

Cálculo de peso para personas mayores encamados o en silla de ruedas (kg) (18)

Mujer de 60-80 años: $(\text{Altura rodilla-talón} \times 1,09) + (\text{circunferencia del brazo} \times 2,68) - 65,51$

Hombres de 60-80 años: (Altura rodilla-talón X 1,10) + (circunferencia del brazo X 3,07) – 75,81



Imagen creada con inteligencia artificial

Índice de masa corporal en pacientes geriátricos

Según la SEGG (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología) y consensos geriátricos, el Índice de Masa Corporal (IMC) en la población de adultos mayores es una herramienta de cribado para valorar el estado nutricional, esta debe interpretarse con precaución y con puntos de corte distintos a los de los adultos jóvenes.

Es fundamental usar una clasificación especial debido a que la composición corporal cambia con la edad (se pierde masa muscular y aumenta la grasa) y el principal riesgo en esta etapa suele ser la desnutrición y la sarcopenia (pérdida de músculo y fuerza), no el sobrepeso moderado, por ello, un IMC considerado "normal" en adultos jóvenes puede indicar riesgo en un anciano. Varios estudios han mostrado que IMC < 22 o 20 en población anciana se asocian con una mayor mortalidad, mientras que IMC entre 25 y 28 se asocian a menor mortalidad.

Valoración Nutricional	SEGG (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología)
Desnutrición Severa	<16
Desnutrición Moderada	16 - 16.9

Desnutrición Leve	17 - 18.4
Peso Insuficiente	18.5 - 21.9
Peso Normal	22-26.9
Sobrepeso	27 - 29.9
Obesidad grado I	30 - 34.9
Obesidad Grado II	35 - 39.9
Obesidad Grado III	40 - 49.9
Obesidad Mórbida	≥ 50

Fuente: SEGG (Sociedad Española de Geriátría y Gerontología) (20)

Puntos de corte para detectar riesgo de sarcopenia según circunferencia de pantorrilla

La medición se basa en la técnica estandarizada por la OMS (21), en el entorno hospitalario la medición de la circunferencia de pantorrilla es una medición rápida y útil para detectar sarcopenia. Existen mínimas variaciones con respecto al punto de corte para determinar sarcopenia, estos varían debido a que se adaptan a las diferentes características de las poblaciones a nivel mundial. El más adecuado para nuestra población es el punto de corte clínico de 31 cm, el cual se adopta del consenso del Mini Nutricional Assessment y ha sido validado para población latinoamericana como indicador de baja masa muscular

Indicador de riesgo de baja masa muscular según circunferencia de pantorrilla

Hombres y Mujeres Circunferencia de pantorrilla <31 cm

Toma de medida de circunferencia de pantorrilla



Imagen creada con inteligencia artificial

2. Establecimiento del Diagnóstico y Objetivos de Cuidado (Fase II del PAN)

El diagnóstico nutricional constituye el segundo paso fundamental del Proceso de Atención Nutricional (PAN), un sistema metodológico estandarizado internacionalmente para la práctica de la dietética y la nutrición. Se define como la identificación, descripción y etiquetado de un problema nutricional existente, actual o potencial, que el profesional dietista-nutricionista es responsable de tratar de forma independiente. (22)

Este diagnóstico es un juicio clínico que surge del análisis e interpretación de los datos obtenidos durante la evaluación nutricional, puede ser temporal y se puede modificar según la evolución del paciente ante el apoyo nutricio brindado por vía oral, enteral o parenteral. Por lo tanto, difiere del diagnóstico médico de una enfermedad o patología de órganos o sistemas corporales específicos (por ejemplo, diabetes), el cual no cambia mientras la condición exista. (22)

El diagnóstico nutricional no es simplemente una palabra (como "desnutrición"), sino una declaración estructurada y formal conocida como el formato PES. Esta sintaxis asegura que el diagnóstico sea específico, basado en evidencia y accionable. Para garantizar la precisión, consistencia y comunicación interprofesional, el diagnóstico nutricional debe articularse mediante una terminología estandarizada, la más utilizada y reconocida globalmente es la eNCPT (Electronic Nutrition Care Process Terminology), anteriormente conocida como IDNT.

Esta terminología clasifica los diagnósticos en tres dominios principales:

1. **Dominio de Ingesta (NI):** Problemas reales o potenciales relacionados con la ingesta (oral o por soporte) de energía, nutrientes, fluidos o sustancias bioactivas. Es el dominio prioritario. (23)
2. **Dominio Clínico (NC):** Problemas nutricionales relacionados con condiciones médicas o físicas, como alteraciones funcionales (ej. masticación, deglución) o alteraciones bioquímicas (ej. interacción fármaco-nutriente). (23)
3. **Dominio Conductual-Ambiental (NB):** Problemas relacionados con los conocimientos, actitudes, creencias, el entorno físico (ej. acceso a alimentos) o la seguridad alimentaria. El diagnóstico PES se compone de tres elementos interrelacionados: (23)

El diagnóstico PES se compone de tres elementos interrelacionados

1. **P (Problema):** Describe la alteración o el problema nutricional del paciente, debe ser un término exacto extraído de uno de los tres dominios de la eNCPT (ej. "Ingesta inadecuada de proteínas (NI-5.6.1)").
2. **E (Etiología):** Identifica la causa raíz o los factores de riesgo que contribuyen al problema, es el componente que la intervención nutricional buscará resolver o mitigar. Ejemplo: "...relacionado con la falta de apetito y la dificultad para masticar..."
3. **S (Signos y Síntomas):** Son los datos objetivos (antropometría, bioquímica) y subjetivos (declaraciones del paciente, observación clínica) que constituyen la evidencia de que el problema (P) existe debido a la etiología (E). *Ejemplo: "...*

evidenciada por una pérdida de peso involuntaria del 6% en 1 mes, una ingesta proteica estimada en 0.4 g/kg/día y reporte del paciente de dolor al masticar."

Sintaxis completa: Problema (**P**) relacionado con la etiología (**E**) evidenciado por Signos/Síntomas (**S**).

La importancia de un diagnóstico nutricional correctamente formulado y basado en evidencia es vital, ya que cumple tres funciones clave interconectadas. En primer lugar, define el objetivo de la intervención nutricional, actuando como el pilar sobre el cual se construyen estrategias específicas según la etiología.

En segundo lugar, establece los indicadores de monitoreo, dado que los signos y síntomas identificados en el diagnóstico se convierten en los marcadores objetivos que se deben reevaluar en los seguimientos para medir el éxito de la intervención.

Finalmente, el uso de una terminología y un formato estandarizados (como la eNCPT y la estructura PES) estandariza la práctica profesional, elevando así la calidad general del cuidado, mejorando la comunicación interdisciplinaria, facilitando la recolección de datos estructurados para la atención y la mejora continua de la calidad asistencial.

Un ejemplo de cómo redactar un diagnóstico correctamente en formato PESS sería:

"Malnutrición NC-4.1 asociada a ingesta alimentaria inadecuada y monotonía dietética en el contexto de enfermedad renal crónica, relacionado con múltiples restricciones alimentarias derivadas de patologías crónicas (ERC, DM2, HTA y enfermedad"

Terminología de Diagnóstico Nutricio

A cada término se le ha asignado un código alfanumérico TPAN jerárquico, seguido por un identificador Academy SNOMED CT/LOINC único de cinco dígitos (por ejemplo, 99999) (ANDUID). Ninguno de éstos debe ser usado en la documentación nutricia. El ANDUID es para fines de rastreo en los expedientes electrónicos.

Código
TPAN

ANDUID

Código
TPAN

ANDUID

INGESTIÓN (NI)

Problemas actuales relacionados con la ingestión de energía, nutrientes, líquidos o sustancias bioactivas que se obtienen mediante una dieta vía oral o a través de apoyo nutricional

Balance Energético (1)

Cambios reales o estimados en el balance energético (calorías/kcal/kJ)

☐ Gasto energético incrementado	NI-1.1	10633
☐ Ingestión energética inadecuada (subóptima)	NI-1.2	10634
☐ Ingestión energética excesiva	NI-1.3	10635
☐ Predicción de ingestión energética inadecuada (subóptima)	NI-1.4	10636
☐ Predicción de ingestión energética excesiva	NI-1.5	10637

Ingestión vía oral o apoyo nutricional (2)

Ingestión actual o estimada de alimentos o bebidas mediante una dieta vía oral o a través de apoyo nutricional, comparada con las metas del paciente/cliente

☐ Ingestión vía oral inadecuada (subóptima)	NI-2.1	10639
☐ Ingestión vía oral excesiva	NI-2.2	10640
☐ Infusión inadecuada (subóptima) de nutrición enteral	NI-2.3	10641
☐ Infusión excesiva de nutrición enteral	NI-2.4	10642
☐ Composición de nutrición enteral no acorde con los requerimientos	NI-2.5	11142
☐ Administración de nutrición enteral no acorde con los requerimientos	NI-2.6	11143
☐ Infusión inadecuada (subóptima) de nutrición parenteral	NI-2.7	10644
☐ Infusión excesiva de nutrición parenteral	NI-2.8	10645
☐ Composición de nutrición parenteral no acorde con los requerimientos	NI-2.9	11144
☐ Administración de nutrición parenteral no acorde con los requerimientos	NI-2.10	11145
☐ Aceptación limitada de alimentos	NI-2.11	10647

Ingestión de líquidos (3)

Ingestión actual o estimada de líquidos comparada con las metas del paciente/cliente

☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de líquidos	NI-3.1	10649
☐ Ingestión excesiva de líquidos	NI-3.2	10650

Sustancias bioactivas (4)

Ingestión actual o estimada de sustancias bioactivas, incluyendo componentes únicos o múltiples de alimentos funcionales, ingredientes, suplementos dietéticos, alcohol

☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de sustancias bioactivas (especificar)	NI-4.1	10859
☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de ésteres de estanoles vegetales	NI-4.1.1	11077
☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de ésteres de esteroides vegetales	NI-4.1.2	11078
☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de proteína de soya	NI-4.1.3	11080
☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de psyllium	NI-4.1.4	11079
☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de β-glucanos	NI-4.1.5	11076
☐ Ingestión excesiva de sustancias bioactivas (especificar)	NI-4.2	10653
☐ Ingestión excesiva de ésteres de estanoles vegetales	NI-4.2.1	11084
☐ Ingestión excesiva de ésteres de esteroides vegetales	NI-4.2.2	11085
☐ Ingestión excesiva de proteína de soya	NI-4.2.3	11087
☐ Ingestión excesiva de psyllium	NI-4.2.4	11086
☐ Ingestión excesiva de β-glucanos	NI-4.2.5	11081
☐ Ingestión excesiva de aditivos de alimentos	NI-4.2.6	11083
☐ Ingestión excesiva de cafeína	NI-4.2.7	11082
☐ Ingestión excesiva de alcohol	NI-4.3	10654

Nutrientes (5)

Ingestión actual o estimada de grupos específicos de nutrientes o nutrientes únicos comparados con los niveles deseables

☐ Requerimientos nutricionales incrementados (especificar)	NI-5.1	10656
☐ Ingestión energético-proteica inadecuada (subóptima)	NI-5.2	10658
☐ Requerimientos nutricionales disminuidos (especificar)	NI-5.3	10659
☐ Desequilibrio de nutrientes	NI-5.4	10660

Lípidos y Colesterol (5.5)

☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de lípidos	NI-5.5.1	10662
☐ Ingestión excesiva de lípidos	NI-5.5.2	10663
☐ Ingestión de tipos de lípidos no acorde con los requerimientos (especificar)	NI-5.5.3	10854

Proteína (5.6)

☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de proteína	NI-5.6.1	10666
☐ Ingestión excesiva de proteína	NI-5.6.2	10667
☐ Ingestión de tipos de proteínas no acorde con los requerimientos (especificar)	NI-5.6.3	10855

Aminoácidos (5.7)

☐ Ingestión de tipos de aminoácidos no acorde con los requerimientos (especificar)	NI-5.7.1	12007
---	----------	-------

Hidratos de carbono y Fibra (5.8)

☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de hidratos de carbono	NI-5.8.1	10670
☐ Ingestión excesiva de hidratos de carbono	NI-5.8.2	10671
☐ Ingestión de tipos de hidratos de carbono no acorde con los requerimientos (especificar)	NI-5.8.3	10856
☐ Ingestión inconsistente de hidratos de carbono	NI-5.8.4	10673
☐ Ingestión inadecuada (subóptima) de fibra	NI-5.8.5	10675
☐ Ingestión excesiva de fibra	NI-5.8.6	10676

Vitaminas (5.9)

☐ Ingestión inadecuada de vitaminas (especificar)	NI-5.9.1	10678
☐ A (1)		10679
☐ C (2)		10680
☐ D (3)		10681
☐ E (4)		10682
☐ K (5)		10683
☐ Tiamina (6)		10684
☐ Riboflavina (7)		10685
☐ Niacina (8)		10686
☐ Folatos (9)		10687
☐ B6 (10)		10688
☐ B12 (11)		10689
☐ Ácido pantoténico (12)		10690
☐ Biotina (13)		10691
☐ Ingestión excesiva de vitaminas (especificar)	NI-5.9.2	10693
☐ A (1)		10694
☐ C (2)		10695
☐ D (3)		10696
☐ E (4)		10697
☐ K (5)		10698
☐ Tiamina (6)		10699
☐ Riboflavina (7)		10700
☐ Niacina (8)		10701
☐ Folatos (9)		10702
☐ B6 (10)		10703
☐ B12 (11)		10704
☐ Ácido pantoténico (12)		10705

Terminología de Diagnóstico Nutricio

[illegible]

Terminología de Diagnóstico Nutricio

	<u>Código</u> <u>TPAN</u>	<u>ANDUID</u>		<u>Código</u> <u>TPAN</u>	<u>ANDUID</u>
☐ Ingestión de alimentos no seguros	NB-3.1	10789	Otros (NO)		
☐ Acceso limitado a alimentos	NB-3.2	12009	<i>Hallazgos nutricios que no son clasificados como problemas de ingestión, clínicos o conductual-ambiental</i>		
☐ Acceso limitado a suministros relacionados con la nutrición	NB-3.3	10791	Otros (1)		
☐ Acceso limitado a agua potable	NB-3.4	12010	☐ Sin diagnóstico nutricio en este momento	NO-1.1	10795

3. Intervención nutricional (Fase III del PAN)

La intervención nutricional es el tercer paso del Proceso de Atención Nutricional. Se basa en el diagnóstico previo y tiene como propósito resolver o mejorar el problema identificado atacando su causa raíz (etiología). Esto se logra mediante la planificación e implementación de acciones personalizadas que satisfagan las necesidades específicas del paciente.

Las estrategias de intervención nutricia se estructuran en cuatro grandes dominios. El primero es la Administración de alimentos y nutrientes, que constituye el tratamiento directo mediante la personalización de la ingesta del paciente.

Por otro lado, se trabaja el componente conductual a través de dos vías distintas: la Educación nutricia, enfocada en instruir y transferir conocimientos y habilidades para que el paciente tome decisiones informadas; y la Asesoría nutricia, que se distingue por ser un proceso colaborativo de apoyo emocional y motivacional para fomentar el autocuidado y definir metas. Finalmente, la Coordinación de la atención asegura un manejo integral, vinculando al paciente con otros profesionales de la salud o instituciones que complementen su tratamiento.

• **Requerimientos nutricionales (calorías, macros y micronutrientes, líquidos)**

Nutriente/Elemento	Recomendación de ingesta según NESTLE	Recomendaciones de ingesta según ESPEN	Observaciones importantes
Requerimientos energéticos	Se recomienda un aporte de 20-30 kcal/kg. En casos de ictus hemorrágico, existe un mayor gasto energético, Asimismo, especialmente en caso de nutrición artificial.	30 kcal/kg de peso corporal	• Azúcares simples: Limitar al 10% del total de carbohidratos (riesgo de resistencia a la insulina). • Adecuar según comorbilidades. • Es necesario tener presente el riesgo de síndrome de realimentación

Hidratos de carbono		45-50% del requerimiento nutricional total	Es importante tener en cuenta que los requerimientos se modifican a lo largo de la evolución del paciente, y que se afectan por numerosos factores, como (parálisis o paresia, espasticidad, rehabilitación, efecto de los fármacos, etc.).
Proteínas	Se recomienda un aporte proteico de 1-1,5 g/kg/día	1,2 – 2 gr / kg de peso corporal 20-25% del requerimiento nutricional total	- Por comida: 25-30 g (incluyendo 2.5-2.8 g de leucina). - Se requiere mayor consumo debido a la menor eficiencia metabólica. - Excepción: Pacientes con enfermedad renal en etapa conservadora.
Lípidos (Grasas)		35-40% del requerimiento nutricional total	Recomendaciones similares al resto de la población.
Fibra		0-30 gramos por día	
Líquidos	El aporte hídrico adecuado es de alrededor de 30-40 ml/kg/día		- Riesgo: La sensación de sed disminuye, aumentando el peligro de deshidratación. - Incluye: Agua, té, caldos, leche, jugos naturales. - Disfagia: Usar espesantes si hay dificultad para tragar. - Para la estimación se deben tener en cuenta fiebre, pérdidas por vómitos o diarrea, patologías concomitantes

			como insuficiencia cardíaca, renal, etc.) y corrección de posibles alteraciones hidroelectrolíticas
--	--	--	---

Fuentes: Abordaje multidisciplinar de la nutrición en el ictus. y ESPEN guideline on hospital nutrition (25)

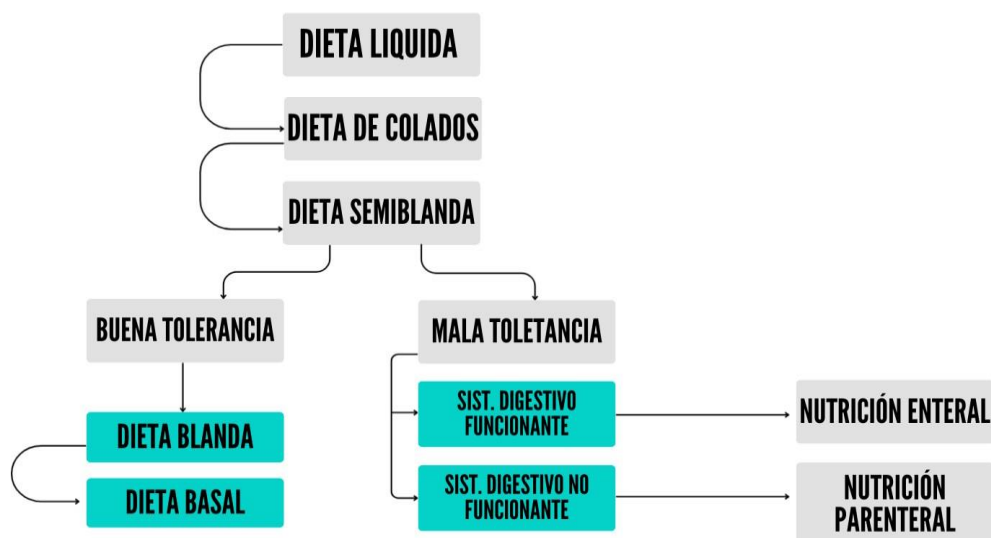
Estrategias de Intervención Dietética y de Soporte

Dietas de transición

La alimentación de transición en el soporte nutricional busca facilitar el cambio de un tipo de nutrición a otro, empleando el tracto digestivo (TD) siempre que sea posible, ya sea mediante nutrición enteral (NE) o restaurando la ingesta oral (39). Este proceso implica combinar diversos métodos de alimentación para cubrir las necesidades nutricionales continuas del paciente, tomando en cuenta los siguientes factores:

1. Control de tolerancia: Se requiere un seguimiento cuidadoso de la tolerancia del paciente, monitoreando y cuantificando la ingesta por vías parenteral, enteral u oral.
2. Composición de la dieta oral inicial: Se sugiere que sea baja en carbohidratos simples, grasas y libre de lactosa para facilitar la digestión y reducir el riesgo de diarrea osmótica.
3. Individualización: Considerar las preferencias y tolerancia del paciente para mejorar la ingesta.
4. Adecuación de micronutrientes: En la transición de nutrición parenteral a enteral o dieta oral, asegurar el suministro adecuado de multivitaminas y minerales, evaluando analíticamente si hay sospecha de deficiencias.

DIETAS DE TRANSICIÓN



Fuente: Elaboración propia en base a documento UnADM sobre dietas progresivas hospitalarias

- **Terapias para mejorar la deglución**

La disfunción de la deglución, que incluye como principal síntoma la disfagia, puede ocurrir como resultado de varias condiciones médicas. La disfagia se define como la dificultad subjetiva durante la deglución, proceso que permite transportar saliva, líquidos, alimentos o medicamentos de la boca al estómago (27)

La terapia de deglución se encarga de tratar las dificultades como disfagia. Este abordaje trabaja sobre las alteraciones en la forma o funcionamiento de las estructuras que intervienen en la preparación y el paso del bolo alimenticio, como la cara, la boca, la lengua, la laringe y la faringe. Su propósito es favorecer una deglución segura y eficiente, prevenir complicaciones nutricionales y respiratorias que puedan poner en riesgo la vida del paciente, y también evitar afectaciones emocionales y sociales, ya que esta condición puede limitar la interacción y la calidad de vida de quien la padece. (28)

Entre los ejercicios más eficaces para mejorar la deglución, destacamos los de movilidad lingual, fuerza lingual, ejercicios de mandíbula. Estas técnicas están recomendadas por entidades como la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).

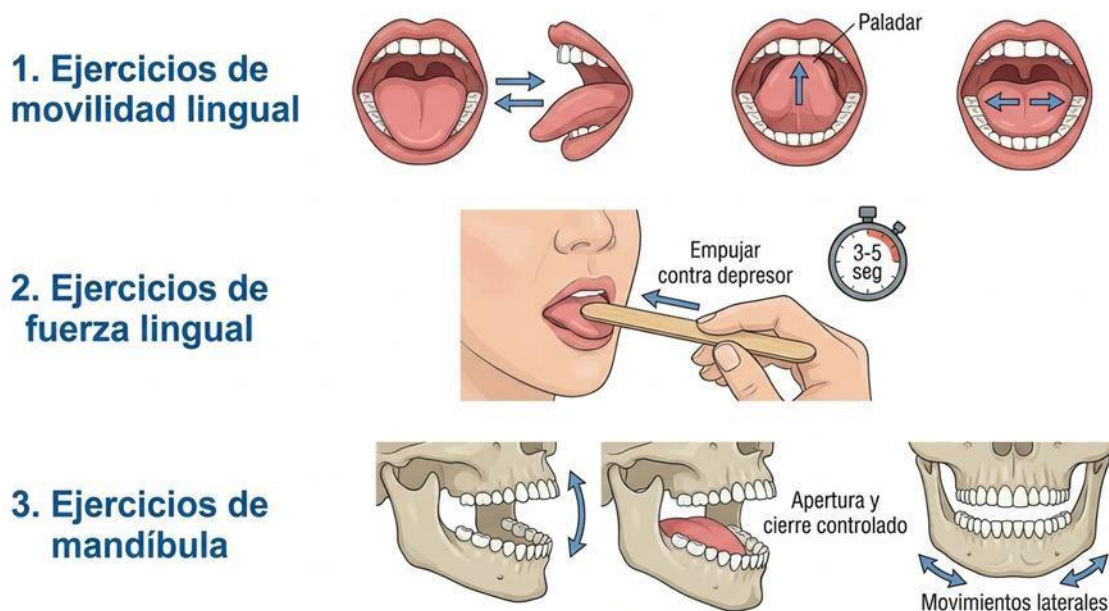


Imagen creada con inteligencia artificial en base al documento "Ejercicios para mejorar la deglución: Guía práctica con respaldo profesional" (28)

Este es uno de los ejercicios más sencillos si se desea recuperar la deglución



Imagen creada con inteligencia artificial en base al documento "Ejercicios para mejorar la deglución: Guía práctica con respaldo profesional" (28)

Recomendaciones prácticas para realizar los ejercicios

Frecuencia y duración

- De 2 a 3 veces al día.
- Series de 5 a 10 repeticiones por ejercicio.
- Adaptadas al nivel del paciente.

Precauciones y señales de alarma

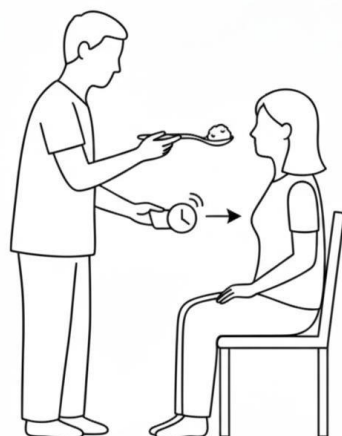
- Evitar ejercicios si hay tos, atragantamientos frecuentes o cambios en la voz.
- Suspende si aparece fatiga, disnea o dolor.
- Nunca realizar sin indicación si hay riesgo de aspiración.

- **Técnicas de alimentación asistida**

Las técnicas de alimentación asistida oral son fundamentales en el cuidado de pacientes con dificultades para alimentarse por sí mismos debido a déficits motores, cognitivos, o sensitivos. El equipo de salud que brinda atención al paciente, principalmente Nutricionista, Fonoaudióloga/o, Enfermera/o, debe educar a la persona que asiste en la alimentación con la finalidad de enseñar la técnica correcta.

El ritmo lento durante la alimentación asistida es una técnica clave, especialmente en pacientes con riesgo de aspiración o con ciertas dificultades cognitivas puede ayudar a prevenir la aspiración de alimentos, mejorar la sensación de saciedad y promover una participación más activa, incluso en personas con deterioro cognitivo. El uso de cucharas pequeñas o la oferta de porciones reducidas de alimento ayuda a controlar el volumen de comida en la boca del paciente, también facilita la formación y el manejo del bolo alimenticio, que es crucial para un proceso de deglución seguro (esto es vital para pacientes con disfagia) (29).

RITMO LENTO



CUCHARAS PEQUEÑAS

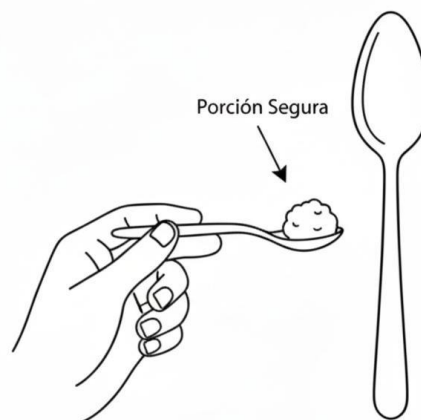
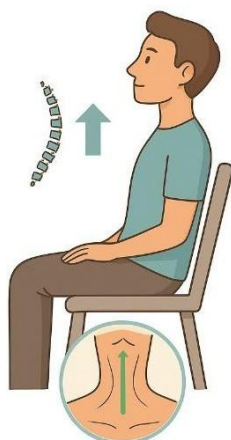


Imagen creada con inteligencia artificial

Así mismo hay que tomar ciertas consideraciones generales para la alimentación asistida independientemente de la técnica utilizada, es crucial seguir las pautas clínicas para garantizar la seguridad y el confort:

El paciente debe estar sentado o semisentado con la cabecera elevada a 30° - 45° o más durante la alimentación y mantener esta posición por 30 a 60 minutos después de la ingesta para minimizar el riesgo de reflujo y aspiración. (29)

Correcto

Espalda Recta,

Incorrecto

Comer Reclinado (¡Peligro!)

Imagen creada con inteligencia artificial

Se sugiere una duración adecuada para la alimentación asistida (por ejemplo, 30 a 60 minutos), reconociendo que los pacientes que comen más lentamente necesitan más tiempo. El entorno debe ser tranquilo, y se deben mantener las medidas de higiene adecuadas, como el lavado de manos.

- **Estimulación endobucal e higiene oral**

Indica la estimulación externa de distintas zonas de la cavidad oral cuando la disfagia se debe a déficits sensoriales. Esta estrategia reduce el tiempo de respuesta deglutoria disminuyendo el riesgo de aspiración asociado. Se incluyen estímulos de distintas naturalezas: temperatura, texturas, mecánicos. (30)

Mantener la salud bucodental es esencial, ya que los problemas dentales pueden provocar molestias, dificultades para comer y problemas de comunicación. Además, las infecciones bucales pueden propagarse a otras partes del cuerpo y causar complicaciones graves.

- **Valoración del tipo del soporte nutricional (nutrición enteral)**

Antes de iniciar cualquier tipo de soporte nutricional es importante destacar que en pacientes convalecientes o en agonía no se recomienda la nutrición parenteral ni la alimentación por sonda para el apoyo nutricional, no obstante, como parte de los cuidados paliativos se aconseja el cuidado bucal o que les ofrezcan sorbos de agua, ya que puede mejorar los síntomas de sed e irritación bucal del paciente, además son intervenciones útiles para los cuidadores. Así mismo resalta la relevancia del respeto a la autonomía del paciente (en caso de que esté consciente o esté estipulado legalmente) o voluntad del familiar/cuidador de prescindir o negarse al soporte nutricional. (31)

La nutrición enteral es una medida terapéutica de soporte nutricional a través de la cual se introducen los nutrientes directamente en el tubo digestivo cuando la persona tiene alguna dificultad para ingerirlos con normalidad. El plan de cuidado nutricional es interdisciplinario y debe ser desarrollado en colaboración con el médico de base y el equipo o grupo de soporte nutricional, conformado por personal de enfermería y nutrición, este plan debe ser iniciado, modificado, supervisado, evaluado y coordinado por este equipo multidisciplinario. (31)

¿Cuándo se debe iniciar la terapia nutricional en pacientes con accidente cerebrovascular y dificultades para tragar?

El principal motivo por el cual los pacientes pueden requerir NE es la ingesta oral insuficiente que no cubra el 75% de los requerimientos nutricionales (RPG). También se requiere NE cuando la ingesta oral está ausente o puede estarlo por un período mayor a 5 a 7 días. Cuando el paciente está desnutrido se requiere nutrición temprana (al menos dentro de las 72 horas). Desde un punto de vista práctico, no es viable iniciar la alimentación por sonda el primer día de tratamiento para la mayoría de los pacientes, especialmente en una situación incierta con posibles complicaciones como hemorragia cerebral o necesidad de ventilación. (33)

El paciente candidato a nutrición enteral requiere de una valoración inicial, esta debe de ser formal y realizarse en todos los pacientes que hayan sido identificados en riesgo nutricional. La evaluación nutricional inicial debe contar con elementos imprescindibles para determinar si este tipo de soporte nutricional es realmente necesario y asegurar que no existan contraindicaciones para su implementación.

Criterios de Selección para Nutrición Enteral (y NED)

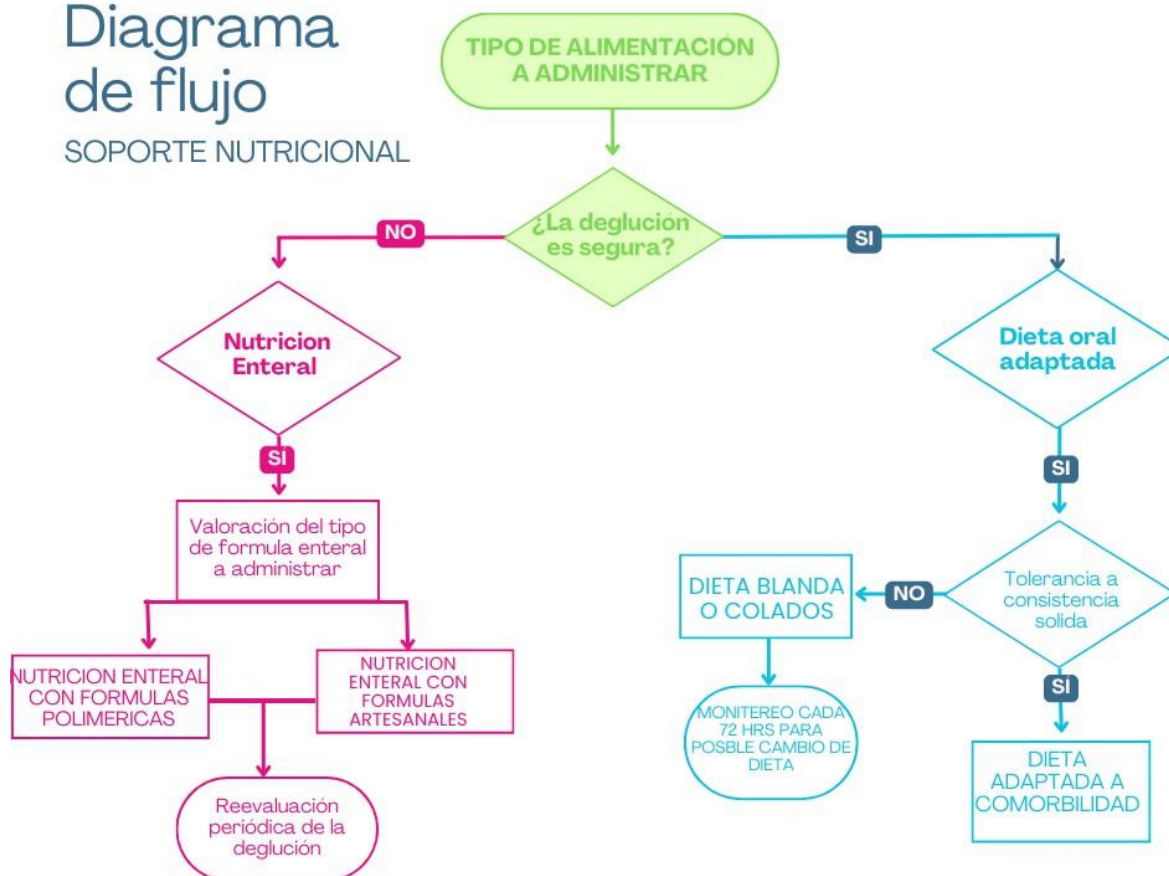
Categoría	Indicaciones (Cuándo SÍ iniciar)	Contraindicaciones (Cuándo NO iniciar)
Fisiología Digestiva	Tracto Gastrointestinal (TGI) Funcional: El intestino debe ser capaz de absorber nutrientes (aunque sea parcialmente).	Fallo Intestinal Severo: Obstrucción intestinal mecánica (bloqueo físico), íleo paralítico severo, hemorragia digestiva activa o isquemia intestinal.
Estado Nutricional	Riesgo o Desnutrición establecida: Pacientes que no pueden cubrir sus necesidades (requerimientos) por vía oral.	Alteraciones Metabólicas Graves: Desequilibrios severos no corregidos que harían peligrosa la carga de nutrientes (ej. shock séptico agudo).

Capacidad de Ingesta	Ingesta Oral Insuficiente: Cuando la alimentación normal no alcanza el 60-75% de los requerimientos.	Ingesta Oral Suficiente: Si el paciente puede comer y cubrir sus necesidades por boca de forma segura, no se justifica la sonda.
Diagnósticos Comunes	Neurológicos/Trauma: ACV (derrame), ELA, Parkinson, Trauma craneoencefálico; Cáncer: Cabeza y cuello, o esófago (obstrucción alta); Malabsorción: Síndromes de intestino corto (en fases adaptadas).	Enfermedad Terminal Inminente: Cuando la esperanza de vida estimada es inferior a 1 mes (R3), el soporte suele considerarse fútil y se prioriza el confort.
Logística y Ética (Clave para Domicilio/NED)	- Entorno Seguro: El paciente/cuidadores son capaces de manejar la sonda y bomba fuera del hospital. - Consentimiento: El paciente acepta el tratamiento.	- Negativa del Paciente: El paciente o tutor legal rechaza el tratamiento. - Entorno Inseguro: Incapacidad logística o social para garantizar la higiene y administración correcta en casa.

Fuente: en base a los siguientes documentos “Guía de manejo de nutrición enteral UCEVA” y Guía Práctica ESPEN: nutrición enteral domiciliaria” (34) (35)

Diagrama de flujo

SOPORTE NUTRICIONAL



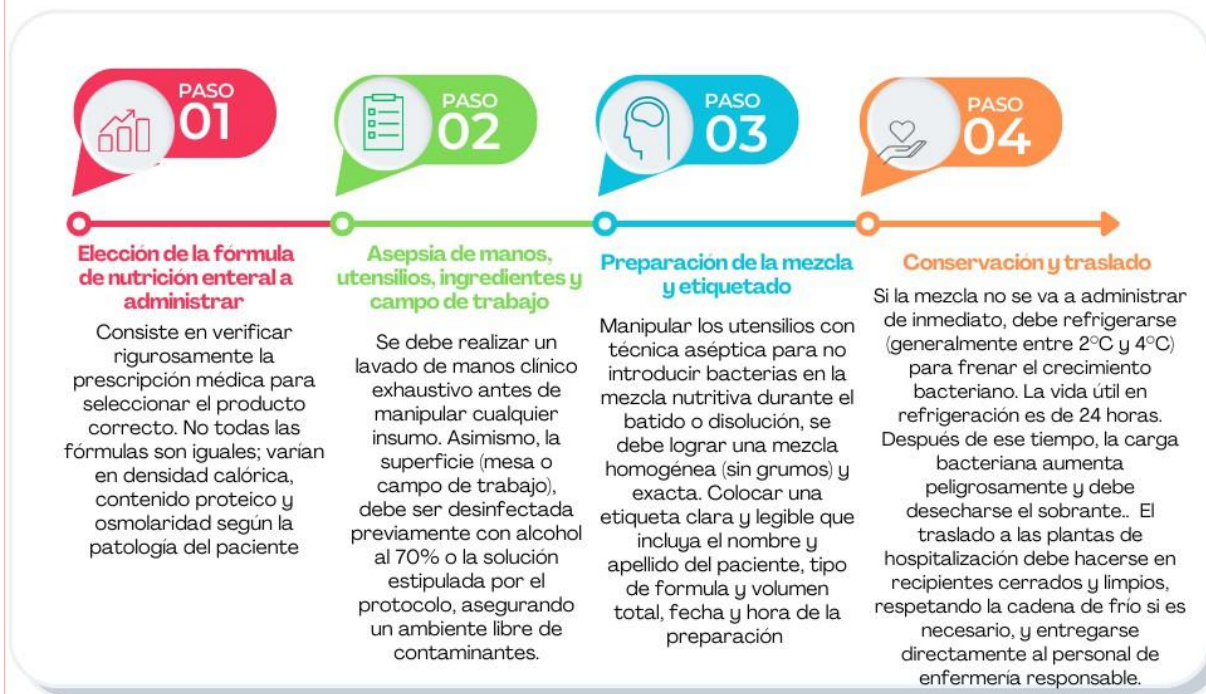
Fuente: Elaboración Propia

Fórmulas enterales artesanales

La correcta elaboración de las fórmulas enterales es fundamental para prevenir la contaminación microbiológica y garantizar tanto la seguridad del paciente como el aporte nutricional prescrito.

Tanto las fórmulas industrializadas como las artesanales, preparadas en el ámbito hospitalario y domiciliario deben cumplir estrictamente con las normas de higiene e inocuidad. Mantener la asepsia de los equipos, la calidad de los insumos y la higiene del personal manipulador, resulta crucial para evitar complicaciones infecciosas gastrointestinales, prevenir la inestabilidad de la mezcla y asegurar el éxito del tratamiento nutricional.

PASOS PARA LA PREPARACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL



[1]

RECETAS ARTESANALES DE NUTRICIÓN ENTERAL

Primer receta

Ingredientes

- 50 ml de aceite de olivo
- 50 ml de miel de abeja
- 95 gr de cereal de avena (avena molida)
- 70 gr de sustituto de proteína
- 325 ml de jugo de manzana
- 325 ml de jugo de pera
- 100 gr de puré de manzana
- 118 gr de pollo cocido
- 1 litro de agua purificada

Utensilios

- Refractario

- Colador fino, estameña/muselina (o ambas colador y tela para colar)
- Cuchara pequeña
- Cuchara sopera
- Jeringa sellada (sin aguja)
- Frascos de vidrio esterilizados con tapa
- Una jarra
- Báscula de cocina
- Licuadora

Preparación

1. En la licuadora agregar el Jugo de pera y el jugo de manzana, agregar el pollo cocido en trozos pequeños o deshebrado, incorporar el cereal de avena, añadir el suplemento de proteína, adicionar el aceite de oliva y miel de abeja, luego la papilla de manzana, por último, incorporar el agua poco a poco hasta integrar los alimentos.
2. Licuamos los ingredientes hasta obtener una mezcla líquida homogénea, sin dejar ningún residuo sólido.
3. Pasar por el colador las veces que sean necesarias hasta que la mezcla salga sin grumos o residuos (para evitar que la sonda llegue a taparse) La mezcla debe ser capaz de pasar por la jeringa sin que esta se obstruya.
4. Dividir el contenido en los frascos de vidrio esterilizado de acuerdo a las tomas indicadas por el médico o nutricionista, es decir si el médico/nutricionista indicó 3 tomas al día dividir en cantidades iguales la mezcla y almacenar en 3 frascos con tapa diferentes.
5. Una vez preparada la mezcla artesanal, si no se va a administrar de inmediato, debe refrigerarse obligatoriamente, mantener en una temperatura entre 2°C y 4°C. La vida útil en refrigeración es de 24 horas. Después de ese tiempo, la carga bacteriana aumenta peligrosamente y debe desecharse el sobrante.

Segunda Receta

Ingredientes

- 180 gr de pollo cocido
- 400 ml de jugo de manzana
- 3 unidades de manzana cocida sin cáscara
- 4 unidades pequeñas de calabacín verde cocido
- 20 ml de aceite de soya
- 5 rebanadas de pan tostado
- 1 litro de agua purificada

Utensilios

- Refractario
- Colador fino, estameña/muselina (o ambas colador y tela para colar)
- Cuchara pequeña
- Cuchara sopera
- Jeringa sellada (sin aguja)
- Frascos de vidrio esterilizados con tapa
- Una jarra
- Báscula de cocina
- Licuadora

Preparación

1. Agregar el pan tostado en trozos en la licuadora junto con el jugo de manzana, agregar el pollo cocido en trozos pequeños o deshebrado, incorporar las manzanas cocidas, añadir los calabacines, adicionar el aceite de soya, por último, incorporar el agua poco a poco hasta integrar los alimentos.
2. Licuamos los ingredientes hasta obtener una mezcla líquida homogénea, sin dejar ningún residuo sólido.
3. Pasar por el colador o tela para las veces que sea necesario hasta que la mezcla salga sin grumos o residuos (para evitar que la sonda llegue a taparse) La mezcla debe ser capaz de pasar por la jeringa sin que esta se obstruya.
4. Dividir el contenido en los frascos de vidrio esterilizado de acuerdo a las tomas indicadas por el médico o nutricionista, es decir si el médico/nutricionista indicó 3

tomas al día dividir en cantidades iguales la mezcla y almacenar en 3 frascos con tapa diferentes.

5. Una vez preparada la mezcla artesanal, si no se va a administrar de inmediato, debe refrigerarse obligatoriamente, mantener en una temperatura entre 2°C y 4°C. La vida útil en refrigeración es de 24 horas. Después de ese tiempo, la carga bacteriana aumenta peligrosamente y debe desecharse el sobrante.

Tercera Receta

Ingredientes

- 1/3 de taza de avena molida
- 2 tazas de cereal de hojuelas de maíz
- 150 gr de pollo cocido
- 10 piezas de galleta maría
- 1 taza de chayote cocido sin cáscara
- 1 ½ taza de manzana cocida sin cáscara
- 1 taza de zanahoria cocida sin cáscara
- 10 ml de miel o de jarabe de maíz
- 20 ml de aceite
- 2 tazas de leche descremada (o bebida vegetal en caso intolerancia a la lactosa)
- 1 litro de agua purificada.

Utensilios

- Refractario
- Colador fino, estameña/muselina (o ambas colador y tela para colar)
- Cucharas medidoras
- Tazas medidoras
- Jeringa sellada (sin aguja)
- Frascos de vidrio esterilizados con tapa
- Una jarra
- Báscula de cocina
- Licuadora

Preparación

1. Agregar el pan tostado en trozos en la licuadora junto con el jugo de manzana, agregar el pollo cocido en trozos pequeños o deshebrado, incorporar las manzanas cocidas, añadir los calabacines, adicionar el aceite de soya, por último, incorporar el agua poco a poco hasta integrar los alimentos.
2. Licuamos los ingredientes hasta obtener una mezcla líquida homogénea, sin dejar ningún residuo sólido.
3. Pasar por el colador o tela para las veces que sea necesario hasta que la mezcla salga sin grumos o residuos (para evitar que la sonda llegue a taparse) La mezcla debe ser capaz de pasar por la jeringa sin que esta se obstruya.
4. Dividir el contenido en los frascos de vidrio esterilizado de acuerdo a las tomas indicadas por el médico o nutricionista, es decir si el médico/nutricionista indicó 3 tomas al día dividir en cantidades iguales la mezcla y almacenar en 3 frascos con tapa diferentes.
5. Una vez preparada la mezcla artesanal, si no se va a administrar de inmediato, debe refrigerarse obligatoriamente, mantener en una temperatura entre 2°C y 4°C. La vida útil en refrigeración es de 24 horas. Después de ese tiempo, la carga bacteriana aumenta peligrosamente y debe desecharse el sobrante.

4. Monitorización y Reevaluación Continua (Fase IV del PAN)

El Monitoreo nutricional constituye el cuarto paso del Proceso de Atención Nutricional. Su propósito es determinar el progreso del paciente y verificar si se han alcanzado las metas o resultados esperados. En esta etapa se definen y analizan los indicadores relevantes para el diagnóstico y la intervención previa. Al medir los cambios entre la evaluación inicial y la actual; comparándolos con el estado previo del paciente, las metas establecidas o los estándares de referencia, se prepara el escenario para la reevaluación en el siguiente ciclo. El objetivo final es promover la uniformidad al medir la efectividad de la atención brindada. (40)



Fuente: con base al manual de referencia de terminología internacional de nutrición y dietética "Terminología estandarizada para el proceso de atención Nutricional" (36)

Cuidados post-alta.

El cuidado post alta de un paciente con secuelas graves de un Accidente Cerebrovascular (ACV) que se encuentra en fase paliativa es una de las transiciones más delicadas en la medicina y el cuidado familiar. En este contexto, el objetivo del cuidado cambia radicalmente: ya no se busca la rehabilitación intensiva, sino asegurar la máxima calidad de vida, dignidad y confort posible durante el tiempo restante.

Indicaciones a los familiares

Mantenimiento de la sonda Nasogástrica

- Después de su utilización, siempre hay que lavar la sonda introduciendo un poco de agua con una jeringa.
- También es aconsejable lavarla entre horas.
- Los tapones de la sonda deben estar cerrados cuando no se usen.
- Cada día, es conveniente fijar la sonda en un lugar diferente para evitar que la piel se llague. Puede fijarse con un trozo fino de esparadrapo.
- En el centro sanitario donde le han colocado la sonda, le informarán de la fecha en que es necesario cambiarla.
- Si se obstruye la sonda, lo mejor para desobstruir son los refrescos de cola o el aceite (poca cantidad)
- Debe realizarse una higiene oral varias veces al día, aunque no se tomen alimentos por boca.
- Si la sonda está insertada en el abdomen (gastrostomía o yeyunostomía), debe limpiarse cada dos o tres días la zona de la piel limitante con suero fisiológico y betadine, así como las conexiones y el exterior de la sonda.
- Es conveniente poner unas gasas y tapar con un esparadrapo suave.
- En caso de salida de sonda, por tos, alimentación, vómitos..., debe consultar inmediatamente con personal cualificado.
- No intente nunca introducir la sonda. (37)

En caso de pérdida de apetito (Alimentación por oral)

- Hacer de la hora de la comida un momento relajado y agradable, sin prisas, discusiones ni enfados
- presentar alimentos de forma atractiva
- Aumentar el número de comidas, disminuyendo la cantidad en cada una de las
- Darle alimentos de fácil masticación y que no estén muy calientes (la comida a una alta temperatura sacia más).
- Incluir alimentos que le gusten o se le antojen (que sean saludables y con previa autorización del médico).
- Darle la comida nada más le apetezca, aunque esté fuera del horario establecido.
- Servir alimentos que le aporten mucha energía, para aumentar el valor energético del plato sin aumentar la cantidad de comida a ingerir, tales como huevo (siempre cocinado, nunca crudo), leche, carnes, legumbres y cereales
- Condimentar los alimentos para aumentar su contenido calórico: Salsas, cremas, natas, aceite, mantequilla, leche entera en polvo, cacao en polvo.
- Sustituir alimentos cuyo sabor es rechazado, por otros alimentos de valor nutricional similar

En caso de náuseas o vómitos

- Consumir alimentos sólidos y suaves
- Comer lentamente y en pequeños bocados
- Evitar alimentos ricos en grasas, muy dulces, muy condimentados o de olor muy fuerte
- Servir alimentos a temperatura ambiente, evitar servirlos humeantes
- No tomar líquidos entre bocados, esperar a que se finalice de comer
- Consumir líquidos fríos o helados
- Reposar tras las comidas
- vestir ropa suelta, no ajustada, especialmente que no presione la parte del vientre o abdomen

En caso de dolor bucal

- Servir alimentos fáciles de masticar y tragar, blandos, bien cocidos y troceados en pequeñas porciones
- Beber mediante pajilla
- Añadir a los alimentos salsas ligeras o mantequilla para mejorar la deglución
- Realizar una higiene bucal cuidadosa, con enjuagues frecuentes
- Usar soluciones anestésicas previas a las comidas

Signos Clínicos de Micro-Aspiración en el Hogar

La micro aspiración ocurre cuando el alimento, el líquido o la saliva destinados a ser tragados ingresan a la tráquea (vía respiratoria) y, en algunos casos, a los pulmones, en lugar de descender por el esófago hasta el estómago, esto puede dar paso a neumonía por aspiración debido a que los alimentos introducen bacterias en los pulmones. En el paciente paliativo post-ACV, estos son los signos clínicos que el cuidador debe vigilar (38).

Los siguientes son algunos indicios de aspiración:

- Tos
- Voz húmeda o con gorgoteo
- Ahogarse
- Atragantarse
- Aclararse la garganta
- Vómito

Se debe estar pendientes de estos indicios antes, durante y después de comer, beber, especialmente si está iniciando de nuevo la alimentación vía oral luego de pasar por alimentación por sonda o si todavía recibe alimentación por sonda.

Si tiene el paciente alguno de estos indicios, detenga la alimentación vía oral o, alimentación por sonda y llame de inmediato a su proveedor de cuidados de la salud. (38)

Cómo prevenir la aspiración

Siga estas pautas para prevenir la aspiración al comer y beber por la boca.

- Mientras coma y beba, evite las distracciones como hablar por teléfono o mirar la televisión.
- Corte los alimentos en trozos pequeños que pueda masticar con facilidad. Siempre mastique bien sus alimentos antes de tragarlos.
- Coma y beba con lentitud.
- Al comer, siéntese en posición erguida, si puede.
- Si come o bebe en la cama, utilice una almohada cuña para levantarse más. La almohada cuña la puede comprar por internet o en una tienda de artículos médicos.
- Permanezca en una posición recta (de al menos 45 grados) por lo menos durante 1 hora después de comer o beber (véase la figura). (38)

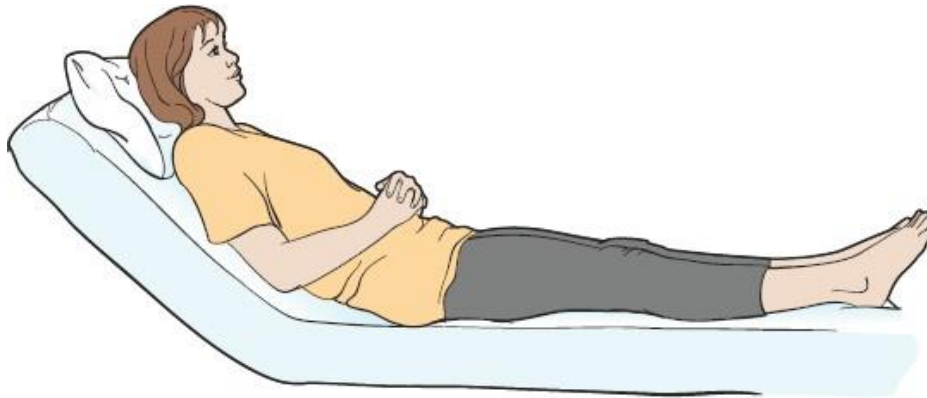


Imagen perteneciente a memorial Sloan Kettering cáncer center

Seguimiento post-alta

Es imprescindible una vez dada el alta en el hospital, programar citas de seguimiento ya que, para el paciente geriátrico, el alta hospitalaria tras un accidente cerebrovascular no marca el fin del tratamiento, sino el inicio de una compleja etapa de adaptación y rehabilitación. Un seguimiento post alta efectivo actúa como un puente vital que empodera tanto al paciente como a sus cuidadores, reduciendo la ansiedad y el riesgo de depresión post-ictus. Este acompañamiento cercano asegura que las necesidades físicas, cognitivas y emocionales sean atendidas oportunamente, transformando la supervivencia al evento agudo en una verdadera recuperación de la calidad de vida y dignidad del paciente.

Recomendaciones de aplicación de la guía

La atención nutricional en el paciente con secuelas graves de ACV en etapa paliativa trasciende el mero aporte calórico-proteico; se convierte en un acto de cuidado, dignidad y vínculo humano. Esta guía establece que el objetivo terapéutico debe transitar desde la restitución nutricional hacia el confort alimentario.

Para que esta guía sea efectiva, debe adaptarse al entorno donde se encuentra el paciente.

En el ámbito hospitalario

Implementar un protocolo para la toma de decisiones multidisciplinaria que incluya al médico, nutricionista, y la familia. Antes de colocar una Sonda Nasogástrica (SNG), se debe cuestionar: *¿Esta intervención mejora la calidad de vida o solo prolonga la agonía?*

Entrenar al personal de médico y de enfermería sobre el proceso de atención nutricional, dietas de transición y cuidados paliativos nutricionales

Crear un documento que sirva para registro y monitoreo nutricional diario, en pacientes paliativos, donde se registre el nivel de hidratación y el confort tras comer, en lugar de solo tomar en cuenta peso aproximado o IMC.

En el ámbito domiciliario

Antes del alta, la familia debe recibir una clase práctica sobre:

- Postura correcta de alimentación
- Maniobras de alimentación
- Utensilios adecuados para contralar el volumen de comida

Modificación del Entorno:

Eliminar distractores (televisión, muchas personas hablando) durante las comidas. El paciente post-ACV necesita concentración total para iniciar el reflejo de deglución.

Manejo de Expectativas y Culpa:

Es vital explicar a la familia que el paciente comerá menos cada día y que esto no significa que lo están "dejando morir de hambre". Replicar la guía implica dar apoyo psicológico para que el cuidador no fuerce la comida, lo cual podría causar una bronco aspiración o vómitos.

Referencias

1. TEXAS Health and human services. Enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. [Online]; 2022. Acceso 05 de Noviembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.dshs.texas.gov/es/heart-disease-stroke/what-are-heart-disease-stroke>" <https://www.dshs.texas.gov/es/heart-disease-stroke/what-are-heart-disease-stroke> .
2. Shah P, Thorton I, Kopitnik N, Hispskind E. Consentimiento Informado. [Online]; 2024. Acceso 01 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/>" <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/> .
3. Comité de Ética de la SECPAL. Consentimiento informado en cuidados paliativos. [Online]; 2002. Acceso 01 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/95.pdf>" <https://aebioetica.org/revistas/2006/17/1/59/95.pdf> .
4. Organización Panamericana de la salud (OPS). Cuidados paliativos. [Online] Acceso 25 de Agosto de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>." <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos> .
5. Revista sanitaria de investigación (RSI). Atención integral al paciente geriátrico: un enfoque necesario en la atención de la población de edad avanzada. [Online]; 2023. Acceso 06 de Noviembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-integral-al-paciente-geriatrico-un-enfoque-necesario-en-la-atencion-de-la-poblacion-de-edad-avanzada/?utm_source=chatgpt.com" https://revistasanitariadeinvestigacion.com/atencion-integral-al-paciente-geriatrico-un-enfoque-necesario-en-la-atencion-de-la-poblacion-de-edad-avanzada/?utm_source=chatgpt.com .
6. Castagna A, Vincenzo M, Carmen , Ciro M, Giovanni R. Evaluación geriátrica integral y cuidados paliativos. [Online]; 2024. Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39507225/>" <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39507225/> .
7. Proceso de Atención Nutricional: Elementos para su implementación y uso por los profesionales de la Nutrición y dietética. [Online]; 2020. Acceso 02 de Agosto de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v24n2/2174->

5145-renhyd-24-02-172.pdf." <https://scielo.isciii.es/pdf/renhyd/v24n2/2174-5145-renhyd-24-02-172.pdf>.

8. Mueller C, Compher C, Druyan ME. Guías clínicas de ASPEN. Detección, evaluación e intervención nutricional en adultos. [Online]; 2011. Acceso 06 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0148607110389335" <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0148607110389335> .
9. Organización Mundial de la salud (OMS). Cribado. [Online] Acceso 06 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "https://www.who.int/europe/teams/ncd-management/screening" <https://www.who.int/europe/teams/ncd-management/screening> .
10. The Europa Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). Cribado de riesgo nutricional. [Online]; 2025. Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "https://www.espen.org/images/files/ESPEN-Fact-Sheets/ESPEN-Fact-Sheet-Nutritional-risk-screening-Spanish.pdf%20" <https://www.espen.org/images/files/ESPEN-Fact-Sheets/ESPEN-Fact-Sheet-Nutritional-risk-screening-Spanish.pdf> .
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía Rápida de Referencia: Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento. [Online]. Acceso 05 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GRR.pdf" \l "":~:text=En%20todos%20los%20pacientes%20hospitalizados%20se%20debe,las%20primeras%2024%20horas%20de%20ingreso%20hospitalario." <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GRR.pdf#:~:text=En%20todos%20los%20pacientes%20hospitalizados%20se%20debe,las%20primeras%2024%20horas%20de%20ingreso%20hospitalario>.
12. Nubidoc. Historia Clínica Geriátrica: ¿Qué es y cómo se realiza? [Online]; 2025. Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "https://nubidoc.com/blog/historia-clinica-geriatrica/" <https://nubidoc.com/blog/historia-clinica-geriatrica/> .
13. Pastor Martin R, Tur Mari JA, Pachon J, Rodríguez , Cabrero Lobato , Pellón Olmedo , et al. Importancia del laboratorio clínico en los estudios nutricionales en personas mayores que estén o no institucionalizadas. Revista de Laboratorio clínico. 2019; 12(1).

14. Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. Lista de chequeo para la evaluación bioquímica del estado nutricional en el entorno. [Online]. Acceso 06 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "https://nutriclinicacolombia.org/wp-content/uploads/2024/07/01-Lista-de-chequeo-para-la-evaluacion-bioquimica_B-.pdf" https://nutriclinicacolombia.org/wp-content/uploads/2024/07/01-Lista-de-chequeo-para-la-evaluacion-bioquimica_B-.pdf .

15. Organización Mundial de la Salud (OMS). El estado físico : uso e interpretación de la antropometría : informe de un comité de expertos de la OMS. [Online] Acceso 07 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.who.int/es/publications/i/item/9241208546>" <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241208546> .

16. Aldama Figueroa A, Zapata Vinent J, Álvarez Prat M, Álvarez López A, Morejón Reinoso O, Sánchez de León T. Índice de riesgo nutricional geriátrico en pacientes hospitalizados por enfermedades vasculares periféricas. Revista Cubana de angiología y Cirugía Vascular. 2020; 21(3).

17. Weber Sánchez , Velázquez Ortega S, Weber Álvarez P. Validación del Índice de Broca como el método más práctico para calcular el peso corporal ideal. [Online].; 2016. Acceso 05 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.oatext.com/validation-of-the-broca-index-as-the-most-practical-method-to-calculate-the-ideal-body-weight.php>" \l "Article" <https://www.oatext.com/validation-of-the-broca-index-as-the-most-practical-method-to-calculate-the-ideal-body-weight.php#Article> .

18. Universidad Autónoma de Yucatán. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE MEDIDAS Y VALORACIONES CLINICAS, ANTROPOMETRICAS, D EFLEXIBILIDAD Y MOVIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR. En MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE MEDIDAS Y VALORACIONES CLINICAS, ANTROPOMETRICAS, D EFLEXIBILIDAD Y MOVIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR. Yucatán; 2003. p. 32.

19. Robles Torres D, Lago Rivero , Bea Mascato B, Agra Blanco I, Cerdeira Regueira E, Matínez López de Castro N. Validez de 3 métodos predictivos para estimar la talla en pacientes de edad avanzada. [Online].; 2025. Acceso 5 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X25000356>" \l "":~:text=ficticio%20(seudonimizaci%C3%B3n)%20para-,Resultados%20y%20discusi%C3%B3n,presentan%20en%20la%20figura%202." <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X25000356#:~:text>

[=ficticio%20\(seudonimizaci%C3%B3n\)%20para-
Resultados%20y%20discusi%C3%B3n, presentan%20en%20la%20figura%202.](#)

20. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Evaluación Nutricional en el anciano. En.
21. Organización Mundial de la Salud. El estado Físico: Uso e interpretación de la Antropometría. [Online]. Ginebra; 1995..
22. Carmuega E, Durán P. Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. [Online]; 2001. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "https://www.intramed.net/content/valoracion-del-estado-nutricional-en-ninos-y-adolescentes" <https://www.intramed.net/content/valoracion-del-estado-nutricional-en-ninos-y-adolescentes> .
23. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Care Process Terminology (NCPT). [Online] Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "https://www.andeanal.org/vault/2440/web/files/EAL/NCP_EAL_201711.pdf" https://www.andeanal.org/vault/2440/web/files/EAL/NCP_EAL_201711.pdf .
24. Nestlé Healthscience. Abordaje multidisciplinar de la nutrición en el ictus. [Online]. Acceso 8 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "https://www.nestlehealthscience.es/condiciones-medicas/salud-cognitiva/ictus-hcp" <https://www.nestlehealthscience.es/condiciones-medicas/salud-cognitiva/ictus-hcp> .
25. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN). ESPEN guideline on hospital nutrition. [Online].; 2021. Acceso 8 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(21)00456-8/fulltext" [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(21\)00456-8/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(21)00456-8/fulltext) .
26. Universidad Abierta y a Distancia de México. Dietas progresivas hospitalarias. [Online]. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "file:///C:/Users/ACER/Downloads/NDIE_U2_Contenido.pdf" file:///C:/Users/ACER/Downloads/NDIE_U2_Contenido.pdf .
27. Stegmann S, Gosch M, Breidkreutz J. Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy. [Online].; 2012. Acceso 08 de Diciembre de 2025.
28. Velasco NV. Ejercicios para mejorar la deglución: Guía práctica con respaldo profesional. [Online]; 2025. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en:

HYPERLINK "<https://logopedasadomicilio.com/ejercicios-para-mejorar-la-deglucion?>" <https://logopedasadomicilio.com/ejercicios-para-mejorar-la-deglucion?>

29. Vigueras AM. Guía para el cuidador: Alimentación Asistida del Paciente Dependiente. [Online]; 2021. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "<https://theramart.com/blogs/de-salud/alimentacion-asistida-cuidadores-pacientes>" <https://theramart.com/blogs/de-salud/alimentacion-asistida-cuidadores-pacientes> .

30. Nestle Health Science. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. [Online].; 2015. Acceso 08 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK "file:///C:/Users/ACER/Downloads/guia_de_diagnostico_tratamiento_nutricional_y_rehabilitador_de_la_disfagia_orofaringea.pdf" file:///C:/Users/ACER/Downloads/guia_de_diagnostico_tratamiento_nutricional_y_rehabilitador_de_la_disfagia_orofaringea.pdf .

31. Entrala Bueno A, Mojerón Bootello E, Sastre Gallego A. Soporte Nutricional en el paciente oncológico: Nutrición Enteral. [Online]. Disponible en: HYPERLINK "https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/sopORTENutricional/pdf/cap_11.pdf" \ "[~:text=INDICACIONES%20ESPEC%C3%8DFICAS%20Son%20candidatos%20a%20nutrici%C3%B3n%20enteral,estr%C3%A9s%20metab%C3%B3lico%20que%20comporta%20la%20en](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/sopORTENutricional/pdf/cap_11.pdf#:~:text=INDICACIONES%20ESPEC%C3%8DFICAS%20Son%20candidatos%20a%20nutrici%C3%B3n%20enteral,estr%C3%A9s%20metab%C3%B3lico%20que%20comporta%20la%20en)" https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/sopORTENutricional/pdf/cap_11.pdf#:~:text=INDICACIONES%20ESPEC%C3%8DFICAS%20Son%20candidatos%20a%20nutrici%C3%B3n%20enteral,estr%C3%A9s%20metab%C3%B3lico%20que%20comporta%20la%20en .

32. Ministerio de Salud y desarrollo Social de Argentina. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL Y PARENTERAL EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS Y DOMICILIARIOS. [Online]. Acceso 8 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rm-1548-2007.pdf>" <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rm-1548-2007.pdf> .

33. Wirth R, Smoliner C, Jäger , Warnecke T, Leischker H, Dziewas R, et al. Guía de nutrición clínica en pacientes con ictus. [Online].; 2013. Acceso 8 de Enero de 2026. Disponible en: HYPERLINK "<https://link.springer.com/article/10.1186/2040-7378-5-14>" <https://link.springer.com/article/10.1186/2040-7378-5-14> .

34. Borja JCB. LABORATORIO DE SIMULACIÓN CLINICA:GUÍA DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL. [Online].; 2023. Acceso 08 de Diciembre de 2025.
Disponible en: HYPERLINK
"https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/3764/T00034434.pdf?sequence=1&isAllowed=y"
<https://repositorio.uceva.edu.co/bitstream/handle/20.500.12993/3764/T00034434.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .
35. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. Guía Práctica ESPEN: Nutrición Enteral Domiciliaria. Nutrición Hospitalaria. 2023.
36. Manual de referencia de terminología internacional de nutrición y dietetica
"Terminología estandarizada para el proceso de atención Nutricional". [Online].
Disponible en: HYPERLINK
"https://es.scribd.com/document/673141814/TERMINOLOGIA-INTERNACIONAL-DE-NUTRICION-Y-DIETETICA"
<https://es.scribd.com/document/673141814/TERMINOLOGIA-INTERNACIONAL-DE-NUTRICION-Y-DIETETICA> .
37. Clinica Universidad de Navarra. Cuidados en la sonda de alimentación. [Online].
Disponible en: HYPERLINK "https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-sonda-alimentacion"
<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/cuidados-casa/cuidados-sonda-alimentacion> .
38. Memorial Sloan Kettering Center. Cómo evitar la aspiración. [Online].Acceso 09 de Diciembre de 2025. Disponible en: HYPERLINK
"https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/how-prevent-aspiration"
<https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/how-prevent-aspiration> .
39. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Nutrición en las personas adultas mayores: Recomendaciones para el equipo de Salud del primer nivel de atención. En. Montevideo; 2023. p. 30-40.

Anexos

Cribado	Link de acceso directo
Mini Nutritional Assessment MNA	https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf
Índice de Barthel	https://www.desarrollohumano.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3a-I%CC%81NDICE-DE-BARTHEL.pdf
EAT-10: Despistaje de la Disfagia	https://swallowstudy.com/wp-content/uploads/1.-eat-10-spanish.pdf

Anexo 2. Formulario utilizado para la revisión de expedientes clínicos

Formulario para Revisión de Expedientes Clínicos

Objetivo: Verificar la aplicación del Proceso de Atención Nutricional (PAN) en pacientes geriátricos en cuidados paliativos hospitalizados tras un ACV.

Datos generales del expediente

Número de expediente:	Iniciales del paciente:
Sexo:	Edad:
Fecha de ingreso:	Fecha de alta:
Diagnóstico médico principal:	

Antecedentes personales relevantes (nutricionales o patológicos):

Lista de cotejo – Proceso de Atención Nutricional (PAN)

Marcar con una “X” según lo encontrado en el expediente.

Etapas del PAN	Sí	No	Observaciones breves
Se realizó valoración nutricional al ingreso	☐	☐	
Se calculó requerimiento calórico y proteico	☐	☐	
Se estableció diagnóstico nutricional	☐	☐	
Se elaboró plan de intervención nutricional	☐	☐	
Se dio seguimiento nutricional durante la hospitalización	☐	☐	
Se dejó constancia de la evolución nutricional	☐	☐	
Se brindaron indicaciones nutricionales al alta	☐	☐	
Se entregó plan de alimentación por escrito	☐	☐	
Se indicó cita de seguimiento con nutrición	☐	☐	
Se capacitó al cuidador sobre alimentación del paciente	☐	☐	

Observaciones generales del expediente:

Revisado por: _____

Fecha de revisión: ____/____/____

Anexo 3. Historia clínica nutricional utilizada para la evaluación de casos activos

1.-DATOS PERSONALES

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Edad _____ Sexo _____

Estado civil _____ Ocupación _____ Número de expediente _____

Dirección _____ Teléfono _____

Motivo de ingreso al hospital _____

2.-INDICADORES CLÍNICOS ANTECEDENTES SALUD / ENFERMEDAD PROBLEMAS

¿Ha perdido o ganado peso recientemente? ¿Cuánto? _____

Padece alguna enfermedad diagnosticada: _____

Ha padecido alguna enfermedad importante: _____

¿Se siente agotado o con un mal estado de ánimo a lo largo del día? _____

¿presenta problemas de estreñimiento? _____

¿Toma algún medicamento? _____Cuál _____

Dosis _____ Desde cuándo _____

Toma: Laxantes _____ Diuréticos _____ Antiácidos _____ Analgésicos _____

Le han practicado alguna cirugía: _____

3.-ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad	si	no	Especifique
Cáncer			
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedad de tiroides			

4.-ESTILO DE VIDA

ACTIVIDAD

() Sedentario () Poco activos () Activos () Muy activos

EJERCICIO: Tipo _____ Frecuencia _____ Duración _____

CONSUMO DE FRECUENCIA Y CANTIDAD

() Alcohol () Tabaco () Café

SIGNOS

Aspecto general _____

5.-PARÁMETROS BIOQUÍMICOS

Parámetro	Valor de referencia	Resultado
Glucosa en ayunas	70-99 mg/dL	
Creatinina	Hombres: 0.7-1.3 mg/dL Mujeres: 0.6-1.1 mg/dL	
Urea	10-40 mg/dL	
Albumina	3.4-5.4 g/dL	
Hemoglobina	Hombres: 13-17 g/dL Mujeres: 12-16 g/dL	
Plaquetas	150,000 - 450,000 uL	

6.-ANTROPOMETRIA

MEDICIÓN (unidad)	DATOS
Peso actual (kg) o Peso estimado	
Peso habitual (kg)	
IMC	
Estatura (m) o Estatura estimada	
Circunferencia de Brazo	
Circunferencia de pantorrilla	
Altura de rodilla	
Longitud del cubito	

7.-PATRONES ALIMENTICIOS

Lista de frecuencia de consumo

Alimentos	Frecuencia	Nunca	Diario	Semanal	c/d 15 días	Observación
Lácteos						
Leche						
Queso						
Carnes						
Pollo						
Cerdo						
Viseras						
Pescado						
Huevo						
Papas						
Verduras de hoja verde						
Tubérculos						
Frutas						
Arroz						
Avena						
Pasta						
Pan						
Aceite						
Mantequilla						
Crema						
Azúcar						
Café						

8.-INDICADORES DIETÉTICOS

¿Cuántas comidas hace al día? _____

Ha modificado su alimentación los últimos 6 meses SI____NO____

Apetito: Bueno____Malo____Regular____

¿A qué hora tiene más hambre? _____

¿Cuánto tiempo se toma para comer? _____

Alimentos preferidos_____

Alimentos que le desagraden_____

Alimentos que me causen malestar_____

Alergia a algún alimento (especificar)_____

¿Con qué grasa cocina sus alimentos? _____

Toma algún suplemento SI__NO____¿Cuál?

Tu consumo de comida varia si está usted: nervioso, enojado, feliz, triste

SI____NO____¿Cómo? _____

Vasos de agua natural al día _____

¿A tomado medicamento para bajar de peso o alguno otro? SI__NO____¿Cuál? _____

9- OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO

--

TIPO DE DIETA A ADMINISTRAR

--

Anexo 4. Cribados utilizados para la evaluación de casos activos

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:		Nombre:		
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Altura, cm:	Fecha:

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje	
A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltarle apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	☐
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	☐
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	☐
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	☐
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos	☐
F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐
Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)	☐ ☐
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R	
Evaluación	
G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no	☐
H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	☐
I Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	☐
J. Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	☐
K Consume el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí ☐ no ☐ • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí ☐ no ☐ • carne, pescado o aves, diariamente? sí ☐ no ☐ 0.0 = 0 o 1 síes 0.5 = 2 síes 1.0 = 3 síes	☐ ☐
L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	☐
M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos	☐ ☐
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	☐
O Se considera el paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	☐
P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	☐ ☐
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	☐ ☐
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	☐
Evaluación (máx. 16 puntos)	☐ ☐ ☐
Cribaje	☐ ☐ ☐
Evaluación global (máx. 30 puntos)	☐ ☐ ☐
Evaluación del estado nutricional	
De 24 a 30 puntos ☐ estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos ☐ riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos ☐ malnutrición	

Ref Velas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA. Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Para más información: www.mna-elderly.com

EAT-10: Despistaje de la Disfagia



APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

FECHA

OBJETIVO:

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES:

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante.

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

B. Puntuación:

Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA:

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Reference: Se ha determinado la validez y fiabilidad del EAT-10.

Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008;117(12):919-924.

© Nestec 2009

www.nestlenutrition-institute.org

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ÍNDICE DE BARTHEL (IB)
(Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria)¹
FICHA N° 3a

Nombre del Usuario		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:	
A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.				
			Fecha aplicación primer semestre	Fecha aplicación segundo semestre
			dd / mm / aa	dd / mm / aa
1. COMER				
0	Incapaz			
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.			
10	Independiente: (puede comer solo)			
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA				
0	Incapaz, no se mantiene sentado.			
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado			
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)			
15	Independiente			
3. ASEO PERSONAL				
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal			
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.			

¹ Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia I. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

4. USO DEL RETRETE (ESCUSADO, INODORO)			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
5. BAÑARSE/DUCHARSE			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
6. DESPLAZARSE			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
8. VESTIRSE O DESVERTIRSE			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
9. CONTROL DE HECES			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
10. CONTROL DE ORINA			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
PUNTUACION TOTAL :			

Puntuación máxima total: 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

Puntos de corte:

0 - 20	Dependencia Total
21 – 60	Dependencia Severa
61 - 90	Dependencia Moderada
91 - 99	Dependencia Escasa
100	Independencia
90	Independencia *Uso de silla de ruedas

FIRMA DEL EVALUADOR:

Anexo 5. Entrevista hospitalaria dirigida a familiares o cuidadores

Entrevista dirigida para el cuidador del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____

Expediente del familiar:

1. ¿Cuál es su relación con el paciente?
2. ¿Usted es quien se encarga principalmente de su cuidado? ¿Desde cuándo lo hace?
3. ¿Ha recibido orientación por parte del personal médico o de enfermería sobre la condición actual de su familiar?
4. ¿Le han explicado en el hospital cómo cuidar de su familiar al momento del alta, especialmente en cuanto a alimentación, medicamentos o movilidad?
5. ¿Considera que la información que ha recibido ha sido clara y suficiente?
6. ¿Cuenta con otras personas que lo ayuden con el cuidado del paciente en casa?
7. ¿Cómo ha impactado en su vida diaria el cuidado de su familiar? (trabajo, descanso, salud emocional, etc.)
8. ¿Ha recibido apoyo emocional o psicológico en este proceso? ¿Le gustaría recibirlo?
9. ¿Conoce usted los recursos disponibles en su comunidad o centro de salud para apoyar el cuidado del adulto mayor?
10. ¿Hay algo que quisiera expresar sobre su experiencia como familiar/cuidador en este momento?

Anexo 6. Consentimiento informado para la entrevista al familiar o cuidador

Formulario de Consentimiento Informado para la Entrevista al Familiar del Paciente Adulto Mayor

Nombre del entrevistador(a): _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del familiar entrevistado: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Estimado(a) familiar:

Usted ha sido invitado a participar en una entrevista con fines académicos y clínicos, con el objetivo de conocer su experiencia como familiar/cuidador de un adulto mayor hospitalizado, así como el tipo de apoyo que ha recibido en este proceso. La información brindada es confidencial y será utilizada únicamente con fines educativos y/o de mejora en la atención del paciente.

Su participación es voluntaria. Puede negarse a responder cualquier pregunta o retirarse en cualquier momento sin que esto afecte la atención de su familiar.

Asimismo, le informamos que, como parte del seguimiento del caso, se podrá realizar una breve consulta posterior al alta hospitalaria para conocer cómo ha evolucionado el paciente en el hogar y si usted ha tenido dificultades o necesita apoyo adicional.

Al firmar este documento usted consiente que:

- Ha sido informado(a) sobre el propósito de la entrevista.
- Da su consentimiento libre y voluntario para participar.
- Comprende que su identidad será protegida y que los datos serán tratados de forma confidencial.
- Se le ha informado sobre un posible seguimiento posterior al alta.
- No se le ofrecerá ningún beneficio económico por su participación ni se verá perjudicado(a) si decide no participar.

Firma del familiar entrevistado: _____

Firma del entrevistador(a): _____

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Anexo 7. Entrevista post alta dirigido a familiares o cuidadores

Entrevista post-alta

Nombre del paciente: _____

Nombre del familiar entrevistado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Objetivo: Evaluar el grado de comprensión, preparación y apoyo del cuidador para brindar atención nutricional adecuada en el hogar.

¿Ha notado cambios en cuanto el estado de salud de su familiar?

¿Le han explicado en el hospital cómo cuidar de su familiar al momento del alta, especialmente en cuanto a alimentación?

¿Recibió alguna indicación específica sobre el tipo de dieta que debe seguir su familiar?

¿Recuerda cuáles son esas indicaciones?

¿Le entregaron algún documento como un plan de alimentación, recomendaciones nutricionales o alguna guía de alimentación?

¿Le dieron alguna cita de seguimiento con él o la nutricionista al momento del alta?

Anexo 8. Encuesta personal de salud de medicina interna

Encuesta para el Personal de medicina, enfermería y nutrición en medicina interna en el Hospital SERMESA, Bolonia sobre el Proceso de Atención Nutricional (PAN) a Pacientes Geriátricos Post-ACV en Cuidados Paliativos.

Marque con una "X" la opción que considere adecuada o responda según se indica en cada ítem. Su participación es confidencial y los datos serán utilizados únicamente con fines investigativos.

Nombre del entrevistado(a): _____

Cargo: _____ Área/Unidad: _____ Fecha: ____/____/____

Sección I. Datos generales

1. Profesión:
☐ Médico(a) ☐ Nutricionista ☐ Enfermero(a)
2. Tiempo de experiencia en atención a pacientes geriátricos:
☐ Menos de 1 año
☐ 1 a 3 años
☐ Más de 3 años
3. ¿Con qué frecuencia ha recibido capacitación sobre el proceso de Atención Nutricional (PAN)?
☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Algunas veces ☐ Frecuentemente ☐ Muy frecuentemente

Sección II. Conocimientos sobre el Proceso de Atención Nutricional

4. ¿Podría mencionar cuáles son etapas del proceso de atención nutricional (P. A. N)?
5. ¿Cuál considera que es la utilidad del PAN en cuidados paliativos?
☐ Evaluar estado nutricional
☐ Mejorar el confort y calidad de vida
☐ Ambas
☐ No lo sé
6. ¿Cuáles considera que son las principales necesidades nutricionales en pacientes geriátricos post-ACV? _____

7. ¿Considera que el soporte nutricional en esta etapa busca?

- ☐ Prolongar la vida
- ☐ Mejorar la calidad de vida
- ☐ Ambas
- ☐ No lo sé

8. ¿Qué tan familiarizado/a está con el principio de adecuación del soporte nutricional según el estado del paciente?

- ☐ Nada familiarizado
- ☐ Poco familiarizado
- ☐ Medianamente familiarizado
- ☐ Familiarizado
- ☐ Muy familiarizado

9. En pacientes que no pueden alimentarse por sí mismos, ¿cree usted que siempre debe usarse nutrición enteral o parenteral?

- ☐ Sí
- ☐ Depende del estado del paciente
- ☐ No
- ☐ No sabe

10. ¿Qué importancia tiene la nutrición como medida de confort en etapa terminal?

- ☐ Muy importante
- ☐ Algo importante
- ☐ Poco importante
- ☐ Nada importante

11. Marque qué profesionales deben participar en el abordaje interdisciplinario del paciente en cuidados paliativos

- | | |
|---|--|
| ☐ Nutricionistas | ☐ Fisioterapeutas |
| ☐ Enfermera/o | ☐ Psicólogos |
| ☐ Médicos | ☐ otros profesionales |

12. ¿Qué rol considera que cumple el nutricionista en el equipo de cuidados paliativos?

13. ¿Con qué frecuencia se realizan reuniones interdisciplinarias para discutir este tipo de casos clínicos?

- ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Rara vez ☐ Nunca

Sección III. Prácticas relacionadas con el PAN

14. ¿Aplica usted el PAN o alguna de sus etapas en la atención a pacientes?

- ☐ Sí, de forma sistemática
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ No

¿Registra sus intervenciones o valoraciones nutricionales en el expediente clínico?

- ☐ Siempre
☐ A veces
☐ Rara vez
☐ Nunca

¿Qué herramientas utiliza para valorar el estado nutricional de los pacientes geriátricos POST-ACV?

- ☐ Antropometría básica (peso, talla)
☐ Valoración Global Subjetiva (VGS)
☐ Mini Nutritional Assessment (MNA)
☐ Otras: _____
☐ No aplica / No utiliza herramientas

17. ¿Coordina usted acciones con otros profesionales para el manejo nutricional de los pacientes?

- ☐ Sí ☐ No

18. ¿Con qué frecuencia se realiza valoración nutricional a pacientes en su unidad?

- ☐ Siempre ☐ Frecuentemente ☐ A veces ☐ Nunca

19. ¿Quién realiza dicha valoración en su unidad? _____

¿Qué acciones realiza ante signos de malnutrición o disfagia en pacientes geriátricos post ACV?

21. ¿Qué tipo de soporte nutricional se proporciona habitualmente?

- ☐ Alimentación oral convencional sin modificaciones
- ☐ Alimentación oral con modificación de consistencia
- ☐ Dieta oral terapéutica adaptada a comorbilidades
- ☐ Suplementación nutricional oral
- ☐ Nutrición enteral por sonda nasogástrica (SNG)
- ☐ Nutrición enteral por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)
- ☐ Nutrición parenteral total o parcial
- ☐ Hidratación intravenosa sin aporte calórico significativo
- ☐ No se proporciona soporte nutricional específico, solo confort
- ☐ Otro (especifique): _____

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 9. Entrevista personal de salud de medicina interna

Entrevista para el Personal de medicina, enfermería y nutrición en medicina interna en el Hospital SERMESA, Bolonia sobre el Proceso de Atención Nutricional (PAN) a Pacientes Geriátricos Post-ACV en Cuidados Paliativos.

El objetivo de la entrevista es conocer a profundidad su experiencia como profesional de la salud en el contexto de cuidados paliativos para pacientes geriátricos post – ACV dentro del Hospital SERMESA, principalmente enfocado a cuidados nutricionales.

Nombre del entrevistado(a): _____

Cargo: _____Área/Unidad: _____Fecha: ____/ ____/ ____

Preguntas Guías:

1. ¿Podría explicarme cuál es el protocolo o enfoque que sigue este hospital para brindar cuidados paliativos nutricionales a pacientes adultos mayores que han sufrido un ACV?
2. ¿Cuál es su rol como profesional de la salud en el acompañamiento de estos pacientes durante su estancia hospitalaria?
3. ¿Qué tipo de atención multidisciplinaria (por ejemplo, apoyo de psicología, trabajo social, nutrición, enfermería) reciben estos pacientes durante su estancia hospitalaria y una vez dados de alta?
4. Desde su experiencia, ¿qué tipo de intervenciones nutricionales se priorizan en los pacientes geriátricos post ACT en cuidados paliativos?
5. ¿Conoce las consecuencias o complicaciones que puede sufrir un paciente geriátrico por un mal manejo nutricional post ACV?
6. ¿Qué tipo de orientación o acompañamiento, en referencia a la alimentación, se le brinda al familiar/cuidador durante el proceso? ¿Quién lo realiza?
7. ¿Qué tipo de seguimiento nutricional posterior al alta se brinda a pacientes con pronóstico reservado o dependencia funcional? ¿Quién lo gestiona?
8. ¿Qué barreras considera que dificultan una atención nutricional adecuada en pacientes geriátricos post-ACV en el hospital?
9. ¿Qué sugerencias tiene para mejorar la atención nutricional en el hospital en este tipo de pacientes?
10. ¿Qué aspectos considera fundamentales incluir en una guía clínica nutricional para pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos?

Anexo 9. Consentimiento informado para entrevista al personal de salud

Formulario de Consentimiento Informado para la Entrevista al Personal de Salud

Nombre del entrevistador(a): _____

Nombre del entrevistado(a): _____

Cargo: _____ Área/Unidad: _____

Fecha: ____/____/____

Estimado(a) profesional de la salud:

Usted ha sido invitado(a) a participar en una entrevista con fines académicos como parte de un estudio sobre los cuidados paliativos brindados a pacientes adultos mayores que han sufrido un Accidente Cerebrovascular (ACV). La entrevista tiene como objetivo conocer la atención, protocolos e intervenciones implementadas en este centro de salud, así como las percepciones del personal que brinda dicha atención.

Su participación es voluntaria. Puede negarse a responder cualquier pregunta o retirarse en cualquier momento sin repercusiones. La información que proporcione será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente para fines educativos y de mejora en la atención clínica.

Además, si fuera necesario, se podrá hacer una consulta breve de seguimiento para aclarar o complementar la información brindada.

Al firmar este documento usted manifiesta que:

- Ha sido informado(a) sobre el propósito de la entrevista.
- Da su consentimiento libre y voluntario para participar.
- Comprende que su identidad será protegida y que los datos serán tratados de forma confidencial.
- Autoriza que se utilice su aporte como referencia anónima en trabajos académicos.
- Se le ha informado sobre un posible seguimiento para ampliar o aclarar información, si fuera necesario.
- No recibirá compensación económica, ni sufrirá consecuencias negativas si decide no participar.

Firma del entrevistado(a): _____

Teléfono: _____

Firma del entrevistador(a): _____

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Anexo 10. Guía de cuidados post ACV entregada a paciente de caso activo post alta

GUÍA DE CUIDADOS NUTRICIONALES POST ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Esta guía está diseñada para ayudar a los familiares a brindar un cuidado óptimo en el hogar a un paciente que ha sufrido un Accidente Cerebrovascular (ACV) y presenta secuelas motoras y neurológicas. El objetivo es facilitar el proceso de recuperación y mejorar la calidad de vida del paciente. Contiene un ejemplo de menú de alimentos líquidos y blandos, además de recomendaciones generales.

Ejemplo de menú dieta blanda y colados

Tiempo de comida	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	1 taza de atol 2 rodajas de pan con Jalea.	Frijoles molidos, queso fresco, aguacate 1 taza de café de palo	Huevos revueltos con tomate y chiltoma Maduro frito Queso fresco	Frijoles molidos Cuajada Una güirila	Puré de zanahoria (agregar queso o crema al puré) Pan integral en trozos	Torta de huevos con espinaca Gallopinto cuajada	Huevo cocido Tortillas de maíz Frijoles cocidos
Merienda	Gelatina de sabor	Mango maduro en trocitos	Licudo de manzana y avena + pan + leche condensada	Trozos finos de sandía	Melón cortado en trocitos	Leche deslactosada con vainilla y arroz cocido licuado	Batido de naranja, con espinaca y piña hawaiana
Almuerzo	indio viejo de res en trozos vegetales cocidos (de preferencia triturados o en puré) jugo de naranja	Puré de pollo, papa y zanahoria (licuado y colado)	Espagueti con pollo desmenuzado o y espinaca cocida 1 vaso de limonada	Carne molida Maduro cocido Ensalada de tomate y pepino	Carne de res desmenuzada Yuca cocida Ensalada de tomate y remolacha cocida	Guiso de ayote con trocitos de carne Arroz 1 vaso de cebada (licuada y colada)	Guiso de pipián Maduro cocido Vaso de fresco de pitaya
Merienda	Té o infusión de manzanilla	Batido de avena en hojuelas, con leche descremada y banano	Galletas suaves	Pan de queso suave	Batido de semillas de chía (remojar durante 1 hora antes), yogurt natural y banano	Gelatina de sabor	Licudo de linaza y papaya
Cena	Batido de huevo cocido +	Torta de zanahoria con 1 huevo	Sopa de tomate	Sopa de frijoles	Tortas de papa.	100 gramos de carne	1 porción grande

	zanahoria cocida (licuado y colado) + avena en hojuelas	(rayar 1 zanahoria, agregar un huevo y espinaca, mezclar todo, hacer una masa uniforme, agregar al sartén previamente engrasado con 1 cda de mantequilla o aceite y luego esparcirla de manera uniforme en forma de torta o tortilla, dejar cocinar hasta que este dorada)		Tortilla de maíz	Frijoles licuados	de res picada, 1/2 taza de zanahoria, 1 taza de arroz cocido. 3/4 de arroz colado, 1 unidad de tomate, 1 unidad de zanahoria, 3/4 de remolacha, 1 unidad de cebolla picada (licuado y colado).	delgada de carne de res magra. 1/2 unidad de tomate, 1 unidad de chayote, 1 unidad de zanahoria, 1 unidad de repollo, 1 unidad de cebolla (licuado y colado) blanco (licuado y colado).
--	---	--	--	------------------	-------------------	--	---

Las porciones de los alimentos van a ir en dependencia de la tolerancia del paciente, se recomienda comenzar con pequeñas porciones e ir aumentando lentamente

Si en el menú está presente algún alimento al que sea alérgico, evítelo o sustitúyalo.

¿Por qué es importante la nutrición después de un ACV?

Después de un accidente cerebrovascular (ACV), muchas personas quedan con dificultades para moverse, tragar o comunicarse. La alimentación correcta no solo ayuda a prevenir complicaciones (como desnutrición o neumonía), sino que también mejora su recuperación y calidad de vida.

Recomendaciones Generales

- Las frutas y verduras contienen antioxidantes que pueden ayudar a reducir el daño a los vasos sanguíneos. También contienen potasio, que puede ayudar a controlar la presión arterial.
- La fibra de las frutas y verduras puede reducir el colesterol. El folato, presente en las verduras de hoja verde, puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Los cereales integrales y los cereales también contienen fibra y folato.

- Los productos lácteos son otra fuente de potasio, junto con el calcio, que también puede ayudar a controlar la presión arterial. Las alternativas a los lácteos incluyen leches de soya o de arroz enriquecidas con calcio. Otras fuentes de calcio incluyen el pescado y frutos secos.
- Mantener un adecuado estado de hidratación, ofrecer pequeñas tomas de agua lo largo del día, evitando grandes volúmenes de una sola vez.
- Controlar signos de deshidratación: boca seca, orina concentrada, fatiga, estreñimiento.

Las cosas que se deben limitar después de un accidente cerebrovascular son:

- Sal. Demasiada sal puede elevar la presión arterial. Lea las etiquetas y elija opciones con menos sal. No añada sal al cocinar ni en la mesa. Use hierbas y especias para realzar el sabor. Si reduce su consumo gradualmente, su paladar se adaptará en pocas semanas.
- Azúcar. Demasiada azúcar puede dañar los vasos sanguíneos. Lea las etiquetas y elija opciones con menos azúcar. Incluso alimentos que no considere azucarados pueden contener azúcar añadido.
- Grasas saturadas. Estas causan colesterol alto. Consuma principalmente aceites y cremas poliinsaturadas y monoinsaturadas. Pruebe las mantequillas de frutos secos o de aguacate.
- Alcohol. Beber alcohol aumenta el riesgo de sufrir otro accidente cerebrovascular.
- El tabaco en todas sus formas es muy perjudicial para la salud. La exposición al humo de segunda mano también es peligrosa, los fumadores tienen el doble de riesgo de sufrir un derrame cerebral que los no fumadores.
- Evitar alimentos picantes o muy condimentados ya que pueden causar irritación en el esófago y estómago.

Técnica de alimentación segura

- Para minimizar el riesgo de aspiración, se deben implementar las siguientes medidas: Posición correcta: sentado en ángulo de 90°, con la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante (mentón al pecho).

- Ubicación del alimento: administrar el alimento del lado opuesto al hemicuerpo afectado (en este caso, lado izquierdo).
- Velocidad de alimentación: ofrecer porciones pequeñas, permitir tiempo suficiente entre bocados.
- Ambiente: tranquilo, sin estímulos distractores (televisión, visitas, ruidos).
- Supervisión: nunca dejar al paciente solo mientras come o bebe.
- Post-alimentación: mantener la posición erguida durante al menos 30 minutos tras cada comida.

Anexo 11. Validación de instrumentos por juicio de expertos



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

INSTRUMENTO DIRIGIDO A EXPERTOS

Estimado experto: Ana del Socorro Somoza **Ramírez**

Somos **Ixtza Camila López Castillo** y **Loanny Rashell Ponza Madrigal**, estudiantes de la Carrera de Nutrición en la Universidad Centroamericana De Ciencias Empresariales (UCEM) y estamos desarrollando nuestra tesis de licenciatura titulada: *Valoración del proceso de atención nutricional brindado a pacientes geriátricos de 60 a 90 años en cuidados paliativos post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, en el periodo de enero a junio del 2025, con el propósito de diseñar una guía de atención nutricional.*

La cual se lleva a efecto con el objetivo principal: *Valorar el proceso de atención nutricional en pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos del Hospital SERMESA Bolonia, mediante análisis documental, estudio de casos activos y percepción del personal de salud, con el fin de diseñar una guía de atención nutricional basada en necesidades reales.* Razón por la cual, le solicito su colaboración en el proceso de validación de los instrumentos que recogerán información pertinente para cumplimentar los siguientes objetivos específicos de la investigación:

- Verificar la presencia de los elementos del Proceso de Atención Nutricional (PAN) en los expedientes clínicos de pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos del Hospital SERMESA Bolonia.
- Describir los conocimientos y prácticas del personal de salud (nutricionistas, médicos y personal de enfermería) respecto a la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV en contexto paliativo.

ASomoza



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

- Explorar casos activos de pacientes en atención durante el periodo de estudio, triangulando la información obtenida de su valoración nutricional con los registros clínicos y las percepciones del personal de salud.
- Generar lineamientos técnicos preliminares que sustenten el diseño de una guía clínica de atención nutricional para pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos. Cabe mencionar que esta información será procesada con fines académicos, con discreción y sigilo profesional. De antemano, agradecida sobremanera por su apoyo.

**¡Agradecemos su valioso tiempo en la contestación de este instrumento de validación,
cuyas respuestas aportarán mayor rigor científico a la investigación!**

Asesor



Estimado experto: **Ana del Socorro Somoza Ramírez**

Usted ha sido seleccionado (a) para evaluar el Instrumento encuesta que hace parte de la investigación: *Valoración del proceso de atención nutricional brindado a pacientes geriátricos de 60 a 90 años en cuidados paliativos post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, en el periodo de enero a junio del 2025, con el propósito de diseñar una guía de atención nutricional*

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente.

Agradecemos su valiosa colaboración.

Datos de identidad:

Nombres y apellidos del experto	Ana del Socorro Somoza Ramírez
Formación académica	Maestría en Administración de Negocios con énfasis en mercadeo
Áreas de experiencia profesional	Gestión Académica y docencia
Cargo actual	Directora de Calidad Institucional
Institución	UCEM

Objetivo del juicio de expertos: Evaluar la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.

Handwritten signature



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

Instrumento de evaluación de expertos

Ítem	CRITERIOS PARA EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique)
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Relevancia según objetivos		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		
6	X		X		X		X		X		
7	X		X		X		X		X		
8	X		X		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		
10	X		X		X		X		X		
11	X		X		X		X		X		
12	X		X		X		X		X		Esta pregunta puede dejarse abierta. En pacientes que no pueden alimentarse por sí mismo. ¿ qué tipo de nutrición recomendaría usted?
13	X		X		X		X		X		
14	X		X		X		X		X		
15	X		X		X		X		X		
16	X		X		X		X		X		Para discutir casos clínicos que se presentan. Lo hacen: a.

19/01/2016



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

											Reuniones multidisciplinarias. B. Reuniones con nutricionistas. Puede surgir otra pregunta, cada cuanto realizan estas reuniones: a siempre, b. a veces. C. rara vez, d. nunca.
17	X		X		X		X		X		Aplica usted PAN en todas sus etapas en la atención apacientes.
18	X		X		X		X		X		
19	X		X		X		X		X		
20	X		X		X		X		X		
21	X		X		X		X		X		
22	X		X		X		X		X		
23	X		X		X		X		X		
24	X		X		X		X		X		
Aspectos generales									Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario									X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación									X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial									X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir									X		
Validez (Marque con una "X")											
										Aplicable	X
										Aplicable atendiendo a las observaciones	
										No aplicable	
Validado por: Ana Somoza Ramírez									Fecha: 04/08/2025		

Asomoza



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

INSTRUMENTO DIRIGIDO A EXPERTOS

Estimado experto: María Alejandra Martínez Hernández

Somos Ixtza Camila López Castillo y Loanny Rashell Ponza Madrigal, estudiantes de la Carrera de Nutrición en la Universidad Centroamericana De Ciencias Empresariales (UCEM) y estamos desarrollando nuestra tesis de licenciatura titulada: *Valoración del proceso de atención nutricional brindado a pacientes geriátricos de 60 a 90 años en cuidados paliativos post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, en el periodo de enero a junio del 2025, con el propósito de diseñar una guía de atención nutricional.*

La cual se lleva a efecto con el objetivo principal: *Valorar el proceso de atención nutricional en pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos del Hospital SERMESA Bolonia, mediante análisis documental, estudio de casos activos y percepción del personal de salud, con el fin de diseñar una guía de atención nutricional basada en necesidades reales.* Razón por la cual, le solicito su colaboración en el proceso de validación de los instrumentos que recogerán información pertinente para cumplimentar los siguientes objetivos específicos de la investigación:

- Verificar la presencia de los elementos del Proceso de Atención Nutricional (PAN) en los expedientes clínicos de pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos del Hospital SERMESA Bolonia.
- Describir los conocimientos y prácticas del personal de salud (nutricionistas, médicos y personal de enfermería) respecto a la atención nutricional brindada a pacientes geriátricos post-ACV en contexto paliativo.



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

- Explorar casos activos de pacientes en atención durante el periodo de estudio, triangulando la información obtenida de su valoración nutricional con los registros clínicos y las percepciones del personal de salud.
- Generar lineamientos técnicos preliminares que sustenten el diseño de una guía clínica de atención nutricional para pacientes geriátricos post-ACV en cuidados paliativos. Cabe mencionar que esta información será procesada con fines académicos, con discreción y sigilo profesional. De antemano, agradecida sobremanera por su apoyo.

**¡Agradecemos su valioso tiempo en la contestación de este instrumento de validación,
cuyas respuestas aportarán mayor rigor científico a la investigación!**



Validación de Instrumentos por Juicio de Expertos

Estimado experto: **María Alejandra Martínez Hernández**

Usted ha sido seleccionado (a) para evaluar el Instrumento encuesta que hace parte de la investigación: *Valoración del proceso de atención nutricional brindado a pacientes geriátricos de 60 a 90 años en cuidados paliativos post-ACV en el Hospital SERMESA Bolonia, en el periodo de enero a junio del 2025, con el propósito de diseñar una guía de atención nutricional*

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente.

Agradecemos su valiosa colaboración.

Datos de identidad:

Nombres y apellidos del experto	María Alejandra Martínez Hernández
Formación académica	Licenciada en Nutrición
Áreas de experiencia profesional	17 años
Cargo actual	Nutricionista –Docente
Institución	Cargill –UCEM –Mersalud

Objetivo del juicio de expertos: Evaluar la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

Instrumento de evaluación de expertos

Ítem	CRITERIOS PARA EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem, por favor, indique)
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Relevancia según objetivos		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	x		x		x			x	x		
2	x		x		x			x	x		
3	x		x		x			x	x		
4	x		x		x			x	x		
5		x		x				x	x		Se podría mencionar las etapas ,por si no lo recuerdan .
6		x		x	x			x		x	
7		x		x	x			x		x	
8	x			x				x	x		
9	x		x		x			x	x		
10	x		x		x			x	x		
11		x			x		x			x	Que se pretende con una repuesta de si o no ,siento que se debería de indagar mas
12		x	x		x			x	x		Dar la opción del porqué , el sí o no no nos da datos a estudiar .
13		x		x	x			x			Formular mejor la pregunta para su debida comprensión.
14	x		x		x			x	x		
15	x		x		x			x			
16	x		x		x			x		x	Casos clínicos de otras patologías o



Universidad Centroamericana
de Ciencias Empresariales

										en px de cuidado paliativos .
17	x		x		x			x	x	
18	x		x		x			x	x	
19		x	x		x			x	x	Que métodos de evaluación nutricional utiliza .
20	x		x		x			x	x	
21	x									
22	x		x		x			x	x	
23	z		z		z			z	z	
24	x		x		x			x	x	
Aspectos generales								Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario								x		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación								x		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial								x		Mejorar el orden si se habla de evaluación nutricional que lleven una secuencia para no perder al entrevistado ejemplo Pregunta N 10 y 24
El número de ítems es suficiente para recoger la información. en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir								x		
Validez (Marque con una "X")										
										Aplicable
										Aplicable atendiendo a las observaciones
										No aplicable
Validado por: Lic .María Alejandra Martínez H								Fecha:5/08/2025		
Firma:				Teléfono: 88080036				e-mail: alejandramartinez.146@yahoo.com		

Nota: Adaptación propia a partir de (Supo y Cavero, 2014)