

La atención nutricional hospitalaria en la seguridad del paciente: evidencias para un nuevo objetivo de políticas sanitarias.

Lola Navarro Vera

“Nutritional care in hospital patient safety: evidence for a new health policy objective.”

Resumen

La atención sanitaria debe procurar reducir el sufrimiento de los pacientes y no contribuir a aumentarlo. El daño derivado de fallas en el cuidado nutricional hospitalario, produce una carga sustancial en términos de morbilidad y mortalidad en los pacientes alrededor del mundo y en Ecuador pasa todavía inadvertido para muchos especialistas y responsables de la administración sanitaria. La evaluación del estado nutricional de los pacientes debería ser obligatoria y adoptada ampliamente en todos los servicios hospitalarios, lo que en conjunto con protocolos de manejo adecuado, permitirá reducir la incidencia de desnutrición hospitalaria y mejorar el pronóstico evolutivo del paciente. Incluir a la atención nutricional en las prácticas y políticas sanitarias es fundamental para mejorar las condiciones de seguridad del paciente y calidad del cuidado hospitalario.

Palabras clave: Atención nutricional, Seguridad del paciente, Estado nutricional, Valoración nutricional, Desnutrición hospitalaria, Riesgo nutricional, Políticas de salud.

Summary

Health care should focus on reducing the suffering of patients and not contribute to increase it. Damage resulting from failures in the hospital nutritional care, produces a substantial burden in terms of morbidity and mortality in patients around the world, however, in Ecuador still passes unnoticed by many specialists and those responsible for health administration. Assessment of nutritional status should be mandatory and widely adopted in all hospital services, which along with adequate management protocols, will reduce the incidence of hospital malnutrition and improve the evolutive prognosis. To include nutritional care in practices and health policies is essential to improve the conditions of patient safety and quality of hospital care.

Keywords: Nutritional care, patient safety, nutritional state, nutritional assessment, hospital malnutrition, nutritional risk, health policies.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la falta o insuficiencia en la seguridad del paciente, es un problema mundial de salud pública que cada año afecta a millones de personas, que se infectan, sufren lesiones incapacitantes, o fallecen, debido a prácticas sanitarias inadecuadas o atención médica insegura, (Jha, 2008). Esto también trae como consecuencia una carga económica abrumadora. Es imperativo identificar los problemas que produzcan con mayor frecuencia, lesiones o resultados adversos en la atención del paciente, ya que esto generará beneficios en términos de daño evitado y carga económica y social.

La fallas en la seguridad de paciente, relacionadas a la calidad de la atención del estado nutricional del paciente hospitalizado, es un tema crítico que a menudo es pasado por alto, no valorado, ni diagnosticado, dando como resultado, desnutrición hospitalaria, lo cual es grave, ya que la desnutrición empeora claramente el pronóstico evolutivo del paciente (McKee, 2006) (Ferguson, 2001). En estudios internacionales se ha reportado que esta

malnutrición está asociada con resultados adversos que incluyen, depresión del sistema inmune, desgaste de masa muscular y tejido graso, reduce la función respiratoria y cardiaca, fomenta la atrofia de vísceras, disminuye la absorción intestinal de nutrientes, altera la termorregulación, compromete la función renal, lo que en términos generales produce mayor morbilidad con incremento del riesgo de complicaciones, como por ejemplo, infecciones intercurrentes, úlceras de presión, fallas en la cicatrización de heridas, fatiga, depresión, incremento del tiempo de recuperación y convalecencia, aumento de los costos del tratamiento, mayor frecuencia de reingresos e incremento de la mortalidad (Kondrup, 2003) (Scrimshaw, 1997) (Allison, 2000) (Kubrack, 2007).

A nivel mundial, la desnutrición que ocurre en los hospitales ha sido ampliamente documentada y ocurre tanto en países desarrollados como en desarrollo, reportándose tasas de entre 20 a 70 %. Sin embargo, como puede observarse en la Tabla 1, la mayor parte de los estudios provienen de países desarrollados.

Tabla 1.
Prevalencia de Desnutrición Hospitalaria a Nivel Mundial

Autor/es de Estudio	País	Fecha de Publicación	Prevalencia
<i>Bistrian BR et al.</i>	EEUU	1974	54%
<i>Bistrian BR et al.</i>	EEUU	1976	45%
<i>Hill GL et al.</i>	Inglaterra	1977	52%
<i>Weinsier RL et al.</i>	EEUU	1979	69%
<i>Gassull et al.</i>	España	1986	30%
<i>Prieto et al.</i>	España	1993	30%
<i>Serrano et al.</i>	España	1993	46%
<i>Larsson et al.</i>	Suecia	1994	35%
<i>Mc Whirter</i>	Inglaterra	1994	44.6/27.5
<i>Cabrero L et al.</i>	España	1996	31 %
<i>Ulibarri Pérez</i>	España.	2002	30-55 %
<i>J. Kondrup et al.</i>	Dinamarca	2002	22%
<i>ELAN, Correia</i>	Latinoamérica	2003	50.7%
<i>Socarrás M. et al.</i>	Cuba.	2004	39,3 %
<i>Gómez Ramos</i>	España.	2005	50%
<i>A. M.ª Sánchez López et al.</i>	España.	2005	8%
<i>ME Goiburu et al.</i>	Paraguay.	2005	40%
<i>Sánchez-López AM et al.</i>	España.	2005	54,8%
<i>Villalobos-Gámez JL et al.</i>	España	2006	60%
<i>Hernández-González J et al.</i>	Cuba	2007	58,6%/58,7%
<i>J. G. Gutiérrez Reyes et al.</i>	México D. F.	2007	Proteica: 28.9%
			Calórica: 52.6%
			Mixta: 18.5%
<i>Gutiérrez-Reyes JG et al.</i>	Mexico	2007	66%

Nubia Amparo Giraldo Giraldo et al.	Colombia.	2007	70%
Sorensen J. et al.	Dinamarca	2008	32.60%
Sarto-Guerri B et al.	España	2008	21.60%
Norman K et al.	EEUU	2008	7% al 50%
Gómez-Martínez MJ et al.	España	2008	37,5%
Bravo-José P et al.	España	2008	27.90%
Sarto-Guerri B et al.	España	2008	76.10%
Lobo-Támer G et al.	España	2008	86.60%
Amaral TF et al.	Portugal	2010	45.70%
Pardo-Cabello AJ et al.	España	2011	32.10%
Lisa. A. Barker et al.	Australia	2011	20% al 50%
Pérez-Llamas F et al.	España	2011	39%
A. J. Pardo Cabello et al..	España.	2011	83%
Waitzberg DL et al.	Brasil	2011	18% al 85%
Sánchez-Palomo EJ et al.	Mexico	2011	55%
Burgos R et al.	España	2012	28.90%
Lara-Pulido A et al.	Mexico	2012	53.60%
Lisboa da Silva D et al.	Brasil	2012	39.40%
Álvarez-Hernández J et al.	España	2012	23.70%
Ferreira C et al.	Portugal	2012	40.0%
Mercadal-Orfila G et al.	España	2012	62.0%
Calvo I et al.	España	2012	77.0%
Ocón-Bretón MJ et al.	España	2012	49.1%
Alfonso-García A et al.	España	2012	74.0%
Fernández-López MT et al.	España	2013	72.9%
Veramendi-Espinoza L et al.	Peru	2013	46.9%
Veramendi-Espinoza et al.	Perú.	2013	46.9%
Bairos-Cunha DM et al.	Portugal	2013	59%
Días do Prado C et al.	Brasil	2013	44.8%
Arribas L et al.	España	2013	43.80%
Moriana M et al.	España	2014	50.0%
Rodriguez-Burgueiro J et al.	Argentina	2014	27.6%
Suárez-Llanos JP et al.	España	2014	23%

En Ecuador se han conducido pocas investigaciones para conocer la frecuencia de este problema. Casi todos esos estudios son transversales, además son muy limitados porque se circunscriben a una población particular y no exploran prospectivamente las consecuencias de la desnutrición sobre otros aspectos del cuidado del paciente afectado,

como por ejemplo, los días de estancia hospitalaria, usos de medicamentos, infecciones, mortalidad y los costos hospitalarios que se generan como consecuencia de esta malnutrición en Ecuador. En la tabla 2 se observa la prevalencia de desnutrición hospitalaria, reportada en la mayoría de los estudios realizados en nuestro país.

Tabla 2.
Prevalencia de Desnutrición en hospitales de Ecuador.

Autor	Año	Lugar	Pacientes Desnutridos y/o en Riesgo	Tipo de estudio
Estrada	2005	Quito	47 %	Prospectivo
Iñiquez	2007	Cuenca	57.14%	Transversal
García E et al	2010	Guayaquil	64%	Prospectivo

<i>Mantilla</i>	2011	Quito	74.60%	Transversal
<i>Paredes</i>	2012	Ambato	71 %	Transversal
<i>Perez et al.</i>	2012	Cuenca	45.90%	Transversal
<i>Rivadeneira M. et al.</i>	2012	Quito	47.1 %	Transversal
<i>Espinoza et al.</i>	2013	Cuenca	73.54 %	Transversal
<i>Cuasapud et al.</i>	2014	Quito	11.17%	Transversal
<i>Gallegos</i>	2014	Ecuador	37.1 %	Transversal
<i>Peralta J. et al.</i>	2015	Cuenca	59.60%	Transversal

En la tabla anterior queda claro que la prevalencia de desnutrición hospitalaria en Ecuador es alta. Algunos de los pocos estudios realizados en Ecuador reportan también los efectos negativos que se producen sobre el paciente desnutrido. En el año 2005, Estrada realizó un estudio en el servicio de cirugía del hospital Eugenio Espejo de Quito, donde encontró que la desnutrición se asoció de forma significativa con complicaciones (35.8 % vs 10.2 % , riesgo relativo (RR) 3.52), tales como infecciones nosocomiales (RR 15.5), ileo prolongado (RR 2.4), colecciones intraabdominales (RR 2.2). En un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Cuenca, se encontró asociación estadística (RR 1.7) entre la malnutrición y las infecciones adquiridas (Vásquez, 2012). Igual asociación fue demostrada por Guerrero (2013) en el mismo hospital cuenecano, pero en adultos mayores, expresando que la malnutrición constituye un riesgo significativo de presentar complicaciones posquirúrgicas como, infección de herida superficial, dehiscencia de sutura, atelectasia, neumonía e infección. Según Lazo (1995), un 7 % de las infecciones nosocomiales son producidas por micosis, que se producen en poblaciones de alto riesgo como los neutropénicos. La neutropenia es frecuente en pacientes desnutridos, por lo que es necesario poner mayor énfasis en la profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las infecciones fúngicas nosocomiales.

Gallegos (2014), en una muestra de 5 355 pacientes internados en hospitales del Ecuador observó que la frecuencia de desnutrición hospitalaria era mayor en los pacientes que tenían más días internados, observándose un aumento de la frecuencia de desnutrición, desde 31.2 % entre pacientes con menos de 24 horas de hospitalización, hasta 64.7 % de prevalencia entre los enfermos que tenían de 16 – 30 días de ingreso. Si bien se trata de una investigación transversal, sugiere que el tiempo de estancia hospitalaria influye en la aparición de desnutrición y revela la necesidad de realizar un estudio prospectivo en Ecuador a fin de determinar el porcentaje de pacientes que ven afectado su estado nutricional durante el curso de la hospitalización. A nivel local, Paredes (2013), García (2010) y Estrada (2005) también encontraron mayor tiempo

de estancia hospitalaria en los desnutridos (6.6 vs 3.13 días) y en el estudio de Rivadeneira (2012), los pacientes quirúrgicos con desnutrición severa en un hospital general de Quito, presentaron un mayor tiempo de hospitalización y mayor mortalidad.

Estudios internacionales como el de Somanchi (2011), aseguran que la intervención nutricional temprana reduce el tiempo de estancia hospitalaria en un promedio de 3.2 días en pacientes severamente desnutridos, pero también resulta en ahorro de \$ 1 514 por paciente. Otras numerosas investigaciones internacionales han demostrado incrementos de hasta un 60 % en los costos de la asistencia hospitalaria entre los afectados de esta malnutrición (Pedersen, 1992). (Braunschweig, 1999) (Robinson, 1987) (Reilly, 1988) (Thorsdottir, 2001). En el sistema de salud alemán, los costos asociados directamente con la desnutrición eran de aproximadamente 9 billones de euros anuales (Muller, 2007). Es importante realizar estudios en nuestro país para demostrar la carga económica que representa la desnutrición producida por las deficiencias en la atención nutricional

Gout (2009), reportó que únicamente el 36 % de los pacientes desnutridos fueron referidos al nutricionista. Otro estudio similar encontró que tan solo el 15 % de los pacientes afectados eran referidos al dietista y al 19 % de estos se les documentó la pérdida de peso y de apetito (Lazarus, 2005).

En España, según Ulibarri, (2002), una cuarta parte de los pacientes ya ingresan desnutridos a la institución, por efecto de la enfermedad, mientras que la ASPEN (Asociación Americana de Nutrición Enteral y Parenteral) reporta que un tercio de los pacientes en países desarrollados están malnutridos en el momento de la admisión (Tappenden, 2013). A nivel mundial, se estima que un gran porcentaje de pacientes ingresados pierden peso durante su estadía. Un estudio británico reportó una media de 5.4 % de pérdida de peso durante el ingreso, siendo esta pérdida mayor entre quienes ya estaban desnutridos (McWhirter, 1994). García (2010), en el hospital de la seguridad social de

Guayaquil, encontró que el 74 % de los pacientes perdieron peso, en promedio 10.53 % de su peso corporal, no obstante, el peso fue registrado solo en el 43.3 % de las carpetas y la talla en el 24.6 %. Por su parte, el estudio de Paredes, en el hospital de Ambato, encontró que un 24 % de los pacientes pierden peso.

En un hospital de Quito, Mantilla (2011) reporta que se presentaron obstáculos en la evaluación nutricional debidos a fallas en el conocimiento sobre nutrición, carencia de un programa serio de evaluación y monitoreo nutricional y falta de coordinación de actividades entre los miembros del equipo terapéutico.

A pesar de que la Desnutrición hospitalaria es uno de los mayores problemas a nivel mundial y nacional, pasa todavía inadvertido para muchos especialistas y responsables de la administración sanitaria. La valoración nutricional no es obligatoria, lo cual es preocupante ya que la desnutrición permanece sub reportada y pobremente documentada, incrementado la probabilidad de desarrollar esta complicación, afectando a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención hospitalaria.

METODOLOGÍA

Para valorar el estado de la atención nutricional hospitalaria en Guayaquil, se realizó una investigación cualitativa y cuantitativa descriptiva transversal en 3 hospitales de esta ciudad. La fuente de información fueron las historias clínicas de 398 pacientes ingresados en los servicios de medicina y cirugía en el mes de mayo del 2014 y el formulario de registro de pacientes del estudio de desnutrición hospitalaria conducido por Navarro (2014). Este formulario incluye el cuestionario de Valoración Global Subjetiva, desarrollado por Detsky en 1987, para reconocer la presencia de desnutrición o riesgo de desarrollarla. El tamaño de la muestra se corresponde al total de pacientes hospitalizados en el momento del análisis y que cumplían los criterios de selección. Los pacientes incluidos en el estudio fueron adultos mayores de 18 años, de ambos sexos. Se excluyeron a las embarazadas, pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos y a los menores de 18 años. Los hospitales incluidos en la investigación fueron el hospital del seguro social, un hospital de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP) y un hospital de las fuerzas armadas en Guayaquil. La calidad de la atención se examina en sus 3 componentes: estructura, procesos y resultados.

El objetivo es examinar la calidad de la atención nutricional y como puede ser mejorada e incluida

en las prácticas y políticas sanitarias nacionales, ya que ha demostrado ser un componente de salud crítico para mantener la seguridad del paciente hospitalizado a nivel nacional. Los indicadores obtenidos son similares a los planteados como estándares de Buenas Prácticas e Indicadores de Calidad empleados por Santana (2007) y Gallegos (2015) y a las variables propuestos por Butterworth (1974) sobre prácticas atentatorias del estado nutricional del paciente hospitalizado.

Los resultados de la encuesta fueron subidos a una base de datos Access 2010 (Microsoft, EEUU) para su posterior análisis estadístico. Se escrutó la frecuencia de ocurrencia de los eventos de interés usando SPSS 12.0 for Windows (SPSS Inc, Chicago, USA 2003)

RESULTADOS

La valoración global subjetiva del estado nutricional (VGS) de los pacientes hospitalizados, independientemente del tiempo de estancia al momento del registro, reportó un promedio de 63.81 % de pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, de los cuales, el 16.08 % correspondían a los pacientes severamente desnutridos. Estos valores fueron considerablemente mayores (86 %) en el hospital del MSP que atiende a pacientes de escasos recursos vs 48.52 % en pacientes atendidos por la seguridad social.

Pese a la elevada prevalencia de afectación nutricional, solamente el 38 % fue pesado al ingreso y la talla registrada únicamente en el 13 % de los casos. El peso evolutivo fue anotado en la historia clínica en 1 de cada 10 pacientes. Solo el 30 % de los servicios tenían a su disposición una balanza adecuada y en buen estado.

El diagnóstico de malnutrición no fue reportado al ingreso en ninguno de los pacientes afectados. En ninguna historia clínica se observaron registros de tamizaje o valoración nutricional, hechos al ingreso, ni durante la estancia hospitalaria. El conteo de linfocitos se realizó al 86 % de los pacientes al momento del ingreso al hospital, pero la albumina solamente en el 14 %. No obstante, ninguno de estos valores bioquímicos fue tomado en cuenta como un indicador del estado nutricional dentro de la historia clínica del paciente. La interconsulta a nutrición se encontró en apenas un 3 % de los casos.

No hay evidencias en la historia clínica de la cantidad de alimentos consumidos y la dieta no fue calculada según los requerimientos en ninguno de

los pacientes encuestados. Las indicaciones dieto terapéuticas solo se observan en el 60 % de los pacientes.

Los pacientes desnutridos no recibieron suplementos nutricionales. No hay indicaciones del nivel de estrés metabólico ni de la necesidad de suplementos calculados en base a esto.

Las indicaciones con respecto a la necesidad de intervención nutricional no fueron claras, de tal manera que se observaron fallos e incumplimientos. La condición de ayuno del paciente no fue un factor considerado al momento de proporcionar soporte nutricional, excepto en el 8 % de aquellos. El porcentaje de pérdida de peso no fue calculado y por lo tanto no pudo ser usado como indicador de la necesidad de intervención. En general, ninguna de las condiciones consideradas por Santana con respecto de la intervención nutricional, fueron aplicadas de manera sistemática para este fin.

DISCUSIÓN

La desnutrición hospitalaria en Ecuador es de elevada prevalencia, a pesar de esto, la vigilancia nutricional por parte del personal sanitario es débil y las políticas públicas son poco claras. La afectación del estado nutricional parece ser mayor en el hospital que atiende personas de escasos recursos. Normalmente los fallos ocurren en la valoración nutricional del paciente durante el ingreso y estancia, la monitorización de la ingesta, el abuso de ayunos terapéuticos y de sueroterapia y a fallas en la administración de soporte nutricional. Por otro lado, existen hospitales donde no hay especialistas en nutrición o unidades de nutrición, los equipos para las mediciones antropométricas no existen o están en mal estado y los protocolos de manejo y la definición de responsabilidades permanecen inciertos. Las deficiencias hospitalarias mencionadas deben corregirse para conseguir una disminución en el costo humano y económico derivado de la estancia en hospitales.

Existen evidencias de que la seguridad del paciente y la calidad de la atención nutricional pueden ayudar a mejorar los resultados de salud. Cada vez es más evidente que los niveles de atención nutricional al paciente son subóptimos debido a la ausencia de políticas y estrategias claras de seguridad del paciente a nivel nacional. La seguridad del paciente es desafiada no sólo por la complejidad de los procesos de atención de salud, sino también por la cultura de la negación y la culpa, las dos características que han dominado el ambiente de resolución de problemas y el aprendizaje de lo que

es un servicio de atención de la salud. Además, las inconsistencias en los sistemas de información y de aprendizaje impiden la recolección y difusión de información de una manera significativa.

Es necesario hacer frente al desafío que supone una mejor atención nutricional, por medio de la puesta en marcha de estrategias, tales como la propuesta en el año 2013 por la ASPEN (Tappeden, 2013), quienes hicieron un llamado a la acción para hacer frente a la malnutrición hospitalaria, presentando un modelo de cuidado que enfatiza 6 principios:

1. Crear una cultura institucional donde todos los interesados valoren a la nutrición
2. Redefinir el rol del médico para incluir el cuidado nutricional
3. Reconocer y diagnosticar todos los pacientes desnutridos o en riesgo
4. Rápidamente implementar intervenciones nutricionales y monitoreo
5. Informar los planes de cuidado nutricional
6. Desarrollar un plan de cuidado nutricional y educación al egreso hospitalario

La intervención nutricional, para detectar y tratar a los pacientes malnutridos, es una estrategia costo efectiva, de bajo riesgo, para mejorar la calidad del cuidado hospitalario y por ende, la seguridad del paciente. (Tappeden, 2013)

CONCLUSIONES

Existen fallas prevenibles en la atención nutricional que generan daños en la seguridad del paciente hospitalizado. Los errores se pueden prevenir mediante sistemas que hagan que sea difícil para la gente hacer mal las cosas y fácil hacer lo correcto. En el cuidado de la salud, la construcción de un sistema más seguro significa diseñar procesos de atención. Recomendamos fuertemente que la valoración y el soporte nutricional sean obligatorios y ampliamente adoptados, en correspondencia con las mejores prácticas publicadas, a fin de alcanzar el objetivo de reducir la malnutrición hospitalaria. En vista de las características particulares de la población ecuatoriana y las peculiaridades de su estructura hospitalaria, consideramos mandatorio que se realicen más estudios analíticos, longitudinales que examinen nuestra realidad a fin de influir en la modificación de prácticas y políticas sanitarias que mejoren la seguridad de la atención al paciente.

Debido a las condiciones de calidad de la atención nutricional encontrada en nuestra investigación y las consecuencias que se pueden inferir de esta,

resulta indispensable redefinir los objetivos y las estrategias, prácticas y políticas de atención hospitalaria para incluir a la atención nutricional como

un componente crítico de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allison, S. P. (2000). Malnutrition, disease and outcome. *Nutrition* , 16, 590-593.
2. Braunschweig, C. A. (1999). Creating a Clinical Nutrition Registry: prospects, problems, and preliminary results. *J Am Diet Assoc* , 99, 467-470.
3. Butterworth, C. E. (1974). The Skeleton in the Hospital Closet. *Nutrition Today* , 9, 4-8.
4. Cuasapud Morales, F Y., & Espín Rosales, J. D. (2014). Estado Nutricional Y Calidad De La Dieta De Los Pacientes Con Cáncer En Tratamiento Con Quimioterapia Del Servicio De Oncología, Hospital Eugenio Espejo. Quito: Universidad Tecnica del Norte.
5. Espinosa Espinosa, H. M. (2014). Prevalencia y Factores Asociados a Malnutricion en Adultos Mayores Hospitalizados en el Departamento de Clinica del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2013. Cuenca: Universidad de Cuenca.
6. Estrada, F, & Salazar, S. (2006). Riesgo de complicaciones posoperatorias en pacientes desnutridos sometidos a cirugía. *Rev Fac Cien Med* , 31(3-4), 74-76.
7. Ferguson, M. (2001). Uncovering the skeleton in the hospital closet. What next? . *Aust. J. Nutr. Diet.* , 58, 83- 84.
8. Gallegos Espinosa, S., Nicolalde Cifuentes, M., & Santana Porbén, S. (2015). Estado de los Cuidados Alimentarios y Nutricional en los Hospitales Publicos del Ecuador. *Nutr Hosp* , 31(1), 443-448.
9. Gallegos, S., Nicolalde, M., & Santana, S. (2014). Estado de la Desnutricion en los hospitales del Ecuador. *Nutrición Hospitalaria* , 30(2), 425-435.
10. García, M. E., Ricaurte, P, & Solis, C. (2010). Estudio Prospectivo de la Influencia del Estado Nutricional en el Tiempo de Hospitalización de Pacientes en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil: Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil .
11. Gout, B. S., Barker, L. A., & Croe, T C. (2009). Malnutrition identification, diagnosis and dietetic referrals: Are we doing a good enough job. *Nutr. Diet.* , 66, 206 -211.
12. Guala, G., Cárdenas, V., & Meléndez, M. (2012). Aplicación del Mini Nutritional Assesment (Mna) para la Detección del Riesgo de Desnutrición en el Paciente Geriátrico que Acude al Hospital Provincial General de Latacunga, en el Mes de Marzo del 2010. Quito: Universidad Central del Ecuador.
13. Guerrero Mogrovejo, J. C. (2013). Prevalencia de malnutrición y depresión en el adulto mayor y su asociación a complicaciones quirúrgicas en el Hospital Vicente Corral Moscoso y Hospital José Carrasco Artaga, Cuenca 2012. Cuenca: Universidad de Cuenca.
14. Iñiguez, M. B., Jaramillo, D. K., Jaramillo, M. E., Jiménez, S. E., Ortiz Segarra, J., & Mosquera, L. (2007). Prevalencia de malnutrición y factores de riesgo asociados, en pacientes mayores de 18 años hospitalizados en el área de clínica del HVCM. Cuenca: Universidad de Cuenca.
15. Jha, A. K., Prasopa-Plaizier, N., Larizgoitia, I., & Bates, D. W. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care* , 19, 42-47.
16. Kondrup, J., Allison, S. P, Elia, M., Vella, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin. Nutr.* , 22, 415-421.
17. Kubrack, C., & Jensen, L. (2007). Malnutrition in acute care patients. *Int. J. Nurs. Stud.* , 44, 1036-1054.
18. Lazarus, C., & Hamlyn, J. (2005). Prevalence and documentation of malnutrition in hospitals: A case study in a large private hospital setting. *Nutr. Diet.* , 62, 41 -47.
19. Lazo, R. (2014) Importancia de la Integración de la Patología Clínica en el desarrollo de la atención en SaludXXII Congreso de ALAPAC/ML. Punta del Este Uruguay
20. Lazo, R. (1995) Actualización de las Micosis oportunistas dentro de las Infecciones Nosocomiales
21. Elite, 46
22. Mantilla, M. F (2011). Nivel de riesgo y prevalencia de desnutrición hospitalaria en los pacientes de la Fundación ABEI- Amigos Benefactores de Enfermos Incurables y determinación de los principales obstáculos a la evaluación nutricional durante el período jul 2009 – ene 2010. Quito: Universidad San Francisco de Quito.
23. McKee, J. S. (2006). Protein caloric malnutrition: The skeleton in the litigation closet. *J. Legal Nurse Consult.* , 17, 12- 16.
24. McWhirter, J. P, & Pennington, C. R. (1994). Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *British Medical Journal* , 308(6934), 945-8.