



Factores de riesgo de desnutrición percibidos por pacientes hospitalizados de procedencia inmigrante

Autora: ANA ISABEL PARDO DE ARMAS

Tutora: LAURA MARÍA CARRIÓN GARCÍA

Cotutor: DR. MANUEL AMEZCUA MARTÍNEZ

Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

TENERIFE/ SEDE LA LAGUNA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

16/MAYO/2017



AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Factores de riesgo de desnutrición percibidos por pacientes hospitalizados
de procedencia inmigrante

Autor/a:
Ana Isabel Pardo de Armas

Firma del alumno/a

Una firma manuscrita que parece decir "Ana Isabel Pardo de Armas" escrita en tinta sobre una línea horizontal.

Tutor/a:
Laura María Carrión García

Vº. Bº del Tutor/a:

La Laguna a 16/05/2017

RESUMEN

Actualmente, los factores de riesgo de desnutrición que podrían percibir los pacientes hospitalizados de procedencia inmigrante no es un tema que se haya estudiado en profundidad y que por lo tanto, no existe mucha información al respecto. Este proyecto trata de investigar acerca de estas percepciones que tienen los inmigrantes y además sacar conclusiones al respecto.

Se trata de una investigación de enfoque cualitativo, basado en analizar los factores que los pacientes ingresados de procedencia inmigrante relacionan con el riesgo de desnutrición hospitalaria. El análisis de la población se llevará a cabo mediante una entrevista semiestructurada propia, explorando la compatibilidad de la dieta hospitalaria respecto a la dieta habitual de los inmigrantes en relación con el gusto, la cantidad y el horario. Y además, conocer la existencia de alimentos prohibidos asociados a creencias u otros motivos. Para el estudio de los datos se lleva a cabo un análisis de tipo cualitativo.

El tiempo estimado para la realización de la investigación es de 1 año (30 de junio de 2017-30 de junio de 2018).

PALABRAS CLAVE: riesgo de desnutrición, pacientes de diversidad cultural, población inmigrante y alimentación.

ABSTRACT

At present, the risk factors for malnutrition that could be perceived by hospitalized patients of immigrant origin are not a subject that has been studied in depth and therefore, there is not much information about it. This project tries to investigate about these perceptions that the immigrants have and also draw conclusions about it.

This is a research with a qualitative approach, based on analyzing the factors that hospitalized patients of immigrant origin relate to the risk of hospital malnutrition. The analysis of the population will be carried out through a semi-structured interview of their own, exploring the compatibility of the hospital diet with respect to the usual diet of immigrants in relation to taste, quantity and schedule. And also, know the existence of prohibited foods associated with beliefs or other reasons. For the study of the data a qualitative type analysis is carried out.

The estimated time for carrying out the research is 1 year (June 30, 2017-30 June 2018).

KEY WORDS: Risk of malnutrition, patients of cultural diversity, immigrant population and feeding.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
✚ 1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
✚ 1.2 ANTECEDENTES Y LAGUNAS DE CONOCIMIENTO....	6
✚ 1.3 MARCO TEÓRICO/HIPÓTESIS.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
✚ 2.1 GENERAL.....	12
✚ 2.2 ESPECÍFICOS.....	12
3. METODOLOGÍA.....	13
✚ 3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	13
✚ 3.2 EMPLAZAMIENTO.....	13
✚ 3.3 POBLACIÓN.....	13
✚ 3.4 VARIABLES.....	14
✓ 3.4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	14
✓ 3.4.2 DIMENSIONES TENTATIVAS O VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO.....	15
✚ 3.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS...16	
✚ 3.6 ANÁLISIS DE DATOS.....	16
✚ 3.7 ÉTICA.....	16
4. BIBLIOGRAFÍA.....	18
5. ANEXOS.....	21
- 5.1 ANEXO 1.....	21
- 5.2 ANEXO 2.....	24

1. INTRODUCCIÓN

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente, existe un problema con la malnutrición en los hospitales que debe identificarse de manera precoz, pues de lo contrario puede convertirse en una complicación para el restablecimiento de los pacientes. Según datos epidemiológicos en las últimas tres décadas afecta entre el 19% y el 80% de los enfermos (ver Tabla I) (1).

TABLA I INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN LOS DISTINTOS PAÍSES		
País	Grupo de pacientes	Impacto de la desnutrición hospitalaria
EAU Bistrain et al., 1974	Cirugía general	50%
Inglaterra, Hill et al., 1977	Cirugía general	25%-40%
Suecia, Warnold et al., 1978	Cirugía general	37%
Tailandia, Tanphaichitr et al., 1980	La medicina general/cirugía	50%-80%
EUA, Willard et al., 1980	La medicina general/cirugía	31%
Suecia, Asplund et al., 1982	Medicina Interna/Psiquiátrica	30%
Dinamarca, Jensen et al., 1982	Cirugía abdominal	28%
Suecia, Symreg et al., 1982	Cirugía abdominal	26%
EUA, Meguid et al., 1985	Cáncer	44%
España, Gassul et al., 1986	Enfermedad inflamatoria intestinal	85%
Inglaterra, Bastow et al., 1983	La cirugía ortopédica en las mujeres mayores	18%
Nueva Zelanda, Pettigrew et al., 1988	Cirugía general	28%
Brasil, Waitzberg et al., 2001	La medicina general/cirugía	48%
España, Trellis et al., 2002	Disfágicos ancianos	32%
América Latina, Correia et al., 2003	Medicina general	50,2%
Suiza, Pichard et al., 2002	Medicina general	57,8%
España, De la Cruz, 2004	Medicina general	65,7%
India, Dwyer et al. 2005	Ortopedia pacientes	48,8%
Canadá Singh et al., 2005	Medicina general	69%
Brasil, Salviano et al., 2007	Enfermedad inflamatoria intestinal	41,7%

Fuente: Waitzberg DL et al (1).

La detección de la desnutrición es de vital importancia para disminuir su influencia en la evolución clínica, en la aparición de complicaciones más graves, y como consecuencia en el

aumento del tiempo de estancia hospitalaria, la mortalidad y los costos para las instituciones y la sociedad (1) (2) (3). Este problema afecta de manera especial a la población inmigrante, debido a las diferencias culturales que tienen que afrontar en materia de alimentación, donde a menudo aparecen restricciones y prohibiciones asociadas al sistema cultural de origen (creencias, valores y prácticas). En concreto, los inmigrantes en España han ido aumentando a lo largo de los años: 2,6% de la población en 2001, 11,3% en 2007 y 12,5% en 2015 (ver Tabla II) (4) (5).

Tabla II: Variación de la población extranjera residente en España durante 2015 según principales nacionalidades

	Población a 1 de enero		Crecimiento anual(*)	
	2016(*)	2015	Absoluto	Relativo (%)
Total extranjeros	4.418.898	4.454.353	-35.456	-0,80
Rumanía	699.502	708.390	-8.888	-1,25
Marruecos	678.467	688.693	-10.227	-1,48
Reino Unido	297.000	301.811	-4.811	-1,59
Italia	192.053	182.694	9.359	5,12
China	171.508	167.539	3.969	2,37
Ecuador	158.967	174.372	-15.405	-8,83
Alemania	142.316	144.953	-2.637	-1,82
Colombia	135.954	145.534	-9.581	-6,58
Bulgaria	130.506	134.427	-3.921	-2,92
Portugal	102.318	103.843	-1.525	-1,47
Francia	101.336	98.736	2.600	2,63
Ucrania	90.530	84.127	6.403	7,61
Bolivia	89.115	101.347	-12.232	-12,07
Argentina	71.062	73.181	-2.119	-2,90
Rusia	69.454	65.920	3.534	5,36

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (5).

En concreto, el lugar donde centraremos el estudio, la provincia de Santa Cruz de Tenerife, registró a 1 de enero de 2016 un total de 122.280 extranjeros con diferentes nacionalidades. De los cuales las nacionalidades más frecuentes son: Italia (21.211), Alemania (15.108), Reino Unido (15.060), Venezuela (6.031), Cuba (4.733), Rumanía (4.144), China (4.080), Marruecos (4.072), Francia (3.747) y Bélgica (3.043) (6).

Se trata de un tema que influye directamente sobre el paciente, además de afectar a todo el ámbito de profesionales, familiares, influyendo en los aspectos económicos y asistenciales. Ante esta situación nos surge el siguiente interrogante: *¿Qué factores perciben como*

potencialmente peligrosos en la alimentación hospitalaria los pacientes ingresados de procedencia inmigrante?

✓ ***La desnutrición hospitalaria***

Virginia Henderson incorpora la alimentación como necesidad básica, cuya satisfacción es obligada para que los seres humanos conserven su vida y protejan su bienestar. Esto incluye los mecanismos y procesos que van a participar en el abastecimiento de alimentos y líquidos, su absorción propiamente dicha, su deglución, su digestión y su combinación de los nutrientes para el empleo energético por parte del cuerpo (6).

El Comité de Nutrición de la Organización Mundial de la Salud utiliza el término “Desnutrición proteico-calórica”, que implica las diversas fases de la desnutrición, desde la moderada hasta la grave. De la misma manera, Caldwell (citado por Waitzberg y cols) define la desnutrición como “un estado de morbilidad secundaria a una deficiencia relativa o absoluta, de uno o más nutrientes, que se manifiesta clínicamente o es detectado por medio de exámenes bioquímicos, antropométricos, topográficos y fisiológicos” (1).

Posteriormente, se actualizó esta definición por el “International Guideline Committee”. Destacaron que la inflamación era un elemento fundamental en el grado de malnutrición y desarrollo. En función de si se trata de una inflamación crónica y de grado leve-moderado, se utiliza la expresión “enfermedad crónica relacionada con la desnutrición”. Sin embargo, si se trata de una inflamación aguda y de grado severo, se utiliza la expresión “enfermedad aguda o lesiones relacionadas con la desnutrición” (1).

La nutrición adecuada forma parte del tratamiento integral de un paciente cuando ingresa en un hospital, de esta forma, reduciríamos en gran parte las diferentes complicaciones y, además, la estancia hospitalaria (7).

Uno de los factores que influyen en que la nutrición no sea adecuada, es no llevar el control de ciertos parámetros. Los cuales son: el peso, la talla, el control de ingesta, los ayunos prolongados, las inadecuadas indicaciones nutricionales, el retardo en el comienzo del soporte nutricional y la interacción de fármacos que modifican la absorción de los nutrientes (8). Nos encontramos también con otro tipo de causas, la enfermedad propiamente dicha, el descenso de la ingesta por parte del paciente, la variación del metabolismo y de la apetencia por comer, la

alteración de la absorción de nutrientes, el empleo de fármacos anorexígenos, el aumento de las pérdidas, la ampliación de la demanda energética y proteica. Entre otros, tenemos otras circunstancias como en el caso de los ancianos, la demencia, la inmovilización o la falta de piezas dentales (9).

Además, existen también otros factores que podrían influir en el riesgo de desnutrición hospitalaria. Se trata de los pacientes de diversidad cultural que ingresan en hospitales Españoles, pues su cultura influye sobre la apetencia y la selección de alimentos. Esto es debido a que la demanda de servicios podría verse alterada, necesitando comprender las interacciones de los elementos de la cultura y su predominio en la salud. Por ello, es necesario que los profesionales ejerzan una mejor práctica y participen en reducir las diferencias culturales al intervenir en afinidad con las creencias y valores de la sociedad que se encuentre bajo su control (11).

En términos generales, podemos decir que la nutrición es una acción biológica compuesta por tres pilares, desde un punto de vista sociocultural. Estos tres pilares serían, el pilar biológico (alimento), el pilar psicológico (gusto) y el social (potencial simbólico). Los cuales influyen a la hora de nuestra alimentación. Leininger defiende los cuidados culturales, los cuales se adaptan a las culturas de las personas, y una forma de adaptación también sería valorar la alimentación pues sería un medio fabuloso para el acercamiento (12).

✓ *Diagnóstico de la desnutrición*

Para evitar el riesgo nutricional, es imprescindible diagnosticar previamente la desnutrición en los pacientes. Dicho diagnóstico es aconsejable hacerlo una vez se ingresa y además, durante la estancia hospitalaria.

El diagnóstico debe incluir:

- Reconocer a los individuos que sufren malnutrición o que se encuentran en riesgo de desnutrirse durante el ingreso.
- Examinar el peligro de complicaciones vinculadas con la desnutrición.
- Determinar a los pacientes que obtendrán beneficios del tratamiento nutricional.

El diagnóstico de la malnutrición es un trabajo arduo puesto que la mayoría de métodos existentes para detectarlo se basan más en averiguar las dificultades que conlleva la enfermedad y sus efectos en el metabolismo, y no en el estado nutricional propiamente dicho. Por este motivo,

no existe un método de investigación concreto y debemos hacer uso de más de un marcador nutricional y aplicarlos en función a las características del paciente (13).

✓ *Cribaje nutricional*

Una herramienta fundamental para prevenir el problema sería la utilización del cribado nutricional. El cribado nutricional trata de calcular la posibilidad que tiene un paciente para progresar conveniente o inconvenientemente con respecto a sus factores nutricionales y la expectativa de que el tratamiento nutricional indicado pueda remontarlo. Existen diversos métodos de cribado, los cuales han de ser certeros, fidedignos, reproducibles, útiles y acoplados con protocolos específicos de actuación (13).

Expresamente, no existe un mecanismo aprobado universalmente, pero sí que nos encontramos con métodos de cribado destacables: la Valoración Global Subjetiva (VGS), el despistaje defendido por la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) (14), el Mini Nutritional Assesment (MNA), y el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (13).

En referencia a lo nombrado anteriormente, la ASPEN sugiere el uso del procedimiento Nutritional Risk Screening (NRS 2002).

- Nutritional Risk Screening (NRS 2002): es un método para pacientes hospitalizados y se compone de dos periodos. En el primer periodo, el precibado, se requiere de 4 parámetros básicos: índice de masa corporal (IMC), pérdida reciente de peso, ingesta dietética y la severidad de la enfermedad. En el segundo periodo, existen también varios determinantes: la enfermedad, el estado nutricional y la edad del paciente. Para el primer periodo no es necesario tener una formación específica, sin embargo, para el segundo si es pertinente la formación nutricional (13).

Por otro lado, también disponemos de un diseño de mecanismo informático para el cribado de desnutrición hospitalaria, el denominado Proyecto CONUT® (Control Nutricional).

- Proyecto CONUT® (Control Nutricional): maneja parámetros analíticos vinculados con la desnutrición, bases de datos globales y diagnósticos de pacientes hospitalizados (13).

Tras la realización de una revisión para implantar indicaciones para simplificar la toma de decisiones para la prevención y el diagnóstico adelantado de la malnutrición hospitalaria, se concluyó que se deben emplear las herramientas básicas como son: el peso, la talla, el IMC, los cambios en el peso y las alteraciones en la ingesta (15). Después del cribado, para concluir con la valoración nutricional, se interpretan datos antropométricos y parámetros bioquímicos. En concreto, los datos antropométricos son el IMC, el porcentaje de pérdida de peso, el pliegue tricípital, etc. Y los parámetros bioquímicos son la albúmina, la prealbúmina, la transferrina, el colesterol, etc (13).

1.2 ANTECEDENTES Y LAGUNAS DE CONOCIMIENTO

Las distintas religiones influyen en gran parte a la hora de la alimentación, de tal forma que llegan a pautar lo que es bueno o malo para comer. Concretamente, las religiones diferencian entre los alimentos que pueden ser o no ingeridos, las ocasiones en las que estos deben o no comerse y el tiempo del ayuno o cuándo debe realizarse.

La católica es una de las religiones que menos restricciones impone, sin embargo, el judaísmo o la religión musulmana son más restrictivas. La dieta musulmana está ampliamente condicionada, lo cual influye en los hábitos saludables (16).

Cuando se produce el fenómeno de aculturación, es decir, cuando las personas establecen relación con otra cultura, influye en sus conductas de alimentación. La influencia producida puede ser favorable o desfavorable, predominando lo segundo. Los chinos que inmigraron a Canadá en 2011 adquirieron estilos de vidas saludables en cuanto a la ingesta dietética y a tipos de alimentos, por el contrario, adquirieron costumbres de comer mayor cantidad y con mayor frecuencia (17).

Se comparó la respuesta metabólica del consumo de una dieta tradicional mexicana con una dieta estadounidense en mujeres mexicanas. Encontrando que la dieta mexicana mejora la sensibilidad a la insulina en comparación con la dieta estadounidense. Con lo que concluimos apreciando que en este caso, la emigración de personas mexicana a EEUU no sería favorable a la hora de la sensibilidad de la insulina (18).

Se investigaron los patrones nutricionales de las mujeres hondureñas recién inmigradas a EEUU, y se concluyó que el proceso de aculturación en personas que emigran a Estados Unidos les afecta negativamente. Además, afecta en mayor proporción a las personas que llevan viviendo más de 10 años en dicho país que las que llevan menos tiempo. Afectan en peor medida puesto que las tasas para determinados cánceres (cervical, estómago y vesícula biliar) son mayores ya que los hábitos alimenticios han ido empeorando. Llevan a cabo menos comidas al día, en ocasiones solo comen una vez al día, abusan de comidas basuras propias de los Estados Unidos y realizan menos actividad física. Sin embargo, también existen algunos cambios positivos para las mujeres Hondureñas que emigraron a Nueva Orleans, siguieron manteniendo sus hábitos alimenticios pero modificaron ciertas cosas. Como por ejemplo, consumir una mayor variedad de frutas y de verduras, cocinar con menos grasa y no comer tantos fritos sino horneados (19).

En un estudio dirigido a personas de origen musulmán se argumentó que el cerdo y el alcohol son los elementos que condicionan las prohibiciones alimentarias, siendo más difícil de cumplir la abstinencia. Además, no solo diferencian entre alimentos aptos o no aptos, sino también en la cantidad de comida que ha de consumirse y en el orden en que ha de tomarse. Se defiende que las personas inmigrantes al llegar a España, intentan adaptar sus costumbres religiosas dentro de lo posible a la hora de alimentarse. No obstante, algunos citan que cuando no hay posibilidad de comer otra cosa, acaban consumiendo alimentos prohibidos pero por estar lejos de su país. Refieren también adaptarse a la nueva cultura, consumiendo y cocinando productos españoles (16).

✓ *Alimentación hospitalaria en inmigrantes*

En relación con la alimentación hospitalaria, un estudio realizado en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada y en concreto, en las unidades de Medicina Interna (Infecciosos), Obstetricia, Cirugía y Urología, de la cual se extrajo un cuestionario de adaptación cultural a la alimentación hospitalaria.

En dicha investigación participaron tanto inmigrantes adultos (25-50 años) de distintas procedencias (sudamericanos, africanos, subsaharianos, orientales y europeos) como enfermeras y profesionales de cocina.

La valoración de la adaptación cultural tuvo en cuenta en temas de alimentación lo siguiente: “la dieta habitual y el porqué. Gustos y preferencias en materia de alimentación. Posibilidad de cubrir dichas preferencias en España. Horarios de comidas. Conocimiento de la comida española y sus apreciaciones. Y sugerencias.” Además, dicho cuestionario posibilita a los profesionales comprender la categoría de adaptación alimentaria del individuo inmigrante a su ingreso. (Ver tabla III)

Durante las entrevistas los pacientes identifican cambios en el sabor de la comida en relación a como están acostumbrados, lo cual provoca que la comida sea menos apetecible. Para subsanar las necesidades que no cubre el hospital, buscan ayuda en sus familiares o en sus compañeros.

En cuanto a los temas que debe tener en cuenta la enfermera: una de las necesidades básicas es la alimentación, por lo que la enfermería debe intervenir en ella para que se cumpla íntegramente. El idioma debe valorarse como un problema pues no siempre podrán comunicarse. La nutrición varía en función de la cultura y es un pilar fundamental para la recuperación. En el entorno hospitalario es complicado adaptar la dieta al gusto y a la cultura.

Tabla III: Cuestionario de adaptación cultural a la alimentación hospitalaria

	Si	no
Puede comunicarse en el idioma local	0	3
Lleva más de 18 meses en el país	0	1
Consume habitualmente la comida regional	0	3
Realiza al menos tres comidas al día	0	2
El horario de las comidas coincide con las del país	0	2
La comida principal la realiza al medio día	0	1
En su dieta NO existen alimentos que considera prohibidos	0	4
Total		
Interpretación		
0 a 3: No genera intervención		
4 o más: procede un a valoración alimentaria en profundidad		

Fuente: Gálvez C-C et al (12).

Los resultados obtenidos del cuestionario en general sugieren una correcta adaptación a la dieta, a los hábitos culinarios y a los horarios. Los latinoamericanos fueron la población más abundante y los que mejor grado de adaptación tuvieron. Los musulmanes debido a la religión

encontraron mayores dificultades, no obstante, extrayendo el cerdo de la dieta mejora la adaptación. Los orientales (chinos, coreanos, vietnamitas) es el grupo que más impedimento encontró, pues no aceptan la comida del hospital y dependen de lo que les proporcionan sus familiares (12).

✓ *Valoración enfermera*

Dentro de la valoración enfermera, la necesidad de la alimentación aplicada a pacientes de diversidad cultural debe tenerse en cuenta:

- Valoración de los alimentos ingeridos en las últimas 24 horas, evaluación de constancia de consumo o historia dietética.
- Recuento de comidas diarias.
- Evaluar la compañía que tiene durante las comidas.
- Determinar el orden de toma.
- Enseñanza de los alimentos, así como sus propiedades.
- Valorar alimentos favoritos y contraindicados, y condimentos empleados.
- Determinar la apetencia o la inapetencia.
- Impedimentos encontrados a la hora de la masticación, deglución o alimentación.
- Tener en cuenta el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC), el perímetro abdominal, de cintura y de cadera, los pliegues cutáneos, la circunferencia del brazo, etc.

Dentro de la alimentación hospitalaria, se propone un método que consiste en programar en el día a día una proporción concreta de los diversos tipos de alimentos. De tal forma que, es una manera más tolerable pues pueden reemplazarse los alimentos genéricos por otros de la misma clase. Por ejemplo: se le admite a los peruanos tomar siempre arroz a que su rutina continúe pues si se aplican cambios radicales fracasaremos (20).

✚ 1.3 MARCO TEÓRICO

Madeleine Leininger formuló el modelo de los cuidados culturales enfermeros de la diversidad y la universalidad. En su teoría, afirma que las personas con diferentes culturas ofrecen

información y guían a los expertos en el tipo de cuidado o necesidad que requieren. Siendo la Enfermería una práctica asistencial basada en la cultura.

El modelo incorpora tres conceptos: cultura, cuidados y cuidados culturales. Los cuidados serían la *cúspide* y pueden ser universales, no obstante las acciones, expresiones, patrones, estilos de vida y significados del cuidado son diferentes. Por este motivo, el entendimiento de la diversidad cultural es básico para ofrecer cuidados apropiados a la sociedad.

Enfermería transcultural

La enfermería transcultural surge cuando la enfermería, desde un punto antropológico, afronta los cuidados de salud desde un sentido cultural. Se trata de cuidar al paciente desde la identificación de sus necesidades, de su singularidad y particularidad y se asienta en un entorno de reclamación de lo propio.

La principal fundadora, ya nombrada en párrafos anteriores, es Madeleine Leininger. Ella la define como un “área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”. La autora reivindica que dicha enfermería es importante cuando la humanidad solicita un nuevo requerimiento de salud, es decir, los cuidados transculturales. Esto es debido a la gran expansión de personas entre países a nivel mundial.

En definitiva, a niveles generales se está produciendo un incremento de las personalidades multiculturales con personas que confían en que los expertos de la enfermería y de la salud comprendan y acaten las creencias culturales, valores y estilos de vida de los clientes de diversidad cultural (11).

✓ Inmigrante

Según la Real Academia Española (RAE), es la persona que llega a un país extranjero para residir en él, instalándose en un espacio diferente al que habitaba, esperando encontrar mejores medios de vida. Utilizamos esta definición para excluir a otro tipo de población que podría confundir el fin del estudio.

✓ **Alimentación hospitalaria**

Según la RAE, es la acción que consiste en el conjunto de las cosas que se toman o se proporcionan como alimento en el ámbito hospitalario, para garantizar que el enfermo hospitalizado alcance un estado de nutrición óptimo. En concreto, nos referimos a la alimentación llevada a cabo por los inmigrantes.

✓ **Desnutrición hospitalaria**

“Estado de desequilibrio nutricional resultante de la insuficiente ingestión de nutrientes para satisfacer los requerimientos fisiológicos normales” dentro del ámbito hospitalario. Concretamente, nos referimos a la posible desnutrición o al posible riesgo que podrían tener la población inmigrante.

2. OBJETIVOS:

✚ 2.1 GENERAL

Analizar los factores que los pacientes ingresados de procedencia inmigrante relacionan con el riesgo de desnutrición hospitalaria.

✚ 2.2 ESPECÍFICOS

1. Explorar la compatibilidad de la dieta hospitalaria respecto a su dieta habitual en relación con el gusto, la cantidad y el horario.
2. Conocer la existencia de alimentos prohibidos asociados a creencias u otros motivos.

3. METODOLOGÍA

✚ 3.1 TIPO DE ESTUDIO

El diseño es cualitativo de tipo exploratorio.

✚ 3.2 EMPLAZAMIENTO

El lugar donde se va a realizar el estudio es en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en la isla de Tenerife. En concreto, se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) desde el 30 de septiembre de 2017 hasta el 30 de septiembre de 2018.

✚ 3.3 POBLACIÓN

La población estará caracterizada por los siguientes aspectos:

- Pacientes inmigrantes que estén hospitalizados en el HUC.
- Mayores de edad.
- El periodo de tiempo que lleven habitando en el país, debe encontrarse entre un mínimo de un año y un máximo de ocho. El motivo de esta selección es debido a que la población que lleve menos de un año habitando en Tenerife, tiene menos probabilidad de haber estado hospitalizada y estar en contacto con la alimentación hospitalaria. Sin embargo, las personas que lleven más de ocho años viviendo en España, ya estarán adaptados a la alimentación que se ofrezca en los hospitales y no podrá realizarse correctamente el estudio.
- Los enfermos deben llevar un tiempo mínimo de hospitalización, 4 días para que les dé tiempo a variar la dieta.
- Los pacientes deben tener la capacidad de comunicarse con el entrevistador, pues de no ser así la entrevista no se llevaría a cabo de manera adecuada.

- Se incluirán pacientes inmigrantes de diferentes procedencias para así valorar diversas culturas.

El tamaño de la muestra se calculará a través de las características sociodemográficas y del volumen de las variables que se van a explorar. A través de esto, se estima que la muestra como mínimo tendrá que tener un número de 20 sujetos. No obstante, el tamaño se incrementará hasta saturar la información y además, se van a ir incorporando de manera consecutiva conforme vayan presentándose los casos hasta llegar a la fecha de finalización del proyecto, el 30 de septiembre de 2018.

Se hará la elección de un día concreto, y a partir de éste los sujetos entrarán en la selección conforme se vayan dando los casos que se necesitan. Se entrevistará de forma consecutiva a todos aquellos inmigrantes que cumplan los criterios de inclusión hasta que se saturen. A los pacientes se les realizará la entrevista en el hospital al alta y además se tendrán en cuenta los criterios de inclusión descritos anteriormente.

✚ 3.4 VARIABLES

✓ 3.4.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad: variable cuantitativa que se expresará en años. Se van a considerar dos grupos (jóvenes/mayores).
- Sexo: variable cualitativa con respuesta dicotómica (hombre/mujer).
- País de procedencia: variable cualitativa con 11 respuestas posibles (Italia/Alemania/Reino Unido/Venezuela/Cuba/Rumanía/China/Marruecos/Francia/Bélgica/Otros).
- Situación familiar: variable cualitativa con dos opciones de respuesta (vive solo/vive con familia).
- Tiempo que llevan habitando en España: variable cuantitativa que se expresará en años (entre 1 y 8).

- Tiempo que llevan hospitalizados: variable cuantitativa que se expresará en días (más de 4 días).
- Motivo de hospitalización: variable cualitativa con respuesta libre.
- Unidad en la que se encuentra hospitalizado: variable cualitativa con respuesta libre.

✓ **3.4.2 DIMENSIONES TENTATIVAS O VARIABLES PROPIAS DEL ESTUDIO**

1. Gusto: según la RAE, es el “sentido corporal con el que se perciben sustancias químicas disueltas, como la de los alimentos” y en concreto, nos referimos al gusto que poseen los inmigrantes hospitalizados. La variable se operativizará mediante la narración que hace el informante sobre su apetencia y sobre la similitud en cuanto a su dieta tradicional.
2. Alimentos restringidos: aquellos alimentos que el individuo no ingiere por razones de creencias u otros motivos. La variable se operativizará mediante la exposición que hace el informante sobre los alimentos restringidos.
3. Suficiencia alimentaria: hace referencia al grado de saciedad del paciente que está ingresado tras consumir la dieta que se le proporciona. La variable se operativizará mediante la narración que hace el informante sobre el grado de saciedad que le proporcionan los nutrientes ingeridos.
4. Horario de la comida hospitalaria: se refiere a las horas establecidas en las que se deben realizar las comidas dentro del ámbito hospitalario. La variable se operativizará mediante la narración que hace el informante sobre la adaptación del horario a las comidas.

✚ **3.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS**

Como métodos de recogida de la información se realizará una entrevista semi-estructurada en la que se incluirá todas las variables del estudio. También se incluirá un pequeño cuestionario conteniendo las variables sociodemográficas, y además una serie de preguntas semi-estructuradas que las responderán los participantes mediante una entrevista personal.

El protocolo de recogida de la información contendrá una carta dirigida a los participantes en la que se les explica el objetivo general del presente estudio, se les solicita participación voluntaria y se garantiza el anonimato. Además, las entrevistas personales se realizarán en la propia habitación del paciente justo antes de que esté se vaya de alta. Las entrevistas serán individuales y únicamente estará presente el entrevistador y el paciente. (ANEXO 1)

✚ 3.6 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de las variables incluidas en nuestro proyecto se llevará a cabo teniendo en cuenta los objetivos planteados por el mismo.

En la fase de preparación se transcribirán las entrevistas y se asociaran en función de un agrupamiento, es decir, de hombres y mujeres. En el descubrimiento de los temas se leerán y se releerán las entrevistas y se irán identificando las diferentes temáticas que surgen dentro de cada una de las categorías. En cuanto a la codificación, se reunirán datos y se recopilarán en ciertas categorías que condensarán la información. Las categorías que introduciremos en el estudio serán las siguientes: gusto, alimentos restringidos, suficiencia alimentaria y horario de la comida hospitalaria, pudiendo incrementarse nuevas categorías en caso necesario. Finalmente, se procederá a componer todos los datos, de tal forma que se establecerá un vínculo entre las diferentes categorías establecidas y con los soportes teóricos del estudio.

✚ 3.7 ÉTICA

Para la realización de este estudio, se recabará previamente el consentimiento de la Dirección del Hospital Universitario de Canarias, para lo cual nos dirigiremos a sus responsables a fin de indicarles el propósito general del estudio, la metodología a emplear, las entrevistas semi-estructuradas que de forma voluntaria y anónima se ofrecerá a los participantes en el proyecto de investigación. Además, se les solicitará autorización escrita expresa, a fin de que los responsables del Hospital tengan constancia de la misma. Igualmente, les informaremos del compromiso de hacerles llegar un informe resumen con los resultados de la investigación. También, los participantes deberán dar su consentimiento verbal antes de realizar la entrevista. Además, se garantizará la protección de datos a todos los participantes, como indica la Ley Orgánica 15/1999

del 13 de diciembre, la cual asegura y ampara el uso de los datos personales, las libertades públicas y los derechos básicos de los individuos.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Waitzberg DL, Ravacci GR, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. *Hosp Hyponutrition*. 2011; 26(2):254-64.
2. Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical Nutrition*. 2003; 22(3):235-9.
3. Sánchez López AM, Moreno-Torres Herrera R, Pérez de la Cruz AJ, Orduña Espinosa R. Prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en un hospital de rehabilitación y traumatología. *Nutr Hosp*. 2005; 20(n02). Disponible en: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/3535> [Consultado: 10/12/2016]
4. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Lizana Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009; 23(5):396-402.
5. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de Población a 1 de enero de 2016, Estadísticas de Migraciones 2015, Adquisiciones de Nacionalidad Española de Residentes 2015. 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf> [Consultado: 4/1/2017]
6. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo. 2016. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px> [Consultado: 26/2/2017]
7. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. *Asociación de Enfermería Comunitaria*. 2013. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/enfermeria-familiar-y-comunitaria/menu-principal-item-biblioteca-virtual/694-proceso-enfermero-desde-el-modelo-de-virginia-henderson-y-los-lenguajes-nnn> [Consultado: 12/12/2016]
8. Sullivan DH, Sun S, Walls RC. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients: A prospective study. *JAMA*. 1999; 281(21):2013-9.

9. Vesga Varela AL, Gamboa Delgado EM. Riesgo de malnutrición asociado a baja ingesta alimentaria, estancia hospitalaria prolongada y reingreso en un hospital de alto nivel de complejidad en Colombia. *Nutr Hosp.* 2015; 32(3):1308-14.
10. Chivu EC, Artero-Fullana A, Alfonso-García A, Sánchez-Juan C. Detección del riesgo de desnutrición en el medio hospitalario. *Nutr Hosp.* 2016; 33(4):894-900.
11. Navarro G, Begoña E. Competencia cultural en salud : conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. 2015; Disponible en:
<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/11441> [Consultado: 2/1/2017]
12. Gálvez C-C, Dolores M, Martínez Pozo M, Alcón L, Angustias M, Urbano García G. Diversidad y alimentación hospitalaria. Diseño de cuestionario de valoración de la adaptación cultural. *Index Enferm.* 2008; 17(2):87-91.
13. Rebollo Pérez MI. Diagnóstico de la malnutrición a pie de cama. *Nutrición Clínica en Medicina.* 2007; 1(2):87-108. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/veronicadelgadolopez/diagnostico-malnutricion-cama> [Consultado: 13/12/2016]
14. Moriana M, Civera M, Artero A, Real JT, Caro J. Validez de la valoración subjetiva global como método de despistaje de desnutrición hospitalaria. Prevalencia de desnutrición en un hospital terciario. *Endocrinol Nutr.* 2013. Disponible en:
<http://www.alianzamasnutridos.es/Views/uploads/Validez%20de%20la%20VSG%20como%20m%C3%A9todo%20de%20despistaje.pdf> [Consultado: 13/12/2016]
15. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp.* 2011; 26(4):701-10.
16. Suárez Fernández T. Inmigración, alimentación y salud: la percepción de la dieta saludable entre los inmigrantes musulmanes en España. Repositorio Institucional Universidad de Oviedo. 2015. Disponible en:
http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33018/6/TFM_TaniaSuarez.pdf
[Consultado 26/1/2017]

17. Rosenmöller DL, Gasevic D, Seidell J, Lear SA. Determinants of changes in dietary patterns among Chinese immigrants: a cross-sectional analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011; 8:42.
18. Santiago-Torres M, Kratz M, Lampe JW, Tapsoba JDD, Breymeyer KL, Levy L, et al. Metabolic responses to a traditional Mexican diet compared with a commonly consumed US diet in women of Mexican descent: a randomized crossover feeding trial. *Am J Clin Nutr.* 2016; 103(2):366-74.
19. McInnis-Edmonds V. The Nutritional Patterns of Recently Immigrated Honduran Women. *Journal of Transcultural Nursing.* 2005; 16(3):226-235. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1043659605274959> [Consultado: 26/1/2017]
20. Pique Prado EM. Alimentación e inmigración. *Enfermería Comunitaria.* 2006; 2(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec6453.php> [Consultado 5/2/2017]

5. ANEXOS

- 5.1 ANEXO 1:

1. Protocolo de recogida de la información:

Este protocolo de recogida de la información ha sido elaborado por Ana Isabel Pardo de Armas, enfermera graduada por la Universidad de La Laguna, para su Trabajo de Fin de Carrera, y tiene como objetivo analizar los factores que los pacientes ingresados de procedencia inmigrante relacionan con el riesgo de desnutrición hospitalaria.

Esta información es anónima y usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, sin verse ni forzado ni obligado a continuarlo.

Le rogamos la máxima sinceridad al contestar las preguntas y le agradecemos su colaboración.

o DATOS GENERALES

A) **Edad:** Años Grupo de: Jóvenes Mayores

B) **Sexo:** Hombre Mujer

C) **País de procedencia:** Italia Alemania Reino Unido Venezuela Cuba

Rumania China Marruecos Francia Bélgica Otros

D) **Situación familiar:** Vive solo Vive con familia

E) **Tiempo que llevan habitando en España:** (entre 1 y 8 años) Años

F) **Tiempo que llevan hospitalizados:** (más de 4 días) Días

G) **Motivo de hospitalización:**

H) **Unidad en la que se encuentra hospitalizado:**

GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

- **COMPATIBILIDAD DE LA DIETA HOSPITALARIA RESPECTO A SU DIETA HABITUAL EN RELACIÓN CON EL GUSTO, LA CANTIDAD Y EL HORARIO.**

- **Gusto:**

- A) Nivel de agrado con el gusto de la comida que se sirve en el hospital.
- B) Similitud entre la comida hospitalaria y la que consumen habitualmente.
- C) Alimentos que incluiría en la alimentación para tener mayor semejanza con su dieta habitual.

- **Suficiencia alimentaria:**

- A) Nivel de satisfacción calórico con la comida consumida en el hospital.
- B) Aumentaría o disminuiría las cantidades servidas en las dietas.
- C) Consumo de otros alimentos que no se sirvan en el hospital.

- **Horario de la comida hospitalaria:**

- A) El horario pautado para las comidas se adecua a sus rutinas.
- B) Realizan el mismo número de comidas, menos o más.

- **EXISTENCIA DE ALIMENTOS PROHIBIDOS ASOCIADOS A CREENCIAS U OTROS MOTIVOS.**

- A) Explicar las costumbres más relevantes de su religión en cuanto a la alimentación.

- B) Existencia de alguna restricción alimentaria, que piensa al respecto.
- C) Cumplimiento de las restricciones total o parcialmente.
- D) Existencia de restricciones alterables o no.

2. Consentimiento informado:

La presente investigación está realizada por Ana Isabel Pardo de Armas, enfermera graduada por la Universidad de la Laguna (Escuela Universitaria Enfermería y Fisioterapia). La meta de este estudio es analizar los factores que los pacientes ingresados de procedencia inmigrante relacionan con el riesgo de desnutrición hospitalaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá principalmente completar una encuesta y posteriormente una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas sus respuestas, estas guías se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ahora le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

La información que se obtenga en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio

alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

- **5.2 ANEXO 2:**

SOLICITUD DE PERMISO

D. / Dña. Ana Isabel Pardo de Armas con DNI 78590869F investigador/a principal del proyecto de investigación “Factores de riesgo de desnutrición percibidos por pacientes hospitalizados de procedencia inmigrante”, solicita a la Gerencia del Hospital Universitario de Canarias, su autorización para el desarrollo del estudio en su institución.

Se requiere acceso a la información sobre los pacientes de origen inmigrante en las diversas unidades del Hospital Universitario de Canarias, así como a su historia clínica, con el fin de seleccionar los pacientes susceptibles de estudio. También se necesitaría un espacio físico donde llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas, orientadas a investigar los objetivos del estudio, durante el periodo del 30 de septiembre de 2017 al 30 de septiembre de 2018.

Atentamente,

Firma del solicitante

La Laguna a , de 201_.

