



Fecha

Código del Centro

Código de la Unidad

1. Número total de camas en el hospital

2. Número de pacientes registrados a mediodía

3. Capacidad total de camas en la unidad

4a. Categoría principal (elija una solamente)

Medicina Interna

- General
- Cardiología
- Gastroenterología y hepatología
- Geriátrica
- Enfermedades Infecciosas
- Nefrología
- Oncología (incluye radioterapia)

Cirugía

- Cirugía / General
- Cardíaca/Vascular/Torácica
- Cirugía/ Neurocirugía
- Cirugía/ Ortopedia
- Trauma
- Urología
- Bariátrico

- Otorrinolaringología
- Ginecología y Obstetricia
- Neurología
- Psiquiatría
- Pediatría
- Multidisciplinario
- Cuidados crónicos
- Asistencia hospitalaria a domicilio
- Otros

4b. Solo para unidades quirúrgicas

- a) ¿Implementa ERAS? Si No No sabe
- b) ¿Tiene un protocolo ERAS?
- c) ¿Tiene un equipo ERAS?
- d) ¿Está auditando sus resultados/práctica de ERAS?

5. Cantidad de personal programado para el turno de la mañana de hoy (excluido el personal de limpieza/temporal de nDay)

Médicos

Enfermeras

6. ¿Hay un dietista, nutricionista o especialista en nutrición disponible en su unidad? Si No No sabe

7. ¿Cuál es la forma PRINCIPAL por medio de la cual se hace criado (tamizaje) nutricional?

Al ingreso

- No existe cribado nutricional rutinario
- No existen criterios fijos
- Experiencia/ análisis visual solamente
- Peso/ IMC solamente
- Detección de Riesgo Nutricional (NRS 2002)
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
- Malnutrition Screening Tool (MST)
- Cuestionario corto para evaluación nutricional - SNAQ por su siglas en inglés
- Otro tipo de herramienta formal

Durante la estancia hospitalaria

- No se realiza cribado nutricional de rutina
- No existen criterios fijos
- Experiencia/ análisis visual solamente
- Peso/ IMC solamente
- Otro tipo de herramienta formal

8. ¿Cuándo se pesa a los pacientes de forma rutinaria? (marque todas las que correspondan)

- Al ingreso
- Cada 24 horas
- Cada 48 horas
- Cada 72 horas
- Semanalmente
- Ocasionalmente
- Cuando se solicita
- Al alta hospitalaria
- Nunca

9. ¿Qué hace para garantizar una alimentación adecuada? (marque todas las que correspondan)

- Ofrecer comidas adicionales o refrigerios entre las comidas
- Ofrecer opciones de comidas
- Ofrecer diferentes tamaños de porciones
- Tener en cuenta la presentación de la comida
- Cambiar la textura/consistencia de la comida si es necesario
- Considerar las dificultades de los pacientes en la ingesta tanto de sólidos como de líquidos
- Garantizar que los pacientes no sean molestados durante la hora de la comida/ política de comida protegida
- Promover un ambiente positivo en la comida
- Tener en cuenta preferencias culturales/religiosas
- Tener en cuenta alérgias/intolerancias
- Otro

¡GRACIAS!

por participar en el nutritionDay en el hospital.

www.nutritionDay.org



nutritionDay
worldwide

nutritionDay en el Hospital Express
Cuestionario
RELACIONADO CON EL PACIENTE



Fecha

Paciente Número

CONTINUE SOLAMENTE SI EL PACIENTE HA DADO EL CONSENTIMIENTO

Fecha de ingreso

Año de Nacimiento

Esta hospitalización fué:

- programada
- de urgencia
- No sabe

Sexo Femenino Masculino Otros

Peso (kg) kg estimado cuantificado

Estatura (cm) cm estimado cuantificado

1. Diagnóstico al ingreso (marque todas las que correspondan)

2. Diagnósticos principales (solamente un código de los arriba mencionados)

3. ¿Cuales son las condiciones/comorbilidades del paciente? (marque todas las que correspondan)

	(1)	(2)		(3)
DIAGNÓSTICO CIE-10	↓	↓		COMORBILIDADES ESPECÍFICAS
El sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0600	<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular
Trastornos mentales y del comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0500	<input type="checkbox"/> Demencia
El ojo y sus anexos	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0700	<input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor
El oído y la apófisis mastoides	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0800	<input type="checkbox"/> Trastorno mental crónico
El sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0900	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio
El sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1000	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0400	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica
El sistema digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1100	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica
El sistema genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1400	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica
El sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1300	<input type="checkbox"/> Enfermedades/problemas GI
La piel y el tejido subcutáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1200	<input type="checkbox"/> Enfermedades/problemas urológicos
Enfermedades infecciosas y parasitarias	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0100	<input type="checkbox"/> Enfermedad musculoesquelética
Tumores [neoplasias]	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0200	<input type="checkbox"/> Artritis
Sangre, órganos hematopoyéticos, mecanismos inmunológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	0300	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel
Síntomas, hallazgos anormales clínicos/de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1800	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica
Causas externas de morbilidad y de mortalidad (e.g transporte, accidentes, asalto)	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	2000	COMORBILIDADES GENERALES
Embarazo, parto y puerperio	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1500	<input type="checkbox"/> Dolor
Afecciones originadas en el período perinatal	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1600	<input type="checkbox"/> Fatiga
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómica	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1700	<input type="checkbox"/> Infección
Lesiones, envenenamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	1900	<input type="checkbox"/> Diabetes
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	2100	<input type="checkbox"/> Hipertensión
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Hiperlipidemia
				<input type="checkbox"/> enfermedad endocrina
				<input type="checkbox"/> Cáncer (activo)
				<input type="checkbox"/> Historia del cáncer
				<input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica
				<input type="checkbox"/> OTRAS COMORBILIDADES
				<input type="checkbox"/> SIN COMORBILIDADES

4. ¿Está este paciente en una situación terminal? Si No No sabe

5. ¿Había sido identificado este paciente como desnutrido o en riesgo de desnutrición?
 Desnutrido En riesgo de desnutrición No No sabe

6. Ingesta nutricional (HOY) (marque una respuesta por cada opción)

Menú normal del hospital	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sabe
Menú del hospital fortificado /enriquecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dieta especial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suplemento proteico/energético (SNO) suplementos nutricionales orales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrición enteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutrición parenteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Estado de hidratación (HOY) Normal Sobrehidratado Deshidratado No sabe

¡GRACIAS!
por participar en el nutritionDay en el hospital.
www.nutritionDay.org

2024
V1
ESPAÑOL
SPANISH
CCBY-NC-ND





Fecha

Paciente Número

Estimado paciente

Queremos pedirle que complete este cuestionario para mejorar el tratamiento nutricional en nuestra Unidad. Además, el personal de planta le dará información básica sobre su diagnóstico y tratamiento. Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin ningún cambio en su tratamiento médico actual. No se procesará ni se grabará ningún dato personal como el nombre o la fecha de nacimiento, los datos se procesarán sólo en forma encriptada.

La persona indicada a continuación contestará cualquier pregunta que Ud. tenga en relación con este proyecto.

Persona de contacto

1a. ¿Ha perdido peso durante los últimos tres meses?

- Sí, intencionalmente No, mi peso sigue siendo el mismo No sabe
 Sí, sin intención No, he ganado peso



1b. En caso afirmativo, ¿cuántos kilos ha perdido?

 kg

- No sabe

2. ¿Cómo comió la semana anterior de ser ingresado hospitalizado?

- Más de lo normal Aproximadamente unos 3/4 de lo normal
 Normal Aproximadamente la mitad de lo normal
 Aproximadamente entre un cuarto y casi nada



3. Por favor indique qué cantidad ha comido en la comida principal que le ha sido ofrecida en el hospital el día HOY



casi todo



1/2



1/4



nada

4. En caso de no haber comido todo de su plato, por favor indíquenos por qué

- No me gustó el tipo de comida ofrecida Tengo problemas para tragar o masticar
 No me gustó el olor de la comida ofrecida Normalmente como menos de lo que me sirven
 No me gustó el sabor de la comida ofrecida Tuve náuseas / vómito
 La comida no respecta mis preferencias culturales/religiosas Estaba demasiado cansado
 La comida estaba demasiado caliente No puedo comer sin ayuda
 La comida estaba demasiado fría No se me permitía comer
 Debido a alergia/ intolerancia Tuve una prueba, un procedimiento o una cirugía y no pude comer
 No tenía hambre a la hora que fue ofrecida la comida No recibí la comida solicitada
 Tengo menos apetito de lo habitual



5. ¿Puede caminar sin ayuda en el día de HOY?

- Sí No, sólo con ayuda No, me encuentro en la cama

21. HOY me siento...

- Más fuerte que en el día del ingreso He ingresado hoy
 Más débil que en el día del ingreso No sabe
 Estoy igual que en el día del ingreso



7. En general, ¿Ud diría que su salud es ?



Muy buena



Buena



Regular



Mala



Muy mala

¡GRACIAS!

por participar en el nutritionDay en el hospital.

www.nutritionDay.org



nutritionDay
worldwide

nutritionDay en el Hospital
Resultado del paciente
30 días después del nutritionDay

Fecha
Código del Centro
Código de la Unidad

Nombre/etiqueta adhesiva del paciente, fecha de nacimiento
Esta información sólo será utilizada por la Unidad.

Nombre/etiqueta adhesiva del paciente, fecha de nacimiento Esta información sólo será utilizada por la Unidad.	Número de paciente	Fecha de aprobación del alta	Diagnóstico al alta Véase la casilla 1 para los códigos	Códigos CIE-10 adicionales Introduzca un máximo de 6 códigos, en el mismo orden que tiene sus registros			Salida / alta hospitalaria Véase la casilla 2 para los códigos	Readmitido desde nDay Véase la casilla 3 para los códigos	Ingresado en UCI en los 30 días siguientes al nDay	Reoperado después de nDay bajo anestesia general	Cuántos días después de nDay
	123456	dd.mm.aa	Código CIE-10	Código CIE-10			código	código	✓	✓	días
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					

Esta información es para introducir en la base de datos nutritionDay.

1. Utilice los códigos completos del CIE-10 o los códigos que encuentra en la parte inferior

- | | |
|--|---|
| 0100 Enfermedades infecciosas y parasitarias | 1100 El sistema digestivo |
| 0200 Tumores [neoplasias] | 1200 La piel y el tejido subcutáneo |
| 0300 Sangre, órganos hematopoyéticos, mecanismos inmunológicos | 1300 El sistema osteomuscular y el tejido conjuntivo |
| 0400 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas | 1400 El sistema genitourinario |
| 0500 Trastornos mentales y del comportamiento | 1500 Embarazo, parto y puerperio |
| 0600 El sistema nervioso | 1600 Afecciones originadas en el período perinatal |
| 0700 El ojo y sus anexos | 1700 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómica |
| 0800 El oído y la apófisis mastoideas | 1800 Síntomas, hallazgos a normales clínicos/del laboratorio |
| 0900 El sistema circulatorio | 1900 Lesiones, envenenamientos |
| 1000 El sistema respiratorio | 2000 Causas externas de morbilidad y de mortalidad (e.g transporte, accidentes, asalto) |
| | 2100 Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud |

2. Código de Evolución

- 1 Todavía en el hospital
- 2 Transferido a otro hospital
- 3 Trasladado a cuidados de larga estancia
- 4 Rehabilitación
- 5 Alta domiciliaria
- 6 Muerte
- 7 Otros

3. Código de readmisión (readmitido desde nutritionDay)

- 1 No
- 2 Sí, programada en el mismo hospital
- 3 Sí, no programada en el mismo hospital
- 4 Sí, programada en un hospital diferente
- 5 Sí, no programada en un hospital diferente
- 6 No lo se



nutritionDay
worldwide

nutritionDay en el Hospital
Resultado del paciente
30 días después del nutritionDay

Fecha
Código del Centro
Código de la Unidad

Nombre/etiqueta adhesiva del paciente, fecha de nacimiento
Esta información sólo será utilizada por la Unidad.

Nombre/etiqueta adhesiva del paciente, fecha de nacimiento Esta información sólo será utilizada por la Unidad.	Número de paciente	Fecha de aprobación del alta	Diagnóstico al alta Véase la casilla 1 para los códigos	Códigos CIE-10 adicionales Introduzca un máximo de 6 códigos, en el mismo orden que tiene sus registros			Salida / alta hospitalaria Véase la casilla 2 para los códigos	Readmitido desde nDay Véase la casilla 3 para los códigos	Ingresado en UCI en los 30 días siguientes al nDay	Reoperado después de nDay bajo anestesia general	Cuántos días después de nDay
	123456	dd.mm.aa	Código CIE-10	Código CIE-10			código	código	✓	✓	días
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					
				1	2	3					
				4	5	6					

Esta información es para introducir en la base de datos nutritionDay.