



Universidad Del Norte Santo  
Tomas De Aquino

Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Nutrición

**Estado nutricional  
antropométrico,  
evaluación de la  
alimentación y grado  
de satisfacción en  
pacientes  
hospitalizados en  
unidad quirúrgica I del  
Hospital Centro de  
Salud**

**Daniela Elisa Pastrana**

**Director: Dr. Raúl Valdez**

**San Miguel de Tucumán - 2014**

---

# Agradecimientos

---

Esta tesis si bien ha sido de esfuerzo y dedicación, no hubiese sido posible su finalización sin la ayuda de mis padres a quien agradezco profundamente por el apoyo que me brindaron.

De igual manera mis más sincero agradecimiento al Dr. Raúl Valdez por aceptar dirigir mi trabajo y por su colaboración brindada durante toda la tesis.

En general agradezco a cada persona que han compartido conmigo esta hermosa carrera universitaria.



# Índice

<b>Resumen</b>	4
<b>Abstract</b>	5
<b>Introducción</b>	6
<b>Capítulo I: Planteo del problema de investigación</b>	8
I.1 Justificación del estudio	9
I.2 Objetivos de investigación	12
I.3 Interrogantes de investigación	13
<b>Capítulo II: Antecedentes de investigación</b>	14
<b>Capítulo III: Marco teórico conceptual</b>	18
<b>III. 1 Valoración nutricional de paciente crítico hospitalizado</b>	19
III. 1.1 Sistema de cálculos de la ingesta	21
III. 1.2 Evaluación antropométrica	22
<b>III. 2 Servicio de alimentación</b>	23
III. 2.1 Objetivos del servicio de alimentación	23
III. 2.2 Servicios de Alimentación Institucionales	24
<b>III. 3 El perfil del comensal</b>	25
III. 3 .1 Categorías de comensales	26
III. 3 .2 El perfil del comensal	26
<b>III. 4 La satisfacción del comensal</b>	27
<b>III. 4. 1 ¿Para que medir la satisfacción del comensal?</b>	27
<b>III. 5 La Alimentación del Paciente Hospitalizado</b>	29
<b>III. 6 Los servicios de alimentación en instituciones hospitalarias</b>	31
III. 6 .1 La atención del paciente internado	32
III. 6 .2 El servicio al comensal	33
III. 6 .3 Modalidades para la distribución d comidas	34
<i>III. 6 .3. 1 A comensales enfermos</i>	34



<i>III. 6 .3. 2 Las modalidades de distribución a comensales enfermos son básicamente dos</i>	35
<b>III. 6 .4 El producto / servicio a ofrecer</b>	35
<i>III. 6 .4. 1 Factores a considerar en la planificación del menú</i>	36
<b>Capítulo IV: Metodología</b>	38
<b>IV. 1. Tipo de estudio</b>	39
<b>IV. 2 Hipótesis de investigación y definición de variables</b>	39
<b>IV. 3 Diseño de investigación</b>	43
<b>IV. 4 Población y muestra</b>	44
<b>IV. 4 Técnicas y procedimientos de recolección y análisis de datos</b>	45
<b>Capítulo V: Resultados</b>	48
<b>V.1 Características de la muestra</b>	49
<b>V. 2 Análisis descriptivo</b>	52
V. 2. 1 Análisis de la ingesta alimentaria según consumo de macronutrientes	52
V. 2. 2 Análisis del estado nutricional antropométrico	57
V. 2. 3 Análisis de la satisfacción con la alimentación	59
<b>V. 3 Comprobación de hipótesis</b>	64
<b>Capítulo VI: Discusión, conclusiones y propuestas</b>	67
<b>VI. 1 Conclusión y discusión</b>	68
<b>VI. 2 Propuestas</b>	71
<b>Bibliografía</b>	73
<b>Anexos</b>	76

---



## Resumen

---

**Introducción:** La evaluación nutricional de los pacientes hospitalizados es un procedimiento clínico que cada día cobra más importancia. Si consideramos que un individuo con un estado nutricional normal, tiene una incidencia menor de enfermedades asociadas a desnutrición, sobrepeso u obesidad, podría decirse que el estado nutricional de una persona es el reflejo de su estado de salud.

**Objetivos:** Analizar la ingesta calórica de los pacientes hospitalizados en el Centro de Salud Zenón J. Santillán. Evaluar el estado nutricional antropométrico de los pacientes hospitalizados. Determinar el grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria del paciente. Identificar la ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterápica hospitalaria propuesta por el servicio del hospital.

**Metodología:** Estudio descriptivo. Muestreo intencional, no probabilístico. Muestra: 50 pacientes. Se realizaron mediciones antropométricas, recordatorio de 24 horas y encuesta para indagar el grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria.

**Resultados y conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes (58%) se encontró con sobrepeso. El 98% de los pacientes presento una ingesta inadecuada por déficit. El 96% mostro una satisfacción con la alimentación moderada. El 70% manifestó consumir alimentos y bebidas fuera de la dieta. Al ser la satisfacción moderada se puede mencionar que existen oportunidades de mejora para así lograr una mejoría entre los pacientes.

**Palabras clave:** alimentación- estado nutricional- paciente quirúrgico



# Abstract

---

**Introduction:** The nutritional evaluation of hospitalized patients is a clinical procedure that each day has more importance. If we is a clinical that an individual with a normal nutritional state, has a minor incidence of diseases associated to denutrition, overweight or obesity, one might say that nutritional state of a person is the reflex of their health condition.

**Aims:** To analyze the caloric income of hospitalized patients in the “Centro de Salud J. Santillán”. To evaluate the anthropometric nutritional state of the hospitalized patients. To determine the level of satisfaction of the patient’s hospitalarian diet therapy to identify the food income outside the hospitalarian feeding proposed by the hospital service.

**Methodology:** Descriptive study. Intentional samples, not probabilistic sample: 50 patients. There were made anthropometric measurements, 24 hs reminder and search to inquire the level of satisfaction with the hospitalarian diet therapy.

**Results and conclusions:** More than the half of the patients (58%) found themselves with overweight. The 98% of the patients presented an inadequate income by deficiency. The 96% showed satisfaction with moderate feeding. The 70% declared to consume food and drinks outside the diet. Because of the moderate satisfaction it can be mentioned that exist opportunities of getting better to achieve an improvement between the patients.

**Key words:** Feeding- nutritional state- surgical patient



# Introducción

---

Uno de los objetivos del **servicio de alimentación** es respetar hábitos y satisfacer expectativas, una comida bien balanceada no cumple con el objetivo nutricional si no es efectivamente consumida. La aceptación de las comidas depende más de su calidad sensorial que de su valor nutritivo. El grado en el que el servicio desea alcanzar este objetivo de “satisfacer gustos y expectativas” debe ser preciso, ya que la forma de producción será diferente en acuerdo con la diversidad de comidas que se proponga.

Para el servicio de alimentación la persona más importante es el *comensal* (pacientes) adapto la terminología a mi caso, cuyo objetivo es satisfacerlo. En este caso a los pacientes internados se le determina la categoría de *comensales cautivos*, donde tienen como única opción el servicio de comidas que le ofrece la institución, siendo *cautivos ocasionales* porque comen en la institución durante un periodo de tiempo breve o rara vez, ya que en los pacientes internados su propia situación de enfermedad hace que la comida sea un factor de poco atractivo, generalmente su apetito esta disminuido y suelen demandar comidas sencillas.

Evaluar la **satisfacción del comensal** significa recoger de manera sistemática evidencias con respecto a los parámetros que definen la calidad del producto/servicio, de modo tal que en un momento dado, se pueda describir como juzgan los clientes al servicio (Moreno & Mayorga, 2010).

El **estado nutricional** es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes. Determinar el estado nutricional del paciente al momento del ingreso hospitalario, es de suma importancia para establecer la situación nutricional del mismo y poder predecir elaborar y planificar tanto los objetivos y estrategias a seguir, para que de esta manera se contribuya a la recuperación del mismo, se sabe que el estado nutricional frecuentemente afecta la respuesta del paciente a la dolencia y a la terapia empleada.

La **evaluación nutricional** de los pacientes hospitalizados es un procedimiento clínico que cada día cobra más importancia. Si consideramos que un individuo con un estado nutricional normal, tiene una incidencia menor de enfermedades asociadas a desnutrición, sobrepeso u obesidad, podría decirse que el estado nutricional de una

persona es el reflejo de su estado de salud (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003).



# Capítulo I:

## Planteo del problema de investigación



## 1.1 Justificación del estudio

---

Un **servicio de alimentación** de un establecimiento asistencial es como cualquier organización y para ser eficiente y mantener un nivel de jerarquía debe adaptarse a los cambios y exigencias que demandan los comensales, que en este caso son los pacientes internados del Hospital Centro de Salud, ofreciendo productos / servicios de calidad para ellos. Si se mantiene un desconocimiento del **grado de satisfacción** de los comensales, sobre lo que ofrece el servicio de alimentación, no será posible mejorar dicho servicio y es seguro que el pronóstico del mismo no será muy alentador.

Esta investigación pretende aportar datos con el fin de mejorar el servicio de alimentación del hospital Centro de Salud, partiendo del *conocimiento del grado de satisfacción hacia el servicio de alimentación brindado*.

Se obtendrá un parámetro medible de satisfacción del servicio brindado por el hospital y establecer el nivel de calidad del servicio de alimentación si cumple o no con las necesidades y expectativas.

La **valoración del estado nutricional** es la metodología que se utiliza para determinar el estado de nutrición de un individuo, dentro de sus objetivos se encuentran la identificación del riesgo nutricional del paciente, la estimación indirecta de sus requerimientos sobre la base del gasto metabólico y las necesidades nutricionales y finalmente la posibilidad de realizar el control evolutivo del proceso a través de mediciones seriadas, lo que nos dará el resultado de la interacción entre el aporte nutricional, los requerimientos y el estado de salud del individuo. Es necesario conocer el tipo de alimentación que requieren los pacientes hospitalizados (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003).

Una de las **razones de esta investigación** es la importancia del estado nutricional de los pacientes hospitalizados, esto implica cumplir con las necesidades del individuo, las que podrán ser estables o cambiantes, según su momento biológico y su estado de salud o enfermedad. Por lo tanto este estudio se planteó *evaluar el estado nutricional* (a través de la toma de peso y talla y aplicando fórmula de adecuación) y *describir la alimentación* (a través de recordatorio de 24 horas, encuesta de satisfacción, consumo de alimentos y/o bebidas fuera de la dieta prescrita por el médico).

Se espera que con la *divulgación de los datos de esta investigación*, favorezcan a la formación de un conocimiento referido a la importancia que tiene la evaluación

nutricional empelada rutinariamente en los hospitales, para conocer así el estado nutricional de los pacientes hospitalizados promoviendo así una mejor atención médica y priorizando su prevención.

La principal causa de pérdida de peso durante la hospitalización es la baja ingesta alimentaria, por lo tanto el tratamiento no debería estar dirigido solamente en la enfermedad, sino en la intervención nutricional; modificaciones en la presentación de las comida y en la consistencia, ofrecer meriendas con alta densidad calórica y de poco volumen entre las comidas, colocar en la dieta alimentos de consumo habitual del paciente, son estrategias baratas en el sentido de evitarse la pérdida de peso y favorecer al mantenimiento del estado nutricional.

Al tratarse de *pacientes quirúrgicos*, es necesario definir cuáles son aquellos que necesitan de una atención nutricional especial y requieran algún tipo de complementación para la corrección del estado nutricional. En los últimos años se comprendió la importancia de un *estado nutricional adecuado en los pacientes hospitalizados* ya que la desnutrición incrementa el riesgo de complicaciones infecciosas y no infecciosas, la morbilidad y la mortalidad, aumenta los tiempos de internación hospitalaria y la etapa de recuperación y rehabilitación poshospitalaria y acrecienta los costos en las instituciones de salud.

Muchos estudios ya registrados en la literatura indican la importancia de la evaluación nutricional en pacientes quirúrgicos, siendo la ingesta de nutrientes insuficientes. La evaluación nutricional debe ser la primera intervención para planificar una asistencia nutricional temprana y eficiente. El hábito alimentario puede ser influenciado por varios factores como aspectos psicológicos, nutricionales, sociales y fisiológicos, de ahí la necesidad de la investigación de la historia alimentaria en el inicio de la internación. Rutinariamente se debería implementar prácticas alimentarias durante la hospitalización basada en los hábitos alimentarios de la población atendida, hecho éste normalmente investigado en la historia dietética, en el momento de la internación Leandro Merhi y Cols (2007).

Evaluar la *dieta hospitalaria* es crucial para superar la etapa del diagnóstico e intentar explicaciones para una evolución nutricional mala, bien como acompañar las dietas prescritas en la internación, para crear criterios de acompañamiento y control de los factores que contribuyen para los problemas nutricionales, tanto por carencia alimentaria como por aquellos relacionados a la obesidad.



Es muy importante durante la internación *mantener el estado nutricional* en pacientes quirúrgicos porque esto indicaría la necesidad del acompañamiento de la ingesta alimentaria en pacientes hospitalizados en conjunto con los procedimientos clínicos y/o quirúrgicos de rutina.

Dentro del ámbito hospitalario son muchos los momentos o las situaciones que pueden proporcionar placer al paciente y la alimentación es sin duda, una de ellas. Reflexionar sobre la *alimentación hospitalaria* y desarrollar estrategias que permitan conseguir objetivos como *garantizar el mantenimiento del estado nutricional paciente, utilizar las dietas del hospital como una forma de educación alimentaria y tratar de que sean lo más agradables y apetitosas*, promoviendo de esta manera el consumo, que precisamente se encuentra en muchas ocasiones comprometido por la propia enfermedad y su tratamiento.

La *evaluación del grado de satisfacción* de los menús servidos en el hospital a los pacientes internados permite introducir modificaciones que mejoren la calidad del servicio de alimentación mejorando la estancia hospitalaria. Ya que *si el paciente se encuentra satisfecho con la dieta brindada por el servicio de nutrición, el mismo no recurrirá a alimentos y/o bebidas que sus familiares llevan o a restaurant próximo y esto repercutirá en su estado nutricional.*

Conocer la *satisfacción de las dietas servidas* en el hospital es una de las maneras de introducir modificaciones que mejoren la calidad del servicio ofrecido al paciente hospitalizado, previniendo complicaciones derivadas de una nutrición incorrecta y mejorando su estancia hospitalaria. *La evaluación nutricional proporciona una caracterización objetiva del estado nutricional.*

## 1.2 Objetivos de investigación

---

### General:

Describir y caracterizar el estado nutricional antropométrico, evaluación de la alimentación y grado de satisfacción en pacientes hospitalizados en unidad quirúrgica I del Hospital Centro de Salud, San Miguel de Tucumán durante año 2014.

### Específicos:

- 1) Caracterizar la muestra según sexo, edad, diagnóstico médico, tiempo de estadía hospitalaria y tipo de dieta.
- 2) Analizar la ingesta alimentaria de los pacientes hospitalizados en el Centro de Salud según ingesta calórica, consumo de macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y micronutrientes (Fibra, colesterol, ácidos grasos saturados, ácidos grasos monoinsaturados, ácidos grasos poliinsaturados, sodio, hierro, calcio, vitamina A, vitamina B12 y vitamina C).
- 3) Analizar la ingesta calórica de los pacientes hospitalizados en el centro de salud, San Miguel de Tucumán, 2014.
- 4) Evaluar el estado nutricional antropométrico de los pacientes hospitalizados.
- 5) Determinar el grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria del paciente.
- 6) Identificar la ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterápica hospitalaria propuesta por el servicio del hospital.

## 1.3 Interrogantes de investigación

---

- ¿La ingesta calórica de los pacientes hospitalizados es adecuada?
- ¿Cómo es el estado nutricional antropométrico de los pacientes hospitalizado?
- Entre los pacientes hospitalizados, ¿Cuál es el grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria?
- Entre los pacientes hospitalizados, ¿Se presentan ingestas de alimentos fuera de la alimentación dietoterápica hospitalaria propuesta por el servicio de alimentación del hospital?



## Capítulo II:

# Antecedentes de investigación



## Antecedentes de investigación

---

En relación a los antecedentes que indagan sobre esta temática, se encontró el trabajo de González Molero, Oliveira Fuster, Liébana, Oliva, Laínez López y Muñoz Aguilar (2008) Titulado “*Influencia de la temperatura en la ingesta de pacientes hospitalizados*”. Esta investigación fue realizada en Madrid con el objetivo de evaluar la influencia de la temperatura en la satisfacción y cantidad ingerida en función de que se sirviese o no en carros isotérmicos que mantienen una temperatura adecuada a la comida. Se realizaron encuesta de satisfacción a pacientes del hospital con y sin carros isotérmicos con dietas básicas. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, peso, número de visitas, movilidad, autonomía, cantidad de medicación por vía oral, ingestión de alimentos traídos de fuera del hospital, calificación e la temperatura, presentación y humedad, cantidad de comida ingerida y motivos por los que no se ingirió todo el contenido del carro isotérmico. Esta investigación concluye que la mayoría de los pacientes (60%) presentan disminución del apetito durante el ingreso. La proporción de ingresados que califican la temperatura como buena es mayor en los pacientes con el sistema de carros isotérmicos. La cantidad ingerida por los pacientes con carros isotérmicos es significativamente mayor que en los pacientes si ellos.

A nivel internacional se encontró el siguiente trabajo realizados por Guillen, Torrento y Salas Slvadó (2004) titulado “*Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el hospital univertarin de Sant Joan de Reus*”, el objetivo de esta investigación fue evaluar la aceptación de las dietas servidas en el hospital. Se evaluaron un total de 160 bandejas consumidas, escogidas al azar que pertenecían a dietas estándar y dietas especiales. Se utilizó una escala visual donde se puntuó 0 (cero): plato lleno, 1(uno): residuo superior o igual al 75%, 2 (dos): residuo superior o igual al 50%, 3 (tres): residuo superior o igual al 25% y 4 (cuatro): plato vacío. Esta investigación concluye una buena aceptación de los menús servidos en el hospital. Conocer aquellos platos que tienen una peor aceptación, permite plantear cambios en los menús hospitalarios, sustituyéndolos por otros de mejor aceptación.

Otro trabajo de investigación a nivel internacional encontrado, fue el realizado por Fuchs, Mostkoff, Gutiérrez Salmean y Amancio (2008) y titulado “*Estado nutricional en pacientes internados en un hospital público de la ciudad de México*”. El

objetivo fue determinar la frecuencia de desnutrición en los pacientes hospitalizados y relacionarla a su índice de masa corporal, ayuno, consumo de alimentos durante la estancia –nivel energético y proteico- y a los días de hospitalización, se evaluó la pérdida de peso en los últimos seis meses, índice de masa corporal (IMC), los porcentajes de peso ideal y habitual, días de hospitalización, porcentaje de adecuación de alimento consumido (en kilocalorías y gramos de proteicas), los días y razones del ayuno según fuera el caso en pacientes hospitalizados en diferentes servicios del hospital General de México. Los pacientes se dividieron en grupos de acuerdo a su estado nutricional (con/en riesgo de desnutrición o normal) y se llevo a cabo un análisis descriptivo, así como diversas pruebas para estimar la diferencias entre medias y comparar los dos grupos. Esta investigación concluye que la desnutrición es común en pacientes hospitalizados. Un factor importante en la desnutrición hospitalaria es la falta de cobertura de los requerimientos energético-proteico del paciente, impidiendo la pronta recuperación y prolongado su estancia hospitalaria, es importante realizar cambios y mejoras en el sistema institucional de salud, de manera que exista personal capacitado y un suministro dietético adecuado al paciente en estado crítico, de manera que se contribuya a la atención y cuidado recibido, mejorando su condición y pronostico general.

En Argentina no se encontró trabajos de investigación que aborden la temática de mi investigación pero si se encontró a nivel local en Tucumán, Morales (2009) realizo el trabajo “*Variación del estado nutricional y factores que afectan el consumo de alimentos en pacientes hospitalizados*”. El objetivo de esta investigación fue determinar si existe variación significativa del estado nutricional en los pacientes hospitalizados, determinar cómo varia su peso corporal e identificar cuáles son los principales factores que afectan o limitan el consumo de alimento, se llevo a cabo dicho estudio descriptivo – retrospectivo en el Hospital público “Ángel C. Padilla” de la provincia de Tucumán. Para la selección de la muestra se utilizo en muestreo no probabilístico-intencional la cual estuvo constituida por 38 pacientes, con una edad media de 41,5 años, los mismos fueron evaluados a través de indicadores antropométricos y bioquímicos obtenidos de sus historias clínicas y se les realizo una encuesta personalizada para indagar sobre factores que afectan el consumo de alimentos. Los resultados obtenidos fueron que del total de los pacientes evaluados el 60% no presento variación de su estado nutricional, quedando con el 40% de aquellos pacientes que si presentaron variación.



La mitad de los pacientes perdió peso corporal durante la estancia hospitalaria, registrándose un promedio de 14 días, dichas pérdidas no llevaron a aquel paciente a desnutrirse si no todo lo contrario favoreció a regularizarlo ya que hubo un predominio de pacientes con obesidad al ingreso hospitalario. En cuanto a los factores que afectan el consumo de alimentos fueron agrupados en dos grupos (los relacionados con síntomas y signos y los relacionados con las características de la comida intrahospitalaria) resultando ambos grupos importantes al momento de realizar o planificar los cuidados dietéticos del paciente.



## **Capítulo III:**

# **Marco teórico conceptual**



## III. Marco teórico

---

### **III. 1 Valoración nutricional de paciente crítico hospitalizado**

La valoración del estado nutricional (VEN) es la metodología que se utiliza para determinar el estado de nutrición de un individuo. Dentro de sus objetivos se encuentran la identificación del riesgo nutricional del paciente, la estimación indirecta de sus requerimientos sobre la base del gasto metabólico y las necesidades nutricionales y finalmente la posibilidad de realizar el control evolutivo del proceso a través de mediciones seriadas, lo que nos dará el resultado de la interacción entre el aporte nutricional, los requerimientos y el estado de salud del individuo (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003).

Los métodos utilizados para la evaluación del estado nutricional incluyen:

- Anamnesis alimentaria y calculo de ingesta,
- Examen físico clínico-nutricional y antropométrico,
- Laboratorio,
- Métodos complementarios.

No hay prueba única absoluta en la valoración del estado nutricional; este debe concluirse a partir de un conjunto de datos que pueden variar considerablemente según las situaciones. De acuerdo con su complejidad y en relación con su objetivo diagnóstico, los siguientes son los cuatro tipos de valoración del estado nutricional que pueden realizarse:

- Mínima: Es la que se realiza en niños, adolescentes y adultos en exploraciones de salud de una comunidad. Generalmente comprende datos básicos, elementales para una evaluación epidemiológica (peso, talla, algún pliegue graso, etc.). Este tipo de evaluación puede realizarse con personal que posea un mínimo entrenamiento.
- Mediana: Cuando se desea profundizar en algún aspecto detectando en el nivel mínimo, o en individuos que puedan estar en riesgo nutricional (encuesta alimentaria de grupos protectores, antropometría con perímetros y diámetros, composición corporal por formulas antropométricas, etc.). Es de práctica común en el consultorio clínico general o del nutricionista, en especial para adoptar conductas preventivas y terapéuticas que requieran además un seguimiento longitudinal.

- **Máxima:** Cuando se realiza como parte de un examen físico completo en pacientes con enfermedad aguda o crónica que compromete el estado de nutrición. Incluye algunas prácticas para evaluar la composición corporal más avanzadas (bioimpedancia, interactancia infrarroja, pruebas cutáneas, laboratorio especial, anamnesis alimentaria completa, etc.). Requiere un entrenamiento y aparatología especial, además de un lugar apropiado para la evaluación.
- **Especial:** En sujetos con problemas nutricionales específicos complejos que deben ser controlados periódicamente y en investigaciones estos casos se incluyen técnicas más sofisticadas de análisis de la composición corporal (bioimpedancia multifrecuencia, tomografía computada, resonancia magnética nuclear, etc.), por lo que se deben realizar en un ámbito institucional multidisciplinario y con personal idóneo (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003).

Métodos Retrospectivos: El modelo tipo es el Recordatorio de 24 Horas. Es el método más utilizado para estimar la ingesta reciente de un individuo. Cuando el procedimiento se repite varias veces en el año o por el término de siete días incluyendo los fines de semana, permite calcular la ingesta habitual. La recolección de la información de los alimentos consumidos, puede realizarse a través de un cuestionario estructurado, que contiene una lista de alimentos de consumo habitual o en una hoja en blanco, donde el paciente registra lo que consumió el día anterior.

Cuando se utiliza una planilla impresa la obtención de los datos puede autoadministrarse o realizarse con la intervención de un entrevistador o de un familiar.

Es un método útil cuando se investiga si la patología que presenta el paciente puede ser atribuible a una ingesta inadecuada de nutrientes (hipertrigliceridemia, anemia, etc.) o si la enfermedad de base es de origen orgánico (diabetes). La exactitud del método depende de la capacidad y de la disposición del paciente para recordar, describir y cuantificar los alimentos consumidos. Es por ello que, cuando se realiza a través de la intervención de un entrevistador, debe estar lo suficientemente entrenado como para estimular y organizar la memoria del entrevistado, evitando sugerir las respuestas cuando realiza las preguntas, además de comprobar, dentro de lo posible, si la información vertida condice con el cuadro clínico que este presenta. La estimación del tamaño de las porciones es un problema de difícil solución. Para obtener descripciones más fidedignas se pueden emplear utensilios de uso cotidiano como cucharas, vasos, tazas; también dibujos, fotos o modelos en tamaño natural de los alimentos más frecuentemente consumidos.



Cuando en el estudio se incluyen platos elaborados, se deben colocar la cantidad de ingredientes utilizados para su preparación en crudo, el peso final del plato listo y la cantidad consumida. Se deben incluir en el estudio, además de los alimentos, las bebidas y las vitaminas o suplementos utilizados durante las 24 horas analizadas. Se puede realizar, si el estudio lo requiere, la posterior cuantificación y traducción de los alimentos a nutrientes.

**Ventajas:**

Su realización insume corto tiempo al entrevistador y/o al entrevistado si es autoadministrado.

Se basa mínimamente en la memoria.

No modifica los patrones de consumo de alimentos.

Permite categorizar los individuos según su ingesta.

Permite investigar la existencia de alimentos omitidos voluntaria o involuntariamente por el paciente.

**Desventajas:**

Tendencia a la subestimación de la ingesta cuando el paciente presenta un cuadro de obesidad.

La evaluación de lo consumido depende de la memoria del entrevistado.

La exactitud de los cálculos sobre el tamaño de las porciones es de difícil obtención.

III. 1.1 Sistema de cálculos de la ingesta: El cálculo de la ingesta se puede realizar en forma manual o computarizada. El primero debido a lo dificultoso de su realización y el gran auge que ha tomado la informática en la actualidad, casi ya no se utiliza. En este método se le proporciona al paciente una planilla que debe completarla de acuerdo con las instrucciones impresas que figuran en ella, o seguir las indicaciones dadas por el entrevistador; luego este, utilizando una tabla de alimentos, convierte lo consumido a calorías, hidratos de carbonos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y fibras. De esta manera obtiene el valor calórico total de la ingesta, el peso y el porcentaje de cada uno de los nutrientes ingeridos por el individuo en estudio. En cambio en forma computarizada, se realizan sobre la base de una planilla, la cual presenta impresos los alimentos más frecuentemente consumidos. El interesado debe completar los casilleros correspondientes. Luego el entrevistado procede a realizar el análisis de la ingesta volcando en planillas diseñadas de acuerdo con el software

utilizado todos los alimentos consumidos por el interesado, expresado en unidades o tamaño de porciones.

Estimación de las necesidades calóricas: La estimación de las necesidades de energía constituye un paso fundamental en el cuidado nutricional de todo paciente internado. Llegar al valor más exacto posible se ha convertido en un parámetro de importancia en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, dado que tanto la sobrealimentación como la infraalimentación pueden determinar circunstancias adversas.

### III. 1.2 Evaluación antropométrica:

**Peso:** El peso de un individuo es la medición probablemente más utilizada como representativa de la masa corporal total. Es una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total pero no define compartimientos e incluye fluidos. Junto a ella puede definirse el Índice de Masa Corporal (IMC).

Instrumental: Balanza de precisión o bascula de pie con un margen de error de 100 gramos.

Método: Paciente de pie, parado en el centro de la balanza, con prendas livianas y descalzo.

Resultado: En Kilogramos (kg).

Pueden considerarse distintos tipos de peso:

1. **Actual:** Es el peso que tiene el individuo al momento del diagnóstico. Junto a la talla permite definir el Índice de Masa Corporal (IMC).
2. **Habitual:** Es aquel que el individuo ha mantenido durante más tiempo.
3. **Normal o teórico:** Es aquel que podemos encontrar en las tablas de peso-talla de población normal y está ligado al sexo, talla y la contextura del individuo.

**Talla:** Instrumental: Cinta métrica de 2,5 m de largo y 1,5 cm de ancho que deberá adosarse a la pared con el 0 nivel del piso y una escuadra que se apoyara en la pared y en el vértex del sujeto.

Método: Paciente de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en posición de Fráncfort (el arco orbital inferior deberá estar alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja). Se lo ubica de espalda al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y la rodilla juntas. Se desciende el plano superior del altímetro o la escuadra sobre la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vértex).

Resultado: En Centímetros (cm).



**Índice de Masa Corporal (IMC):** Se establece como la relación entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado.

$$\text{Formula: IMC} = \text{peso (Kg.)} / \text{talla}^2 \text{ (metros)}$$

**Tabla N° 1: Índice de Masa Corporal** (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003).

IMC	INTERPRETACIÓN
<18,5	Delgadez o bajo peso
18,5 a 24,9	Peso normal, sano o saludable
25.0 a 29,9	Sobrepeso
30.0 a 34,9	Obesidad grado 1
35.0 a 39,9	Obesidad grado 2
≥40.0	Obesidad grado 3 o mórbida

### **III. 2 Servicio de alimentación**

Es un sistema organizacional encargado de la producción de alimentos y servicios de comida, acorde a las personas vinculadas a la institución, con el fin de solucionar los problemas de nutrición y alimentación en forma eficaz y eficientemente. Es la actividad productiva que transforma los alimentos (materias primas) en comidas preparadas (bien o producto), para su distribución (servicio) a los comensales (pacientes). Con este producto / servicio se satisface la necesidad de nutrición, que es inherente a la condición de ser vivo.

Decimos Producto / Servicio porque la comida que se entrega se distribuye, se sirve y al hacerlo se interactúa con el comensal con lo que conforma un conjunto que es apreciado integralmente. Tanto las comidas, como su modo de presentación y las personas que las sirven, deben satisfacer, gustos y expectativas del comensal, quien debe sentir que hay correspondencia entre lo que él cree que debe comer (que, como y cuanto) y lo que se le proporciona.

#### **III. 2.1 Objetivos del servicio de alimentación:**

Satisfacer las recomendaciones nutricionales: Un servicio de comidas tiene por finalidad implícita la de mantener o recuperar el estado de nutrición óptimo de sus comensales. El buen estado de nutrición forma parte del buen estado de salud y este de la calidad de vida. La comida que ofrece un Servicio de Alimentación debe contener



todos los principios nutritivos que los expertos recomiendan para determinada situación biológica y actividad. Transformar las recomendaciones nutricionales en comidas preparadas con los alimentos disponibles, a un precio justo y del agrado de los comensales, es una tarea de mucha complejidad. Por lo general se trabaja con las recomendaciones promedio para el grupo de comensales, pero cuando la población es heterogénea se hace necesario construir grupos y determinar para cada grupo las cantidades de nutrientes que corresponde aportar con las comidas.

Respetar hábitos y satisfacer expectativas: Una comida bien balanceada no cumple con el objetivo nutricional si no es efectivamente consumida. La aceptación de las comidas depende más de su calidad sensorial que de su valor nutritivo. Es condición imprescindible conocer y respetar las creencias, expectativas, deseos y preferencias alimentarias de los comensales.

Para el servicio de alimentación la persona más importante es el comensal, el objetivo es satisfacerlo.

III. 2.2 Servicios de Alimentación Institucionales: *hospitales*: Cuando surgieron, no se consideraba que era una función del hospital el suministrar comidas a los enfermos. Esta responsabilidad quedaba en manos de familia y en algunos países estos se trasladaban a vivir con el enfermo para prepararles sus comidas. Con el avance de los conocimientos científicos sobre el tratamiento de las enfermedades y de la importancia del saneamiento, se adquirió conciencia acerca del papel de la alimentación en terapia y recuperación de enfermos. La consecuencia lógica fue la creación de las “cocinas dietéticas” dentro de estas instituciones, para el cuidado de la salud.

Las comidas son el vehículo de los principios nutritivos requeridos para alcanzar un estado de nutrición óptimo, el que se relaciona directamente con la capacidad de aprender, de trabajar y de mantener o recuperar la salud. De allí que los servicios institucionales cumplan una importante función asistencial. Pero es importante recordar que la alimentación satisface además necesidades que exceden el plano nutricional. Los alimentos son el vínculo social por excelencia.

*Tipo de Sistema de Servicio de Alimentación*: Sistema convencional o tradicional, que es el más ampliamente utilizado en nuestro medio y en el cual los alimentos se preparan, total o casi totalmente en el servicio y se distribuye y sirven poco tiempo después de preparado (Moreno & Mayorga, 2010).

### **III. 3 El perfil del comensal:**

Los “consumidores” (pacientes) son los destinatarios de los bienes y servicios que se ofrecen en el mercado. Se los llama también “clientes” o “usuarios” y existen formas propias para nombrar a los consumidores de algunos servicios en particular. Así los “clientes” o “consumidores” de un servicio de salud son los “pacientes”.

Los consumidores buscan en los productos/servicios atributos que den una respuesta integral a sus necesidades, entendidas estas como una compleja red de deseos, expectativas, preferencias, gustos, hábitos, posibilidades económicas. Por lo tanto, el OBJETIVO de los productos/servicios es SATISFACER las NECESIDADES que son sentidas como tales por los consumidores.

Comprender las necesidades de los consumidores es tan difícil como imprescindible.

Los consumidores tienen necesidades comunes, pero no se comportan de manera totalmente homogénea, de modo que es necesario identificar y analizar las similitudes y diferencias, para precisar los aspectos que el servicio está en condiciones de satisfacer.

Para los productores de bienes y servicios es una responsabilidad muy grande, significa que los productos-servicios no deben diseñarse unilateralmente, guiándose solo por criterios técnicos. Es necesario identificar las necesidades de los consumidores, generar bienes y servicios que las satisfagan y finalmente conocer lo que el consumidor opina sobre su satisfacción.

Un servicio puede creer que está ofreciendo calidad y en consecuencia esperar que su cliente este satisfecho. Pero, la calidad no es un atributo objetivo, por el contrario la calidad es un atributo que se juzga desde la subjetividad. Una comida puede tener calidad sensorial a criterio de un juez entrenado y sin embargo no ser del agrado del comensal.

El nutricionista debe prepararse para afrontar el desafío de satisfacer a los comensales partiendo de la identificación de sus necesidades y expectativas. El primer paso en la planificación de un servicio de alimentación de calidad es identificar quienes son los clientes. Los clientes se pueden clasificar en dos categorías básicas:

1. Los “pocos” y vitales, con gran importancia en la toma de decisiones respecto de la continuidad del servicio. Son los Directivos o la jerarquía de la organización a quienes corresponde decidir cómo y quién prestara el servicio.
2. Los “muchos” y útiles, comensales directos, que perciben la calidad del servicio y con su satisfacción construyen la imagen positiva del servicio.



III. 3.1 Categorías de comensales: Para permitir una comprensión integral de las necesidades y expectativas de los comensales se los clasifica en las siguientes categorías:

1. **COMENSALES CAUTIVOS:** tiene como única opción el servicio de comidas que le ofrece la institución.
  - Cautivo / ocasional: comen en la institución durante un periodo de tiempo breve o rara vez. Por ejemplo: pacientes internados en una institución para el cuidado de la salud: su propia situación de enfermedad hace que la comida sea un factor de poco atractivo, generalmente su apetito esta disminuido y suelen demandar comidas frugales y sencillas. El atributo que reconocen como más importante es la higiene, ya que el ambiente hospitalario genera aprehensión. Tienen un nivel de exigencias bajo.
  - Cautivo / permanente: Utiliza el comedor de la institución durante periodos prolongados, incluso décadas.
2. **COMENSALES VOLUNTARIOS:** asisten al comedor por elección, cuando lo desean. Pueden hacerlo así porque disponen alternativas. En las instituciones: traer comida, utilizar la pausa para ir a comer a sus hogares y en el ámbito comercial escoger entre la variada oferta de comidas que hay en el mercado.

Elegir que se va a comer y donde es primer elemento de satisfacción. Son comensales que ofrecen menos problemas, pero obligan a los prestadores del servicio a esforzarse con sus ofertas, solo compran cuando se sienten atraídos y satisfechos con la oferta del servicio.

### III. 3.2 El perfil del comensal:

Para hacer un régimen de alimentación individual es necesario realizar una “anamnesis alimentaria”, con la cual se obtiene información acerca de la salud, del estado nutricional y de los gustos y hábitos alimentarios de una persona. Sobre la base de este conocimiento se realiza el régimen de alimentación, en el que estará adaptado en un todo a al necesidades y expectativas de cada persona.

Un servicio de alimentación no atiende a individuos, atiende a grupos. ¿Qué hacer entonces? Evidentemente es imposible diseñar un producto/ servicio para cada individuo en particular, ya que las necesidades y expectativas son tan variadas como individuos hay.



Es necesario, entonces, realizar una investigación para identificar las características que describan al conjunto de los comensales y con ellas formular el “Perfil del Comensal”. Este perfil enumerará los aspectos a tener en cuenta para diseñar el producto - servicio que se va a ofrecer.

Las características biológicas, socioeconómicas y alimentarias de una población objetivo, componen el perfil del comensal.

El problema mayor es el de los servicios de alimentación que tienen un “cliente cautivo”, como los hospitales, geriátricos y comedores escolares, ya que el servicio es la única opción, de modo que cuando el menú no es del agrado del comensal se queda sin comer.

### **III. 4 La satisfacción del comensal:**

El objetivo primordial de un servicio de alimentación es ofrecer al comensal un producto que satisfaga sus necesidades y expectativas. La satisfacción es un estado de ánimo placentero que indica plenitud, alegría, conformidad, la persona que lo experimenta se siente gratificada. Por esto es muy importante conocer hasta qué punto están satisfechos los clientes con el servicio de comidas.

Para el servicio de alimentación del hospital centro de salud, los consumidores del producto / servicio son llamados “comensales Cautivos”, es aquel que tiene como única opción el servicio de comidas que le ofrece la institución.

En esta investigación se trabajo con *pacientes internados* (Comensales Cautivos), adapto la terminología a mi caso.

#### **III. 4. 1¿Para que medir la satisfacción del comensal?**

El Comensal es un elemento importante, de él depende el prestigio y el éxito del servicio. Un comensal poco satisfecho o insatisfecho puede perjudicar la imagen de un servicio y propagar malas referencias. El comensal posee voz y voto, es imprescindible escucharlo y atender sus necesidades.

Evaluar la satisfacción del comensal significa recoger de manera sistémica evidencias con respecto a los parámetros que definen la calidad del producto/servicio, de modo tal que en un momento dado, se pueda describir como juzgan los clientes al servicio.

Es difícil medir la calidad de un servicio de alimentación a partir de la satisfacción del comensal, en especial cuando se trata de comensales cautivos que concurren al comedor durante largos periodos de tiempo. Las comidas comienzan a



parecer siempre las mismas y como permanecen en la institución por razones de salud, de trabajo o de estudios, las cuestiones que se plantean en estos ámbitos repercuten siempre en la comida y en la predisposición hacia el servicio. Por otro lado es completo emitir un juicio “resumen”, la satisfacción es producto de la evaluación que se realiza en cada transacción individual; hay días en los que la comida resulta exquisita y otros en los que no se puede comer. La preferencia por la comida está muy ligada a los hábitos personales, de modo que es muy posible de que en realidad la comida “no me gusto” y no de “de que estaba mala”.

A pesar de esta dificultad hay algunos indicadores de calidad del producto/servicio que influyen en la apreciación general y es posible que se relación menos con el habito personal. Por ejemplo: el horario de servicio, la presentación de comidas, la actitud del personal, la cantidad de comida, la variedad. Es entonces importante identificar un número de atributos de calidad sobre los que se puede consultar el comensal y de ese modo obtener un juicio general sobre la calidad del servicio.

La evaluación de la satisfacción debe enmarcarse dentro de una estrategia global de relación con los comensales, si se toma como un hecho aislado carece de valor. Es también importante tener en claro los efectos de la evaluación sobre la acción, ¿que se hará con los resultados?, si no está previsto modificar situaciones, es preferible no despertar falsas expectativas, ya que entonces el comensal lo tomara como una mera formalidad (Reyes, 2001).

Para medir el nivel de satisfacción de los comensales se emplean distintos métodos, generalmente conocidos como “estudios de satisfacción”.

Las vías para medir la satisfacción del cliente se pueden clasificar en:

**Formales:**

- Encuestas (por correo, personales, telefónicas)
- Llamadas telefónicas sin cargo para clientes
- Grupos de análisis focalizados
- Cartas a clientes
- Identificación de necesidades no satisfechas y expectativas futuras.

**Informales:**

- Visitas informales a clientes
- Entrevistas personales



En este estudio se emplea encuesta de satisfacción, la cual se hizo entrega a cada paciente.

Es muy importante conocer la opinión de los comensales sobre el servicio, tanto en sus aspectos de organización, como sobre los menús, esta información es la de mayor valor a la hora de tomar decisiones (Moreno & Mayorga, 2010).

Los especialistas sostienen que el estudio debe centrarse en la satisfacción del cliente y que la elección de la vía para evaluarla debe contemplar los beneficios para la empresa y la comodidad del cliente.

Es muy importante considerar las competencias del cliente para desempeñarse con uno u otro método de evaluación, muchas veces se trata de clientes no habituados a discriminar calidad, por ejemplo los pacientes de hospitales públicos y entonces las respuestas no alcanzan a revelar la información que necesita el servicio.

Los estudios de satisfacción comprenden los siguientes pasos:

1. Definir exactamente cuáles son los objetivos del análisis
2. Definir los parámetros claves que definen la calidad el producto / servicio. En esta tarea deben participar los propios clientes y contar con la ayuda de expertos internos y externos
3. Definir el método de muestreo y el tamaño de la muestra
4. Diseñar el cuestionario y comprobar la redacción de las preguntas
5. Seleccionar el formato de respuesta: escala
6. Hacer una prueba con un grupo de clientes para validar el cuestionario
7. Ejecutar el cuestionario
8. Procesar los datos
9. Extraer conclusiones
10. Proponer soluciones a los problemas detectados
11. Seguimiento de la solución empleada

### **III. 5 La Alimentación del Paciente Hospitalizado:**

El paciente hospitalizado se enfrenta con una situación especial, su enfermedad y las ansiedades que ella genera crean tensiones psicológicas, con lo que dentro de él se desarrollan diferentes mecanismos mentales de defensa, algunos de ellos son: la depresión, supresión, compensación, racionalización, recogimiento, etc. En la mayoría de los casos, la internación altera el estilo de vida del paciente, obligándolo a tratar con desconocidos (médicos, enfermeras, nutricionistas, etc.) y quizás también a compartir su habitación con un desconocido.



Por lo tanto la base del cuidado de una persona enferma es responder a las necesidades que presenta en el curso de su enfermedad y de su tratamiento.

El cuidado nutricional del enfermo internado es complejo y no consiste en proveerle alimentos 3 o 4 veces por día, este incluye además valoración de su situación general, de la ingesta de alimentos y brindarle continua educación alimentaria.

Una dieta puede ser teóricamente correcta y contener todos los elementos perfectamente balanceados, pero si no es aceptada por el paciente, en vano será realizarla.

Si puede lograrse que la selección de los alimentos, sus formas de preparación, su presentación y su servicio no difieran tanto de los que el individuo está familiarizado, no habrá mayores dificultades en cuanto a lograr la adhesión al tratamiento. Por lo tanto, además de tener en cuenta todos los puntos descriptos anteriormente deben tenerse presentes los siguientes aspectos:

*Componente cultural:* Los hábitos alimentarios se encuentran entre los aspectos más antiguos y mejor definidos de muchas culturas, en gran parte se fundan en circunstancias como la disponibilidad del alimento, consideraciones económicas o el simbolismo con el cual los alimentos son asociados. Precisamente son influencias culturales las que determinan, por ejemplo: cuál es el alimento preferido, cual es el alimento principal, que alimentos son los más apropiados según las ocasiones.

Se deberán tener en cuenta los hábitos alimentarios, lo que están determinados por el medio social y familiar, la forma de preparar y servir las comidas, el horario de consumo, el legado cultural, la religión las modas, etc.; todo influyen en la aceptación de la comida. Los hábitos alimentarios de cada individuo se adquieren desde la infancia y se van modificando con el transcurso de los mismos, así como el bienestar y el placer que su consumo supone. El alejamiento del ámbito familiar, el aislamiento, la necesidad de comer en la cama, aparecen como factores cruciales para alimentar correctamente al enfermo, pues acentúan la sensación de enfermedad. Por todo esto es necesario obtener el más amplio conocimiento acerca de la alimentación habitual del paciente a fin de brindar una alimentación totalmente adecuada.

*Componente Psicológico:* La vida cotidiana y la convivencia se ven afectadas por la enfermedad, lo que hace que adquieran mayor importancia lo familiar y lo habitual. Las diferentes comidas, los horarios y la compañía con quien se comparten forman parte de una rutina diaria, que cuando se altera puede tener manifiestas consecuencias psicológicas.



El paciente siente mucho miedo, angustia, preocupación y frustración por no poder valerse por sí mismo. Esto puede generar comportamientos negativos, por ejemplo, volverse más exigente en cuanto a la atención de los demás, más susceptibles a perder el apetito. Se sabe que es más fácil demostrar desaliento por medio de la anorexia que exteriorizar la sensación de ser indefenso y sufrir depresión, en presencia de una enfermedad.

Es fundamental tener en cuenta que sus hábitos alimentarios se han formado lentamente en el transcurso de los años y que llegan a constituir una parte importante de su propia personalidad, porque los alimentos se asocian con vivencias particulares que nada tienen que ver con su importancia nutricional.

Importa igualmente no olvidar que el aspecto mismo de la comida y su presentación en la bandeja surten un efecto psicológico capaz de producir aceptación o rechazo.

El régimen terapéutico mismo puede tener para el paciente un significado no siempre comprendido por quienes cuidan de él. El paso de una dieta líquida a la alimentación sólida es considerado por todos una prueba irrefutable de mejoría, la dieta terapéutica, por lo general de larga duración, induce en el paciente un sentimiento de frustración y desánimo difícil de superar.

Antes de cambiar los hábitos alimentarios, profundamente arraigados en una persona, se debe contar con su opinión y tomar en consideración su actitud frente a los distintos alimentos; en ningún caso debe estimarse que su resistencia sea debida por entero a ignorancia o falta de cooperación. El nutricionista debe ser capaz de interpretar las reacciones del paciente frente a la comida, en función de sus necesidades emocionales y no solamente metabólicas; estas reacciones deberán ser tenidas igualmente en cuenta si se desea que cualquier modificación de la dieta, por razones terapéuticas, sea aceptada y de resultados positivos.

### **III. 6 Los servicios de alimentación en instituciones hospitalarias:**

Los servicios de nutrición y alimentación son básicamente medios para brindar atención nutricional y por lo tanto, para contribuir a optimizar el nivel nutricional y de salud de los pacientes.

La atención nutricional de los usuarios de servicios de salud ha ido evolucionando permanentemente y cada vez más se reconoce la importancia que tiene este componente en la atención integral del paciente. Esta evolución ha traído aparejada



una complejización de esa atención y una flexibilización del enfoque, hoy se debe ver al enfermo no solo como un paciente si no como un cliente, al que se le deben solucionar los problemas, escuchar las opiniones y respetar las necesidades, además de brindarle la mejor atención nutricional.

La atención integral que debe brindarse a los pacientes hospitalizados debe incluir una serie de servicios que les permitan cubrir sus necesidades biológicas ineludibles entre las cuales tenemos a la alimentación, la cual debe contribuir al mantenimiento o al restablecimiento de un estado óptimo de nutrición. El objetivo no es solo la preparación culinaria de una dieta cuantitativa y cualitativa correcta, si no que sea agradable a la vista y al gusto.

Así, para brindar un buen cuidado al paciente, se necesita comprender todos los factores que influyen en sus reacciones frente al alimento. Los factores culturales, físicos, psicológicos, sociales, económicos son parte del conjunto y necesitan ser considerados en el cuidado nutricional integral del individuo.

Para el cumplimiento de esta responsabilidad se requiere de toda institución para la atención de la salud: clínicas, sanatorios, hospitales, maternidades, geriátricos, un “Servicio de Alimentación y Dietoterapia”.

Para que el Servicio de Alimentación y Dietoterapia funcione apropiadamente debe contar con recursos físicos, humanos y financieros suficientes. Dentro de los recursos físicos se encuentran: La planta física y equipamiento. La planta física y el equipamiento responden a las exigencias que ya se han descrito para cualquier ser de alimentación, resta destacar que cuenta con un sector especial denominado “cocina dietoterapica” donde se elaboran las variantes del régimen normal y entre el equipamiento merece destacarse la importancia de los carros transportadores de comidas, ya que la cocina esta distante de las salas de internación, por lo que es necesario el traslado de las comidas en condiciones optimas de calidad.

### III. 6 .1 La atención del paciente internado:

El nutricionista responsable de la atención del paciente internado es quien se ocupa de la correcta alimentación del paciente. Las actividades que debe realizar para cumplir con esta responsabilidad son:

1. Identificación del paciente: La primera tarea del nutricionista es identificar al paciente, reconocerlo como una “persona”, ser capaz de llamarlo por su nombre. Además, registrar el número de cama y sala o habitación donde se encuentra.
2. Lectura e interpretación de la prescripción del régimen realizada por el medico

Valoración nutricional del paciente: Anamnesis alimentaria, Evaluación antropométrica e interpretación de la historia clínica. La evaluación del estado nutricional es un requisito para planificar la alimentación del paciente, debe ser practicada en todo paciente hospitalizado, se deberá llevarse a cabo en los primeros días de ingreso al servicio asistencial. En condiciones ideales todos los pacientes deberían ser sometidos a una valoración nutricional al momento de ser ingresados al hospital y antes de practicárseles terapia mayor.

3. Indicación del régimen de alimentación: El médico es el responsable del diagnóstico y de la prescripción del régimen de alimentación. Existen diversas modalidades para hacer la prescripción, pero en la práctica ninguna de ellas proporciona todos los datos necesarios.

Habitualmente se prescribe en alguna de las siguientes formas: Con el nombre del régimen “blando gástrico”; “hepatoprotector”

4. Visita ulterior para evaluar tolerancia y progreso
5. Supervisión del servicio y consumo de la alimentación prescrita
6. Educación alimentaria al paciente y sus familiares
7. Indicación del régimen de alta

### III. 6 .2 El servicio al comensal:

El servicio es el conjunto de actividades que desarrolla el productor para que el producto llegue a manos del consumidor y que este pueda utilizarlo en el momento y del modo en que satisfaga sus necesidades. En el servicio de alimentación es la función que permite que “la comida” llegue a manos de “el comensal” y que este pueda consumirla en óptimas condiciones.

La razón de ser del Nutricionista, como administrador de un Servicio de Alimentación en relación con sus requerimientos nutricionales y lo que DESEAN según sus gustos y hábitos.

Hay que tener presente que la alimentación se desarrolla tanto en un plano biológico como simbólico. Muchos de los factores que influyen en el deseo del comensal tienen una base psicológica, en torno a la alimentación se organizan relaciones interpersonales, se atiende a la autoestima “como lo creo que es bueno para mí” y se cumple con una función de pasatiempo ligada a momentos de ocio y distensión.



Existen tantas formas de reaccionar como comensales y estas reacciones son difíciles de medir, pero cada vez es más necesario estudiarlas y describirlas.

El alimento y el consumidor interactúan activamente por canales sensoriales y reciben la influencia de factores externos. Algunos de los factores estrechamente relacionados con el estímulo son:

- Formas de presentación de la comida: color, aroma, decoración
- Parámetros físicos ambientales: clima, horario, iluminación, nivel de ruido, cantidad de personas presentes
- Costo y/o esfuerzo para obtener los alimentos
- Higiene y ambientación de la institución
- Actitud del personal de servicio

Cada consumidor recibe, interpreta, evalúa y reacciona diferente frente al estímulo, ello significa que en el momento del servicio se presentan múltiples respuestas a las que el responsable debe estar atento porque le dicen “como el consumidor ve al servicio”.

### III. 6 .3 Modalidades para la distribución d comidas:

III. 6 .3. 1 A comensales enfermos: el servicio de comidas a personas que se encuentran en situación de reposo por problemas de salud ofrece una serie de dificultades que toma a esta función más compleja.

El área de elaboración de comidas esta distante de las salas de internación y las comidas debe ser trasladada en carros transportadores específicos para tal fin. Las distancias a recorrer y el tiempo que transcurre hace que sea muy difícil conservar ciertos atributos e calidad de las comidas, en especial la temperatura. La temperatura es el atributo que presenta mayores dificultades dado que los sistemas de transporte tienden a uniformarla dificultando la combinación de preparaciones frías y calientes en un mismo menú.

Existe un desarrollo importante de tecnología para satisfacer esta necesidad y actualmente hay disponibles en el mercado carros transportadores de comidas de diferentes modelos y capacidades, existiendo incluso la posibilidad de diseños y construcciones a medida.

Así mismo existen bandejas compartimentadas de material isotérmico, que permiten acomodar las porciones individuales y posteriormente apilar las bandejas para su traslado. Los fabricantes de estos equipos poseen suficiente material explicativo y

ofrecen capacitación para su uso correcto a cargo de personal técnico especializado. Esta capacitación aporta información de muchísima utilidad ya que en el momento de planificar el menú es muy importante tener en cuenta el sistema de distribución que ha de emplearse, para seleccionar las preparaciones cuyas características se puedan mantener más fácilmente y por más tiempo.

III. 6 .3. 2 Las modalidades de distribución a comensales enfermos son básicamente dos:

1. Centralizada: En el área de elaboración se preparan bandejas individuales que son cargadas en carros transportadores de bandejas para su traslado a las áreas de internación donde se realiza la entrega a cada paciente.
2. Descentralizada: En el área de elaboración se cargan los carros transportadores “a granel” y las comidas se traslada a las áreas de internación donde se realiza la preparación de la bandeja que se entrega al paciente.

Cada servicio debe analizar su propia necesidad, la que varía según el número de pacientes, las distancias a recorrer y la variedad de preparaciones que ofrece.

Las comidas se entregan en una bandeja pero el paciente debe tener además una mesa donde acomodarla, estas mesas se denominan “de arriba”, por que poseen ruedas que permiten desplazarlas hasta una posición que sea cómoda para el paciente.

III. 6 .4 El producto / servicio a ofrecer:

Para los responsables de servicios de alimentación, lograr que las comidas no se tornen monótonas es un problema de nunca acabar.

Cuando se tiene como objetivo ofrecer un menú realmente atractivo y variado, la tarea está llena de desafíos. Quienes sirven comidas en hospitales, en todo tipo de instituciones con comensales cautivos lo encuentran especialmente difícil, ya que los recursos suelen ser limitados.

Para darle solución se adoptan diferentes conductas. En algunos servicios se dedica tiempo y trabajo al desarrollo de nuevas recetas. En otros, se producen ligeros cambios y se recurre a un nombre distinto para lograr que una misma preparación parezca diferente. Lamentablemente, también están los que no consideran al menú como un problema y continúan repitiendo la misma preparación el mismo día de cada semana.

Para que la operación sea posible el “producto” a ofrecer (la/s comida/s) se deben planificar, respetando una serie de factores, y se obtiene un elemento fundamental de trabajo que se denomina “El Plan de Menú”.



El “Plan de Menú” es la enumeración y ordenamiento de las comidas que se van a elaborar en un periodo determinado

El menú es el responsable de la imagen y el éxito del Servicio y lo que es más importante, de la satisfacción del comensal. El Plan de Menú es un instrumento básico de trabajo en el Servicio de Alimentación, del Plan de Menú depende el diseño del proceso de producción, a partir del plan de menú se desarrollan las recetas estándares, se establecen las especificaciones para la compra de los alimentos, se formula la Guía de recepción, se diseña el proceso de elaboración, la modalidad de distribución y el servicio.

Además permite calcular la cantidad de personal, de equipamiento y el diseño de las instalaciones.

*El Plan de Menú como elemento de comunicación:*

El Plan de Menú es un elemento de trabajo que comunica lo que ha de hacerse de la organización y lo que esta ofrece a los comensales.

Como elemento de comunicación interna: su función es organizar el proceso de producción, comunica al interior del servicio que ha de hacerse. A partir del Plan de Menú el responsable de la cocina puede asignar las tareas al personal, el personal de despensa puede organizar el despacho de alimentos de cocina y el personal de distribución organizar la vajilla para el servicio al comensal.

*III. 6.4. 1 Factores a considerar en la planificación del menú:*

Factores internos (el perfil de la institución):

- **Infraestructura disponible:** Cada preparación tiene sus exigencias respecto del ambiente físico donde será elaborada y del equipamiento que se necesita para procesar los ingredientes. En una situación ideal esta primero el plan de menú y en función de él se determinan los requisitos de la planta física. Pero con mayor frecuencia, se debe enfrentar la situación de que hay que adaptar el menú a las posibilidades de las instalaciones y equipos. Conocer la infraestructura, es una condición indispensable para pensar en un Plan de Menú.
- **Cantidad y capacitación del personal de cocina:** Los conocimientos y las horas de trabajo del personal, son decisivos a la hora de seleccionar las preparaciones.
- **El presupuesto disponible:** El plan de menú debe adaptarse al presupuesto disponible, para ello es necesario verificar que el costo de los ingredientes este dentro del monto asignado para alimentos.

- Modalidad de distribución: El tiempo que transcurre entre la preparación y el servicio, si la preparación debe trasladarse desde la planta al centro de “consumo” en carros transportadores hasta las salas de internación, la calidad sensorial será más lábil que si se coloca un plato y se entrega de inmediato al comensal.

Factores externos (el perfil del comensal):

- Recomendaciones nutricionales
- Hábitos alimentarios
- Capacidades físicas



## Capítulo IV:

# Metodología



## IV. 1 Materiales y Métodos

---

### IV. 1. 1 Tipo de estudio:

La investigación fue de tipo *descriptiva*. El propósito de este tipo de estudio es que permite describir las variables, determinar como son y cómo se manifiestan en pacientes internados. En esta investigación se describieron las siguientes variables: Sexo, edad, tiempo de estadía hospitalaria, tipo de dieta, ingesta calórica, estado nutricional antropométrico, grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria e ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterapica hospitalaria.

### IV. 1. 2 Hipótesis de investigación y definición de variables:

**Hipótesis 1:** *“La ingesta calórica de los pacientes hospitalizados es adecuada según valor recomendado”.*

**Hipótesis 2:** *“El estado nutricional antropométrico de los pacientes hospitalizados es normal”.*

**Hipótesis 3:** *“El grado de satisfacción con la alimentación dietoterapica hospitalaria del paciente hospitalizado es moderado”.*

**Hipótesis 4:** *“Entre los pacientes hospitalizados existe ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterapica hospitalaria propuesta por el servicio del hospital.”*

Variables en estudio:

#### **Sexo**

Definición conceptual: Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades masculina y femenina (conocidas como sexos).

Definición operativa: Información recogida de la Historia Clínica del paciente.

Se categorizo a la variable como:

- Femenino
- Masculino



## **Edad**

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operativa: Información recogida de la Historia Clínica del paciente.

Se categorizo a la variable en rango de edades:

- De 15 a 24 años
- De 25 a 34 años
- De 35 a 44 años
- De 45 a 54 años
- 55 o más

## **Diagnóstico médico**

Definición conceptual: Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad.

Definición operativa: Información recogida de la Historia Clínica del paciente.

Se categorizo a la variable según diagnostico medico:

- Fractura
- Peritonitis
- Pancreatitis aguda
- Traumatismo
- Apendicectomía
- Síndrome Colestasico
- Flemón odontogeno

## **Tiempo de estadía hospitalaria**

Definición conceptual: Es el tiempo promedio en días y fracción de días que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama.

Definición operativa: Información recogida de la Historia Clínica del paciente.

Se categorizo a la variable según tipo de estadía hospitalaria:

- Más de 7 días
- Hasta 7 días

## **Tipo de dieta**

Definición conceptual: Cantidad de alimento que se le proporciona a un individuo en un periodo de 24 horas, conjunto de nutrientes que se absorben luego del consumo habitual de alimentos.

Definición operativa: Información recogida de la Historia Clínica del paciente.



Se categorizo a la variable según tipo de dieta:

- Blanda
- Hipograsa / Hiposodica
- Normal

#### Variable Hipótesis N° 1: Ingesta calórica.

Definición conceptual: Son las calorías que se obtienen a través de la alimentación. Las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono, son los nutrientes que aportan energía.

La alimentación es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. En pacientes hospitalizados la alimentación es brindada por el hospital dependiendo de la patología y lugar afectado (Torresani & Somoza, 2008).

Definición operativa: Se interrogó a través de un recordatorio de 24 horas a los pacientes hospitalizados sobre los alimentos que consumieron durante su internación en el hospital (**ver anexo N°3**).

La finalidad fue obtener un cálculo aproximado de la ingesta ya que este recordatorio de 24 horas permitió calcular el contenido de nutrientes consumidos y detectar la existencia de posibles carencias de los mismos. Se determino la composición calórica y mediante la aplicación de la siguiente formula

$$\text{Formula de adecuación} = \text{Kcal. Ingeridas} / \text{Kcal. Recomendadas} \times 100.$$

Se contrasto a las calorías ingeridas con las recomendaciones de **tabla FAO/OMS. (2003).** (**ver anexo N°4**)

Se categorizo a la variable como:

- **INADECUADA POR DEFICIT:** Cuando la ingesta calórica cubra menos del 89% del valor recomendado
- **ADECUADA:** Cuando la ingesta calórica cubra entre el 90 – 110% del valor recomendado
- **INADECUADA POR EXCESO:** Cuando la ingesta calórica cubra más del 111% del valor recomendado

### Variable Hipótesis N° 2: “Estado nutricional antropométrico”

Definición conceptual: Conjunto de mediciones corporales con el que se determinan los diferentes niveles y grado de nutrición mediante parámetros antropométricos e índices derivados de la relación entre los mismos (Torresani & Somoza, 2008).

Definición operativa: Se llevo a cabo mediciones de peso y talla. Esos datos recolectados se reemplazaron en la fórmula para obtener el IMC (Índice de Masa Corporal) propuesto por el astrónomo belga Quetelet.

$$\text{Formula: } \text{IMC} = \text{Peso} / \text{Talla}^2 \text{ (metros).}$$

Una vez obtenidos los resultados del IMC se procedió a compararlos según clasificación establecida por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

*Se categorizo a la variable como:*

- NORMAL: IMC entre 18,5 a 24,9
- MALNUTRIDO POR DEFICIT: menos de 18,5
- MALNUTRIDO POR EXCESO: mayor de 25.

### Variable Hipótesis N°3: “Grado de satisfacción con la alimentación dietoterapica hospitalaria”

Definición conceptual: Es el valor asignado por los pacientes respecto al agrado que sienten en función de las expectativas que tienen ante las características organolépticas (presentación de las comidas, cantidad y calidad de comida, temperatura, sabor, color, aroma y horarios de servicio de comidas) de los menús dietoterápicos propuestos por el hospital.

Definición operativa: Se empleo una encuesta formal (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003) de satisfacción a cada paciente, administrada por el encuestador con preguntas abiertas o cerradas con el fin de evaluar el grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria. Esta encuesta de satisfacción estuvo compuesta por 7(siete) característica a evaluar. Cada característica tiene 5 (cinco) alternativas de respuesta con un puntaje asignado: Excelente (5 puntos), Muy bueno (4 puntos), Bueno (3 puntos), Regular (2 puntos) y Malo (1 punto). A partir de las respuestas asignadas a la característica se obtuvo el puntaje global de la satisfacción pudiendo la misma ser:

*Se categorizo a la variable como:*

- Satisfacción Alta: cuando el puntaje obtenido sea igual o mayor a 28



- Satisfacción Moderada. Cuando el puntaje obtenido se encuentre entre 15 y 27 puntos
- Satisfacción Baja o insatisfacción: cuando el puntaje obtenido sea igual o menor a 14

**Variable Hipótesis N° 4: “Ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterápica hospitalaria”**

Definición conceptual: es el consumo de nutrientes no contemplados en la prescripción dietética que brinda el servicio de alimentación hospitalario.

Definición operativa: Se interrogó a los pacientes hospitalizados sobre la presencia de consumo de alimentos fuera de la prescripción durante su estadía hospitalaria (**ver anexo N°3, pregunta N°1**).

*Se categorizo a la variable como:*

- Presencia: cuando el entrevistado responda afirmativamente la pregunta N° 1
- Ausencia: cuando el entrevistado responda negativamente la pregunta N° 1

## IV. 2 Diseño de investigación

---

El *diseño fue no experimental*. En el diseño no experimental el investigador no interviene en el fenómeno, se limita a observarlo, debido a que las variables no se pueden controlar y el investigador no influye en los eventos por que estos ya existen, no actúa intencionalmente provocando una situación si no que se limita a observar los fenómenos que ya sucedieron y en su contexto actual. Las variables (estado nutricional, alimentación que reciben pacientes hospitalizados y cambios del peso corporal) fueron medidas tal cual se dan en la naturaleza, sin ejercer ninguna manipulación ni control.

Por otra parte será *Transversal o transeccional*. Ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

## IV. 3 Población y muestra

---

Población: Todos los pacientes adultos hospitalizados en el Hospital Centro de Salud, San Miguel De Tucumán, durante 2014.

Muestra: 50 pacientes hospitalizados en unidad quirúrgica I -sala8- Hospital Centro de Salud, San Miguel De Tucumán, durante 2014.

*Criterios de exclusión:*

- *Pacientes sin dietas, con dietas líquidas y con dieta de progresión.*
- *Pacientes críticos*
- *Pacientes ambulatorios*
- *Acompañantes*

*Técnica de muestreo:* El muestreo fue intencional, no probabilístico. Las muestras no probabilísticas suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario. La selección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, si no de la decisión del investigador (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2003)

*Consideraciones Éticas:* Normas Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas. CIOMMS (2002) Artículo 5: Se invita al paciente a participar en la investigación y su participación es voluntaria, los beneficios directos que espera para los pacientes que participan en la investigación, cual es el propósito de la investigación, los procedimientos que se realizara entre el investigador y paciente, qué medidas se tomaran para asegurar el respeto a la privacidad de los pacientes y a la confidencialidad de los registros en los que se identifica al sujeto.

## **IV. 4 Técnicas y procedimientos de recolección y análisis de datos**

---

Se elevó una nota de autorización al comité de docencia e investigación para realizar la recolección de datos correspondientes, donde el secretario administrativo Señor Tapia y la Vcal. De Actas y Correspondencia Dra. Puchuclu dieron una respuesta favorable a dicho pedido.

La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de abril y mayo del corriente año en el Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán, de la provincia de Tucumán.

En una primera instancia se concurrió a la unidad quirúrgica I- sala 8, que cuenta con 4 sectores de internación, donde cada sector dispone de 6 camas, donde junto con el director de tesis Dr. Valdez, se tomó conocimiento del uso de las historias clínicas y se presentó al investigador ante el personal de la sala de manera de facilitarse el trabajo de campo. Con los pacientes de dicha sala, se trabajó en la toma de mediciones antropométricas de peso y talla. Los datos: edad, sexo ingreso hospitalario, n° de cama, dieta indicada y diagnóstico fueron obtenidos de las historias clínicas de cada paciente.

En un segundo momento se empleó un el recordatorio de 24 horas a fin de conocer el valor calórico total aproximado para luego adecuarlo al valor calórico total recomendado. Para esta instancia; se utilizaron modelos caseros tridimensionales así el paciente estimó en medidas casera lo consumido, indagando detalladamente lo consumido haciendo uso de medidas caseras.

Luego se aplicó a cada paciente una encuesta de satisfacción donde se analizó los siguientes ítems; Presentación de las comidas, cantidad y calidad de las comidas, temperatura, sabor, color, aroma y horarios de servicio de comidas. Se explicó que deberían marcar con una cruz cada ítems donde se los puntuó con excelente, muy bueno, bueno, regular y malo. Se manifestó a cada paciente que tanto sus datos personales como lo preguntado en la encuesta era anónimo y voluntario.

Por último, se indagó respecto del consumo de alimentos y/o bebidas fuera de la dieta prescrita por el médico.

Finalmente se solicitó al servicio de alimentación los menús dietoterápicos, donde las nutricionistas explicaron cada menú con sus variantes.

Para el análisis de los datos recolectados se aplicó el programa Excel, donde se realizó una matriz de datos, se realizaron tablas y gráficos de barras.

Se aplicó el programa SARA para cálculo de valor calórico total consumidos por cada paciente, esos informes se volcaron a la matriz de datos.

Luego para la comprobación de hipótesis se aplicó la prueba de  $\chi^2$  para una variable.

Para esta investigación se trabajo con los siguientes instrumentos:

*Historia clínica del pacientes:* Es un documento legal que surge del contacto entre el profesional de la salud (médicos, enfermeros) y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención a los pacientes (De Girolami, Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto, 2001). Se lo utilizo para identificar a los distintos tipos de regímenes dietoterapicos.

*Balanza marca ATMA:* Permite pesar individuos hasta de 200kg, cuya escala de medición permita una precisión en un rango de 100gramos. Posee sistema de sensor de alta precisión (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003). Se la utilizó para tomar el peso en pacientes (**ver anexo 3**).

*Cinta métrica:* se utilizara de marca *Lufkin* de 0,5 cm. de ancho por 200 cm. de largo. Es metálica, inextensible y flexible. (De Girolami, Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal, 2003)Con dicha cinta se tomo la talla a cada paciente internado (**ver anexo 3**).

*Tabla FAO/OMS 2003:* Se utilizó para determinar calorías consumidas por pacientes (**ver anexo 3**).

*Modelos visuales:* Se hizo uso de modelos visuales, tridimensionales y uso de medidas caseras. Se manejaron para que el paciente estime en medidas casera lo consumido.

*Consentimiento informado (Ver anexo 1).*

*Instrumento de recolección de datos:* constó de los siguientes apartados:

- *Datos personales y médicos:* Edad, sexo, sala, número de cama, fecha de ingreso y diagnostico (**ver anexo N° 3**).
- *Datos antropométricos:* Se registró los datos recolectados de Peso y Talla
- *Recordatorio de 24 hs:* se trabajó con el modelo de Girolami (**ver anexo N° 3**).
- *Encuesta de satisfacción:* Constituida por las siguientes características que fueron evaluadas: presentación de las comidas, cantidad y calidad de comida,

temperatura, color, sabor, aroma y horarios de servicios de comidas (**ver anexo N° 3**).

- *Programa SARA*: Sistema de análisis y registro de alimentos, se utilizó para realizar cálculos de la ingesta alimentaria de los pacientes.
- *Matriz de datos*: Se volcó la información recolectada y se realizaron tablas y gráficos de barra.

## Capítulo V: Resultados



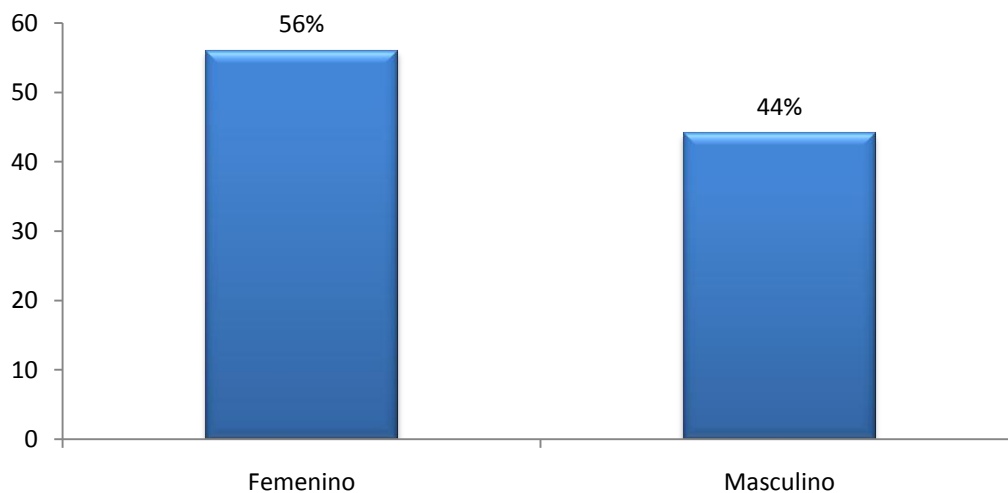
## V. Resultados

En el presente trabajo de investigación fueron encuestados 50 pacientes en unidad quirúrgica I -sala8- durante el mes de abril y mayo del corriente año en el Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán de la provincia de Tucumán.

### V.1 Características de la muestra

Indagando el *sexo* de los encuestados se encontró que predominaron las mujeres con el 56% (n=28), mientras que los varones representaron al 44% (n=22), tal como puede apreciarse en el gráfico siguiente.

Gráfico N°1: Distribución de la muestra según sexo (n=50)



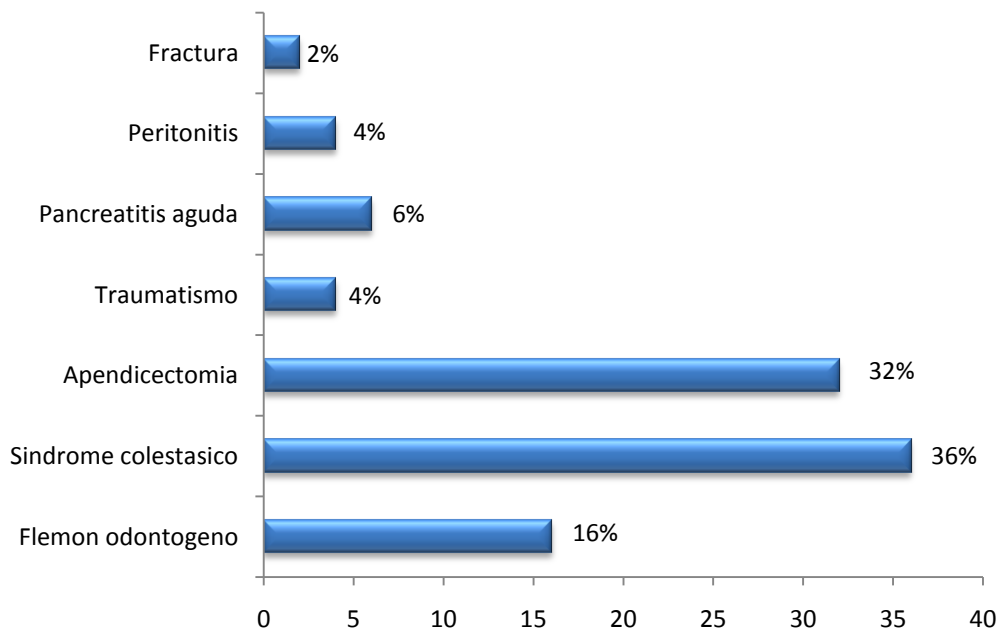
El rango de *edades* es entre 15 a 62 años, como se observa en el gráfico las edades de la mayoría de los pacientes se encuentran dentro del rango de 25 a 44 años, siendo el mínimo 55 años o más.

Gráfico N°2: Distribución de la muestra según edad (n=50)



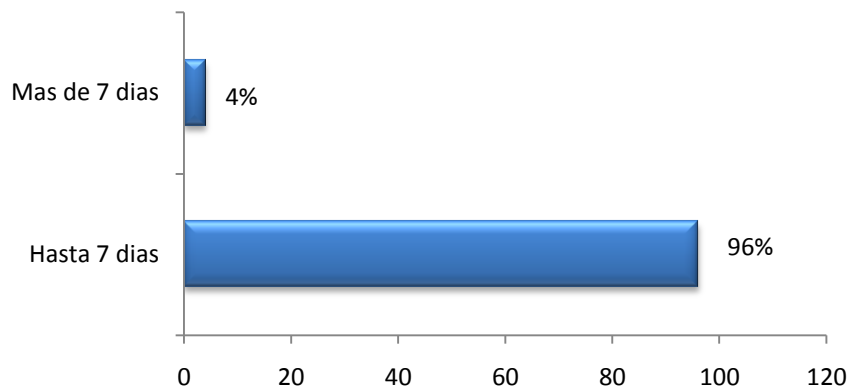
El siguiente gráfico detalla que predomina el **diagnóstico** síndrome colestasico con un 36% (n=18), el 32% (n=16) de los adultos tienen diagnosticado apendicectomía y el 2% (n=1) presenta fractura.

Gráfico N°3: Distribución de la muestra según diagnóstico (n=50)



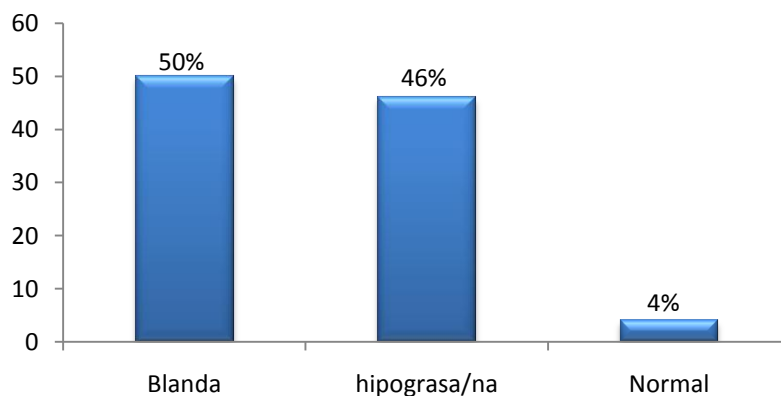
En cuanto al **tiempo de estadía** hospitalaria la mayoría de los pacientes se encuentran internados hasta 7 días (96%) y una mínima de internación por más de 7 días (4%). Tal como se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico N°4: Distribución de la muestra según tiempo de estadía (n=50)**



Con respecto a la **dieta** el siguiente gráfico muestra que el 50% de los pacientes reciben indicaciones médicas de dieta blanda y solo un 4% recibe dieta normal.

**Gráfico N° 5: Distribución de la muestra según tipo dieta (n=50)**

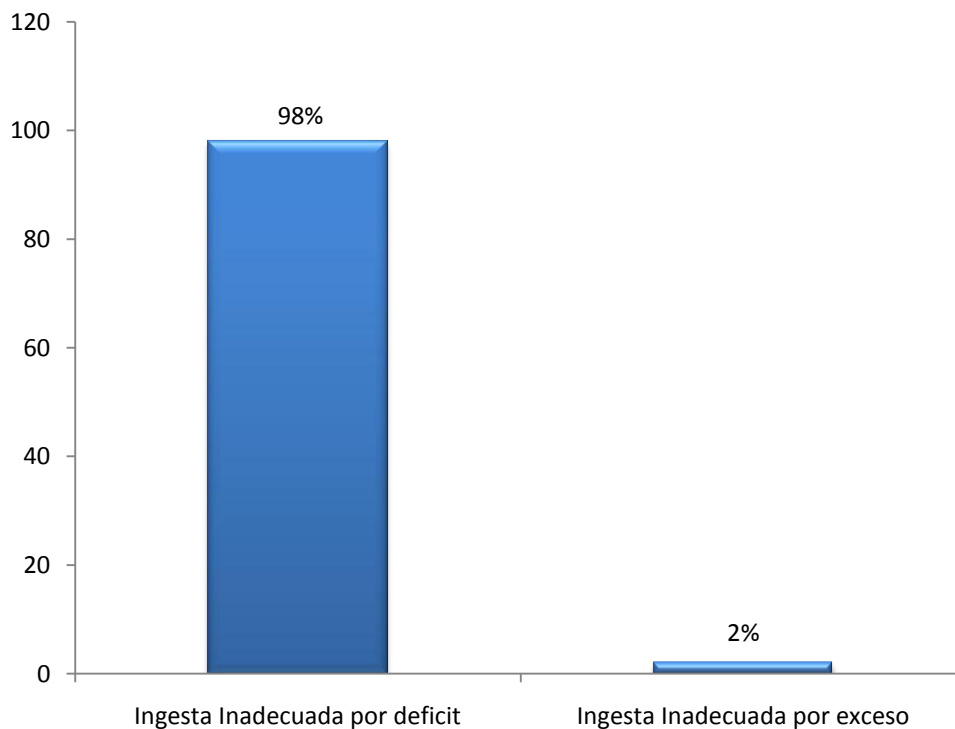


## V. 2 Análisis descriptivo

### V. 2. 1 Análisis de la ingesta alimentaria según consumo de macronutrientes( hidratos de carbono, proteínas y grasas)

Puede apreciarse en el siguiente gráfico que el 98% de los pacientes internados presenta una **ingesta calórica** inadecuada por déficit <sup>1</sup> eso puede deberse a que el paciente internado se encuentra en una situación muy particular física y emocionalmente; existen indicadores que influyen en el consumo de los alimentos ya que al momento de comer la sensación más inmediata es el sabor y el aroma a pesar que los alimentos mayormente sean sin sal. El 2% presentó ingesta inadecuada por exceso

**Gráfico N°6: Distribución de la muestra según ingesta calórica (n=50)**

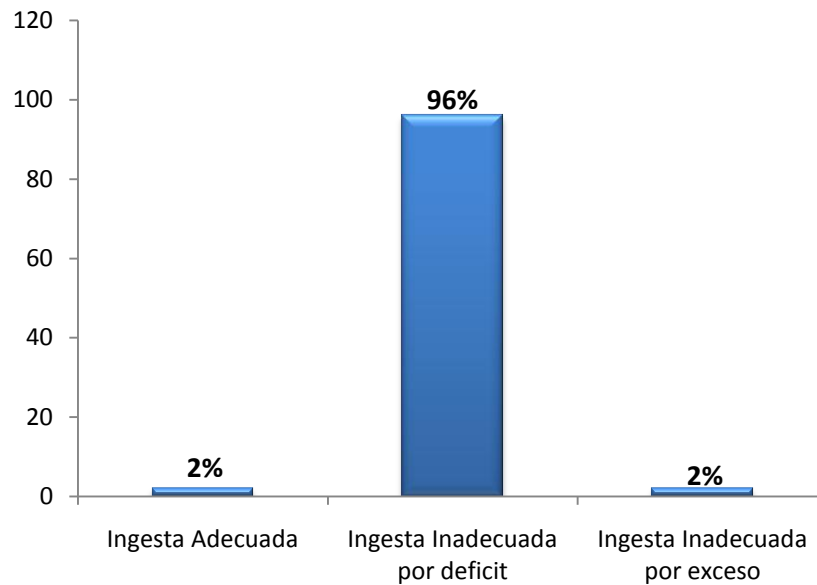


i

<sup>1</sup> Cabe destacar que a pesar de contar con un régimen alimentario preestablecido acorde a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado se encontraron estos valores referidos por el paciente sobre su ingesta.

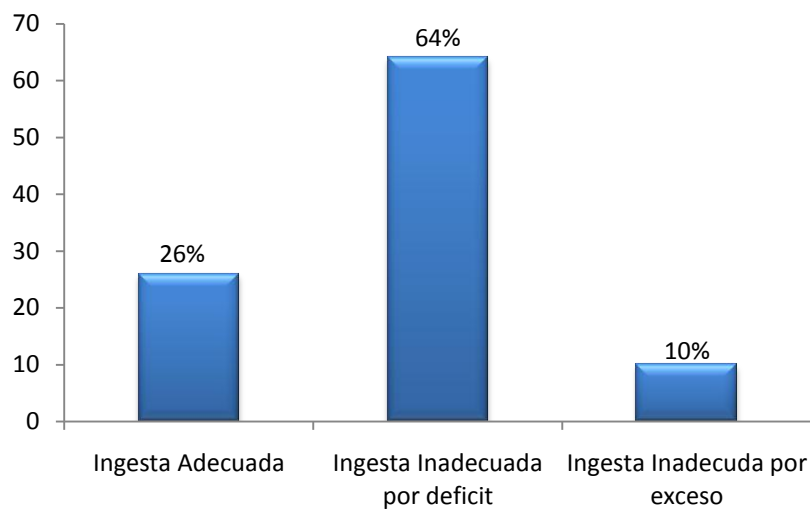
El consumo **de Hidratos de Carbono** tal como muestra el gráfico, el 96% presenta una ingesta inadecuada por déficit, solo un 2% presenta ingesta adecuada y el 2% restante una ingesta inadecuada por exceso.

**Gráfico N° 7: Distribución de la muestra según Hidratos de Carbonos (n=50)**



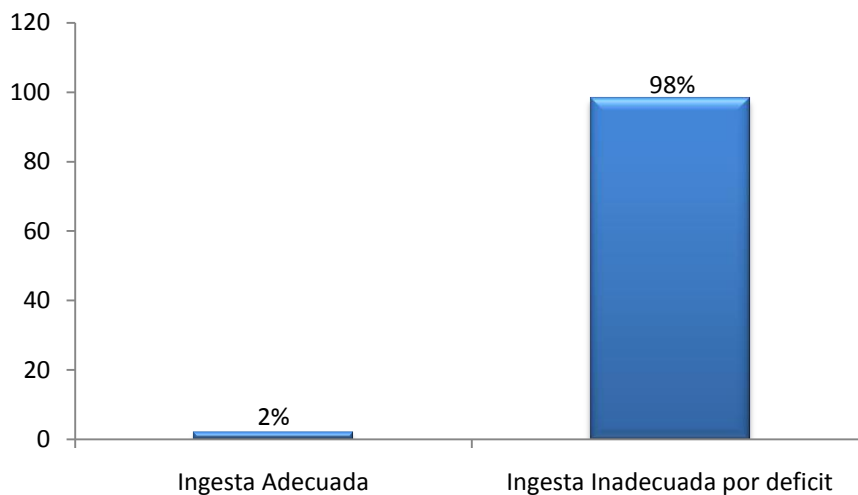
En el siguiente gráfico se aprecia que el 64% de los pacientes internados presentan una ingesta inadecuada por déficit de **proteínas** y solo el 26% representa una ingesta adecuada y el 10% restante una ingesta inadecuada por exceso.

Gráfico N° 8: Distribución de la muestra según Proteínas (n=50)



El 98% de los pacientes internados presentan una ingesta inadecuada por déficit de *grasas* y el 2 % presenta una ingesta adecuada.

Gráfico N° 9: Distribución de la muestra según Grasas (n=50)



Con respecto a las **Kcal** consumida en los pacientes encuestados si bien el promedio para la muestra fue de 1360 Kcal, analizando valores máximos y mínimos se

registro una amplitud total que abarcó de los 2474 Kcal hasta el valor mínimo que fue de 401 Kcal.

Acercas del consumo de **Hidratos de Carbono** en los pacientes internados el promedio fue de 188 g, siendo su valor máximo de 346 g y un consumo mínimo de 57 g.

En el consumo de **Proteínas** en los pacientes el valor promedio fue de 69 g, con una dispersión desde los 6 g hasta los 115 g.

Al evaluar el consumo de **Grasas** en los pacientes encuestados si bien el promedio para la muestra fue de 36 g, analizando valores máximos y mínimos se registro una amplitud total que abarcó desde 1 a 69g.

Tabla N°1: Valores promedio y dispersión para Energía y Macronutrientes (N=50)

Nutrientes	Valor Medio	Valor Máximo	Valor Mínimo
Kcal	1360	2474	401
HC	188	346	57
P	69	115	6
G	36	69	1

El consumo de **Fibra** en los pacientes encuestado se obtuvo un promedio de 9 g, analizando valores máximos y mínimos se determino un máximo de 25 g de fibra consumida y un mínimo de 1,71 g.

Acercas de consumo de **Colesterol** el promedio fue de 190 mg, se determinó un valor máximo de 472 mg y un valor mínimo de 2,4 mg de colesterol.

Teniendo en cuenta el conjunto de gramos consumidos de **Ácidos grasos** en los pacientes encuestados el mayor consumo fue de **Saturados** con un promedio de 30 g y analizando valores mínimos y máximos se registro una amplitud total que abarcó de los 0,15 g a 30,9 g. El menor consumo fue de **Poliinsaturados** con un promedio de 10 g y se determinó un valor máximo de 21 g y un valor mínimo de 0,26 g.



Tabla N°2: Valores promedio y dispersión para Fibra, Colesterol y Ácidos Grasos (N=50)

	Valor Medio	Valor Máximo	Valor Mínimo
Fibra	9	25	1,71
Colesterol	190	472	2,4
Ácidos Grasos Saturados	30	0,15	30,9
Á. Grasos Monoinsaturados	12	22	0,17
Á. Grasos Poliinsaturados	10	21	0,26

El conjunto de mg consumidos por los pacientes internados el mayor consumo fue de **sodio** con un promedio para la muestra de 612 mg analizando valores máximos y mínimos se registro una amplitud total que abarca de 1400 mg a 120,1 mg. El menor consumo fue de **Hierro** con un promedio de 12 mg abarcando un rango que va de los 22 a 3,01 mg. El consumo medio fue de **Calcio** cuyo promedio fue de 524 mg llegando a un valor máximo de 1522 mg a un valor mínimo de 72,8 mg.

El mayor consumo fue de **Vitamina A** con un promedio de 814 con un valor máximo de 4369 y un valor mínimo de 78,42.

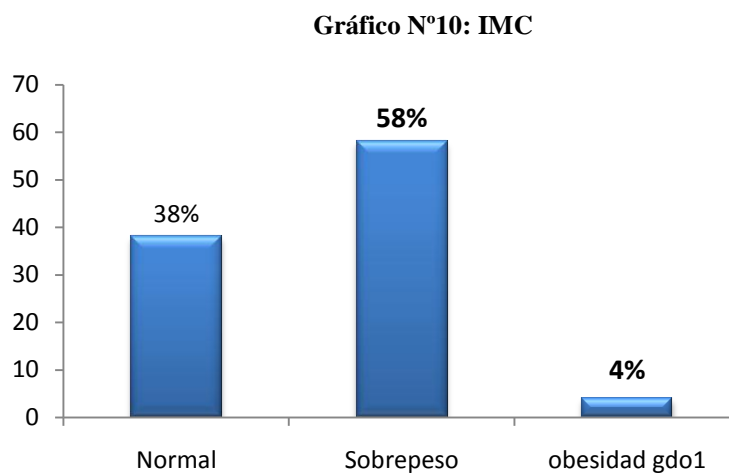
Tabla N°3: Valores promedio y dispersión para Micronutrientes (N=50)

	Valor Medio	Valor Máximo	Valor Mínimo
Sodio	612	1400	120,11
Hierro	12	22	3,01
Calcio	524	1522	72,8
Vitamina A	814	4369	78,42
vitamina B12	4	19	0,39
Vitamina C	38	162	4,4



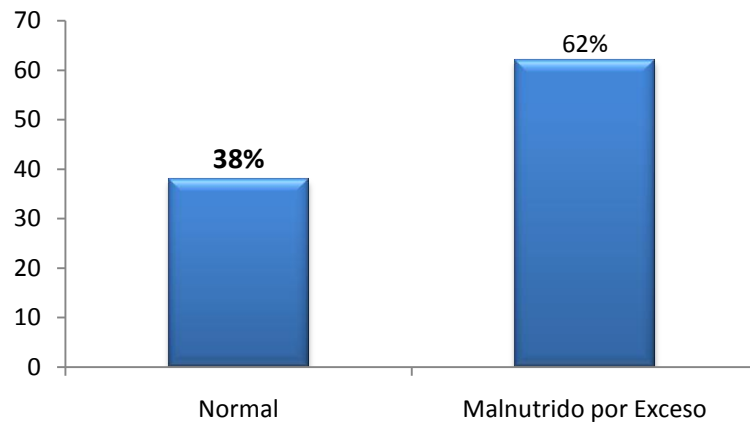
### V. 2. 2 Análisis del estado nutricional antropométrico

El estado nutricional de los pacientes hospitalizados fue evaluado por medio del **IMC**. Se observa en el gráfico siguiente que 29 pacientes (58%) presentan sobrepeso y solo 19 pacientes (38%) presentaron un estado nutricional normal según su IMC, el resto presentó obesidad grado 1.



En el siguiente gráfico se puede observar que sólo el 38% (n=19) de los pacientes internados presenta un IMC normal, es decir que más de la mitad 62% (n=31) de los pacientes se encuentran malnutrido por exceso.

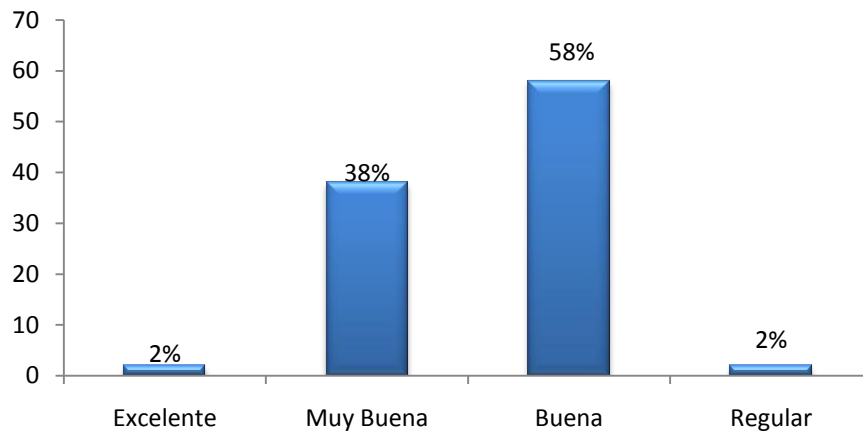
**Gráfico N° 11 normal contra malnutrido por exceso**



V. 2. 3 Análisis de la satisfacción con la alimentación:

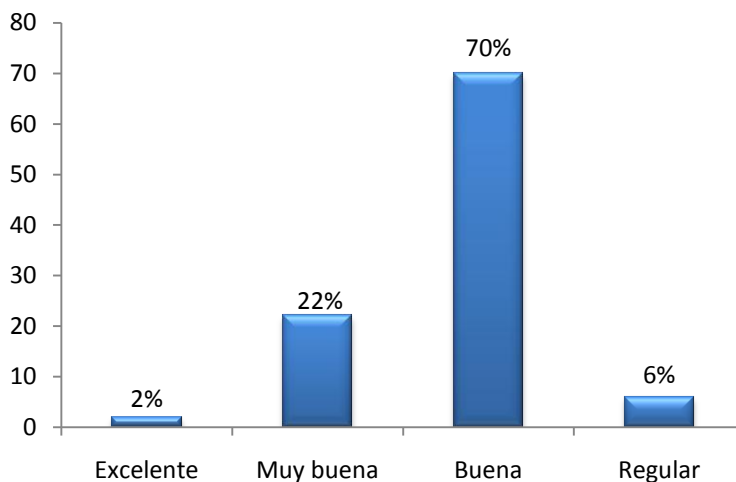
En cuanto a la **presentación de las comidas** elaboradas por el servicio de alimentación del Hospital Centro de Salud, como se observa en el siguiente gráfico el 58% de los pacientes internados clasificó la presentación de las comidas como Buena y el 38% como Muy Buena. Solo el 2% las clasifica como Excelente y el resto Regular.

**Gráfico N° 12: Presentación de las comidas**



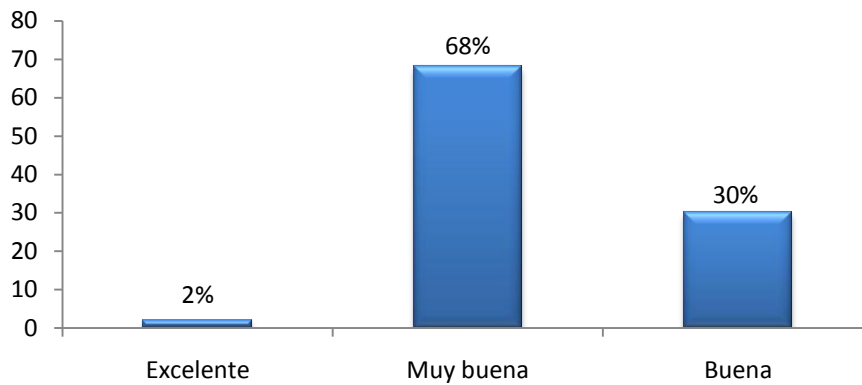
Al evaluar la **calidad y cantidad** de los alimentos, se logra conocer la complacencia del paciente con respecto a la comida presentada y degustada, este gráfico muestra que el 70% (n=35) de los pacientes clasificó a la cantidad y calidad como Buena. Solo el 2% manifestó que es excelente y el 6% la clasifico como regular.

**Gráfico N° 13: Cantidad y calidad de las comidas**



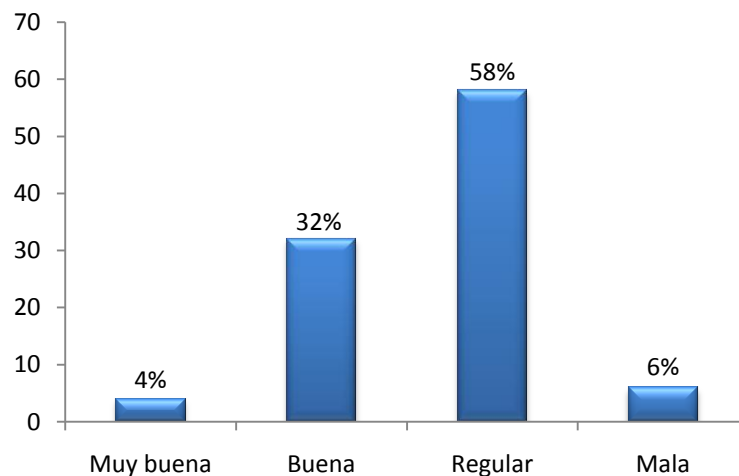
En este gráfico puede observarse que el ítem **temperatura** fue el más destacado de todas las características evaluadas, ya que el 68% (n=34) la manifestó como muy buena. Solo el 2% calificó a la temperatura como excelente. Ningún paciente la caracterizo como mala.

Gráfico N°14: Temperatura



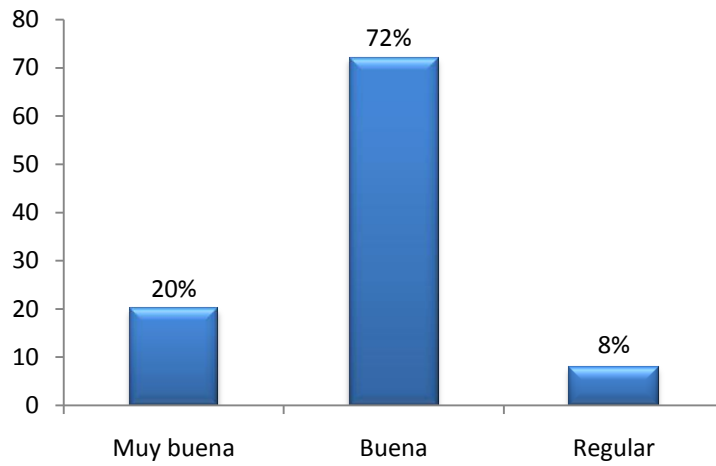
El 58% de los pacientes clasificó el **sabor** de las preparaciones como regular, el 32% manifestó buen sabor, solo el 4% lo destacó como muy bueno y el 6% lo denominó como malo.

Gráfico N°15: Sabor



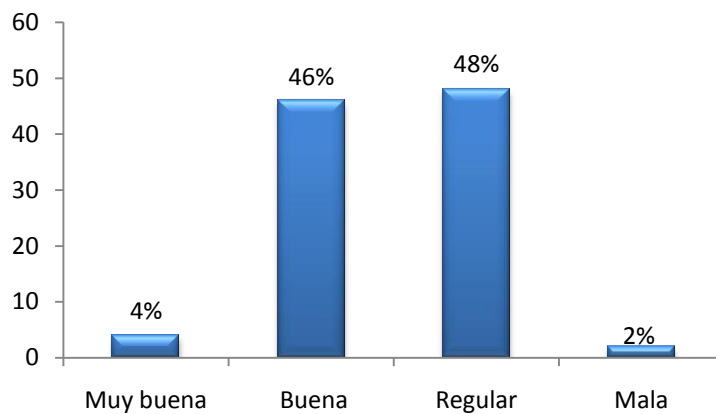
El siguiente gráfico detalla que el 72% de los pacientes manifestó que el **color** de las preparaciones era bueno y solo el 8% restante lo especifico como regular.

Gráfico N°16: Color



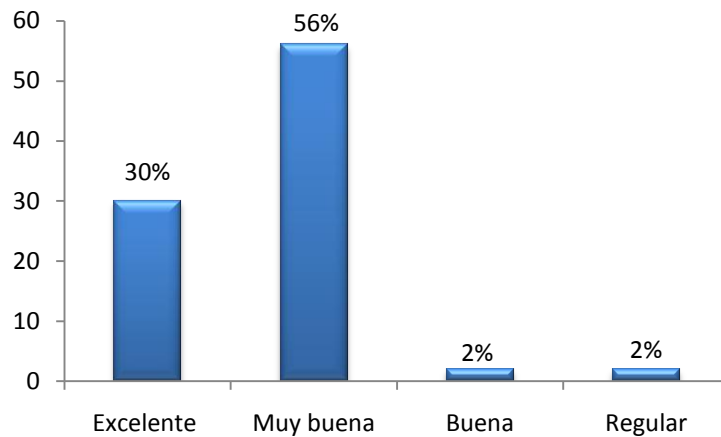
El 48% manifestó el **aroma** como regular, el 46% clasifico como bueno y el 2% como malo.

Gráfico N°17: Aroma



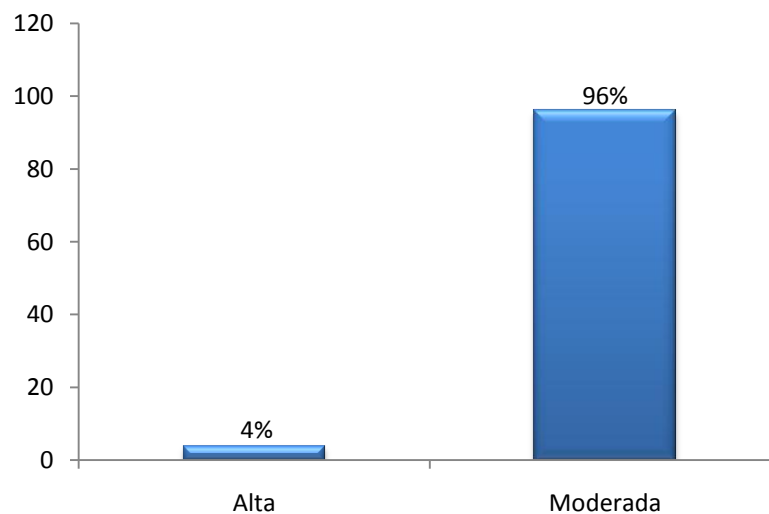
Puede apreciarse en el siguiente gráfico que el 56% de los pacientes internados manifestó muy bueno el *horario en que es servida la comida*, el 30% de los encuestados determino que es excelente y solo el 2% lo clasifico como regular.

Gráfico N°18: Horarios de servicio de comidas



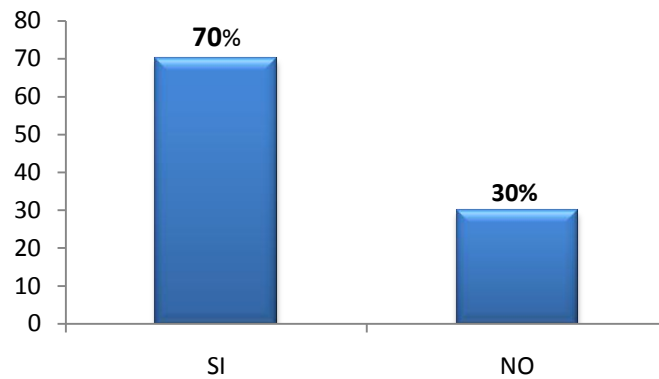
El siguiente grafico muestra que el 96% de los pacientes encuestados determinaron que la *satisfacción con la alimentación* brindada por el servicio de alimentación del Hospital Centro de Salud es moderada y solo un 4% determino una satisfacción alta.

Gráfico N°19: satisfacción global con la alimentación



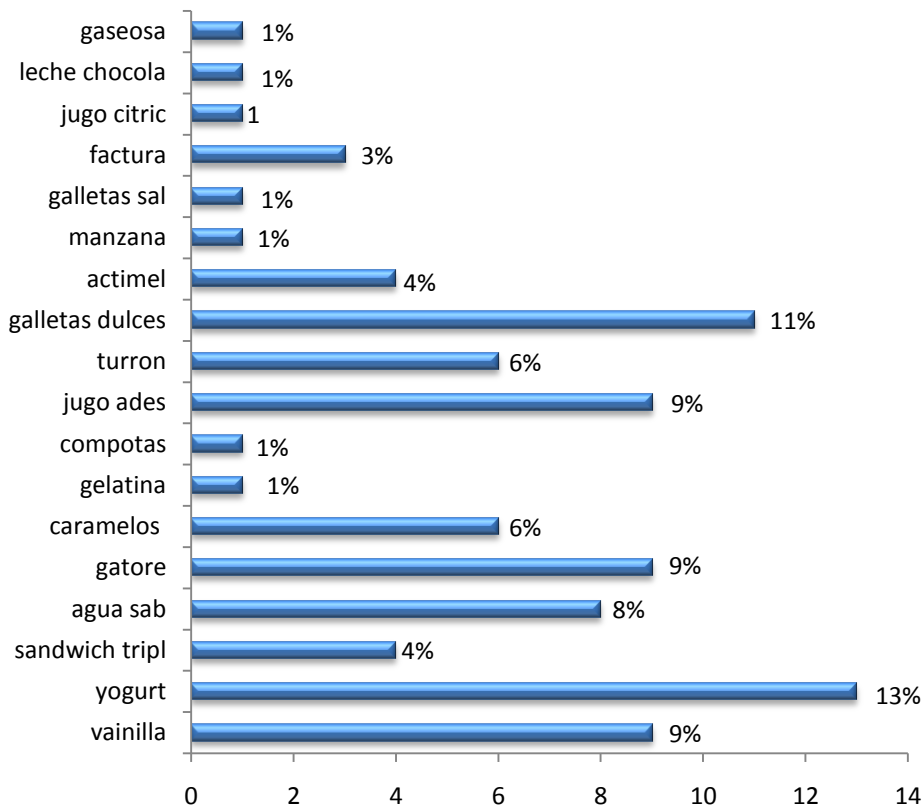
El siguiente gráfico muestra que el 70% de los pacientes consumen alimentos y bebidas fuera de la dieta prescrita por el médico.

Gráfico N20° pregunta 1



El alimento más consumido por los pacientes fue el yogur (13%) seguido de las galletas dulces (11%).

Gráfico N°21 de alimentos y bebidas consumidas fuera de la dieta



## V. 3 Comprobación de hipótesis

**Hipótesis 1 (H<sub>1</sub>):** *La ingesta calórica de los pacientes hospitalizados es adecuada según valor recomendado.*

Teniendo en cuenta la distribución de frecuencia en las categorías de variables al no observarse casos que registren valores de ingesta adecuada la hipótesis se refuta automáticamente.

**Por lo tanto se puede afirmar que la ingesta calórica de los pacientes hospitalizados no es adecuada.**

**Hipótesis 2 (H<sub>2</sub>):** *El estado nutricional antropométrico de los pacientes hospitalizados es normal.*

**Hipótesis de Nulidad (H<sub>0</sub>):** *No existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes hospitalizados*

Tabla de comprobación de hipótesis de H<sub>2</sub>

Categorías	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Normal	19	25	-6	36	1,44
Alterado	31	25	6	36	1,44
Total	50	50		<b>Chi obtenido</b>	<b>2,88</b>

Para la puesta a prueba de la H<sub>2</sub> se aplicó el cálculo de chi<sup>2</sup> para una variable. Se trabajó con un valor de  $\alpha$  de 0,05, con un intervalo de confianza (IC) del 95% y 1 Grado de Libertad (GL). Con estos parámetros el valor teórico para chi<sup>2</sup> fue de 3,84.

A partir de los valores observados en las categorías de la variable, se determinó un valor de chi<sup>2</sup> de 2,88 mediante la aplicación de la fórmula. Siendo este valor inferior al valor teórico, se comprueba la H<sub>0</sub>, refutándose la H<sub>2</sub>.

**Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que no existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los pacientes hospitalizados.**

**Hipótesis 3 (H<sub>3</sub>):** *El grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria del paciente hospitalizado es moderado.*

**Hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>):** *No existen diferencias significativas en grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria del paciente hospitalizado.*

**Tabla de comprobación de hipótesis H<sub>2</sub>**

Categorías	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
Grado alto	2	25	-23	529	21,16
Grado moderado	48	25	23	529	21,16
<b>Total</b>	50	50		<b>Chi obtenido</b>	<b>42,32</b>

Para la puesta a prueba de la H<sub>3</sub> se aplicó el cálculo de  $\chi^2$  para una variable. Se trabajó con un valor  $\alpha$  de 0,05, con un IC del 95% y 1 GL. Con estos parámetros el valor teórico para  $\chi^2$  fue de 3,84.

A partir de los valores observados en las categorías de la variable, se determinó un valor de  $\chi^2$  de 42,32. Siendo este valor superior al valor teórico, no se comprueba la H<sub>0</sub>, afirmándose la H<sub>3</sub>.

**Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que el grado de satisfacción con la alimentación dietoterápica hospitalaria del paciente hospitalizado es moderado.**



**Hipótesis 4 (H4):** *Entre los pacientes hospitalizados existe ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterápica hospitalaria propuesta por el servicio del hospital.*

**Hipótesis de nulidad (Ho):** *No existen diferencias significativas en la ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterápica hospitalaria propuesta por el servicio del hospital.*

**Tabla de comprobación de hipótesis H<sub>4</sub>**

Categorías	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
SI	35	25	10	100	4
NO	15	25	-10	100	4
<b>Total</b>	50	50		<b>Chi obtenido</b>	<b>8</b>

Para la puesta a prueba de la H<sub>4</sub> se aplicó el cálculo de  $\chi^2$  para una variable. Se trabajó con un valor de  $\alpha$  de 0,05, con un IC del 95% y 1 GL. Con estos parámetros el valor teórico para  $\chi^2$  fue de 3,84.

A partir de los valores observados en las categorías de la variable, se determinó un valor de  $\chi^2$  de 8. Siendo este valor superior al valor teórico, no se comprueba la Ho, afirmándose la H<sub>4</sub>.

**Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que entre los pacientes hospitalizados existe ingesta de alimentos fuera de la alimentación dietoterápica hospitalaria propuesta por el servicio del hospital.**



## **Capítulo VI:**

# **Conclusión, Discusión y propuestas**



## VI. 1 Discusión y Conclusión

---

Este trabajo de investigación se realizó en el Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán, donde se evaluaron a 50 pacientes internados. A partir de los resultados encontrados, se elaboran las siguientes conclusiones:

Una buena alimentación contribuye a mantener y mejorar el estado nutricional del paciente internado (Longo & Navarro, 2001). En cuanto a la ingesta calórica de los pacientes participantes de este estudio, en el 98% de los casos fue inadecuada por déficit, con una media de calorías de 1360 Kcal. Así también se presentó el consumo de macronutrientes fue inadecuado (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y micronutrientes (Fibra, colesterol, ácidos grasos saturados, ácidos grasos monoinsaturados, ácidos grasos poliinsaturados, sodio, hierro, calcio, vitamina A, vitamina B12 y vitamina C).

Estos resultados fueron comparados con una investigación donde se plantea que el consumo energético durante la internación suele ser inferior a los requerimientos estimados, lo cual frecuentemente se asocia con pérdida de peso y alteración del estado nutricional (Delfante y Cols, 2007).

Al tratarse de pacientes quirúrgicos, es necesario definir cuáles son aquellos que necesitan de una atención nutricional especial y requieran algún tipo de complemento para la corrección del estado nutricional (De Girolami & Gonzáles Infantino, 2008). La dieta hospitalaria debe estar bien diseñada tanto en relación a la composición nutricional como en lo referente a aspectos culinarios, variedad, presentación, temperatura, seguridad alimentaria, etc. Las unidades de nutrición deben encargarse de elaborar y supervisar la adecuada planificación de las dietas hospitalarias (De Luis Román, Bellido Guerrero, & García Luna, 2010). En esta investigación la dieta más indicada fue la blanda, seguida de la hiposódica.

A nivel internacional, Vargas Correa y Cols (2010), encontraron en un servicio de medicina interna que más de la mitad de los pacientes internados tenía sobrepeso y obesidad, relacionando este hallazgo con la escasa actividad física, consumo de dietas hiponérgicas e hiperproteicas. A pesar de esto, la literatura destaca que siguen apareciendo desnutridos adultos que no logran cambiar dicha situación durante su

internación (De Girolami, 2001). Entre los estudiados se verificó que la mayoría presentó malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad grado 1).

Por otra parte, en este estudio se valoró la satisfacción que presentan los pacientes internados con la alimentación brindada, verificándose estadísticamente que la misma fue moderada (IC: 95%, GL: 1,  $\alpha$ : 0,05,  $\chi^2$ : 42,32). Estos resultados guardan relación con el trabajo de González Molero y Cols (2008), quien indica que una de las causas más frecuentes de insatisfacción es la falta de apetito, no gustarle la comida y el sabor. Otro estudio realizado en un hospital público de Madrid, que encontró satisfacción refirió como variables que influyeron en la alimentación a la condimentación, la temperatura y la satisfacción con las sopas. Este estudio concluye que a pesar de un elevado nivel de satisfacción con la alimentación existen oportunidades de mejora para así lograr una mejor satisfacción del comensal (Alguacil Pau, Crespo Sevilla, Fernández Martínez, & García Vega, 2013). La falta de satisfacción de las comidas se debe a veces, a la toma de alimentos poco familiares para el paciente, la aceptación de los alimentos mejora cuando se fomenta la elección personal del menú. Se está produciendo una revolución en las comidas hospitalarias, son muchos los hospitales que cuentan con un menú de tipo servicio de habitaciones, o que trabajan para ponerlo en práctica, con el fin de resolver los problemas relacionados con la insatisfacción o la mala ingesta de los alimentos. Las dietas deben ser realistas y satisfacer los requerimientos nutricionales de los pacientes (Mahan, Stump, & Raymond, 2013).

Cuando se trata de alimentación hospitalaria lo más importante es proporcionar alimentos que el paciente desee y sea capaz de tomar y que se ajusten a las restricciones dietéticas requeridas (Mahan, Stump, & Raymond, 2013). En este estudio, el aroma y sabor fueron calificados predominantemente como regulares.

Es importante destacar que en el contexto de una internación, las comidas y la toma de alimentos son momentos destacados del día, que son esperados con expectación por el paciente. El momento de la comida debe ser lo más placentero posible. La disposición de los elementos en la bandeja ha de adecuarse a las necesidades del paciente (Mahan, Stump, & Raymond, 2013). En este estudio, más de la mitad de los internados clasificó a la presentación de la comida como buena, así como también se mostraron satisfechos con la temperatura, horario y servicios de comidas. En relación a estos aspectos, González Molero y Cols (2008) demostraron en su estudio que la mayor



proporción de pacientes internados califican la temperatura como buena así como a la presentación de las comidas

A pesar de lo antes mencionado, es posible destacar entre los hallazgos de la presente investigación que el 70% de los participantes afirmó consumir algún alimento y/o bebidas fuera de la dieta prescrita. Lo más consumido fue yogurt y galletas dulces. La comida que se sirve no representa necesariamente la ingesta real del paciente. Si la ingesta es inadecuada como en este caso se deben tomar medidas para proporcionar alimentos o suplementos que sean mejor aceptados o tolerados. Tanto los alimentos servidos como la cantidad realmente consumida han de ser tenidos en cuenta a la hora de obtener una determinación precisa de la ingesta energética y de nutrientes del paciente. Los alimentos y las bebidas calóricas consumidas entre las comidas también se han de considerar en la valoración de la ingesta global. Este dato es importante más aun en consideración a lo expresado por De Girolami & Gonzáles Infantino (2008) quienes afirman que los recuentos calóricos a veces inexactos e incompletos pueden ser justificativo de nutrición enteral o parenteral.

Es posible concluir ante los resultados de este estudio la importancia de brindar a los pacientes la oportunidad de compartir sus opiniones sobre la comida, lo que ciertamente mejora la aceptación y la ingesta.

Para finalizar es importante destacar que el contacto experimentado con los pacientes, familiares, acompañantes, médicos, enfermeros y nutricionista del servicio de alimentación del hospital, durante el tiempo que llevo realizar este trabajo de investigación fue agradable.

## VI. 3 Propuestas

---

A partir de los hallazgos de esta investigación, los resultados encontrados resultan de interés a diversos actores sociales involucrados en la temática estudiada.

En primer lugar, los estudiantes de nutrición y ciencias de la salud, porque a partir de los resultados encontrados es posible a los mismos vislumbrar el estado de nutrición y salud de los pacientes internados.

Por otra parte la información brindada por este estudio resulta de interés a los profesionales de la salud, específicamente los de la institución participante de manera tal que los mismos pueden elaborar estrategias que contribuyan a mejorar la satisfacción con la alimentación de los pacientes del nosocomio.

Sería interesante que futuros estudios indaguen en los parámetros de esta ingesta inadecuada y su posible relación con la alimentación hospitalaria o a un racionamiento inadecuado.

Por otra parte, al finalizar este trabajo se puede mencionar como limitantes de este estudio aspectos vinculados a la recolección de datos de interés para futuras investigaciones. Se sugiere que futuros estudios que indaguen en la satisfacción alimentaria profundicen en los aspectos evaluados en relación a los caracteres del régimen. Estas consideraciones permitirían el desarrollo de acciones más específicas que podrían implementarse para mejorar la atención de la salud y las necesidades de los pacientes hospitalizados.

En cuanto al instrumento de recolección de datos, resultaría de interés disponer de datos socio demográficos ( residencia rural/urbana, nivel de instrucción, cobertura en salud, tiempo de hospitalización, tiempo de visita del nutricionista a cargo de las salas y también nombre de la preparación evaluada cual disgusta más o menos una con otra). Se sugiere realizar estudios que contemplen la satisfacción según la patología del paciente internado y la tipificación del régimen.

Realizar evaluaciones del estado nutricional de los pacientes internados, completando las distintas mediciones de rutina que se realizan y que sea tomado en cuenta tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de los pacientes y dicha información recogida sea volcada a cada historia clínica del paciente.



Sería de suma importancia profundizar en la investigación sobre el estado nutricional antropométrico, teniendo en cuenta el perfil del paciente, realizando dichas mediciones al momento del ingreso y en su recuperación. Para eso cada sala debería contar con balanzas, cintas inextensibles y calibres, para poder así realizar una correcta y completa valoración antropométrica.

Por último, es importante destacar como necesaria la participación del Licenciado en Nutrición desde el inicio del diagnóstico y durante la enfermedad para promover la articulación entre los servicios de salud es decir trabajando sobre la adherencia al tratamiento nutricional de manera que se incluya al Licenciado en nutrición como parte del problema y la solución, ya que el Lic. en Nutrición está habilitado indicar y hacer de controlador de las formas de preparación y elaborar de regímenes alimentarios ya sea para personas o comunidades.



## Bibliografía



## Bibliografía

---

Alguacil Pau, A., Crespo Sevilla, R., Fernández Martínez, B., & García Vega, A. (2013). Predictores de la satisfacción de los pacientes con la alimentación de un hospital público de Madrid. *ELSEVIER* , 155-162.

Cuervo Zapatel, M., Martínez Hernández, A., & Muñoz Hornillos, M. (2013). *Alimentación Hospitalaria. Fundamentos*. Madrid: Diaz de Santos.

De Girolami, D. (2001). *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*. Buenos Aires: El Ateneo.

De Girolami, D. (2003). *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal*. Buenos Aires: El Ateneo.

De Girolami, D., & Gonzáles Infantino, C. (2008). *Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto*. Buenos Aires: El Ateneo.

De Luis Román, D., Bellido Guerrero, D., & García Luna, P. P. (2010). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. España: Ediciones Diaz de Santos.

Delfante, Valdomero, Rodota, Qvarmstrom, & Perman. (2007). Adecuación de la ingesta calórica en pacientes hospitalizados. *LILACS* , 1.

González Molero, I., Láñez López, M., Liébana, M., Muñoz Aguilar, A., Oliva, L., & Oliveira Fuster, G. (2008). Influencia de la temperatura en la ingesta de pacientes hospitalizados. *Nutrición Hospitalaria* , 54-59.

Guillen, N., Torrentó, M., Alvadalejo, R., & Salas Salvadó, J. (2004). Evaluación de la aceptación de los menú servidos en el hospital Universitari de Sant Joan de Reus. *Nutrición Hospitalaria* , 277-280.

Hernández Pedroso, W., Rittoles Navarro, A., Fiol, J., & García Hernández, R. (2000). Estado nutricional e paciente quirúrgico grave. *Revista Cubana de Medicina Militar* , 1.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Inda Icaza, P., & Pérez Lizaur, A. B. (1992). *Manual para el laboratorio de nutrición del individuo en condiciones patológicas*. México: Universidad Iberoamericana.

Longo, E., & Navarro, E. (2001). *Técnica dietoterápica*. Buenos Aires: El Ateneo.

López, L., & Marta, S. (2001). *Fundamentos de la nutrición normal*. Buenos Aires: El Ateneo.



Mahan, K., & Escott-Stump, S. (2000). *Nutrición y Dietoterapia*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Mahan, K., Stump, S., & Raymond, J. (2013). *Krause Dietoterapia*. España: Elsevier.

Martínez Campos, C., Mis Fernández, R., Moreno Macías, L., Pineda Cárdenas, F., Trejo Tejero, R., & Vargas Correa, J. (2010). Valoración antropométrica y estilos de vida en pacientes internados en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. *Medicina interna de México* , 213-218.

Martínez Hernández, A., & Del Puy Portillo Baquedano, M. (2011). *Fundamentos de nutrición y dietética*. España: Panamericana.

Montejo González, J. C., Culebras Fernández, J., & García De Lorenzo, A. (2006). Recomendaciones para la valoración nutricional del paciente crítico. *Revista Médica de Chile* , 134.

Moreno, P. C., & Mayorga, M. (2010). *Administración de Servicios de Alimentación*. Buenos Aires: Edición del autor.

Muñoz Hornillos, M. (2004). Diseño y planificación de dietas. La planificación dietética hospitalaria. En A. Martínez Hernández, M. Muñoz Hornillos, & M. Cuervo Zapatel, *Alimentación hospitalaria* (págs. 104-138). Madrid: Diaz de Santos.

Reyes, M. R. (2001). *Administración De Servicios de Alimentación*. Buenos Aires: Eudeba.

Rodríguez Arías, O., Hodelín, M. C., González Ortiz, M., & Flores Bolivar, F. (2012). Dietas en las instituciones hospitalarias. *Medisan* , 1.

Rugeles, S. J. (2009). Nutrición y metabolismo en cirugía. *Colomb Cir.* , 223-228.

Sanz, M. L. (2004). La evolución de la alimentación hospitalaria. *Revista de Humanidades* , 45-56.

Torresani, M. E., & Somoza, M. I. (2008). *Lineamientos para el cuidado nutricional*. Buenos Aires: Eudeba.

V, F., Mostkoff, D., Gutiérrez Salméan, G., & Amancio, O. (2008). Estado nutricional en pacientes internados en un Hospital público de la ciudad de México. *Nutrición Hospitalaria* , 294-303.

Vargas Correa, J., Moreno Macías, L., Pineda Cárdenas, F., Trejo Tejero, R., Martínez Campos, C., & Mis Fernández, R. (2010). Valoración antropométrica y estilos de vida en pacientes internados en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. *Medicina interna de México* , 213-218.



## Anexos



# Anexo 1. Consentimiento

---



## **Anexo 2. Autorización de la institución**

---



## Anexo 3. Instrumento de recolección de datos

### 1. Datos personales y médicos

1.1 Fecha...../...../..... Sala..... N° de cama.....  
Sexo: F..... M.....  
Fecha de ingreso...../...../.....  
Edad.....años  
Dieta indicada.....  
Diagnostico.....

### 2. Datos antropométricos

Talla.....metros  
Peso Actual.....Kg.

### 3. Recordatorio de 24 hs

HORA: .....	DESAYUNO:
HORA: .....	MEDIA MAÑANA:
HORA: .....	ALMUERZO:
HORA: .....	MERIENDA:
HORA: .....	MEDIA TARDE
HORA: .....	CENA:
HORA: .....	OTRAS



Encuesta de satisfacción. Marque con una cruz:

PUNTUACION	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
1)Presentación del las comidas						
2)Cantidad y calidad de comida						
3)Temperatura						
4)Sabor						
5)Color						
6)Aroma						
7)Horarios de servicio de comidas						
Total						

Pregunta N° 1: ¿Usted consume algún tipo de alimentos y/o bebidas fuera de la dieta prescrita por el médico?

No....

Si.... En el caso de consumir alimentos y/o bebidas antes, durante o después de las comidas brindadas por el servicio de alimentación del hospital, cite algunos.....



Balanza marca ATMA:



Cinta métrica marca Lufkin:



Tabla FAO/OMS 2003: Tabla de Recomendaciones Nutricionales de Minerales y Calorías

<b>AÑOS</b>	<b>Kcal/día</b>
<b><i>Niños</i></b>	
0 - 6 meses	550
7 -11 meses	700
1 - 3 años	V: 1100 M:1000
4 - 6 años	V: 1450 M: 1300
7 - 9 años	V:1800 M: 1700
<b><i>Adolescentes</i></b>	
Varones	
10 - 18 años	2900
Mujeres	
10 - 18 años	2350
<b><i>Adultos</i></b>	
Varones	
19 - 30 años	2900
31 - 60 años	2800
Mujeres	
19 - 30 años	2200
31 - 60 años	2200
<b><i>Adultos Mayores</i></b>	
Varones 60 - +	2350
Mujeres 60 - +	1950



## Anexo 4. Distribución de regímenes aportados por el hospital

### *Desayunos y Meriendas para pacientes adultos:*

#### Régimen Normal

Alimento	Cantidad
Leche	150cc
Mate o té	50cc
Azúcar	20g
Pan francés	40g

#### Régimen Blando

Alimento	Cantidad
Té	50cc
Leche	150cc
Azúcar	15g
Galletitas de agua	25g

#### Régimen Hipograso e Hiposodico

Alimento	Cantidad
Té	50cc
Leche descremada	150cc
Azúcar	20g
Pan francés tostado	40g
Mermelada	10g

**Sopa para pacientes adultos:**

Ingredientes	Cantidad
Apio	5g
Puerro	5g
Acelga	15g
Zapallo	20g
Zanahoria	15g
Cereales	15g
Sal	c/s
Agua	c/s

Régimen Normal Adultos- menú N°1

**Almuerzo:**

Sopa de cabello de ángel- pollo al horno con papas doradas- crema de choclo- flan de chocolate

Ingredientes	Cantidad	Variantes
<b>POLLO AL HORNO</b>	150cc	<b>PASTEL DE CARNE</b>
Pollo	c/s	
Sal y condimentos	5cc	
Aceite		
Limón		
<b>PAPAS DORADAS</b>		
Papas doradas	300g	
Sal	c/s	
Aceite	10cc	
<b>CREMA DE CHOCLO</b>		<b>ACELGA CON SALSA BLANCA GRATINADA</b>
Leche	50cc	
Choclo cremoso	30g	
Cebolla	5g	



Pimiento	5g
Harina	5g
Manteca	3g
Sal, pimienta y nuez moscada	c/s
<b>FLAN DE CHOCOLATE</b>	
<b>POSTRE DE DULCE DE LECHE</b>	
Leche	120cc
Azúcar	10g
Flan (polvo)	25g

**Cena:**

Sopa de sémola- escalope con ensalada- fruta

Ingredientes	Cantidad	Variante
<b>ESCALOPE</b>		<b>MILANESA CON ENSALADA</b>
Carne (bola de lomo)	100g	
Ajo, perejil	c/s	
Huevo	10g	
Harina	20g	
Aceite	20cc	
<b>ENSALADA</b>		
Chaucha	150g	
Zanahoria	100g	
Remolacha	50g	
Huevo	12,5g	
Aceite	10cc	
Vinagre	c/s	
Sal y condimentos	c/s	
<b>BANANA</b>	150g	<b>DURAZNO</b>

Régimen Normal Adultos- menú N°2



**ALMUERZO:**

Sopa cabello de ángel- pollo al horno con papas doradas- crema de choclo- tortilla de zapallitos- flan de chocolate

Ingredientes	Cantidad	Variante
<b>POLLO AL HORNO CON PAPAS DORADAS</b>		<b>PURE DE PAPAS</b>
Pollo	150g	
Limón	¼	
Papas	225g	
Sal	c/s	
Aceite	7,5cc	
<b>CREMA DE CHOCLO</b>		<b>CANELONES DE CHOCLO</b>
Leche	35cc	
Choclo cremoso	27,5g	
Cebolla	5g	
Pimiento	5g	
Harina	3,5g	
Manteca	2,5g	
Sal, pimienta y nuez moscada	c/s	
<b>TORTILLA DE ZAPALLITOS</b>		<b>TORTILLA DE ACELGA</b>
Zapallitos	200g	
Cebolla	30g	
Pimiento	10g	
Sal y condimentos	c/s	
Aceite	5cc	
Huevo	25g	
<b>POSTRE DE CHOCOLATE</b>		<b>POSTRE DE DULCE DE LECHE</b>
Leche	120cc	
Flan (polvo)	25g	



Azúcar para caramelo	5g
----------------------	----

**Cena:**

Sopa de sémola- escalope con ensalada- arroz perejilado- fruta

Ingredientes	Cantidad	Variante
<b>ESCALOPE CON ENSALADA</b>		
Carne (choquizuela)	100g	<b>MILANESA CON ENSALADA</b>
Ajo, perejil	c/s	
Huevo	10g	
Aceite	20g	
Chaucha	100g	
Zanahoria	50g	
Remolacha	30g	
Sal y condimentos	c/s	
Vinagre	c/s	
<b>ARROZ PEREJILADO</b>		
<b>BOCADITOS DE ARROZ</b>		
Arroz	50g	
Perejil picado	2g	
Manteca	5g	
Queso de rallar	3g	
Sal, ajo y condimento	c/s	
<b>POSTRE</b>		
Manzana	120g	<b>DURAZNO</b>



Régimen Blando Adultos- menú N°1

ALMUERZO:

Sopa de avena- pollo al horno con ensalada de arroz- fruta

Ingredientes	Cantidad
<b>POLLO AL HORNO</b>	
Pollo	150g
Sal	c/s
<b>ENSALADA DE ARROZ</b>	
Arroz	40g
Zanahoria	50g
Chaucha	50g
Aceite	10cc
Sal, vinagre	c/s
<b>FRUTA AL HORNO</b>	
Manzana	120g
Azúcar	5g

Cena:

Sopa de cabello de ángel- Bismark con puré mixto- flan

Ingredientes	Cantidad
<b>BISMARK</b>	
Carne molida	100g
Aceite	100cc
Sal	c/s
<b>PURE MIXTO</b>	
Papas	150g
Zapallo	100g
Aceite	10cc
Leche	10cc
<b>FLAN</b>	
Leche	100cc

Polvo	20g
-------	-----

Régimen Blando Adultos- menú N°2

**ALMUERZO:**

Sopa de cabello de ángel- pollo con tallarines perejila dos- compota de pelones

Ingredientes	Cantidad
<b>POLLO AL HORNO</b>	
Pollo	150g
Sal, limón	c/s
<b>TALLARINES PEREJILADOS</b>	
Tallarines	60g
Aceite	5cc
Perejil	c/s
<b>COMPOTA DE PELONES</b>	
Pelones	40g
Azúcar	10g

**Cena:**

Sopa de arroz- hamburguesa con verduras a la crema- arroz con leche

Ingredientes	Cantidad
<b>HAMBURGUESA</b>	
Carne molida	150g
Pan rallado	5g
Pan remojado	5g
Huevo	10g
Aceite	5cc
Sal- perejil	c/s
<b>VERDURAS A LA CREMA</b>	
Papas	150g
Zanahoria	50g
Coreano	100g

Leche	50g
Fécula	5g
<b>ARROZ CON LECHE</b>	
Leche	100cc
Arroz	10g
Azúcar	10g
Vainillin	c/s

Régimen Hipograso- Hiposodico Adultos- menú N°1

**ALMUERZO:**

Sopa de avena- medallón de pescado con puré de papas. Bicolor

Ingredientes	Cantidad
<b>MEDALLON DE PESCADO</b>	
Merluza	150g
Clara de huevo	10g
Pan rallado	10g
Pan remojado	10g
Perejil	c/s
Sal	c/s
<b>PURE</b>	
Papas	200g
Leche descremada	20cc
Aceite	10cc
Sal	c/s
<b>BICOLOR</b>	
Leche	100cc
Flan(polvo)	20g
Gelatina(polvo)	20g



**Cena:**

Sopa de arroz- Cazuela de verduras- compota de ciruelas

Ingredientes	Cantidad
<b>CAZUELA DE VERDURAS</b>	
Carne cubeteada ( paleta)	100g
Tomate	30g
Aceite	5cc
Acelga	150g
Papa	50g
Chaucha	50g
Zanahoria	50g
Sal-orégano	c/s
Aceite	5cc
<b>COMPOTA DE CIRUELAS</b>	
Ciruelas desecadas	40g
Azúcar	10g

Régimen Hipograso- Hiposodico Adultos- menú N°2

**ALMUERZO:**

Sopa de avena- bistec de verduras- fruta al horno

Ingredientes	Cantidad
<b>BISTEC DE VERDURAS</b>	
Carne (bola de lomo)	120g
Tomate	30g
Papas	100g
Zapallitos	200g
Zanahorias	50g
Aceite	5cc
Perejil	c/s
<b>FRUTA AL HORNO</b>	
Manzana	120g
Azúcar	5g

**Cena:**

Sopa de sémola- pastel de polenta a la napolitana- ensalada de frutas

Ingredientes	Cantidad
<b>PASTEL DE POLENTA A LA NAPOLITANA</b>	
Carne molida	130g
Aceite	5cc
Sal	c/s
Polenta	60g
Tomate	15g
Queso Cremoso	15g
Sal	c/s
<b>ENSALADA DE FRUTAS</b>	
Manzana	30g
Naranja	30g
Durazno	30g
Azúcar	10g
Jugo de naranjas	20cc



Régimen Hipograso- Hiposodico Adultos- menú N°3

**ALMUERZO:**

Sopa de avena- carne al tomate con canelones- compota de manzana

Ingredientes	Cantidad
<b>CARNE AL TOMATE CON CANELONES</b>	
Carne (paleta rolliza)	120g
Cebolla	20g
Tomate	20g
Pimiento	5g
Harina	50g
Leche descremada	40cc
Huevo(clara)	20g
Espinaca	200g
Queso cuartirolo	15g
Aceite	c/s
Sal, nuez moscada, condimentos	c/s
<b>COMPOTA DE MANZANA</b>	
Manzana	100g
Azúcar	10g

**Cena:**

Sopa de cabello de ángel- bife con fideos gratín- áspic de peras

Ingredientes	Cantidad
<b>BIFE CON FIDEOS GRATÍN</b>	
Carne (paleta rolliza)	130g
Aceite	5cc
Sal	c/s
Fideos cortos	60g
Leche	100cc
Fécula	10g
Queso cremoso	15g



Aceite	5cc
Sal, perejil	c/s
<b>ÁSPIC DE PERAS</b>	
Gelatina (polvo)	20g
Peras	50g
Agua	100cc

Régimen Hipograso- Hiposodico Adultos- menú N°4

**ALMUERZO:**

Sopa de avena- pan de carne con arroz blanco- compota de peras

Ingredientes	Cantidad
<b>PAN DE CARNE CON ARROZ BLANCO</b>	
Carne molida magra	100g
Clara de huevo	10g
Pan rallado	10g
Aceite	10cc
Sal, perejil	c/s
Arroz	60g
<b>COMPOTA DE PERAS</b>	
Peras	100g
Azúcar	10g



**Cena:**

Sopa de sémola- pollo al horno con fideos perejilados- manzana al horno

Ingredientes	Cantidad
<b>POLLO AL HORNO CON FIDEOS PEREJILADOS</b>	
Pollo	150g
Sal, limón	c/s
Fideos largos	60g
Aceite	5cc
Perejil, sal	c/s
<b>MANZANA AL HORNO</b>	
Fruta	120g
Azúcar	5g

Régimen Hipograso- Hiposodico Adultos- menú N°5

**ALMUERZO:**

Sopa cabello de ángel- pollo con arroz amarillo- fruta

Ingredientes	Cantidad
<b>POLLO CON ARROZ AMARILLO</b>	
Pollo sin piel	150g
Limón-perejil	c/s
Cúrcuma	c/s
Sal	c/s
Aceite	5cc
Arroz	60g
<b>FRUTA</b>	
Manzana	120g



**Cena:**

Sopa de sémola- pastel de zapallo a la napolitana- flan

Ingredientes	Cantidad
Carne molida	100g
Zapallo	250g
Huevo	20g
Cebolla	20g
Pimiento	5g
Tomate	20g
Queso cremoso	15g
Aceite	5cc
<b>FLAN</b>	
Leche	100cc
Flan (polvo)	20g

Régimen Hipograso- Hiposodico Adultos- menú N°6

**ALMUERZO:**

Sopa de avena- pollo al horno con ensalada de arroz- fruta al horno

Ingredientes	Cantidad
<b>POLLO AL HORNO CON ENSALADA DE ARROZ</b>	
Pollo sin piel	150g
Limón-sal	c/s
Arroz	40g
Zanahoria cocida	30g
Arvejas	20g
Chauchas	100g
Aceite	5cc
Vinagre	c/s
<b>ENSALADA DE FRUTAS</b>	
Manzana	30g



Naranja	30g
Durazno	30g
Azúcar	10g
Jugo de naranja	20cc

**Cena:**

Sopa cabello de ángel- Bismark con tortilla de zapallito- arroz con leche

Ingredientes	Cantidad
Carne molida	100g
Sal-perejil	c/s
Zapallitos	250g
Clara d huevo	20g
Aceite	10cc
<b>ARROZ CON LECHE</b>	
Leche	100cc
Arroz	10g
Azúcar	10g
Vainillin	c/s



---

