

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias de la Salud

**Manual de lineamientos para la prescripción de regímenes
hospitalarios en la Clínica de la Merced**

María Belén Calderón Martínez

Kamila Alejandra Pérez Criollo

Emily Valeria Silva Garnica

Nutrición y Dietética

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciado en Nutrición y Dietética

Quito, 04 de mayo de 2022

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias de la Salud

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

**Manual de lineamientos para la prescripción de regímenes
hospitalarios en la Clínica de la Merced**

María Belén Calderón Martínez

Kamila Alejandra Pérez Criollo

Emily Valeria Silva Garnica

Nombre del profesor, Título académico

María Elisa Herrera Fontana, MSc.

Quito, 04 de mayo de 2022

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____
Nombres y apellidos: María Belén Calderón Martínez
Código: 00207344
Cédula de identidad: 1726768326
Lugar y fecha: Quito, 04 de mayo de 2022

Firma del estudiante: _____
Nombres y apellidos: Kamila Alejandra Pérez Criollo
Código: 00200128
Cédula de identidad: 1750923102
Lugar y fecha: Quito, 04 de mayo de 2022

Firma del estudiante: _____
Nombres y apellidos: Emily Valeria Silva Garnica
Código: 00206268
Cédula de identidad: 1723525463
Lugar y fecha: Quito, 04 de mayo de 2022

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

RESUMEN

El presente trabajo desarrolló un manual con los lineamientos para la prescripción de regímenes dietéticos hospitalarios en la Clínica de la Merced de Quito. Se conoce que la desnutrición hospitalaria constituye un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, conjuntamente con una alta incidencia a nivel nacional, se determina como necesario establecer protocolos para el manejo nutricional de los pacientes hospitalizados. Este trabajo de investigación se llevó a cabo a través de la búsqueda bibliográfica de evidencia científica, permitiéndonos crear una herramienta que ayude al personal de salud, encargado de la alimentación de los pacientes hospitalizados, a prescribir de manera adecuada las dietas, en concordancia con el estado nutricional y patología del paciente. Tras la implementación de encuestas al personal médico, enfermería y cocina se logró identificar el nivel de conocimiento sobre el manejo dieto-terapéutico que se prescribe a los pacientes hospitalizados. De esta manera, fue posible determinar que una intervención nutricional adecuada permite cubrir las necesidades nutricionales del paciente durante su estancia hospitalaria, aumentando la sobrevida del paciente y optimizándose los costos de la asistencia sanitaria, así como también los recursos del hospital.

Palabras clave: dietas hospitalarias, desnutrición hospitalaria, dieta líquida clara, dieta líquida amplia, dieta de fácil digestibilidad, dieta blanda, dieta general.

ABSTRACT

This next piece has developed guidelines for hospital dietary within the Merced Clinic of Quito. It is well known that malnutrition causes public health issues for developed countries or for countries that are in process of development. It is a national constant recurrence. It is necessary to establish certain protocols to control patient nutrition within a hospital. This research was done through scientific biographies that led us to create a tool that can help public health. This was dedicated to hospitalized patients. It is to prescribe the correct diet depending on the nutritional condition and the pathology of said patients. Through surveys completed by medical personnel, nursery and kitchen areas, we were able to identify the level of knowledge when it comes to a therapeutic diet for a hospitalized patient. This way we were able to determine a way to intervene with a correct diet that will suffice a patient's medical need while being in a hospital. Thanks to this, the survival rate would increase, the costs of sanitation assistance would be optimized and hospital resources will be better used.

Key words: hospital diets, hospital malnutrition, clear liquid diet, ample liquid diet, easily digestible diet, soft diet, general diet.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	10
Antecedentes	12
Justificación.....	14
Objetivos	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
Metodología	17
Desarrollo del tema	19
1. Tamizaje nutricional del paciente hospitalizado	19
1.1. Herramienta de tamizaje nutricional: mini nutritional assessment (mna), versión corta	19
2. Regímenes hospitalarios.....	20
2.1. Dieta líquidos claros.....	21
2.2. Dieta líquida amplia.	22
2.4. Dieta blanda.	24
2.5. Dieta general.	25
Resultados	26
Conclusiones	29
Referencias bibliográficas.....	30
Anexo A: Encuestas al personal de la clínica de la merced.....	33
Anexo B: Mini nutritional assessment	35
Anexo C: Algoritmo de transición de los regímenes hospitalarios.....	36
Anexo D: Ejemplos de batidos hipercalóricos	37
Anexo E: Suplementos nutricionales disponibles en ecuador.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta de líquidos claros.	21
Tabla 2. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta líquida amplia.	22
Tabla 3. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta de fácil digestibilidad.....	23
Tabla 4. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta blanda.....	24

INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud, el trabajo multidisciplinario constituye un componente esencial en la prevención y el tratamiento de patologías, siendo la dietoterapia uno de los pilares fundamentales en el abordaje clínico. El manejo adecuado de la nutrición en el ambiente hospitalario cumple el rol de prevenir o tratar los estados de malnutrición. De acuerdo con el Consejo Europeo, todo paciente tiene el derecho de recibir la alimentación suficiente para cubrir sus requerimientos nutricionales durante su estancia hospitalaria, priorizando la alimentación por vía oral, lo que permite reducir las complicaciones y optimizar el proceso de recuperación (Calleja et al., 2016). De esta manera, una adecuada intervención nutricional, además de aumentar la sobrevida del paciente hospitalizado, reduce los costos de asistencia médica.

La alimentación a nivel hospitalario depende de distintos actores sociales y, además, de varias estrategias de acción que tienden a relegarse en el plan presupuestario de los establecimientos de salud. Por ello, los nutricionistas como profesionales de salud encargados de la alimentación hospitalaria desempeñan un rol significativo en el control de la calidad de los alimentos, de los métodos de cocción y preparación y del tamaño de las porciones ofrecidas; en la planificación del menú y en la mejora del sistema de solicitud de dietas (Caracuel, 2014). Estas acciones permiten, además de preservar o mejorar el estado nutricional de los pacientes, disminuir el porcentaje de desperdicio alimentario y optimizar los costos en alimentación.

Por otro lado, la implementación de la terapia dietética se basa en un conjunto de lineamientos que permiten adaptar la alimentación a la condición patológica del paciente y a los recursos humanos, de infraestructura y económicos del establecimiento de salud (Folgueras et al., 2020). De esta manera se logrará una planificación óptima de

dietas hospitalarias con las que se pueda reducir las tasas de desnutrición en el paciente hospitalizado. Por tanto, el servicio de nutrición tiene el propósito de diseñar dietas que proporcionen suficiencia calórica. Para determinar las necesidades energéticas y de nutrientes del paciente, a cada sujeto se le deberá realizar una evaluación nutricional previa, con la finalidad de determinar sus requerimientos nutricionales (Calleja et al., 2016). De la estimación adecuada de los requerimientos nutricionales del paciente dependerá el éxito de la intervención nutricional.

ANTECEDENTES

La desnutrición hospitalaria es un problema de salud pública que ha pasado inadvertido durante los últimos años. Mundialmente afecta entre el 30 y el 50% de pacientes hospitalizados (Gallegos, Nicolalde & Santana, 2014). En América Latina, por datos reportados en un estudio realizado por la Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral (FELANPE) en el año 2000, se llegó a la conclusión de que el 50,2% de individuos hospitalizados presentan desnutrición, de los cuales el 36,7% es de tipo moderada y el 12,6% es de tipo severa (Muñoz, 2009). Por otro lado, estudios realizados en Estados Unidos, Italia, Holanda, Suecia y otros países, reportan cifras del 30 y 50% de desnutrición, siendo similares a las cifras encontradas en países en vías de desarrollo (Muñoz, 2009). A pesar de la alta incidencia de desnutrición hospitalaria, coexiste una inadecuada valoración de esta condición, lo cual repercute en un diagnóstico temprano y tratamiento nutricional oportuno del paciente.

En un estudio realizado en Ecuador en el año 2014, donde se encuestaron a 5.355 pacientes hospitalizados ≥ 18 años pertenecientes a 36 hospitales públicos seleccionados en 23 provincias del país. Los resultados obtenidos demostraron que el porcentaje de malnutrición en el paciente hospitalizado era del 37,1% (Gallegos, Nicolalde & Santana, 2014). De igual manera, en la provincia de Guayas, se realizó un estudio en el año 2012, en el Hospital Guayaquil Abel Gilbert Pontón y se encontró que el porcentaje de pacientes desnutridos fue del 52%, lo cual concuerda con el porcentaje determinado por la FELANPE para el año 2000 (Muñoz, 2009; Naranjo, 2012).

Aun cuando la desnutrición hospitalaria representa una condición asociada a: una mala cicatrización, a la depresión del sistema inmune, a la prolongación del tiempo de hospitalización, a una disminución de masa muscular y a un incremento de

complicaciones en los procesos quirúrgicos, en varios países de América Latina, incluyendo a Ecuador, no existen manuales de atención basados en evidencia científica que permitan el diagnóstico temprano de esta condición y su oportuno tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

Hasta mediados del siglo XIX los establecimientos de salud eran vistos como centros de beneficencia, en donde se administraba alimentación especialmente a los pacientes de bajo nivel socioeconómico (Bejarano, Cortes & Pinzón, 2016). Dado que el sistema de alimentación en estas instituciones estaba a cargo de personas religiosas o de personal con nulos conocimientos sobre nutrición, no se podía garantizar que los pacientes reciban alimentos inocuos, saludables y en concordancia con su condición patológica y requerimiento nutricional. No obstante, a partir del siglo XX surge la necesidad de planificar y diseñar dietas especiales para brindar una atención adecuada a los pacientes. De esta manera, se instaura la dietoterapia como parte del tratamiento médico (Bejarano, Cortes & Pinzón, 2016).

La manera más adecuada de implementar las estrategias dieto-terapéuticas en la práctica clínica es a través de la cooperación de un equipo multidisciplinario que permita el adecuado apoyo metabólico y nutricional de los pacientes. El equipo multidisciplinario para soporte nutricional idealmente se compone de una enfermera, un farmacéutico, un nutricionista y el médico tratante, asociado a la patología de base del paciente (Fallas, 2013). El manejo y seguimiento de la desnutrición hospitalaria a través de la dietoterapia ha generado resultados favorables, demostrando la importancia de establecer un sistema de alimentación hospitalaria apropiado (Hernández, 2008).

Un servicio de alimentación adecuado debe cumplir con una serie de criterios de calidad. En primer lugar, el servicio debe ofrecer dietas que hayan sido diseñadas con el objetivo de cubrir las necesidades calóricas y nutricionales de la mayoría de los pacientes que se encuentran hospitalizados. El segundo criterio de calidad es la comunicación adecuada al momento de realizar la prescripción de dietas, lo que asegura que los platos

servidos concuerden con lo solicitado por el área de nutrición. Como tercer criterio de calidad se encuentra que el plato servido corresponda a la prescripción dietética para cada paciente y que esté libre de posibles riesgos (alérgenos específicos, control microbiológico). Finalmente, el cuarto criterio de calidad es la presentación de los platos a los usuarios de manera satisfactoria, es decir organolépticamente aceptables, con una temperatura adecuada y en los horarios establecidos (Folgueras et al., 2020). Por otro lado, la implementación de un servicio alimentario bien planificado incluye, lograr cubrir los requerimientos y expectativas del paciente, y permitir la adaptación de los recursos económicos de los establecimientos de salud a las demandas de los pacientes, según sean las condiciones patológicas de cada uno de ellos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Desarrollar un manual sobre los lineamientos para la prescripción de regímenes hospitalarios en la Clínica de la Merced de la ciudad de Quito.

Objetivos específicos

- Recopilar la última evidencia científica sobre el manejo nutricional adecuado del paciente hospitalizado.
- Adaptar el manual a los alimentos disponibles en el país y su cultura.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de un Manual sobre los lineamientos para la prescripción de regímenes hospitalarios para la Clínica de la Merced de la ciudad de Quito, se realizó una búsqueda bibliográfica a través de fuentes primarias y secundarias. Dentro las fuentes primarias se realizaron encuestas al personal del establecimiento de salud: 3 encargados de cocina, 3 médicos y 3 enfermeras, con el fin de poder identificar las principales necesidades y limitantes en cuanto al tratamiento dietético de los pacientes hospitalizados. Se formularon encuestas de tipo personal y de respuesta abierta con una duración promedio de 30 minutos (Anexo A: Encuestas al personal de la Clínica de la Merced). Cabe mencionar que las entrevistas a los informantes clave constituyen un paso esencial en los proyectos de investigación. Se define como informantes clave a todo individuo que es una fuente primaria de información, ya que cuenta con experiencia y conocimientos únicos sobre la población y el problema que se quiere estudiar (Escoffier, Sellaro & Trillo, 2008).

Por otro lado, las fuentes secundarias utilizadas consistieron en la búsqueda de literatura científica por medio de los siguientes gestores de artículos bibliográficos como: Scielo, Elsevier y Google Académico, adicional a ello se revisaron los protocolos de atención de instituciones de renombre internacional como la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE) y el Consejo de Europa. Para la realización de este proyecto se dará prioridad a la información obtenida de estudios realizados en América Latina debido a la similitud con la población objetivo.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para seleccionar la información fueron: estudios realizados en los últimos 20 años escritos tanto en el idioma

español como inglés; artículos de revistas científicas que traten sobre la dietoterapia a nivel hospitalario. La búsqueda inicialmente se enfocó en la obtención de datos a nivel mundial, para posteriormente centrarse en países de América Latina y finalmente Ecuador.

DESARROLLO DEL TEMA

1. Tamizaje nutricional del paciente hospitalizado

La valoración del estado nutricional constituye una parte esencial del proceso de la evaluación clínica del paciente hospitalizado, debido a que permite identificar necesidades y problemas nutricionales para así implementar estrategias de manejo dieto-terapéutico, además de prevenir la desnutrición hospitalaria (Mesejo, Martínez & Martínez, 2012). De esta manera, el nutricionista podrá determinar si han existido cambios en el peso, apetito, ingesta de alimentos, si existe presencia de síntomas gastrointestinales asociados a alimentos y la capacidad funcional del paciente (Sánchez, Del Río & Méndez, 2011).

1.1. Herramienta de tamizaje nutricional: Mini Nutritional Assessment (MNA), versión corta.

Existen múltiples herramientas de carácter subjetivo y objetivo para valorar el estado nutricional en el adulto mayor con el fin de identificar a aquellos pacientes con riesgo de malnutrición o con malnutrición. Entre estas herramientas consta el Mini Nutritional Assessment (MNA), un método de cribado validado para su aplicación principalmente en pacientes adultos mayores hospitalizados o ambulatorios (Deossa et al., 2016).

La versión corta de este cuestionario utiliza el índice de masa corporal (IMC) o de la circunferencia de pantorrilla e incluye otros 4 ítems (Anexo B: Mini Nutritional Assessment): pérdida reciente de peso, pérdida de apetito, presencia de problemas neuropsicológicos, presencia de enfermedad aguda o proceso de estrés en los últimos 3 meses y movilidad (Molina et al., 2019). La puntuación del test puede variar de 0 a 14

puntos, según la cual se divide a los individuos en 3 categorías: con estado nutricional normal (12 – 14 puntos), con riesgo de malnutrición (8 – 12 puntos) o malnutridos (0 – 7 puntos) (Molina et al., 2019).

Cabe destacar la buena correlación de esta herramienta con su versión extendida, pues tras la elaboración de un estudio, cuyo propósito fue comprobar la fiabilidad de la versión corta del MNA en su versión en castellano, se identificó que es una herramienta útil por su fácil y rápida aplicabilidad, además de por no incluir procedimientos invasivos (Molina et al., 2019). Para aumentar su fiabilidad se recomienda adaptar los puntos de corte a las características antropométricas de la población del país donde se va a aplicar la herramienta (Molina et al., 2019).

En concordancia con los resultados del MNA y el diagnóstico médico del paciente a cada sujeto se le asignará un tipo de dieta acorde a sus necesidades fisiológicas y fisiopatológicas. A continuación, se describen los regímenes hospitalarios o tipos de dietas que un paciente hospitalizado deberá recibir como una medida coadyuvante para su tratamiento y recuperación.

2. Regímenes hospitalarios

A nivel hospitalario, la prescripción dietética debe contemplar dos tipos de dietas: las basales o normales y las terapéuticas. Por un lado, las dietas normales son orientadas a aquellos pacientes que no presenten un cuadro patológico específico o cuya patología no requiera de una intervención nutricional específica (Benítez, Delgado & Herrera, 2018). Por otro lado, las dietas terapéuticas, requieren de modificaciones para adaptar la alimentación a su patología (Benítez, Delgado & Herrera, 2018).

A continuación, se cita la progresión de los distintos tipos de regímenes hospitalarios que un paciente deberá recibir, con la finalidad de alcanzar una mejor

adaptación intestinal postquirúrgica y en concordancia con su condición patológicas (Anexo C: Algoritmo de transición de los regímenes hospitalarios).

2.1. Dieta de líquidos claros.

La dieta de líquidos claros se caracteriza por tener un aporte bajo de calorías, entre 500 – 800 kilocalorías, y debe ser empleada en cortos períodos de tiempo, no más de 48 horas. Es una dieta de fácil digestión con baja estimulación gastrointestinal, por lo que se indica para etapas pre y post operatorias, condiciones de alteraciones gastrointestinales, transición de alimentación parenteral a enteral y para iniciar tolerancia de alimentación sólida. Algunos de los alimentos que están permitidos son: caldos y consomés, jugos colados, tés y gelatina (Ministerio de Salud, 2014). En la Tabla 1 se citan los alimentos que incluye y excluye esta dieta.

Tabla 1. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta de líquidos claros.

Grupos de alimentos	Alimentos permitidos	Alimentos prohibidos
Leche y derivados	Yogures líquidos, leche entera, semi o desnatada.	Lácteos semisólidos y sólidos.
Vegetales	Zumos de verduras. Caldos y sopas vegetales.	Vegetales enteros
Frutas	Zumos de frutas y néctares, compota de fruta diluida.	Frutas enteras
Carnes	Caldos y consomés desgrasados y cernidos.	Cualquier otra preparación
Panes y cereales	Maicena y avena diluidas	Todos los demás
Grasas	-	Todos los demás
Otros	Té, gelatina, helados, bebidas gaseosas, agua, bebidas isotónicas, infusiones, bebidas de almendra, arroz, soja. *Agua de coco Endulzantes como azúcar y miel.	Todos los demás
Alimentos para enriquecer la dieta	Leche en polvo, nata diluida, crema de leche, helados cremosos, proteínas en polvo, purés comerciales de verduras.	

*Alimentos ecuatorianos

Fuente: Salas et al., 2008.

2.2. Dieta líquida amplia.

La dieta líquida amplia, también conocida como dieta líquida completa, se puede alcanzar suficiencia calórica cuando el requerimiento del mismo oscila entre 1500 y 1800 kilocalorías. Esta dieta se basa en la administración de alimentos en estado líquido o semilíquido. Se caracteriza por ser una dieta de fácil digestibilidad, sin condimentos y con pocos residuos (Ministerio de Salud, 2014). Esta dieta se indica en pacientes con incapacidad o dificultad de masticación o deglución de alimentos de textura sólida; es decir, pacientes cuyas patologías afecten a la mandíbula, a la laringe, al esófago y al estómago (Mesejo, Martínez & Martínez, 2012). En la Tabla 2 se citan los alimentos que incluye y excluye esta dieta, además en el anexo D se enlistan ejemplos de batidos hipercalóricos que cumplen con las características de este régimen.

Tabla 2. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta líquida amplia.

Grupos de alimentos	Alimentos permitidos	Alimentos prohibidos
Leche y derivados	Bebidas a base de leche, yogurt bebible y flan.	Quesos
Vegetales	Vegetales en jugo o puré.	Cualquier otra preparación
Frutas	Frutas naturales hervidas, en jugos, coladas o en almíbar. Flan de frutas.	Cualquier otra preparación
Carnes	Caldos, consomés, sopas coladas, cremas.	Carnes en trozos, molida o cualquier otra preparación
Panes y cereales	Cereales cocidos, arroz, sopas con pasta pequeña y pan tostado.	Todos los demás
Grasas	Margarina, mantequilla.	Todos los demás
Otros	Té, gelatina, helados, azúcar, miel, cocoa, sal.	Todos los demás

Fuente: Salas et al., 2008.

2.3. Dieta de fácil digestibilidad.

La dieta de fácil digestibilidad se basa en alimentos molidos, hechos puré o licuados; además, es considerada nutricionalmente adecuada ya que puede aportar entre 1800 a 2300 kilocalorías. Este régimen alimentario se encuentra indicado para pacientes que presentan patologías como carcinoma de esófago, enfermedades dentales, accidentes cerebrovasculares, en casos postoperatorios de cuello y cara, y de cualquier condición que afecte a la masticación, deglución o el estado mental. Dentro de esta dieta se debe evitar el consumo de vegetales crudos, carnes con tejido conectivo, frutas con semillas o cáscara y alimentos con alto contenido de grasa (Ministerio de Salud, 2014). En la Tabla 3 se citan los alimentos que incluye y excluye esta dieta.

Tabla 3. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta de fácil digestibilidad.

Grupos de alimentos	Alimentos permitidos	Alimentos prohibidos
Leche y derivados	Yogurt, natilla, flan, arroz con leche, mousse.	Quesos muy secos.
Vegetales y tubérculos	Todo tipo de vegetal cocido, en jugo o en puré. Papas hervidas o en puré.	Vegetales crudos como lechuga, zanahoria, pepino y cebolla.
Frutas	Frutas cocidas sin piel, semillas, hueso. Plátano maduro, sandía, melón, frutas maduras. Zumos y fruta en almíbar.	Frutas enteras con cáscara y semilla. Cítricos.
Carnes	Carnes y aves picadas o muy tiernas hechas trocitos muy pequeños. Vísceras y patés. Jamón cocido y pavo. Huevo en todas sus presentaciones. Cualquier tipo de pescado tierno.	Carnes con tejido conectivo, embutidos secos. No se aconseja calamar.
Panes y cereales	Arroz, pasta, miga de pan y galletas según tolerancia. Pan de molde, papilla de cereales.	Pan seco tostado, cereales de desayuno secos.
Grasas	Margarina, mantequilla, aceite vegetal, manteca de cerdo, nata, crema de leche.	Todos los demás

Otros	Salsas, té, gelatina, helados, azúcar, miel, cocoa, sal, especias. *Buñuelos	Productos comerciales, es decir snacks.
-------	---	---

*Alimentos ecuatorianos

Fuente: Salas et al., 2008.

2.4. Dieta blanda.

Es la dieta de transición entre la dieta líquida y la dieta general y se caracteriza por un bajo contenido de fibra. De acuerdo con D'Ambrossio, una dieta pobre en fibra es aquella que aporta menos de 10 – 15 gramos al día (D'Ambrossio, 2013). Los alimentos que forman parte de esta dieta deben ser blandos y tiernos para una masticación suave. Se sugiere evitar las grasas y alimentos irritantes como el ají, pimienta o condimentos artificiales, la dieta se ofrecerá a través de comidas en volúmenes pequeños hasta que el paciente logre desarrollar la tolerancia a la alimentación sólida o general. La dieta blanda está indicada en pacientes postoperatorios, con enfermedades gastrointestinales o que presenten problemas dentales, de mandíbula o de deglución y en personas de la tercera edad (Ministerio de Salud, 2014). En la Tabla 4 se citan los alimentos que incluye y excluye esta dieta.

Tabla 4. Alimentos permitidos y no permitidos en dieta blanda.

Grupos de alimentos	Alimentos permitidos	Alimentos prohibidos
Leche y derivados	Leche semidescremada o descremada, queso fundido, rayado o en sopas, yogurt.	Leche condensada, quesos muy maduros, leche entera.
Vegetales	Todo tipo de vegetal cocido o en jugo.	Vegetales crudos o guisos.
Frutas	Todas las frutas cocidas, molidas o en puré.	Frutas enteras con cáscara y semilla.
Carnes	Huevos, carnes, pescados troceados o triturados añadidos en purés de verduras o legumbres y en salsas.	Carnes con tejido conectivo, guisos. Carne de cerdo, ternera, salchichas, morcilla, tocino.

Panes y cereales	Cocidos y enriquecidos (arroz, pasta, pan de molde). Crutones añadidos a sopas.	Cereales integrales, secos o en fritura. Bollería industrial.
Grasas	Margarina, mantequilla, aceite vegetal, nata, mayonesa, crema de leche. Frutos secos troceados.	Manteca, tocino, aceites de coco y palma.
Otros	Té, gelatina, helados, azúcar, miel, cocoa, sal, especias.	Snacks salados

Fuente: Cárdenas et al., 2015.

2.5. Dieta general.

La dieta general, también denominada dieta basal es la que cubre por completo los requerimientos energéticos y nutricionales del paciente, siendo adecuada en macro y micronutrientes (Mesejo, Martínez & Martínez, 2012). Esta dieta se indica en pacientes cuya condición clínica no demanda de modificaciones alimentarias específicas y a su vez, sirve de referencia para la elaboración de dietas terapéuticas (Caracuel, 2014).

RESULTADOS

Es escasa la evidencia científica en Ecuador sobre el estado nutricional del paciente hospitalizado. Un estudio llevado a cabo en Ecuador en el año 2014 identificó que el 37.1% de pacientes hospitalizados se encontraban en estado de malnutrición, evidenciando la alta prevalencia de desnutrición hospitalaria en el país (Gallegos, Nicolalde & Santana, 2014). El soporte metabólico y nutricional a nivel hospitalario es esencial para la prevención y el manejo de la desnutrición hospitalaria, para lo cual es indispensable contar con un equipo multidisciplinario compuesto por el médico tratante, una enfermera, un farmacéutico y un nutricionista (Fallas, 2013). Se seleccionó como informantes clave al personal de cocina y a los profesionales de salud que están en contacto directo con el paciente, como es el personal de enfermería y los médicos tratantes.

Tras realizar las entrevistas al **personal de cocina** se identificó que no se lleva un control del peso de los alimentos en las preparaciones, por lo que las porciones son imprecisas y variables. En cuanto a los métodos de conservación de alimentos, se utiliza la refrigeración y congelación para productos cárnicos, frutas y vegetales; mientras que se utiliza almacenamiento al vacío para granos y cereales. El personal manifestó que los equipos de congelación y refrigeración necesitan mantenimiento, el cual no puede llevarse a cabo por falta de recursos económicos. Además, se indagó sobre el conocimiento del personal de cocina acerca de las características de cada régimen hospitalario, encontrándose que no han recibido capacitaciones sobre el tema, por lo que su conocimiento es superficial. Los horarios establecidos para la alimentación de los pacientes son desayuno a las 8:00 am; el primer snack a las 10:30 am; el almuerzo a las 12:30 pm; el segundo snack a las 4:00 pm y la cena a las 6:00 pm, limitándose la

posibilidad de fraccionar la alimentación del paciente en mayores tomas. En lo que respecta a las buenas prácticas de manufactura, el personal refirió recibir capacitaciones 2 veces por año. Por último, la responsable del servicio de cocina indicó que el presupuesto que se destina a la compra de alimentos está determinado por el seguro social, entidad que reembolsa el dinero gastado.

Las entrevistas realizadas a los **médicos tratantes y residentes** se orientaron con la finalidad de conocer su conocimiento en el tratamiento nutricional de los pacientes hospitalizados, encontrándose los siguientes puntos a destacar:

1. Se determina que el proceso de evaluación para decidir comenzar con una ingesta por boca consiste en la prueba de 3 onzas de agua, la cual permite evaluar la presencia o no de disfagia en el paciente y así decidir si se progresa de una dieta a otra. De igual manera se hace preguntas al paciente, si está en posibilidades de comunicarse o no, o a las enfermeras sobre la tolerancia del paciente a la dieta, es decir si ha existido presencia de gases, dolor o distensión abdominal.
2. Con respecto al tiempo promedio de estancia hospitalaria de los pacientes, este se definió en 30 días, confirmándose que existe un alto riesgo de desnutrición asociado a un tiempo prolongado de hospitalización.
3. La dieta de líquidos claros se definió como la dieta más prescrita en los pacientes postquirúrgicos. Una vez que el paciente tolera esta dieta, se realiza la prueba de deglución con papillas y se evalúa la tolerancia del paciente a este nuevo régimen.
4. Una limitante durante el desarrollo del presente trabajo fue el presupuesto destinado a la compra de alimentos y a la adquisición de suplementos comerciales. Dada la situación, fue necesario comprar aceite de girasol para enriquecer las preparaciones de varios pacientes; pues en cocina solo contaban con aceite de palma.

5. Por último, la interconsulta a nutrición no se realiza para todos los pacientes, esta es específica para pacientes que presentan molestias o intolerancias gastrointestinales, pacientes postquirúrgicos y pacientes postextubación.

La encuesta realizada al **personal de enfermería** permitió conocer su nivel de conocimiento respecto a la introducción y progresión de los regímenes hospitalarios, destacándose los siguientes puntos:

1. El tiempo máximo que un paciente deberá permanecer en NPO (nada por vía oral) es de 48 horas.
2. Según el personal de enfermería, el mayor tiempo que se puede administrar una dieta líquida clara es una semana. Las Guías alimentarias del paciente hospitalizado establece el tiempo máximo entre 48 – 72 horas (Salas et al., 2008).
3. Con respecto al mayor tiempo que se puede administrar una dieta líquida amplia, el personal de enfermería consideró un tiempo de 4 días; sin embargo, las Guías alimentarias del paciente hospitalizado establece un tiempo máximo de 2 semanas (Salas et al., 2008).
4. Finalmente, el personal informó el uso de la fórmula comercial Complebyn como único suplemento disponible en la clínica, limitándose en muchos casos la selección de una fórmula adecuada en el paciente.

CONCLUSIONES

Ante la elevada prevalencia de desnutrición hospitalaria y sus consecuencias negativas en la recuperación del paciente, se considera fundamental establecer un sistema de alimentación hospitalaria apropiado. Por tanto, se crea un manual de lineamientos para la prescripción de regímenes hospitalarios en la Clínica de la Merced de Quito con el propósito de orientar a los profesionales que integran el equipo multidisciplinario a cargo del tratamiento de los pacientes hospitalizados.

Durante la elaboración del presente trabajo se evidenció que una intervención nutricional adecuada permite velar por los derechos de los pacientes en cuanto a recibir una alimentación en cantidades suficientes durante su estancia hospitalaria; permite aumentar la sobrevivencia de los pacientes hospitalizados y a su vez, optimizar los costos de asistencia sanitaria y los recursos disponibles. Además, se pudo recopilar la última evidencia científica sobre el manejo nutricional adecuado del paciente hospitalizado, logrando tener un conocimiento más amplio sobre los protocolos a seguir para progresar de un régimen alimentario a otro. Por último, se logró adaptar el manual a los alimentos disponibles en el país y su cultura.

Uno de los limitantes a lo largo del desarrollo de este trabajo fue la dificultad para acceder a la información nutricional de los suplementos comerciales y la escasa evidencia bibliográfica que existe sobre el manejo de la desnutrición hospitalaria a nivel de América Latina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bejarano, J., Cortés, A. & Pinzón, O. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 18(1), 77 – 93.
- Benítez, N., Delgado, I. & Herrera, E. (2018). Dispensación dietética en un hospital de tercer nivel de la comunidad autónoma de Canarias, España. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(1), 42 – 51.
- Calleja, A., Vidal, A., Cano, I. & Ballesteros, M. (2016). Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. *Nutrición Hospitalaria*, 33(1), 80 – 85.
- Caracuel, A. (2014). *Normalización en alimentación hospitalaria y otros establecimientos de restauración social*. (1era ed.). Madrid: Campofrío Food Group, S.A.
- Cárdenas, V., Cevallos, C., Estévez, R., Salazar, J. & Badillo, P. (2015). *Gastronomía hospitalaria*. Riobamba: Escuela Superior Politécnica del Chimborazo.
- D'Ambrossio, A. (2013). Low residue diet. *Canadian Society of Intestinal Research*, (Junio 09). Obtenido el 16 de febrero 2022 de: <https://badgut.org/information-centre/health-nutrition/low-residue-diet/>
- Deossa, G., Restrepo, L., Valásquez, J. & Varela, D. (2016). Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. *Revista Universidad y Salud*, 18(3), 494 – 504.
- Escoffier, N., Sellaro, N. & Trillo, P. (2008). *Informantes clave: la utilidad de la técnica para los estudios migratorios*. La Plata: Memoria Académica.

- Fallas, M. (2013). Efecto de la intervención nutricional multidisciplinaria ambulatoria en el peso de los pacientes. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica*, 23(1), 1 – 12.
- Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE). (2008). *Declaración Internacional sobre el Derecho a la Nutrición en los Hospitales*. Cancún: Organización Panamericana de la Salud.
- Folgueras, T., Velasco, C., Salcedo, S., Seguro, H., Benítez, N., Ballesteros, M., Álvarez, J. & Vidal, A. (2020). Proceso de alimentación hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria*, 36(3), 734 – 742.
- Gallegos, S., Nicolalde, M. & Santana, S. (2014). Estado de la desnutrición en los hospitales del Ecuador. *Nutrición Hospitalaria*, 30(2), 425 – 435.
- Hernández, M. (2008). *Temas de Nutrición: Dietoterapia*. (1era ed.). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Mesejo, A., Martínez, J. & Martínez, C. (2012). *Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietético*. Valencia: Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- Ministerio de Salud. (2014). *Lineamientos técnicos para la prescripción de dietas en hospitales de la RIISS*. San Salvador: El Salvador C.A.
- Molina, R., Muñoz, B., Martínez, J., Romero, M. & Molina, G. (2019). ¿Es válido el cribado nutricional de los ancianos a través del Mini Nutritional Assesment (MNA-SF) en su versión corta adaptada al castellano? *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 290 – 295.
- Muñoz, Y. (2009). Determinación de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados: Enfoque teórico. *Invenio*, 12(22), 121 – 143.

- Naranjo, C. (2012) *Desnutrición intrahospitalaria: ELAN-Ecuador Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”* [Tesis de postgrado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo Facultad de Salud Pública]. Repositorio DSpace ESPOCH. <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3971/1/20T00441.pdf>
- Nestlé Nutrition Institute. (2009). Mini Nutritional Assessment (MNA). Vevey: Société des Produits Nestlé SA.
- Rabat, J. (2017). ¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales? *Nutrición Clínica en Medicina*, 11(1), 9 – 25.
- Salas, J., Bonada, A., Trallero, R., Saló, M. & Burgos, R. (2008). *Nutrición y dietética clínica*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Sánchez, A., Del Río, L. & Méndez, Y. (2011). *Guía de Atención Nutricional del Paciente Quirúrgico con algunas Patologías del Tracto Intestinal*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

ANEXOS

ANEXO A: ENCUESTAS AL PERSONAL DE LA CLÍNICA DE LA MERCED

Encuesta para el personal de cocina

1. ¿Cómo se pesan los alimentos?
2. ¿Qué técnicas se utilizan para conservar los alimentos?
3. ¿Conoce las siguientes dietas? ¿Cómo prepara los alimentos para cada una?
 - a. Dieta líquida clara
 - b. Dieta líquida amplia
 - c. Dieta de fácil masticación
 - d. Dieta blanda
 - e. Dieta general
4. ¿En qué momento del día el personal de enfermería solicita los alimentos?
5. ¿Cuáles son los horarios en los que se distribuyen los alimentos?
6. ¿Reciben capacitaciones de buenas prácticas de manufactura (BPM)? ¿Cada cuánto tiempo?
7. ¿Cuál es el presupuesto para adquirir alimentos y con qué frecuencia lo hacen?

Encuesta para el personal de enfermería

1. ¿Cuánto es el tiempo máximo que un paciente pasa en nada por vía oral (NPO)?
2. ¿Cuál es el mayor tiempo de administración de una dieta líquida clara?
3. ¿Cuál es el mayor tiempo de administración de una dieta líquida amplia?
4. ¿Cuál es el mayor tiempo de administración de una dieta blanda?
5. ¿Utilizan alguna fórmula comercial para complementar la dieta?

Encuesta para los médicos tratantes y residentes

1. ¿Qué procesos de evaluación realizan para decidir la transición de una dieta a otra?
2. ¿Cuál es el tiempo promedio de estancia hospitalaria de un paciente?
¿Hay un alto riesgo de desnutrición asociado?
3. ¿Cuál es la dieta más prescrita en pacientes postquirúrgicos?
4. ¿Cómo realizan la transición a dieta oral en pacientes extubados?
5. ¿Realizan interconsulta a nutrición para todos los pacientes?

ANEXO B: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

APELLIDOS: _____ **NOMBRE:** _____

SEXO: _____ **EDAD:** _____ **PESO (KG):** _____ **ALTURA (CM):** _____

CRIBAJE

A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?
0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual

B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)
0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso

C. Movilidad
0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
0 = sí 2 = no

E. Problemas neuropsicológicos
0 = demencia o depresión grave
1 = demencia leve
2 = sin problemas psicológicos

F. Índice de masa corporal (IMC) = kg/m²
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

EVALUACIÓN DEL CRIBAJE

(Subtotal máximo 14 puntos)

12 - 14 puntos: estado nutricional normal
8 - 11 puntos: riesgo de malnutrición
0 - 7 puntos: malnutrición

EVALUACIÓN

G. El paciente vive independiente en su domicilio?
1 = sí 0 = no

H. Toma más de 3 medicamentos al día?
0 = sí 1 = no

I. Úlceras o lesiones cutáneas?
0 = sí 1 = no

J. Cuántas comidas completas toma al día?
0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

K. Consume el paciente

- Productos lácteos al menos una vez al día?	Sí ___ No ___
- Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?	Sí ___ No ___
- Carne, pescado o aves, diariamente?	Sí ___ No ___

0.0 = 0 o 1 síes
0.5 = 2 síes
1.0 = 3 síes

L. Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0 = no 1 = sí

M. Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0.0 = menos de 3 vasos
0.5 = de 3 a 5 vasos
1.0 = más de 5 vasos

N. Forma de alimentarse
0 = necesita ayuda
1 = se alimenta solo con dificultad
2 = se alimenta solo sin dificultad

O. Se considera el paciente que está bien nutrido?
0 = malnutrición grave
1 = no lo sabe o malnutrición moderada
2 = sin problemas de nutrición

P. En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
0.0 = peor
0.5 = no lo sabe
1.0 = igual
2.0 = mejor

Q. Circunferencia braquial (CB en cm)
0.0 = CB < 21
0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
1.0 = CB > 22

R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0.0 = CP < 31
1 = CP ≥ 31

Evaluación
(Máx 16 puntos)

Cribaje
(Máx 14 puntos)

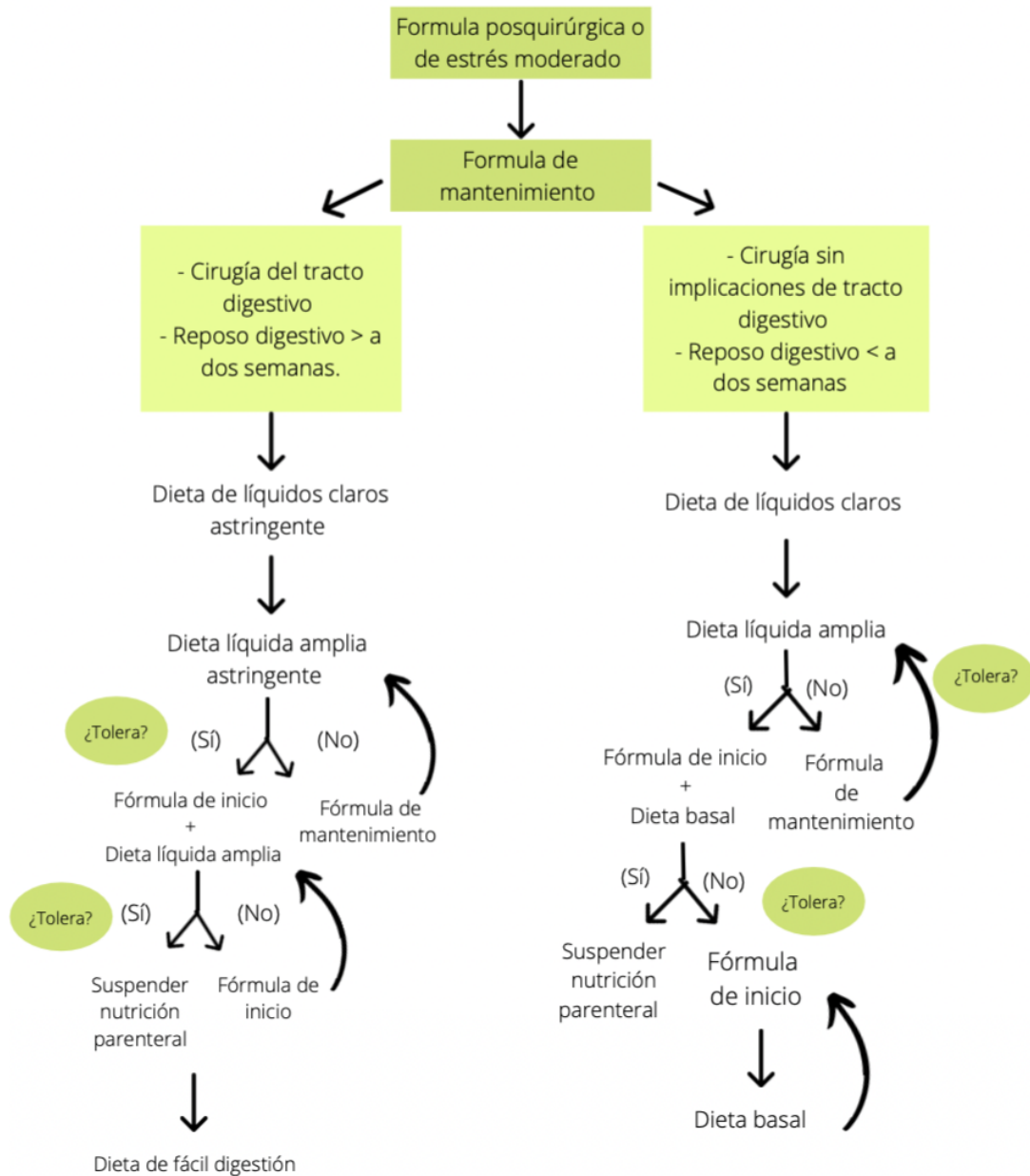
EVALUACIÓN GLOBAL DEL ESTADO NUTRICIONAL

(Máximo 30 puntos)
De 24 a 30 puntos: estado nutricional normal
De 17 a 23.5 puntos: riesgo de malnutrición
Menos de 17 puntos: malnutrición

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO C: ALGORITMO DE TRANSICIÓN DE los REGÍMENES

HOSPITALARIOS



Fuente: Salas et al., 2008.

ANEXO D: EJEMPLOS DE BATIDOS HIPERCALÓRICOS

Nombre	Ingredientes	Cantidad	Aporte de calorías (kcal)	Aporte de proteínas (g)	Densidad calórica (kcal/ml)
Batido de helado	Leche entera Leche descremada en polvo Helado Azúcar	150 mililitros 10 gramos 60 gramos 15 gramos	296	11	1,3
Batido de almendras	Zumo de mora Leche descremada en polvo Harina de almendras Helado de vainilla	150 mililitros 10 gramos 15 gramos 60 gramos	298	10	1,3
Batido de frutillas	Leche en polvo Yogurt griego Frutillas Miel	10 gramos 150 mililitros 60 gramos 15 gramos	335	10	1,4
Batido de durazno	Leche en polvo Yogurt griego Harina de almendras Durazno en almíbar	10 gramos 150 mililitros 15 gramos 60 gramos	411	13	1,7

Batido de plátano	Leche entera Leche descremada en polvo Plátano Avena Miel	150 mililitros 10 gramos 100 gramos 15 gramos 10 gramos	271	11,31	1,8
Batido de pinol	Leche entera Pinol Azúcar Canela	150 mililitros 50 gramos 10 gramos 5 gramos	326	10,6	2

Fuente: Salas et al., 2008.

ANEXO E: SUPLEMENTOS NUTRICIONALES DISPONIBLES EN ECUADOR

Suplemento	Descripción	Composición nutricional por 100 gramos o mililitros de producto y por porción sugerida por el fabricante						Dieta líquida amplia	Dieta de fácil digestibilidad	Dieta Blanda	Dieta General
		Precio por porción	Calorías (kcal)	Proteínas (gramos)	CHO (gramos)	Lípidos (gramos)	Fibra (gramos)				
Complebyn (Hipercalórico)	Complemento nutricional en polvo, alto en proteínas y enriquecido con minerales y vitaminas. Presentación: 454 gramos – sabor: vainilla, fresa y chocolate	\$0,43 (10 g)	379/37,9	24,2 /2,42	64,0/6,4	3,0/0,3	0,1/0,01	X	X	X	X
Diben drink * (Hipercalórico e hiperproteico)	Formula nutricional alta en ácidos grasos monoinsaturados, modificada en carbohidratos para control glicémico, alto en proteínas, rico en fibra soluble. Presentación 200 mililitros – sabor: vainilla, capuchino y frutos del bosque.	\$5 (200 ml)	150/300	7,5/15	13,1/26,2	7/14	2/4	X	X	X	X
Fresubin * (Hipercalórico)	Formula nutricional, alta en proteínas y energía, indicada para pacientes con requerimientos moderados a altos de energía o que tienen riesgo de mal nutrición. Presentación: Botella de 200 mililitros	\$4,69 (200 ml)	102,4/204,8	3,7/7,4	13,77/27,54	3,6/7,2	0/0	X	X	X	X

Supportan* (Hipercalórico e hiperproteico)	Suplemento nutricional alto en ácido eicosapentaenoico, alto en grasa y bajo en carbohidratos. Presentación: Botella de 200 mililitros	\$4,69 (200 ml)	150/300	10/20	12,4/12,4	6,7/13,4	1,5/3	X	X	X	X
Ensoy proteína (Módulo proteico)	Complemento a base de proteína de soya y de suero de leche. Útil para pacientes que necesitan incrementar el consumo de proteínas. Presentación: Lata de 275 gramos.	\$0,37 (6 g)	333,2/19,9	83,3/4,9	0/0	0/0	0/0	X	X	X	X
Nessucar (Módulo calórico)	Módulo calórico útil para enriquecer en energía cualquier tipo de dieta. Presentación: Lata 500 gramos	\$0,12 (5 g)	384/19,2	0/0	96/4,5	0/0	0/0	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia.