

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Docente Dr. Juan Pablo Pina
Residencia De Medicina Familiar

Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del
Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020.



Tesis de pos grado para optar por el título de:
Médico Familiar

Sustentante:
Dra. Ricura Sepúlveda

Asesores:
Dra. Iris Margarita Paula (Clínico)
Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en el presente anteproyecto de tesis de posgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del mismo.

Distrito Nacional: 2020

CONTENIDO

DEDICATORIA	
RESUMEN	
SUMMARY	
I. INTRODUCCIÓN	9
I.1 Antecedentes	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
III. OBJETIVOS	13
III.1. General	13
III.2. Específicos:	13
IV. MARCO TEÓRICO	14
IV.1 Atención Primaria Definición	14
IV.1.1 Distribución de los centros de atención primaria	15
IV.2.1. Nutrición	15
IV.1.2.2 Macronutrientes	17
IV. Micronutrientes	17
IV.1.2. Estado Nutricional	17
IV.1.2.1. Estado Nutricional en las diferentes etapas de vida	18
IV.1.2.2. Alteraciones del estado nutricional	20
IV.1.2.3. Valoración del estado nutricional	21
IV.1.2.4. Antropometría nutricional	21
IV.1.3. Exploraciones Complementarias	23
IV.1.3.1. Características de una alimentación saludable	23
IV.1.4. Valoración nutricional	24
IV.1.5. Nutrición enteral (NE)	26
IV.1.5.1. Modalidades de NE	26
IV.1.5.2. Selección del paciente	26
IV.1.5.3. Selección de la vía de administración	27
IV.1.5.4. Monitoreo del esquema de NE	28
IV.1.6. Nutrición parenteral (NP)	28

IV.1.6.1. Objetivos	28
IV.1.6.2. Indicaciones	29
IV.1.7. Composición corporal	29
IV.1.7.1. Niveles de organización de la composición corporal	30
IV.1.8. Evaluación antropométrica	31
IV.1.8.1. Pliegues cutáneos	31
IV.1.8.2. Peso para la edad	33
IV.1.8.3. Talla para la edad	33
IV.1.8.4. Peso para la talla	34
IV.1.9. Correcta alimentación	34
IV.1.9.1. Grupos que componen la pirámide alimentaria	35
IV.1.9.2. Los alimentos y su valor nutricional	35
IV.1.10. Vitaminas y minerales	37
IV.1.11. Desnutrición	39
IV.1.12. Índice de masa corporal (IMC)	40
IV.1.12.1. Formula del IMC	40
IV.1.12.2. Limitaciones el IMC	41
V. HIPÓTESIS	42
VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	43
VI.1 DISEÑO METODOLÓGICO	45
VI.1.1. Tipo de estudio	45
VI.1.2. Área de estudio	45
VI.1.3. Tiempo de realización.	45
VI.1.4. Universo.	45
VI.1.6.Muestra	45
VI.1.7. Criterios	45
VI.1.7.1. Criterios de inclusión	45
VI.1.7.2. Criterios de exclusión	45
VI.1.8. Instrumento de recolección de la información	46
VI.1.9.Método de recolección de datos.	46

VI.1.10.Técnica	46
VI.1.11. Procesamiento	46
VI.1.12. Diseño estadístico.	46
VI.1.13. Consideración éticas	46
VII. RESULTADOS	47
VIII. DISCUSIÓN	62
IX CONCLUSIONES	64
X. RECOMENDACIONES	66
XI. REFERENCIAS	67
XII. ANEXOS	73
XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	75
XIV. EVALUACIÓN	77

DEDICATORIA

A Dios:

Porque tú me diste las energías para seguir luchando hasta alcanzar mi objetivo final. A ti te debo todo lo que he logrado, sin tu gran fuerza espiritual mi esfuerzo hubiese sido un fracaso.

Gracias señor Jesús porque siempre estás ahí dándome tus manos en los momentos más difíciles.

A mi padre:

Emmanuel Sepulveda Castillo, gracias por tu presencia donde quiera que estuve, gracias por siempre enseñarme el mejor camino, para ti va este gran logro, aunque no estés físicamente, en mi corazón siempre estarás, te amare y te recordare por siempre papi. Gracias por tus grandes enseñanzas.

A mi madre:

Carmen Corporan Rodríguez, por el solo hecho de ser mi madre te mereces la alegría de mis triunfos, gracias mami por siempre tenerme presente en tus oraciones. Una vez más gracias por ser mi mano derecha con mi tesoro Alans Joseph, no tengo palabras para agradecerte este gran gesto.

A mis Hermanos:

Principalmente a Wascar Sepulveda Corporan, porque siempre has estado presente ofreciendo lo mejor de ti. Una vez más gracias mi hermano amado por tu disposición incondicional.

A los demás, Manuel, Dalton, Hamlet, Asdrubal, y Jennifer.

A mi cuñada favorita, Lissette Fígaro, porque al junto de Wascar y Yolanda fuiste mi apoyo emocional y físico, no importando hora ni tu condición. A ti también gracias.

A mi esposo, Dr. José Reynaldo Rodríguez Reynoso:

Porque siempre me diste tu apoyo, siempre dispuesto para que esta carrera sea una realidad. Gracias por no dejarme sola en los momentos de conflictos.

A mi hijo, Alans Joseph:

Por la tanta ausencia mi niño amado, en los primeros años de tu vida. Perdona todos los momentos de tristeza cuando tenía que irme, gracias por ser fuerte y ayudar a mami. Te amo pequeño.

A mis compañeros: Barias, Nicauly, Y mota.

Por ser mi compañía en esta gran jornada.

A mis Maestros:

Porque fue prioridad en ellos nuestra formación y aprendizaje.

RESUMEN

Para la investigación titulada: Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020. El objetivo principal fue: Analizar los Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero-Mayo 2020. Se trabajó con una muestra de 150 pacientes. Se obtuvo que el sexo femenino obtuvo un 40 por ciento y masculino un 60 por ciento, lo que nos dice que el sexo preponderante fue el masculino. Obteniéndose que : En cuanto a la edad, el rango fue desde 19 hasta 90 años, las que se distribuyeron con mayoría de casos: 27-35años con un 32 por ciento, seguida de 18-26 años con un 16 por ciento, de 45-53 años, con un 12 por ciento. Con una media de 46.3 años. La escolaridad se clasificó: analfabeto un 12 por ciento, primaria un 37.3 por ciento, secundaria un 40 por ciento y universitario un 10.6 por ciento. En cuanto a las raciones de frutas y verduras que consumían los pacientes, se clasificaron de la siguiente manera: 1 pieza de verdura y 1 pieza de frutas, obtuvo un 7 por ciento, 2-3 de frutas y 1-2 de verduras, un 41 por ciento y ninguno es decir que el paciente no consumía ni frutas ni verduras, un 52 por ciento. Según el número de comidas al día que consumían los pacientes, se distribuyeron de la siguiente manera: una comida al día un 1.3 por ciento, dos comidas un 6.7 por ciento, tres un 26.7 por ciento, cinco un 61.3 por ciento, depende de los días un 4 por ciento. Con respecto al tiempo que el paciente le dedica a la comida se distribuyó: media hora un 30,6 por ciento, menos de media hora un 17,3 por ciento y una hora un 50,6 por ciento. Con respecto al consumo de pan se clasificó de la siguiente manera: 2 a 3 veces a la semana, un 29,3 por ciento, 1 a 2 veces al día un 25,3 por ciento, ninguno es decir no consumo de pan un 45,3 por ciento. Según la cantidad de agua en litros que tomaban los pacientes, un litro con un 17,3 por ciento, dos litros con un 33,3 por ciento, poca agua con un 48 por ciento, los que no contestaron fueron con un 1,3 por ciento.

Palabras clave: nutrición, hábitos alimentarios, atención primaria

SUMMARY

For the research titled: Eating habits of the patients who attended the consultation of the Juan Pablo Pina University Hospital, Period January May 2020. The main objective was: To analyze the eating habits of the patients who attended the consultation of the Juan Pablo Pina University Hospital , Period January-May 2020 We worked with a sample of 150 patients. It was found that the female sex obtained 40 percent and the male 60 percent, which tells us that the predominant sex was male. Obtaining that: Regarding age, the range was from 19 to 90 years, which were distributed with the majority of cases: 27-35 years with 32 percent, followed by 18-26 years with 16 percent, of 45 -53 years, with 12 percent. With an average of 46.3 years. Schooling was classified: illiterate 12 percent, primary 37.3 percent, secondary 40 percent and university 10.6 percent As for the rations of fruits and vegetables consumed by patients, they were classified as follows: 1 piece of vegetables and 1 piece of fruit, obtained 7 percent, 2-3 of fruits and 1-2 of vegetables, 41 percent and none is to say that the patient consumed neither fruits nor vegetables, 52 percent. According to the number of meals a day the patients consumed, they were distributed as follows: one meal a day 1.3 percent, two meals 6.7 percent, three 26.7 percent, five 61.3 percent, depending on the days 4 percent. Regarding the time that the patient dedicates to food, it was distributed: half an hour 30.6 percent, less than half an hour 17.3 percent and one hour 50.6 percent. Regarding the consumption of bread, it was classified as follows: 2 to 3 times a week, 29.3 percent, 1 to 2 times a day, 25.3 percent, none of which is to say no 45 consumption of bread, 3 percent. According to the amount of water in liters that the patients drank, one liter with 17.3 percent, two liters with 33.3 percent, little water with 48 percent, those who did not answer were with 1.3 percent.

Key words: nutrition, eating habits, primary care

I. INTRODUCCIÓN

I.1 Antecedentes

La nutrición es el conjunto de procesos biológicos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza los nutrientes (sustancias contenidas en los alimentos). Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

En un estudio realizado por Socorras, María. Bolet, Mirian para el año 2018, con el objetivo identificar los aspectos nutricionales, donde se incluyen los factores de riesgo para estas entidades: hiperlipoproteinemias, hipertensión arterial y la obesidad, en especial la abdominal. Dentro de los resultados obtenidos se obtuvo que 70% debía llevar una dieta saludable y necesaria para los pacientes con enfermedad cardiovascular debe ser baja en grasas saturadas, ácidos grasos trans y baja en colesterol.¹

En esta línea, Ferrante, et al. En el 2018, con el propósito de estimar la relación costo-utilidad de una intervención dirigida a reducir el consumo de sal en la dieta de personas mayores de 35 años en Argentina, se observaron reducciones en la incidencia de enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, y en la mortalidad por enfermedad coronaria. Se observaron beneficios para todos los grupos de edad y sexo. Donde se concluyó que la implementación de esta estrategia de reducción del consumo de sal produciría un efecto sanitario muy positivo, en recursos económicos ahorrados.²

De igual modo, un estudio realizado por Villasís-Keever, durante el 2018, con el objetivo de determinar la frecuencia y factores asociados a desnutrición en niños con cardiopatía congénita. Dentro de los resultados encontrados los grupos más afectados fueron los lactantes y los niños con CFPA. Los factores asociados

¹ Socorras, María. Bolet, Mirian, Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares Rev Cubana InvestBioméd v.29 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2015 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000300006 (citado 10 de agosto 2018)

² Ferrante, Daniel; Konfino, Jonatan, .Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares en Argentina. Argentina 2014; https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892012001000005&script=sci_arttext (citado 12 agosto 2018).

a desnutrición fueron: presencia de cardiopatía cianógena y la falta de administración de algún complemento nutricional. Entre mayor número de miembros en una familia mayor frecuencia de desnutrición; a mayor edad menor riesgo de desnutrición.³

³ Ana Gabriela Herrarte Guzmán. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre nutrición clínica en los médicos Residentes. Guatemala. 2013.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación corresponde a una de las necesidades básicas de todo ser vivo. Una dieta no adecuada, junto con otros factores, como la inactividad física y el tabaquismo, constituyen las principales causas de enfermedad cardiovascular y otras enfermedades no transmisibles. La Organización Mundial de la Salud en su “Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”, identifica el alto consumo de alimentos hipocalóricos poco nutritivos, con alto contenido en grasas, azúcares y sal, como uno de los factores determinantes de las enfermedades no transmisibles en todos los países de los que se posee información.

Dentro del mismo informe, se establece la reducción de los factores de riesgo asociados a un régimen alimentario poco sano como uno de los principales objetivos de la estrategia. En el caso específico de la República Dominicana, según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud, Encuesta de salud (2013), se identifica que los hombres entre 15 a 49 años registran un 38.8% de sobrepeso u obesidad, mientras en el caso de las mujeres un 50% posee sobrepeso o es obesa; dichos datos se atribuyen a los cambios ambientales y los estilos de vida, pero principalmente, a un consumo relativamente alto de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares, sal y así como a la inactividad física en la población.

La alimentación, la actividad o ejercicio físico, la eliminación de los hábitos tóxicos (alcohol, drogas, tabaco, etc.) y la promoción de hábitos saludables, constituyen los pilares básicos sobre los que se asienta la promoción y la educación para la salud. Al mismo tiempo, podemos afirmar que la alimentación saludable, aún en los mayores, ejerce un efecto protector sobre la salud de estos, siempre que exista una expectativa de vida superior a dos años, tiempo que se estima como suficiente para recoger los efectos positivos de esta sobre el organismo.

Para alcanzar un adecuado equilibrio alimentario y nutricional, se precisa una correcta alimentación e hidratación, es decir, llevar una alimentación saludable, que conlleva que la misma sea variada, moderada y equilibrada, la cual depende

de la disponibilidad de los alimentos, del poder adquisitivo de los mayores, de los gustos o apetencias de estos, de sus creencias, costumbres y conocimientos sobre los alimentos, etc.; en definitiva, del comportamiento alimentario de estos, adquirido y estructurado a lo largo del tiempo.

Una alimentación puede ser correcta y equilibrada cuando aporta todos los requerimientos, tanto de energía como de nutrientes, en proporción adecuada, que precisa el organismo para mantener un óptimo estado de salud y prevenir las enfermedades. Es decir, a través de la alimentación se llevará un aporte cuantitativo, en su porcentaje adecuado, y cualitativo de los diferentes nutrientes, cumplimentando lo que se denominan las Ingestas básicas recomendadas y los Requerimientos nutricionales para un colectivo determinado, en este caso los mayores.

La alimentación humana ha experimentado un enorme desarrollo en los últimos años, con avances notables derivados de la profundización en el conocimiento de los modernos procesos tecnológicos aplicados a nutriología clínica, seguridad alimentaria, dietoterapia, inmunología, genética y nutrigenómica y otras ciencias básicas.

Está altamente demostrado que la evaluación del estado nutricional deben formar parte de la correcta selección de medidas terapéuticas a tomar frente al paciente y, que la intervención nutricional debe formar parte integral del tratamiento mismo

El estado nutricional juega un importante papel no sólo en la prevención sino también en el pronóstico y evolución de diversos padecimientos.

A partir de lo antes planteado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del hospital universitario Juna Pablo Pina, Periodo Agosto- Septiembre 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

- Analizar los Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero-Mayo 2020

III.2. Específicos:

- ✓ Establecer el sexo de los asistentes a la consulta de medicina familiar
- ✓ Determinar la edad de los asistentes a la consulta de medicina familiar
- ✓ Señalar nivel académico de los asistentes a la consulta de medicina familiar
- ✓ conocer los hábitos alimentarios de los asistentes a la consulta de medicina familiar
- ✓ identificar el motivo de consulta de los asistentes a la consulta de medicina familiar

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 Atención Primaria Definición

Existen múltiples definiciones para la atención primaria, por lo que se recopilaron varias definiciones de la misma:

Es una forma conceptual y operativamente orgánica y comprensiva, orientada fundamentalmente al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud poder alcanzar la meta social y política de salud para todos.

Es en esos términos que Andrija Stampar fundamentó la definición de salud de la Constitución de la OMS hace más de setenta años (Conferencia de San Francisco) - Es un proceso social eminentemente participativo, a través del cual los proveedores de servicios “devuelven” a la propia población la responsabilidad primaria del cuidado de su salud personal y colectiva. La población deja de ser “paciente pasivo” que nada debe saber de su salud, porque ello es considerado como patrimonio exclusivo y excluyente de profesionales o auxiliares de los servicios tradicionales. Hoy se habla de “cuidado integral de la salud para todos y por todos”.

Es un proceso social y político en el verdadero sentido de la palabra “política”, en el cual las decisiones están en manos de la propia población, con el apoyo de la información objetiva que los profesionales y auxiliares de diferentes sectores pueden ofrecerles sin imposiciones.

En este proceso, los elementos educativo e informativo son esenciales, más aun cuando el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la comunicación social puede ser un vehículo “eficaz” de información y no solo de desinformación o manipulación. Así como las técnicas modernas de mercadeo nos condicionan a comprar lo que no necesitamos, y a aspirar a lo que no podemos alcanzar, ellas pueden ser bien utilizadas en beneficio real de las personas y las colectividades.

Es una forma mental de ver el proceso de desarrollo humano, pues sus grandes principios no son exclusivos para el campo de la salud. Ellos son: la efectiva descentralización - entendida como una transferencia efectiva y no revocable de poder político para tomar decisiones, asignar y utilizar

IV.1.1 Distribución de los centros de atención primaria

Una Unidad de Atención Primaria es definida en el reglamento de provisión de servicios en su artículo 19, como la célula básica de prestación de servicios en Primer Nivel de Atención o nodo primario de la red.

El Ministerio de Salud Pública trabajó el proceso de zonificación y sectorización del país, asignó una población de 500 a 700 familias (aproximadamente 2,500 personas) por cada territorio.

El objetivo fue lograr que, en la medida de lo posible, el sistema mejore su capacidad resolutoria, es decir, la capacidad que tienen esos equipos de salud de atender problemas cada vez más complejos, sin tener que acudir a la asistencia hospitalaria.

A la fecha, según los datos proporcionados por el MSP, existen 1,658 Unidad de atención primaria a nivel nacional. De estas, 786 están instaladas en zonas rurales y las restantes 872 en zonas urbanas.

IV.2.1. Nutrición

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.⁴

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. La nutrición va más allá de comer, es un proceso muy complejo que considera desde los aspectos sociales hasta los celulares, y se define como el conjunto de fenómenos mediante los cuales se obtienen, utilizan y excretan las sustancias nutritivas.

Las sustancias nutritivas son conocidas como nutrimentos que se definen como unidades funcionales mínimas que la célula utiliza para el metabolismo y

⁴ Kane RL, Shamlivan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. J Am Geriatr Soc. 2014; 60: 896-904

que son provistas a través de la alimentación. La alimentación consiste en la obtención, preparación e ingestión de alimentos.

La dieta es todo aquello que consumimos de alimentos y bebidas en el transcurso de un día.⁴ Así pues, todos los seres humanos estamos a dieta a diario, la diferencia radica en el tipo de dieta que debe consumir cada persona con base en la edad, el sexo, la estatura, el peso, la condición clínica, económica, y social. Antes de comentar de manera breve los aspectos más relevantes de los nutrimentos para la nutrición humana, es necesario destacar los siguientes aspectos generales:⁵

1) Todos los nutrimentos son importantes, no hay ni buenos ni malos, además si uno de éstos no está presente, es suficiente para que la persona enferme o muera.

2) Cada nutrimento es diferente y la cantidad que se necesita también.

3) La velocidad con la que un nutrimento se absorbe en el organismo es también diferente de un caso a otro, y ello determina la urgencia con que debe obtenerse. Los más importantes para el cuerpo son el oxígeno y el agua, ya que sin ellos moriríamos.⁶

4) El organismo requiere una cantidad óptima de cada uno de los nutrimentos indispensables, si recibe más va a tener una posible toxicidad, y si recibe menos una deficiencia.

5) Para fines prácticos, los alimentos contienen todos los nutrimentos, por lo que es extremadamente raro que un individuo desarrolle una deficiencia específica; habitualmente se trata de síndromes pluricarenciales.

6) No hay alimentos buenos o malos, ni uno que aporte más que otro, todo alimento contiene uno o más nutrimentos y contribuyen a la nutrición.

⁵Schaible UE, Kaufmann SH. Malnutrition and infection: complex mechanisms and global impacts. PLoSMed. 2015; 4: e115

⁶Ramírez Hernández J, Arroyo P, Chávez VA. Aspectos socioeconómicos de los alimentos y la alimentación en México. Revista de Comercio Exterior. 2013;21(8):675-86.

IV.1.2.2 Macronutrientes

Los macronutrientes son nutrimentos que cumplen con funciones energéticas y que se encuentran en forma de polímeros y por lo tanto, deben de ser digeridos para que el organismo los pueda utilizar. Los polímeros son polisacáridos, los cuales son los hidratos de carbono, los aminoácidos que constituyen a las proteínas, y los ácidos grasos, ya sean líquidos o sólidos, que son los lípidos. Teniendo así: hidratos de carbono, grasas y proteínas. Los macronutrientes forman la mayor parte de la dieta del ser humano (aproximadamente 99%).⁷

IV. Micronutrientes

Los micronutrientes son las vitaminas y los minerales, o nutrimentos inorgánicos. De hecho, el descubrimiento de las vitaminas permitió el nacimiento del campo de la nutrición. Las vitaminas son un grupo de micronutrientes esenciales que cumplen con los siguientes criterios:

1. Compuestos orgánicos diferentes a las grasas, los hidratos de carbono y las proteínas.
2. Componentes naturales de los alimentos, presentes habitualmente en cantidades muy pequeñas.
3. No sintetizados por el cuerpo en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades fisiológicas normales.
4. Esenciales, también normalmente en cantidades muy pequeñas, para una función fisiológica normal (es decir, mantenimiento, crecimiento, desarrollo, y reproducción).
5. Su ausencia o insuficiencia produce un síndrome o deficiencia específico.⁸

II.1.2. Estado Nutricional

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso

⁷Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. Salud Pública Mex. 2016;43:464-77.

⁸Ávila Curiel A, Shamah Levy T, Chávez Villasana A. Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural, 1996. Resultados por entidad. México, D.F.: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán;2014.

de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.⁹

II.1.2.1. Estado Nutricional en las diferentes etapas de vida

0-6 meses: La alimentación tiene que ser sólo con leche materna, ya que esta tiene todos los requerimientos nutritivos que necesita un bebé hasta los seis meses (6). El niño en esta etapa de vida debe ganar de 20 a 30 gr. diarios y aumentar 2.5 cm. al mes.¹⁰

6-12 meses: En esta edad, aumenta el riesgo de que enfermen por infecciones o sufran de desnutrición. En estos meses la atención se centra en dar a los bebés la alimentación complementaria (además de la lactancia materna) con alimentos ricos en hierro, para prevenir la anemia. El peso que debe ganar el niño es de 85 a 140 g. de modo que al final del primer año, debe triplicar su peso de nacimiento; asimismo debe aumentar 1.25 cm mensual, la longitud al nacer aumenta aproximadamente un 50% al final del primer año de vida.

12-24 meses: Los niños y niñas de esta edad ya pueden compartir la olla familiar y recibir la dieta repartida en cinco o seis tiempos al día. Desde el primer año de vida, hasta los 2 años y medio, el niño cuadriplica su peso de nacimiento,

⁹ Oscar Castañeda-Sánchez, Mario Lugo-Caro, Rosaura Yepiz-Ortega. Estado nutricional en un grupo de adolescentes.2016 [acceso 14 de agosto 2018]; Vol. 23(3); 104-108.

¹⁰Bourges Rodríguez H. El significado de la dieta como unidad de la alimentación. En: Ramos Galván R, editor. Alimentación normal en niños y adolescentes: teoría y práctica. México, D.F.: El Manual Moderno;2015.p.484-535.

es decir, anualmente aumenta de 2 a 3 kg.; en el 2 año de vida crecen aproximadamente 1 cm por mes.¹¹

Pre-Escolar: Comprenden los niños y niñas que tienen de 2 a 5 años; en esta edad, aumenta el riesgo de malnutrición, ya que los problemas principales es una negación del niño para comer; por tanto, aún se deben dar los alimentos de 4 a 5 veces por día, con una dieta balanceada. En esta etapa de vida, el niño aumenta de 2 a 3 kg. Por año; 24 en el tercer año de vida, el niño aumenta de 6 a 8 cm. Y a partir de esta edad empieza a crecer de 5 a 7.5 cm por año vida, el niño aumenta de 6 a 8 cm. Y a partir de esta edad empieza a crecer de 5 a 7.5 cm por año.

Escolar: La niñez es una etapa de grandes cambios y rápido crecimiento, los problemas de malnutrición afectan principalmente durante la primera infancia, ocasionando problemas en el crecimiento y desarrollo, afectando la atención y el aprendizaje.¹²

Las necesidades calóricas disminuyen en relación con el tamaño corporal durante la infancia intermedia; sin embargo, se almacenan reservas para el crecimiento en la etapa adolescente. En la etapa escolar los niños sienten bastante atracción por los juegos, lo que fortalece el desarrollo intelectual y ocasiona un mayor desgaste de energías.

En esta etapa de vida, el niño aumenta de 2 a 3 Kg. por año; y aumenta la talla en un aproximado de 5 cm. por año.

Adolescente: La adolescencia es la segunda etapa de rápido crecimiento, y los efectos de la nutrición sobre el desarrollo cognitivo se encuentran relacionados (5). En esta etapa de vida el niño aumenta de 17.5 a 23.7 kg., y el adolescente crece de 20.5 a 27.5 cm.¹³

¹¹Arteaga-Pérez J. El Sistema Alimentario (SAM): una perspectiva política. Estudios Sociológicos. 2015;3(8):297-313.

¹² Víctor M. Olguín Salazar, Psicología, Pág. 8,13, 26, 27 76, 132, 133.

¹³Martínez AJ, Astiasarán I, Madrigal H. Alimentación y Salud Pública. 2da ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamerican;2015.

II.1.2.2. Alteraciones del estado nutricional

Un estado nutricional adecuado está caracterizado por mantener las medidas antropométricas y nivel de hemoglobina dentro de los parámetros normales, y se ha denominado estado nutricional inadecuado cuando las medidas antropométricas y el nivel de hemoglobina están fuera de los parámetros normales. La nutrición inadecuada se puede manifestar de la siguiente manera:

Desnutrición: Se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y, como tal, se asocia con muchas causas de muerte de los niños menores de 5 años. La desnutrición crónica, medida según el retraso del crecimiento, es la forma más frecuente de desnutrición. Así mismo, la desnutrición en la etapa preescolar y escolar afecta la capacidad de atención y aprendizaje en los niños¹⁴

La desnutrición infantil puede clasificarse de la siguiente manera: Leve (10% déficit), moderada (20 – 40% de déficit) y severa (más de 40% de déficit). Las formas leves y moderadas presentan déficit de peso y talla sin otros signos o síntomas. Y puede ser aguda o crónica por la duración de esta.

La desnutrición severa puede ser del tipo Marasmo o Kwashiorkor o tipos mixtos.

Marasmo: El primer signo es el retardo en el crecimiento, luego la disminución de la actividad física y el retardo psicomotor, la piel es delgada y suave, atrofia muscular, indiferencia y apatía. El crecimiento cerebral es lento e incluso puede llegar a ver cierto grado de atrofia. Es más frecuente en menores de un año.

Kwashiorkor: La característica es el edema. Hay lesiones de la piel, cabello rojizo, uñas y boca. Falta de interés para los juegos y las cosas que lo rodean, pueden estar irritables y tienen proteínas muy bajas, representa en niños entre uno y seis años.

¹⁴ Comité de Nutrición de la American Academy of Pediatrics, Manual de Nutrición en Pediatría, 3 Edición, Editorial Medica Panamericana, Noviembre 2015.

Obesidad: El sedentarismo, es uno de los principales factores que favorece la obesidad en el mundo. La obesidad se puede medir mediante el Índice de Masa Corporal; esta es una enfermedad del siglo XX, y es un problema común en la infancia y adolescencia, ya que influyen mucho los medios de comunicación que auspician las comidas chatarras.¹⁵

La persona obesa somete a su esqueleto y a sus músculos a un mayor esfuerzo, además provoca alteraciones metabólicas como la mayor secreción de la hormona insulina, que lleva al desarrollo temprano de la diabetes; daña el sistema cardiovascular y produce hipertensión e hipertrofia cardíaca.¹⁶

II.1.2.3. Valoración del estado nutricional

La valoración nutricional permite determinar el estado de nutrición de la persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud o algunas deficiencias que pueda presentar en relación con su estado nutricional.

La valoración del estado nutricional se basa en la anamnesis, la exploración clínica y el estudio antropométrico.

Anamnesis: Para realizar la anamnesis, es necesario obtener cuatro datos de máximo interés: El tipo de la dieta, la conducta alimentaria, la actividad física y la existencia de enfermedades que puedan alterar la nutrición.¹⁷

Exploración Clínica: La exploración clínica irá dirigida a valorar globalmente la nutrición, detectar la existencia de manifestaciones carenciales y cualquier otro signo pronóstico, mediante el examen físico.

II.1.2.4. Antropometría nutricional

Se basa en el estudio de un reducido número de medidas somáticas. Las medidas antropométricas de mayor utilidad son el peso, la talla, el perímetro craneal, actualmente ya no se estima tan relevante el perímetro del brazo y el

¹⁵Serra L, Aranceta J, Mataix JD. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2016.

¹⁶ Daniel Antonio de Luis Román, Manual de nutrición y metabolismo, Diego Bellido Guerrero, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Ediciones Díaz de Santos, 2013.

¹⁷ David Motero y Marcos Restrepo, Parasitosis Humanas, 4º Edición, Editorial CIB, Colombia 2015.

grosor del pliegue cutáneo. Los índices de relación más utilizados son: peso/talla, talla/ edad, peso/ edad y el Índice de Masa Corporal.

- **Peso:** Es un indicador global de la masa corporal, fácil de obtener y reproducible. En la valoración del porcentaje del peso para la edad se basa la clasificación 28 de malnutrición, propuesta por Gómez en 1995, donde establece tres grados: Malnutrición de primer grado o leve, cuando el peso se encuentra entre 75 y 90 por 100 del peso medio para la edad y de acuerdo al sexo; Moderada cuando se sitúa entre el 60 y 75 por 100 y de tercer grado o grave al 60 por 100. Para pesar al niño, se realizará cuando este se encuentre en ayunas, para obtener un peso exacto, y se contará con una balanza, la cual será calibrada después de pesar a cada niño; el niño procederá a retirarse la ropa y se le pedirá que suba a la balanza en la parte central y se coloque en posición firme evitando el movimiento, y se procederá a pesar al niño.¹⁸
- **Talla:** Es el parámetro más importante para el crecimiento en longitud pero es menos sensible que el peso a las deficiencias nutricionales; por eso solo se afecta en las carencias prolongadas, sobre todo si se inicia en los primeros años de vida, y generalmente sucede en los países en vías de desarrollo. En el Perú, es muy factible relacionar el peso con la talla para obtener unos valores confiables. Para realizar la medición de la talla se realizará de la siguiente manera: El estudiado con los pies descalzos permanecerá de pie, guardando la posición de atención antropométrica con los talones, glúteos, espalda y región occipital en contacto con el plano vertical del tallímetro; posteriormente para toma de la medida, el estudiado hará una inspiración profunda para compensar el acortamiento de los discos intervertebrales. El antropometrista efectuará una leve tracción hacia arriba desde el maxilar inferior, y 29 manteniendo el estudiado la cabeza en el plano de Franckfort.

¹⁸ Jacobs DO, Melnik G, Forlaw L, Gebhardt C, Settle RG, DiSipio M y cols.: Impact of a nutritional support service on VA surgical patients. J Am Coll Nutr 2014, 3:311-315.

- Relaciones PESO / TALLA: En 1972 Waterlow publicó una nueva clasificación de los estados de malnutrición basados en las modificaciones de la relación Peso/ Talla y la influencia predominante sobre uno y otra de la malnutrición aguda o crónica; ahí opone el concepto de malnutrición aguda, que se expresa sobre todo por pérdida de peso en relación a la talla, retraso de crecimiento por carencia nutritiva crónica (enanismo o hipocrecimiento nutricional), que afecta a la talla para la edad manteniéndose normales las relaciones entre esta y el peso.

II.1.3. Exploraciones Complementarias

Las exploraciones más complejas sirven para analizar con precisión la composición corporal y la repercusión de las alteraciones subclínicas de la nutrición, los cuales pueden ser marcadores bioquímicos del estado nutricional, donde se expresará en los cambios del sistema endocrino, modificaciones de los niveles de 32 algunas sustancias (aminoácidos, vitamina, minerales), y entre los exámenes más importantes es el examen de hemoglobina.¹⁹

II.1.3.1. Características de una alimentación saludable

- Completa: que incluya todos los grupos de alimentos, para obtener todos los nutrientes necesarios para el organismo.
- Equilibrada: que aporte las cantidades justas de cada grupo de alimentos para respetar las proporciones adecuadas entre los nutrimentos, manteniendo un balance entre sí.
- Variada: que alterne alimentos del mismo grupo en los diferentes tiempos de comida. Debe incluir distintos grupos en el mismo tiempo de comida, proporcionando así colorido y textura a los platillos.
- Inocua: que su preparación y consumo habitual no represente un riesgo a la salud, es decir, que esté libre de microorganismos patógenos, toxinas, conservadores y contaminantes.

¹⁹Nehme AE: Nutritional support of the hospitalized patient: the team concept. JAMA 2016, 243:1906-2016.

- Suficiente: que cubra las necesidades de todos los nutrimentos en cada individuo, de tal forma que los adultos tengan una buena nutrición y un peso saludable, y que los niños se desarrollen de manera correcta.
- Adecuada: que se acople a las necesidades y características individuales, como el sexo, edad, y estado fisiológico y patológico que sea acorde con los gustos y la cultura de quien la consume, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.
- Accesible: que esté al alcance de las posibilidades económicas, sociales y geográficas del individuo.

II.1.4. Valoración nutricional

Consiste en la determinación del nivel de salud y bienestar de un individuo o población, desde el punto de vista de su nutrición. Supone examinar el grado en que las demandas fisiológicas, bioquímicas y metabólicas, están cubiertas por la ingestión de nutrientes. Este equilibrio entre demandas y requerimientos está afectado por diversos factores como pueden ser la edad, el sexo, la situación fisiológica, la situación patológica de cada individuo, educación cultural y la situación psicosocial.²⁰

Una nutrición equilibrada implica un aporte adecuado en nutrientes y energía, específico para cada individuo. La deficiencia prolongada de un determinado nutriente, conduce a su desaparición progresiva en los tejidos, con las consiguientes alteraciones bioquímicas, que más tarde se traducen en manifestaciones clínicas. Por otra parte, consumo excesivo de uno o varios nutrientes pueden desarrollar situaciones de toxicidad o de obesidad.

La evaluación del estado nutritivo tiene como finalidad la detección temprana de grupos de pacientes con riesgo de padecer malnutrición, el desarrollo de programas de salud y nutrición y para controlar la eficacia de distintos regímenes dietéticos.

La valoración del estado nutricional dará salida a tres estratos de pacientes:

²⁰ ASPEN Board of directors. Guidelines for the use of parenteral, enteral nutrition in adult and pediatric care. JPEN. 2015; 26:9SA-12SA.

A- Bien nutrido:²¹

- ✓ Pérdida de peso igual o menor del 5% en relación con el peso habitual, y ha ocurrido de forma gradual en los últimos 6 meses.
- ✓ No han ocurrido alteraciones en la ingesta alimenticia.
- ✓ No presenta síntomas gastrointestinales durante más de 15 días.
- ✓ La enfermedad de base no ha provocado un incremento en la demanda metabólica, o si lo hecho es en baja cuantía.
- ✓ No ha ocurrido pérdida de la grasa subcutánea en tríceps y tórax.
- ✓ No ha ocurrido pérdida de la masa muscular en el deltoides, cuádriceps y temporales.
- ✓ No hay ascitis.
- ✓ Capacidad funcional conservada.
- ✓ No más de tres malas prácticas de nutrición observadas.

B-Moderadamente desnutrido o sospechoso de desnutrición:

- ✓ Pérdida de peso al menos del 5 % en los últimos
- ✓ días antes del ingreso.
- ✓ No ha recuperado al menos parte del peso habitual, sino que continúa perdiendo.
- ✓ Reducción significativa en las ingestas alimenticias.
- ✓ Pérdida moderada de la grasa subcutánea en tríceps y tórax.
- ✓ Pérdida moderada de la masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales.²²
- ✓ De 3 a 4 malas prácticas de nutrición observadas.

C- Gravemente desnutrido:

- ✓ Pérdida de peso mayor del 10 % en los últimos 6 meses.
- ✓ Pérdida neta de peso mayor del 5 % en los últimos 15 días.
- ✓ El paciente continúa perdiendo peso en los últimos 5 días.
- ✓ Pérdida importante de la grasa subcutánea en tríceps y tórax.

²¹Astovisa Bolet M. Algunos problemas filosóficos de la nutrición: la ética en la atención nutricional del paciente Rev Cubana Med Gen Integr 2014; 20(1):18-24.

²² Barreto J, Santana S, Martínez C, Espinosa A. Ayuda alimentaria nutricional y costos en el proceso salud/enfermedad. Acta Médica. 2013; 11(1):26-37

- ✓ Pérdida importante de la masa muscular en cuádriceps, deltoides y temporales.
- ✓ Edemas moderados o importantes en tobillos y sacro.
- ✓ Cinco o más malas prácticas de nutrición.

II.1.5. Nutrición enteral (NE)

Aporte a través de cualquier nivel del tubo digestivo (incluyendo la vía oral) de nutrientes enterales, o sea, fórmulas industriales nutricionales y químicamente definidas. La NE puede hacerse teniendo en cuenta o no la voluntad del paciente.²³

La voluntad del paciente y/o su estado de conciencia no debe influir en la indicación de un nutriente enteral. Entre las técnicas de nutrición artificial, la NE debe ser la elección primera. Paradójicamente el interés por esta técnica y su posterior desarrollo ocurre con posterioridad al de la nutrición parenteral.

II.1.5.1. Modalidades de NE

1. Suplementaria: Aporta solamente del 20 al 40% de las necesidades diarias de energía y nutrientes del paciente.
2. Completa: Aporta entre el 80 y el 100% de las necesidades diarias. Puede hacerse aislada, o en combinación con otros modos de alimentación y nutrición.

II.1.5.2. Selección del paciente

El primer paso en la implementación de un esquema de NE pasa por responder la siguiente pregunta: ¿qué paciente debe beneficiarse de una modalidad de NE?

- ✓ Pacientes sin necesidades nutrimentales aumentadas, pero con ingestas inferiores al 60 % de sus necesidades.
- ✓ Pacientes con necesidades aumentadas de nutrimentos producto de la enfermedad de base o de la respuesta al tratamiento médico-quirúrgico.

²³ Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Espinosa Borrás A, Zamora Marin R, González Sánchez M. Alimentación, nutrición y metabolismo. ActaMédica. 2013; 11(1):26-37.

- ✓ Pacientes con episodios agudos de enfermedad inflamatoria pancreática.
- ✓ Pacientes con imposibilidad de uso de la vía oral:
 - Por alteración del nivel de conciencia.
 - Por alteraciones anatomofuncionales del macizo maxilofacial, la lengua, la boca, o los dientes.²⁴
 - Por obstrucción mecánica de las porciones superiores del aparato digestivo (incluido la orofaringe y el esófago).
- ✓ Pacientes en los que se presentan obstáculos al vaciamiento gástrico:
 - Lesiones que causan estenosis del antro pilórico.
 - Lesiones que causan estenosis del duodeno y primeras porciones del yeyuno.

II.1.5.3. Selección de la vía de administración

El acceso al aparato gastrointestinal se puede hacer mediante sondas u ostomas. La necesidad de una intervención quirúrgica es lo que distingue a una técnica de otra.

La suspensión de la vía oral no constituye un obstáculo para la instauración de un esquema de nutrición enteral. Aun cuando el paciente se vea imposibilitado en algún momento de su evolución clínica para ingerir alimentos por la boca, todavía se puede acceder al aparato gastrointestinal por diferentes sitios y por varias técnicas.²⁵

Formas de infusión del nutriente oral

1. Continua: A durar 24 horas.
2. Intermitente: La cantidad del nutriente enteral a administrar en 24 horas se fraccionará habitualmente en 6 u 8 tomas de 200 a 250 ml., a consumir cada una en cada frecuencia alimentaria por infusión en bolsa, a goteo lento (cíclica) o en bolos.

²⁴ Chance de Witt R, KndshKeneth A. Clinical Nutrition. Gastroenterology Clinics of Nort America. 2014; 27 (2): 371- 82.

²⁵De la UzRuesga M, Larramendi Morales R, AlvarezPuiiz N. Evaluación nutricional de pacientes críticos en el Servicio de Cuidados Intermedios. MEDISAN. 2013; 7(2):33-41.

II.1.5.4. Monitoreo del esquema de NE

Se debe establecer un protocolo de valoración nutricional del paciente, que integre variables antropométricas (circunferencia del brazo, pliegue cutáneo) y bioquímicas (albúmina, conteo total de linfocitos) y educar a los miembros del equipo de trabajo en su conducción y correcta interpretación.²⁶

Este protocolo se le debe aplicar al paciente:

- Antes de iniciar la intervención.
- A intervalos regulares, a fin de evaluar el impacto del esquema de NE sobre el estado de nutrición del paciente y la respuesta.
- Los intervalos de evaluación serán realizados según la respuesta clínica del paciente. Se recomienda una frecuencia semanal de evaluación.

II.1.6. Nutrición parenteral (NP)

Es el aporte de nutrientes básicos por vía parenteral, para satisfacer las necesidades proteico calóricas ante cualquier tipo de agresión que imposibilite el uso de la vía enteral adecuadamente.²⁷

II.1.6.1. Objetivos

1. Disminuir el catabolismo y favorecer el anabolismo.
2. Mejorar el proceso de cicatrización y reparación tisular.
3. Estimular el desarrollo de los mecanismos de defensa del organismo.
4. Influir positivamente en la función hepática, médula ósea, tejido linfoide y producción de anticuerpos.
5. Garantizar un funcionamiento adecuado de los procesos biológicos.
6. Disminuir la convalecencia y la morbimortalidad, cualquiera que sea la causa de la agresión.

²⁶ Gómez I, Satué JA, Valero C. Principios de nutrición: nutrición enteral y parenteral. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: Ediciones EGRAF; 2014.p.611.

²⁷Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O. Nutritional risk screening (NRS-2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. ClinNutr. 2013; 22:321-336.

II.1.6.2. Indicaciones

1. Imposibilidad de utilizar la vía enteral total o parcialmente para la administración de nutrientes:

- ✓ Enfermedad inflamatoria del intestino.
- ✓ Fístula gastrointestinal.
- ✓ Resección de vías digestivas.
- ✓ Íleo paralítico prolongado.
- ✓ Pancreatitis aguda.
- ✓ Intervenciones quirúrgicas mayores.
- ✓ Hemorragias digestivas importantes y repetidas.

2. Estados de hipercatabolia:²⁸

- ✓ Politraumatizados.
- ✓ Sepsis graves.
- ✓ Quemaduras externas.
- ✓ Neoplasias.

3. Situaciones diversas:²⁹

- ✓ Tétanos.
- ✓ Síndrome de Guillain Barre.
- ✓ Inmunodeficiencia.

II.1.7. Composición corporal

El término composición corporal denota un sistema de teorías y modelos (físicos, matemáticos y estadísticos), con sus respectivas expresiones de cálculo, y métodos analíticos de estudio. Todo este sistema intenta comprender, tanto la constitución del ser humano, como la interacción de sus distintos componentes a lo largo – y en cada fase – del proceso vital.

El análisis de composición corporal lleva a un conocimiento de las reservas energético-proteicas, así como a la detección de pérdida o ganancia en el valor de los diferentes compartimientos corporales con relación al mismo individuo y a

²⁸Kondrup J, Allison SP, Elia M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr. 2013; 22:415-421.

²⁹Gottschlich MM, Shronts EP, Hutchins AM. Defined formula diets. En: Clinical Nutrition: Enteral and Tube Feeding. Philadelphia: WB Saunders; 2015.p.207-9.

determinados valores de normalidad. Como dijimos anteriormente, esta valoración suele realizarse habitualmente desde una vertiente antropométrica. El bajo costo y la accesibilidad de la antropometría justifican su predominio, relegando a un segundo plano a técnicas más precisas en la determinación de la composición corporal.

El cuerpo humano de un individuo tiene un componente genético importante; no obstante, se encuentra influenciado por diversos factores ambientales (nutrición, ejercicio, cultura, etc.). Es decir, la estructura corporal no está totalmente predeterminada y varía a lo largo del tiempo.³⁰

II.1.7.1. Niveles de organización de la composición corporal

Sin duda, el ser humano es más que la suma estática de los elementos que lo constituyen. No obstante, en lo que a estructura corporal se refiere, es posible reconstruir un sujeto a partir de sus componentes.

En razón de su complejidad, los principales elementos del organismo se organizan jerárquicamente en cinco niveles:

- 1) Atómico.
- 2) Molecular.
- 3) Celular.
- 4) Hístico (orgánico - anatómico).
- 5) Global.

Cada uno de estos niveles es distinto, y la suma de todos sus componentes equivale al peso corporal total. Esta organización tiene connotaciones fisiológicas, ya que modificaciones en los componentes inferiores (ej.: nivel atómico) producen cambios en los superiores (ej.: nivel Hístico).³¹

³⁰ Dr. Sergio Santana Porbén, Lic. Alicia Espinosa Borrás. Composición corporal. Acta médica 2003 [acceso 14 de agosto 2018]. ; 11(1): 26-37.

³¹Emilio González Jiménez. Composición corporal: estudio y utilidad clínica. 2012[acceso 14 de agosto 2018; Vol. 60. (2): 60-69.

II.1.8. Evaluación antropométrica

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil.

La antropometría es la técnica más usada para la evaluación nutricional, ya que proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia de aporte de macronutrientes. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Las determinaciones del perímetro braquial y del grosor de los pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal, y pueden ser de utilidad cuando se usan en conjunto con el peso y la talla, pero no tienen ventajas si se efectúan en forma aislada, salvo cuando los valores son extremos. Los índices más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T).³²

II.1.8.1. Pliegues cutáneos

El grosor del pliegue graso o pliegue cutáneo es un método de valoración de la cantidad de grasa corporal en una persona. Resulta práctico en el marco clínico, si bien su validez depende de la precisión de la técnica empleada y la repetición de las mediciones a lo largo del tiempo. En la medición del grosor del pliegue cutáneo, se asume que la localización del 50% de la grasa corporal es subcutánea.

La precisión disminuye conforme aumenta la obesidad. Las localizaciones en las que el pliegue cutáneo refleja en mayor medida magnitud de la grasa corporal se encuentran sobre el tríceps y el bíceps, por debajo de la escápula, por encima de la cresta ilíaca (suprailíacas) y en la porción superior del muslo. El pliegue cutáneo tricipital (PCT) y las mediciones subcapsulares tienen mayor interés, debido a la existencia de referencias más completas y métodos de evaluación de estas localizaciones.

³²Antonio Berdasco Gómez. Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. Revista Cubana Aliment Nutr 2014; 16(2):146-52.

Técnicas de medición del grosor del pliegue cutáneo

- Realice las mediciones en el lado derecho del cuerpo.
- Marque el lugar que se va a medir y utilice una cinta flexible no extensible.
- Se puede utilizar la cinta métrica para localizar los puntos medios en el cuerpo.
- Coja firmemente el pliegue cutáneo con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda aproximadamente a 1 cm proximal respecto al lugar del pliegue cutáneo separándolo del cuerpo.
- Sostenga el calibre con la mano derecha en perpendicular al eje largo del pliegue cutáneo, sujetando el dial del calibre hacia arriba. Coloque el extremo del calibre en el punto aproximadamente a 1 cm distal respecto al lugar de los dedos donde está el pliegue. (La presión ejercida por los dedos no influye en la medición.)
- No apriete demasiado el calibre en el pliegue cutáneo ni demasiado cerca de su extremo.
- Observe el valor en el dial del calibre alrededor de 4 segundos después de la liberación de la presión de la mano de la persona que realiza la medición. El mantenimiento de la presión durante más de 4 segundos origina valores menores debido a la salida obligada del líquido del tejido comprimido. Las mediciones se redondearán al milímetro más cercano.
- Obtenga, al menos, dos mediciones en cada lugar con el fin de comprobar el resultado. Espere 15 segundos entre dos mediciones consecutivas para permitir la recuperación del estado normal del pliegue cutáneo. Mantenga la presión con el pulgar y el índice en el transcurso de la medición.
- No realice las mediciones inmediatamente después de la realización de ejercicio físico o en caso de sobrecalentamiento, ya que las variaciones de los líquidos corporales podrían incrementar el resultado.

- En pacientes obesos, podría ser necesario utilizar ambas manos para separar la piel mientras otro profesional efectúa la medición. Si el calibre no es adecuado, puede emplearse otra técnica.³³

II.1.8.2. Peso para la edad

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y curvas de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
- Es el índice más conocido por los trabajadores de la salud.

Sin embargo también tiene desventajas importantes:

- En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición.
- No permite diferenciar adelgazamiento de retardo de crecimiento. Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.³⁴

II.1.8.3. Talla para la edad

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto
- Estima el grado de desnutrición crónica

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad.
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error.

³³ Lee RD, Nieman DC: Nutritional assessment, ed 3, New York, 2013, McGraw-Hill.

³⁴ Unicef. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina 2013 [acceso 14 de agosto 2018]; 1; 9-11.

- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.³⁵

II.1.8.4. Peso para la talla

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal (desnutrición aguda).

Las principales ventajas son las siguientes:

- No se requiere conocer la edad del niño.
- Determina bien al niño adelgazado agudamente de aquel que tiene desnutrición crónica.

II.1.9. Correcta alimentación

Las características de la dieta correcta han sido establecidas por los nutriólogos:

- Suficiente: cantidad de energía adecuada para el individuo
- Completa: todos los nutrientes requeridos por el organismo.
- Equilibrada: consumo de alimentos y bebidas del tipo y en la misma cantidad apropiada para un aporte adecuado de nutrientes.
- Variada: diferentes alimentos de cada grupo en cada comida para asegurar el aporte de todos los nutrientes.
- Inocua: alimentos, platillos y bebidas que no hagan daño en la forma habitual en que se consumen.

Expertos en nutrición insisten en que una dieta debe ser variada y moderada, se puede incluir cualquier alimento pero en las porciones adecuadas. La cantidad de porciones varía de acuerdo a los requerimientos de cada persona, como edad, sexo, nivel de actividad física, entre otras.

En general, se deben incluir frutas, verduras y cereales de grano entero, en 2/3 partes de plato de comida. Lo que resta del plato se debe completar con alimentos que aporten proteínas y grasas no saturadas, como pescado y leguminosas, además de lácteos y carnes bajas en grasa. Este plan debe ir

³⁵ Unicef. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina 2012 [acceso 14 de agosto 2018]; 1; 9-11.

acompañado de una ingestión suficiente de agua simple (alrededor de 2 litros al día).

Y si bien no se recomienda consumir azúcares, grasas saturadas o sal en exceso, en una dieta saludable se permite un poste ocasional ya que se ha demostrado que una dieta demasiado restrictiva puede llevar a un consumo excesivo de alimentos posteriormente.³⁶

II.1.9.1. Grupos que componen la pirámide alimentaria

La pirámide alimenticia es el método usado para recomendar una cantidad variada de alimentos a consumir diariamente. El desarrollo de la pirámide consta en la distribución de distintos escalones, donde se plantea una adecuada combinación de alimentos para tener una dieta balanceada.

El escalón más alto está centrado en hidratos de carbono simples y grasas, su consumo es recomendado en menor cantidad ya que son todos los alimentos que proporcionando mayor cantidad de calorías.

Los escalones inferiores tienen hidratos de carbono complejos, son los que se recomiendan en mayor proporción.

Los escalones superiores contienen poca cantidad de grasas y alta cantidad de proteínas en el caso de escalones centrales, estos sugieren alimentos con gran cantidad de contenido vitaminado, también de grasas, proteínas y menor cantidad de hidratos de carbono.

Los alimentos ricos en minerales y vitaminas presentes en la pirámide son: tubérculos, frutos secos, verduras, hortalizas y frutas.

La grasa y azúcares simples son: tortas, helados, postres, manteca, mantequilla, mermeladas, natillas, etc.³⁷

³⁶Oment. Observatorio Mexicano de enfermedades no Transmisibles. México; Oment; 2016 [actualizada año 2016; acceso 05 agosto de 2018]

³⁷ Krause A, kathleen L, mahan M. Nutrición y dietoterapia. Edición 13. Pennsylvania, USA, Interamericana MC Graw Hill; 2013

II.1.9.2. Los alimentos y su valor nutricional

Los alimentos funcionales son aquellos a los que se les ha añadido alguna sustancia, es decir, se los ha enriquecido para que resulten beneficioso para la salud además de nutritivo. Entre este tipo de alimentos están:

- La Leche: alimento enriquecido, si se le añade ácidos grasos omega 3 y ácido oleico, esta leche ayuda a prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares, disminuir el Nivel de colesterol sanguíneo, como también mejorar la vista.
- Los yogures: enriquecidos con calcio para mantener el buen estado de huesos y dientes y vitaminas A y D para prevenir enfermedades como osteoporosis, favorecer también las funciones visuales y la transmisión nerviosa y muscular. Son muchos los yogures enriquecidos con bifidus, bacteria que ayuda a reponer la flora intestinal y favorecer el tránsito intestinal.
- Los cereales: la mayoría de ellos enriquecidos con minerales con el hierro, para prevenir aparición de anemias y con un alto contenido de fibras vegetales, que reduce la incidencia de padecer cáncer de colon y mejora el tránsito intestinal.
- Las margarinas: algunas enriquecidas con fitoesteroles, compuestos vegetales que ayudan a disminuir los niveles de colesterol sanguíneo, por lo que tienen acción protectora hacia el sistema cardiovascular.
- La leche y productos lácteos aportan proteínas, robo flácida, vitamina B12, calcio, potasio, y cuando se fortalecen vitamina A y D.
- Las Frutas contribuyen con ácido fólico, vitamina A, vitamina C, potasio y fibra. Consumir una variedad de frutas y elegir frutas enteras o cortadas con más frecuencia que el jugo de frutas.
- Los Vegetales contribuyen con ácido fólico, vitamina A, vitamina C, vitamina K, vitamina E, magnesio, potasio y fibra. Consumir una variedad de verduras cada día y elegir entre los cinco subgrupos varias veces a la semana.

- Vegetales de color verde: brócoli y hojas verdes, berros, espinacas, lechuga romana, col rizada.
- Zanahorias, calabaza, pimientos rojos, tomates.
- Legumbres: frijoles negros, guisantes, garbanzos, lentejas, judías blancas.
- Hortalizas con almidón: yuca, maíz, guisantes, habas, patatas.
- Otras verduras: alcachofas, espárragos, remolachas.
- Los granos portan folato, niacina, riboflavina, tiamina, hierro, magnesio, selenio y fibra.
- Granos integrales: cebada, arroz integral, trigo, harina de maíz, avena, quínoa, centeno.
- Las proteínas contribuyen con ácidos grasos esenciales, niacina, tiamina, vitamina B6, vitamina B12, hierro, magnesio, potasio, cinc.
- Pescados y mariscos: bacalao, arenque, salmón, sardinas, lubina, truchas, atún, almejas, cangrejo, langosta, mejillones.
- Carnes, aves de corral, huevos: carnes magras o con bajo contenido de grasas, ternera, jamón, cordero, cerdo, huevos, carne sin piel.
- Semillas de lino, semillas de calabaza, semillas de sésamo, semillas de girasol, legumbres, productos de soja, tofu, son otras proteínas.³⁸

II.1.10. Vitaminas y minerales

Son compuestos orgánicos indispensables en reacciones químicas celulares. No aportan energía a la dieta. Son 13 clases de sustancias: 4 liposolubles y 9 hidrosolubles. El organismo requiere las vitaminas en mínimas cantidades ya que son precursoras de coenzimas.

Las vitaminas liposolubles son:

- Vitamina A (Retinol) salud de la vista
- Vitamina D (calciferol) fortalece los huesos
- Vitamina E (tocoferol) salud del corazón, colesterol

³⁸ Peralta A, Claudia. Fisiología de la nutrición. México; MC Graw Hill; 2013.

- Vitamina K (filoquinona) coagulación, problemas de circulación.
- Las vitaminas hidrosolubles son:
- Vitamina C (ácido ascórbico)
- Vitamina B1 (tiamina) nutre el sistema nervioso, estrés, insomnio.
- Vitamina B2 (riboflavina) nutre el sistema nervioso, estrés, insomnio
- Vitamina B6 (piridoxina) mejora la circulación
- Vitamina B12 (cianocobalamina) fertilidad, embarazo y desarrollo del feto. Previenen la anemia.
- Ácido fólico: fertilidad, embarazo y desarrollo del feto. Previenen la anemia.

Las vitaminas liposolubles son más estables y más resistentes a los efectos de oxidación, calor, luz y paso del tiempo. La absorción en el intestino delgado y se almacena en el organismo.

Las vitaminas hidrosolubles no se almacenan en el organismo, su eliminación es renal, son termolábiles. Estas se oxidan o destruyen con facilidad al cocer los alimentos y pasan al líquido de cocción con facilidad.

Fuente de vitaminas.

- Vitamina D: leche, quesos, huevos, manteca, aceite de hígado de pescado, pescados grasos (salmón, atún, arenque, sardinas)
- Vitamina A: brócoli, auyama, espinaca, melón, mango, zanahoria.
- Vitamina K: perejil, espinacas, lechuga, kiwi, moras, uvas, pera, avellanas
- Vitamina E: quínoa, nueces, albaricoques, espinacas, semillas de girasol, salmón.
- Vitamina C: cereza, fresas, moras, lentejas, guayabas, kiwi.
- Vitamina B1: vísceras, cerdo, cereales, legumbres.
- Vitamina B2: productos lácteos, hígado, huevos, cereales, legumbres.
- Vitamina B3: hígado, carne magra, cereales, legumbres
- Vitamina B5: productos lácteos , hígado, huevos, cereales, legumbres
- Vitamina B6: cereales, verduras, carnes

- Vitamina B12: carnes rojas, huevos, productos lácteos
- Biotina: carnes, verduras, legumbres
- Ácido fólico: alimentos integrales, verduras de hojas verdes.

Los minerales.

Ayudan a regular las funciones del organismo desempeñando una función estructural. No aportan energía y representan el 4% del peso total del cuerpo.

Estos se clasifican en agua y sales inorgánicas, estas a su vez se clasifican en macroelementos y microelementos.

Macroelementos:

→Cationes: (calcio, Magnesio, Sodio, Potasio).

→Aniones: (fósforo, cloro, azufre).

Microelementos: cobalto, níquel, estaño, flúor, hierro, cobre, zinc, vanadio, manganeso, silicio, selenio, cromo, yodo.

Funciones específica de algunas sales.

Sodio: mantenimiento del equilibrio iónico y acuoso en el medio extracelular, transmisión de la corriente nerviosa.

Potasio: contracción muscular, regulación de la actividad cardíaca, transmisión de la corriente nerviosa.

Calcio: coagulación de la sangre, mineralización de estructuras esqueléticas, contracción muscular, regulación de la actividad cardíaca, transmisión sináptica, activados y cofactor de algunas enzimas.

Magnesio: regulador de la contracción muscular y de la transmisión de la corriente nerviosa, constituyente de los ribosomas funcionales, activador y cofactor de algunas enzimas.³⁹

II.1.11. Desnutrición

Es la situación de alteración del equilibrio nutricional o estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos.

³⁹ Alfonsina mesejo, José f. Martínez, Cecilia Martínez costa. Manual básico de nutrición clínica y dietética, 2da ed. Hospital clínico universitario de valencia; 2013.

Clasificación:

De acuerdo al tiempo de instalación:

- Aguda: resulta de una pérdida de peso asociada con períodos recientes de alimentación insuficiente o con enfermedades que se desarrollan muy rápidamente; es limitada en el tiempo y se caracteriza en términos antropométricos por deficiencia de peso para la altura.
- Crónica: asociada normalmente a situaciones de pobreza y a períodos prolongados de hambruna; se caracteriza por déficit de altura para la edad.

De acuerdo a su etiología

- Primaria: no asociada a otra patología.
- Secundaria: en relación con otro proceso patológico.

Se estima que la desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre un 30 y un 50%, lo cual tiene relación directa con el tiempo de curación y de hospitalización, las complicaciones, la morbimortalidad y los costos para el sistema de salud.

De acuerdo a su severidad

- Leve: el enfermo tiene entre el 85 y el 89% del índice peso/ talla normal.
- Moderada: entre el 75 y el 84%.
- Severa: menos del 75%.²⁷

II.1.12. Índice de masa corporal (IMC)

Es un método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona, y determinar por tanto si el peso está dentro del rango normal.⁴⁰

II.1.12.1. Formula del IMC

Para calcular el IMC, se usa la siguiente fórmula:⁴¹

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$$

⁴⁰Rodolfo c. Puche. El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. Medicina (Buenos Aires) 2005 [acceso 14 de agosto 2018] 65: 361-365.

⁴¹Healthychildren [sede web]. EE.UU; 2017 [actualizada año 2017; acceso 14 de agosto 2018].

II.1.12.2. Limitaciones el IMC

El IMC es una medida aceptada internacionalmente para dar unos rangos en los que definimos si una persona está en normo peso, sobrepeso, obesidad o bajo peso. El IMC o Índice de Quetelet, relaciona el peso con la talla de una persona.

V. HIPÓTESIS

Los Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juna Pablo Pina, Periodo Agosto- Septiembre 2019 son deficientes.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables:

- **Hábitos alimentarios**
- Sexo
- Edad
- Motivo de consulta
- Nivel académico

Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Sexo	Fenotipo que identifica a un individuo	Masculino Femenino	Nominal
Motivo de consulta	es la expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al profesional de salud.	Cefalea Mareos Dolor de pecho	nominal
Edad	Años cumplidos	25-30 30>	Ordinal
Hábitos alimentarios	comportamientos conscientes, colectivos y repetitivos, que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a unas influencias sociales y culturales	Buenos Deficientes	Nominal
Nivel académico	Grado de escolaridad de un individuo	Primaria Secundaria universitario	nominal

VI.1 DISEÑO METODOLÓGICO

VI.1.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional.

VI.1.2. Área de estudio

Esta investigación se realizó en el Hospital Regional Universitario Dr. Juan Pablo Pina, calle Santome, San Cristóbal,

VI.1.3. Tiempo de realización.

La presente investigación se llevó a cabo durante el periodo Enero-Mayo 2020

VI.1.4. Universo.

El universo en esta investigación estuvo conformado por todos los pacientes que acudieron a la consulta del hospital.

VI.1.6.Muestra

Se realizó un muestreo por cuotas, del cual se obtuvieron 150 pacientes.

VI.1.7. Criterios

VI.1.7.1. Criterios de inclusión

- Todos los pacientes que acudan a la consulta del hospital.
- Mayores de edad que acudan a la consulta de medicina familiar

VI.1.7.2. Criterios de exclusión

- Usuarios menores de edad
- Usuarios con discapacidad mental
- Reclusos

VI.1.8. Instrumento de recolección de la información

El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue un formulario estructurado el cual fue realizado en base a las variables que se quieren estudiar.

VI.1.9. Método de recolección de datos.

Este se inició con la solicitud del permiso al director del Hospital. Una vez ya estando aceptado, se procedió a programar las visitas de la investigadora al dicho centro con fines de la recolección de datos de forma prospectiva , hasta completar la recolección de los récords y base de datos suministrada por la institución usando el formulario previamente elaborado para tales fines de recolección.

VI.1.10. Técnica

La técnica utilizada fue la revisión documental y registro de datos.

VI.1.11. Procesamiento

Se realizó a través de programas computarizados de Excel para la recolección y análisis de los datos, además de SPSS versión 22.0.

VI.1.12. Diseño estadístico.

Los datos se analizaron en frecuencia simple, los datos obtenidos serán presentados a través de gráficas, cuadros,

VI.1.13. Consideración éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Se cumplirán los principios de confidencialidad, beneficencia.

VII. RESULTADOS

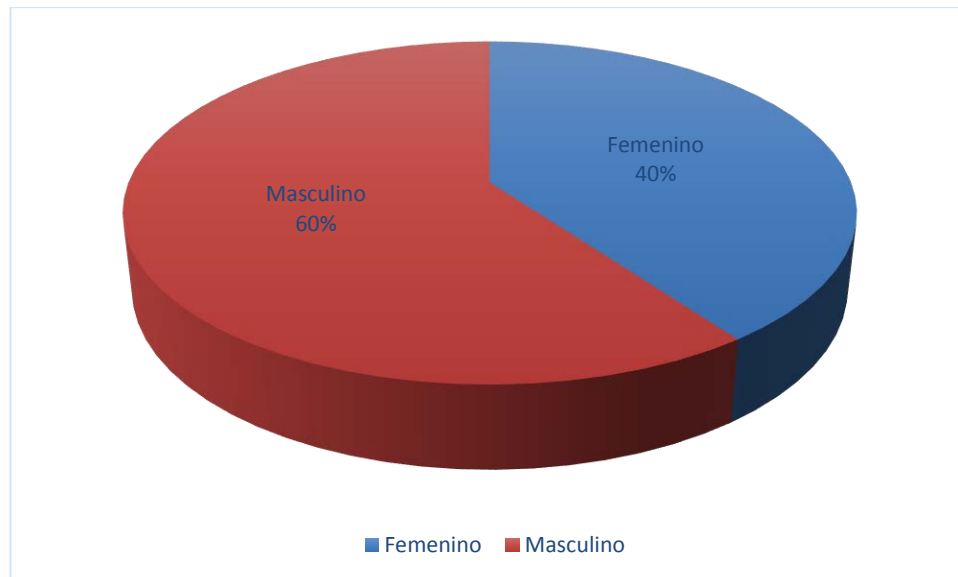
Tabla 1 Distribución según el sexo en hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	60	40
Masculino	90	60
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Se obtuvo que 60 pacientes fueron del sexo femenino, con un 40 por ciento y 90 masculinos, con un 60 por ciento, lo que nos dice que el sexo preponderante fue el masculino.

Grafica 1 Distribución según el sexo en hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 1

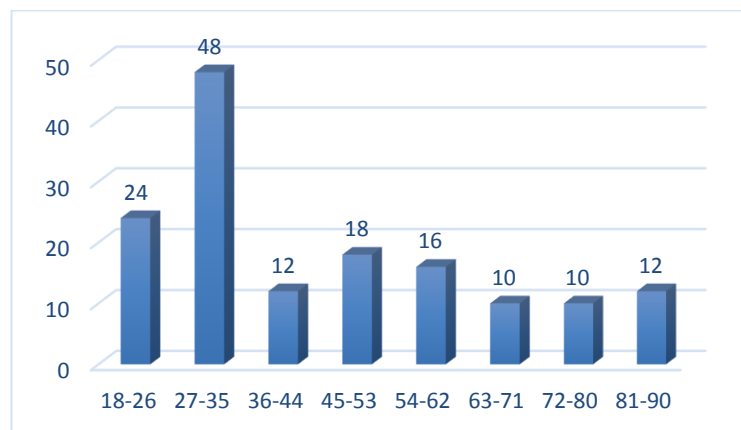
Tabla 2 Distribución según la edad en hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
18-26	24	16
27-35	48	32
36-44	12	8
45-53	18	12
54-62	16	11
63-71	10	6
72-80	10	6
81-90	12	9
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

En cuanto a la edad, el rango fue desde 19 hasta 90 años, se calculó el número de categorías resultando en 8, las que se distribuyeron con mayoría de casos: 27-35 años, con 48 pacientes, con un 32 por ciento, seguida de 18-26 años, con 24 pacientes, un 16 por ciento, de 45-53 años, con 18 casos, un 12 por ciento. Con una media de 46.3 años.

Grafica 2 Distribución según la edad en hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020.



Fuente: tabla 2

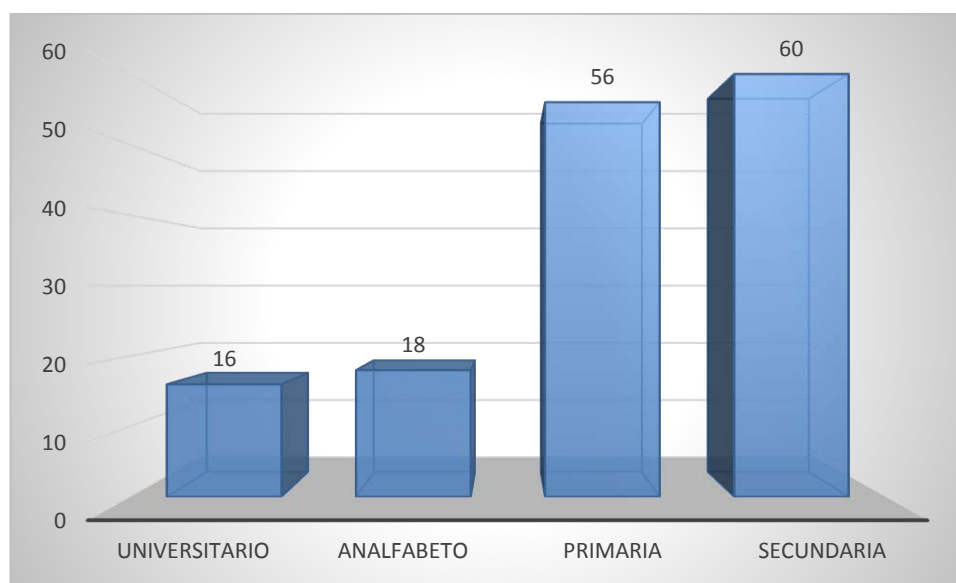
Tabla 3 Distribución según el nivel académico en hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020.

Nivel de escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
	Universitario	16	10,6
	Analfabeto	18	12,0
	Primaria	56	37,3
	Secundaria	60	40,0
	Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

La escolaridad se clasificó: analfabeto 18 pacientes, un 12 por ciento, primaria 56 pacientes, un 37.3 por ciento, secundaria 60 pacientes, un 40 por ciento y universitario 16, un 10.6 por ciento.

Grafica 3 Distribución según el nivel académico en hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 3

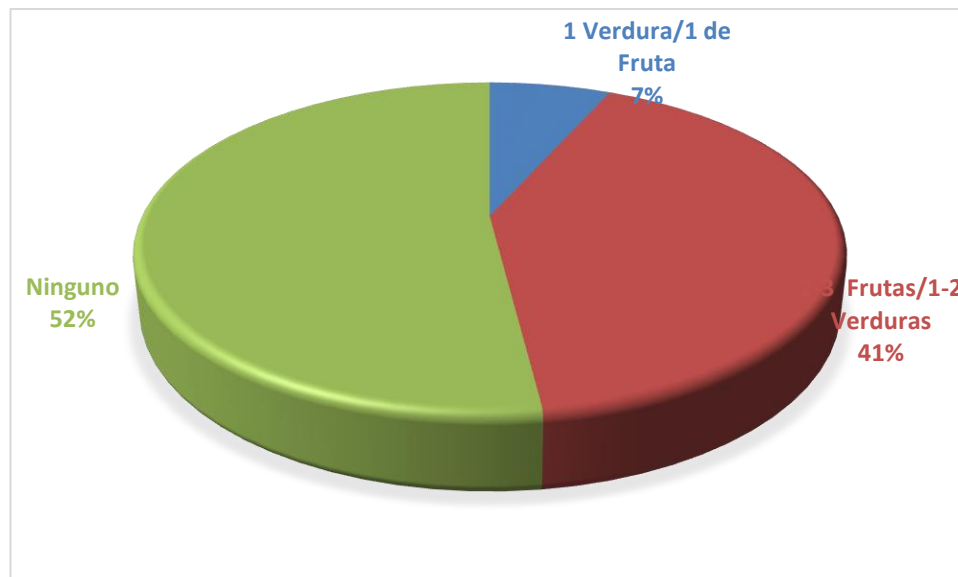
Tabla 4 clasificación de los hábitos alimentarios, según las raciones de frutas y verduras, de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Raciones De Frutas Y Verduras(pieza)	Frecuencia	Porcentaje
1 Verdura/1 de Fruta	10	7
2-3 Frutas/1-2 Verduras	62	41
Ninguno	78	52
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

En cuanto a las raciones de frutas y verduras que consumían los pacientes, se clasificaron de la siguiente manera: 1 pieza de verdura y 1 pieza de frutas, obtuvo 10 pacientes, un 7 por ciento, 2-3 de frutas y 1-2 de verduras 62, un 41 por ciento y ninguno es decir que el paciente no consumía ni frutas ni verduras, 78 pacientes, un 52 por ciento.

Grafica 4 clasificación de los hábitos alimentarios, según las raciones de frutas y verduras, de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 4

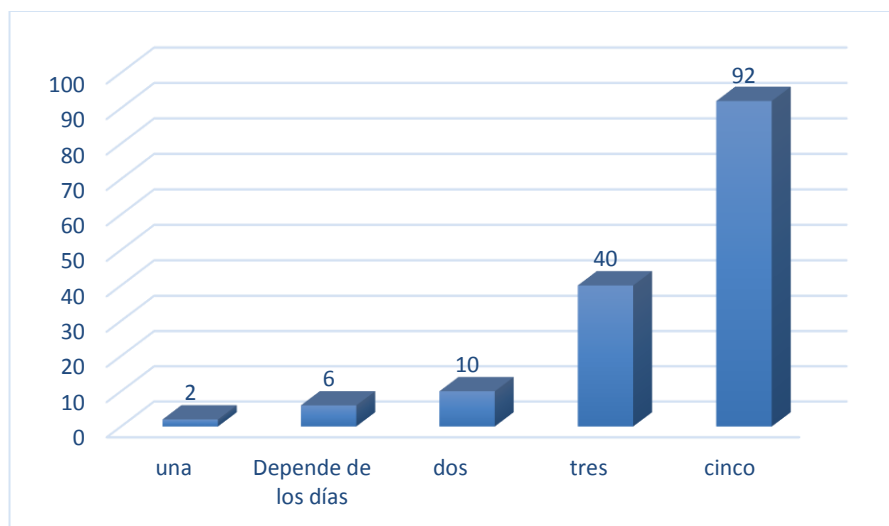
Tabla 5 clasificación de los hábitos alimentarios, según el número de comidas que consumían al día, de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Número de comidas	Frecuencia	Porcentaje
1	2	1,3
Depende de los días	6	4,0
2	10	6,7
3	40	26,7
5	92	61,3
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Según el número de comidas al día que consumían los pacientes, se distribuyeron de la siguiente manera: una comida la día , dos pacientes, 1.3 por ciento, dos comidas 10 pacientes, un 6.7 por ciento, tres, 40 pacientes, un 26.7 por ciento, cinco 92 pacientes, un 61.3 por ciento, depende de los días 6 pacientes, un 4 por ciento.

Grafica 5 clasificación de los hábitos alimentarios, según el número de comidas que consumían al día, de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 5

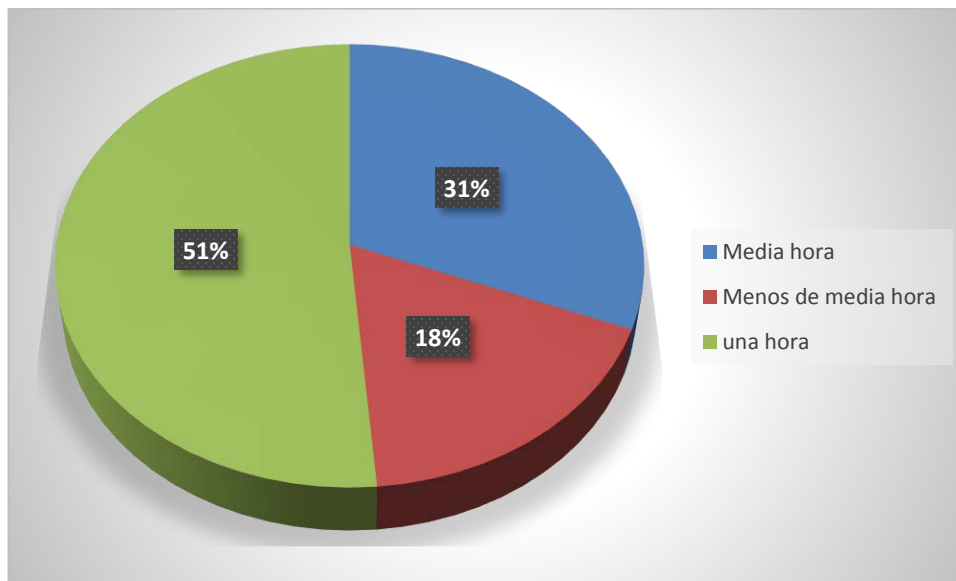
Tabla 6 clasificación de los hábitos alimentarios, según el tiempo dedicado a la comida, de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Tiempo dedicado a la comida(horas)	Frecuencia	Porcentaje
0,50	46	30,6
Menos de 0.5	26	17,3
1,00	76	50,6
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Con respecto al tiempo que el paciente le dedica a la comida se distribuyó: media hora 46 pacientes, para un 30,6 por ciento, menos de media hora 26 pacientes, un 17,3 por ciento y una hora 76 pacientes, para un 50,6 por ciento.

Grafica 6 clasificación de los hábitos alimentarios, según el tiempo dedicado a la comida, de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 6

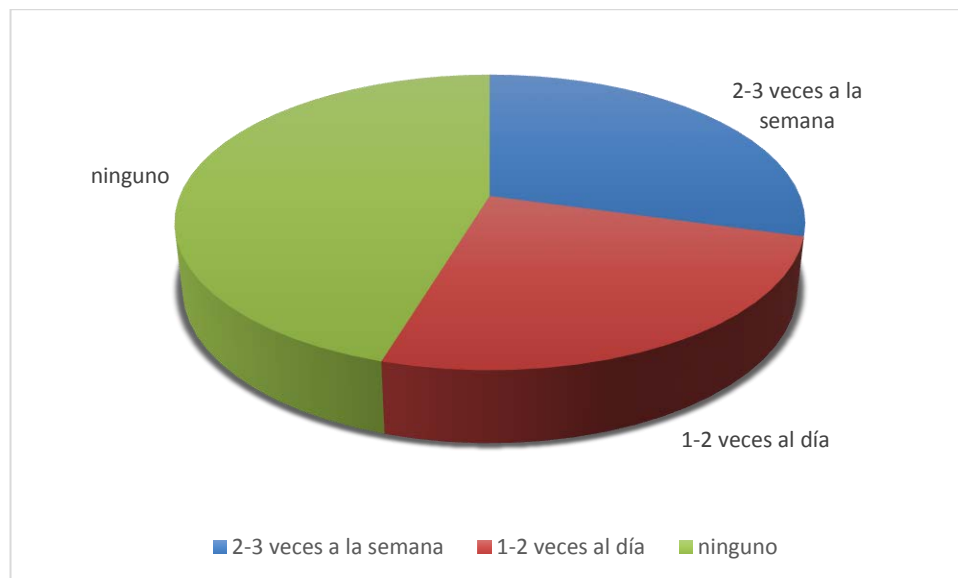
Tabla 7 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen pan los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

frecuencia con que consumen pan	Frecuencia	Porcentaje
2-3 veces a la semana	44	29,3
1-2 veces al día	38	25,3
ninguno	68	45,3
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Con respecto al consumo de pan se clasifico de la siguiente manera: 2 a 3 veces a la semana, 44 casos, un 29,3 por ciento, 1 a 2 veces al día 38 casos, un 25,3 por ciento, ninguno es decir no consumo de pan 68 pacientes, un 45,3 por ciento.

Grafica 7 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen pan los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 7

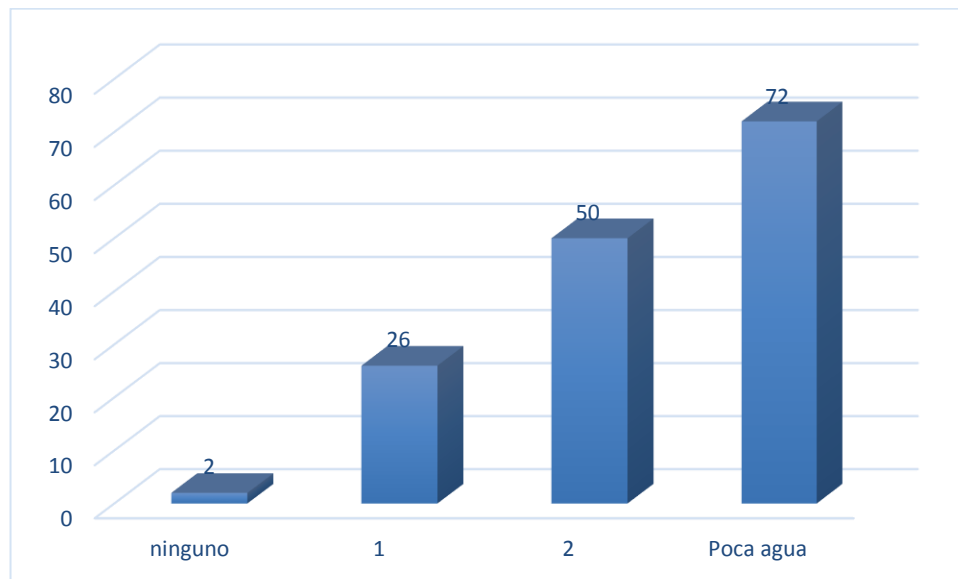
Tabla 8 clasificación de los hábitos alimentarios, según la cantidad de agua que consumen los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

cantidad de agua(litros)	Frecuencia	Porcentaje
ninguno	2	1,3
1	26	17,3
2	50	33,3
Poca agua	72	48,0
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Según la cantidad de agua en litros que tomaban los pacientes, un litro 26 pacientes, con un 17,3 por ciento, dos litros 50 pacientes, con un 33,3 por ciento, poca agua 72, con un 48 por ciento, los que no contestaron fueron 2 pacientes con un 1,3 por ciento.

Grafica 8 clasificación de los hábitos alimentarios, según la cantidad de agua que consumen los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 8

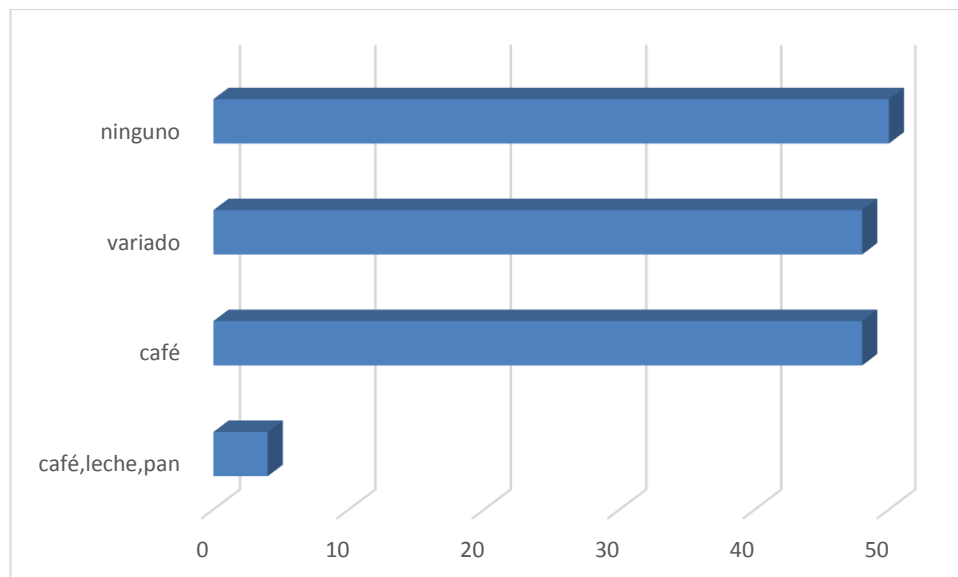
Tabla 9 clasificación de los hábitos alimentarios, según el tipo de desayuno de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Tipo de desayuno	Frecuencia	Porcentaje
café, leche, pan	4	2,7
Solo café	48	32,0
variado	48	32,0
ninguno	50	33,3
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Con respecto al tipo de desayuno que ingerían los pacientes, se obtuvo que tomaban café, leche y pan 4 casos, un 2,7 por ciento, solo café 48 casos, un 32 por ciento, variado, es decir café, leche, infusiones, alguna fruta, cereal o pan, 48 casos, un 32 por ciento y no desayunaban 50 casos, un 33,3 por ciento.

Grafica 9 clasificación de los hábitos alimentarios, según el tipo de desayuno de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 9

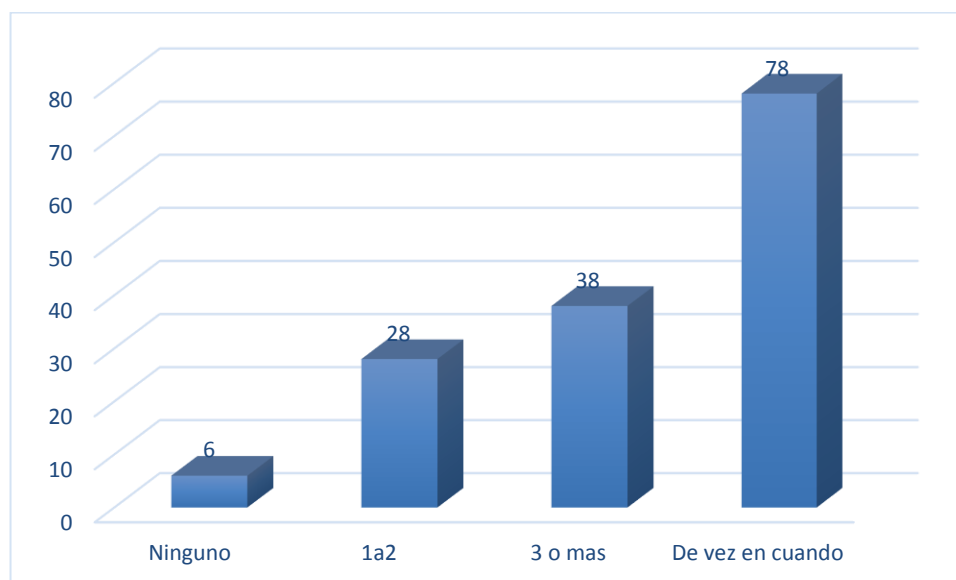
Tabla 10 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen pescado los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 202

La frecuencia con que consumen pescado		Frecuencia	Porcentaje
	3 o mas	38	25,3
	Ninguno	6	4,0
	1a2	28	18,7
	De vez en cuando	78	52,0
	Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

De acuerdo al consumo de pescado, los pacientes contestaron: nunca comían pescado 6, un 4 por ciento, de una a dos 28 casos, un 18,7 por ciento, tres o más 38 casos, un 25,3 por ciento y de vez en cuando 78 pacientes, un 52 por ciento.

Grafica 10 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen pescado los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 10

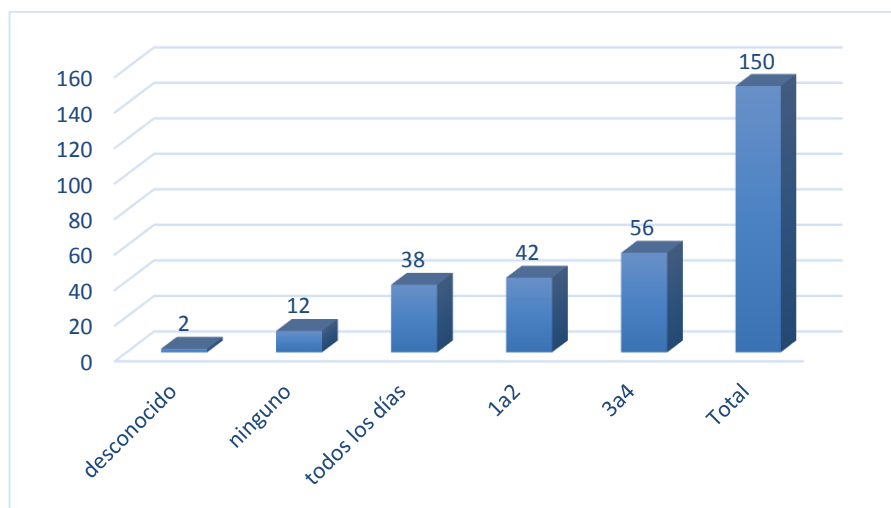
Tabla 11 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen carnes grasas o embutidos los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Frecuencia con que consumen carnes grasas o embutidos	Frecuencia	Porcentaje
desconocido	2	1,3
ninguno	12	8,0
todos los días	38	25,3
1a2	42	28,0
3a4	56	36,0
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

De acuerdo al consumo de carnes grasas o embutidos, los pacientes contestaron: nunca comían 12, un 8 por ciento, se desconocía en dos casos, un 1,3 por ciento, de una a dos 42 casos, un 28 por ciento, tres a cuatro 56 casos, un 36 por ciento.

Grafica 11 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen carnes grasas o embutidos los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 11

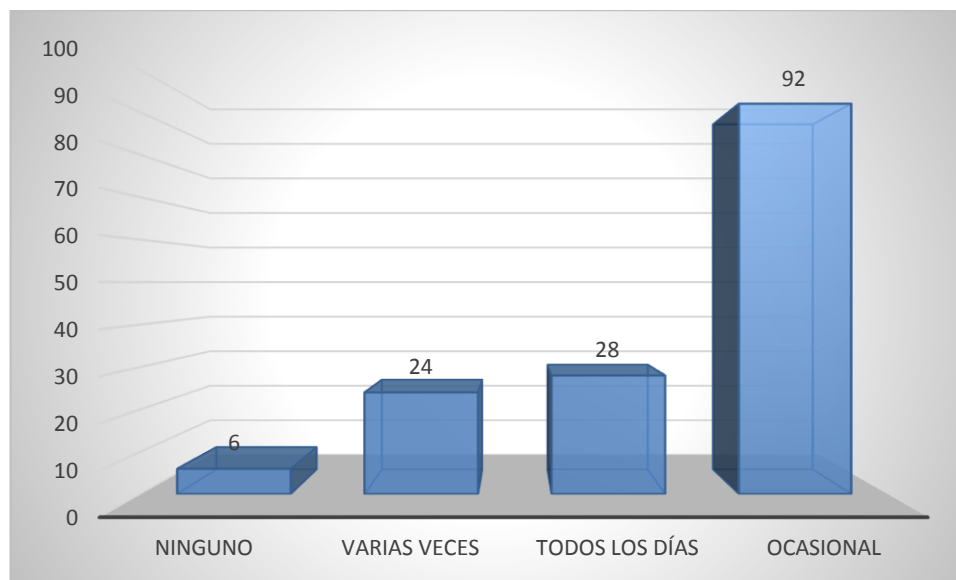
Tabla 12 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen refrescos, alimentos industrializados, aperitivos los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Frecuencia con que consumen refrescos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	6	4,0
Varias veces	24	16,0
Todos los días	28	18,7
Ocasional	92	61,3
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

En cuanto a los que consumían refrescos, alimentos industrializados y aperitivos como papas fritas, se distribuyeron: ninguno obtuvo 6 pacientes, un 4 por ciento, varias veces 24 pacientes, un 16 por ciento, todos los días 28 casos, un 18,7 por ciento y ocasional 92 casos, un 61,3 por ciento.

Grafica 12 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen refrescos, alimentos industrializados, aperitivos los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: Tabla 12

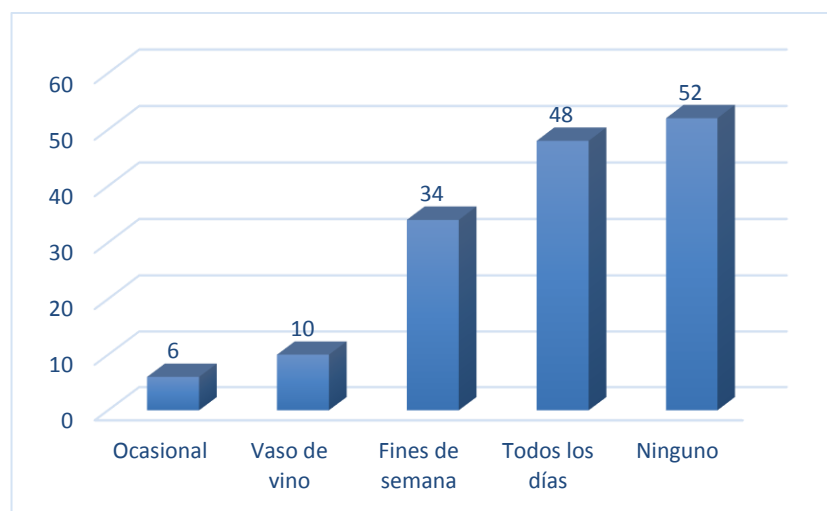
Tabla 13 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen alcohol los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Frecuencia con que consumen alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Ocasional	6	4,0
Vaso de vino	10	6,7
Fines de semana	34	22,7
Todos los días	48	32,0
Ninguno	52	34,7
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Según la frecuencia con que consumían alcohol, de manera ocasional obtuvo 6 casos, un 4 por ciento, un vaso de vino ocasional 10 casos, un 6,7 por ciento, los fines de semana 34 casos, un 22,7 por ciento, todos los días 48 casos, un 32 por ciento y no tomaban 52 caos, un 34,7 por ciento.

Grafica 13 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen alcohol los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 13

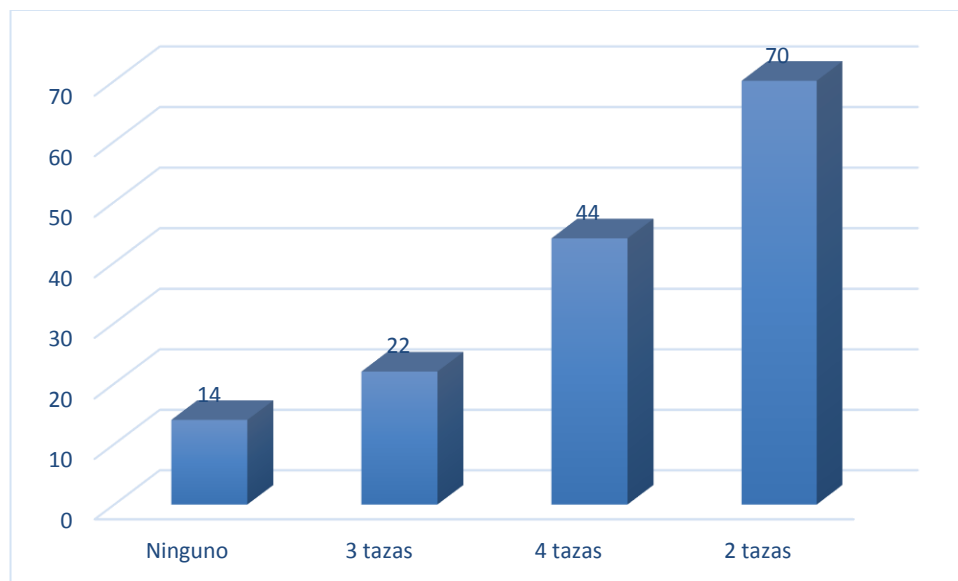
Tabla 14 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen café los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Frecuencia con que consumen café	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	14	9,3
3 tazas	22	14,7
4 tazas	44	29,3
2 tazas	70	46,7
Total	150	100,0

Fuente: instrumento de recolección de datos

Según la frecuencia con la que los pacientes tomaban café: no tomaban 14 casos, un 9,3 por ciento, 3 tazas al día 22 casos, un 14,7 por ciento, 4 tazas 44 pacientes, un 29,3 por ciento y 2 tazas 70 casos, un 46,7 por ciento.

Tabla 14 clasificación de los hábitos alimentarios, según la frecuencia con que consumen café los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 14

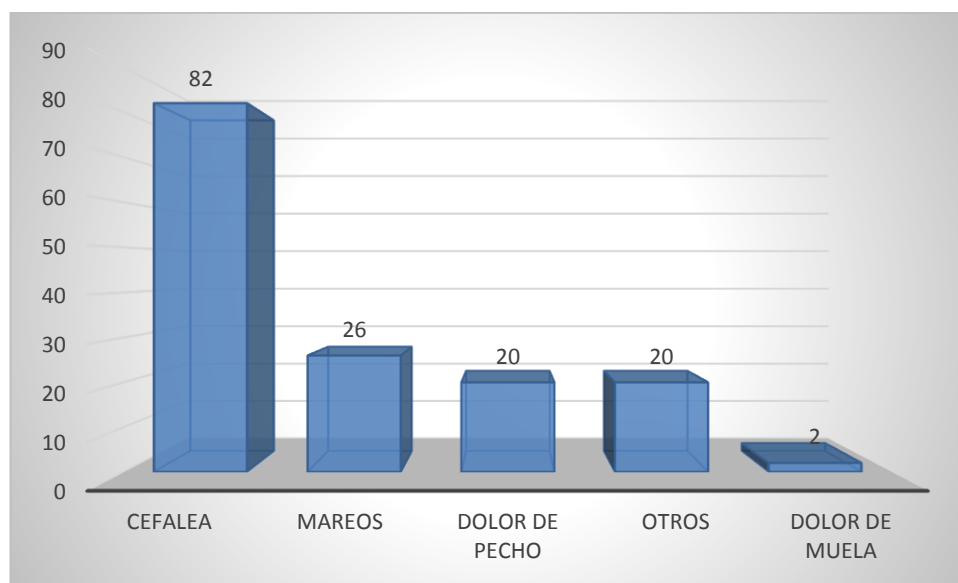
Tabla 15 clasificación del motivo de consulta en los hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020

Motivo De Consulta	Frecuencia	Por ciento
Cefalea	82	54,7
Mareos	26	17,3
Dolor De Pecho	20	13,3
Otros	20	13,3
Dolor De Muela	2	1,3
Total	150	100

Fuente: instrumento de recolección de datos

El motivo de consulta se distribuyó: cefalea 82 casos, con un 54,7 por ciento, mareos 26 pacientes, con un 17,3 por ciento, dolor de pecho y otros 20 pacientes, con un 13,3 por ciento, dolor de muela 2 pacientes, con un 1,3 por ciento.

Grafica 15 clasificación del motivo de consulta en los hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020



Fuente: tabla 15

VIII. DISCUSIÓN

Para la investigación titulada: Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020. Cuyo objetivo principal: Fue analizar los hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020. En la que se obtuvo una muestra por cuotas de 150 pacientes.

Según la ENDESA en la Republica Dominicana existe un alto por ciento de personas sobrepeso u obesos de las que se la mayoría son mujeres, siendo el rango de edad más visto de 15-49 años, en hombres de esta misma edad el por ciento es de 38 y en mujeres de 50 por ciento. En esta investigación se obtuvo que la mayoría eran hombres y el rango de edad más visto fue el de 27-35 años y de 18-26 años, estos abordando el rango que da ENDESA.

En cuanto a la escolaridad se obtuvo que la mayoría de los pacientes habían alcanzado la secundaria, lo que podemos inferir que una gran cantidad tiene nociones básicas de nutrición, ya que en las escuelas públicas desde el cuarto grado hasta secundaria existe un amplio repertorio de clases que para orientar sobre la nutrición.

En cualquier dieta saludable el consumo de frutas y verduras es de vital importancia, por lo que se agregó la pregunta, con la que se obtuvo que la mayoría de los pacientes no consumiera ni frutas ni verduras, esto es preocupante ya que una dieta sin estos alimentos tendría muchas deficiencias y sería rica en grasas saturadas.

Según el número de comidas al día que consumían los pacientes, se obtuvo que mayormente los pacientes cinco veces al día, contando las tres comidas principales y dos meriendas. Esto va de acuerdo con la literatura donde nos dice que se deben de distribuir los alimentos a 5 comidas al día, ya que esto permite mejor racionalización y consumo de los mismos.

Con respecto al tiempo que el paciente le dedica a la comida se obtuvo que la mayoría por lo general le dedicara una hora a la comida, lo que permite una

mejor masticación y deglución de los alimentos, alcanzando un nivel de saciedad a menor cantidad de alimento.

Con respecto al consumo de pan, la mayor parte de los pacientes no consumían pan.

Según la cantidad de agua en litros que tomaban los pacientes, la mayoría tomaban poco agua, lo que conlleva a que esta población tenga problemas renales y caiga fácilmente en la deshidratación.

Con respecto al tipo de desayuno que ingerían los pacientes, se obtuvo que tomaban solo café y variado, es decir café, leche, infusiones, alguna fruta, cereal o pan, en igual cantidad.

De acuerdo al consumo de pescado, los pacientes contestaron que la generalidad comían de vez en cuando, lo que no favorece la dieta saludable ya que el consumo de pescado debe de ser de 3 a 4 veces a la semana, ya que estos son ricos en grasas no saturadas. Sin embargo el consumo de carnes grasas o embutidos, los pacientes contestaron que la mayoría lo consumían de tres a cuatro veces a la semana.

En cuanto a los que consumían refrescos, alimentos industrializados y aperitivos como papas fritas, una gran cantidad los consumían ocasionalmente. El consumo de alcohol la mayoría no ingerían pero una cantidad parecida tomaba todos los días. Mientras el consumo de café era de dos tazas por día en la mayoría, lo anterior dice que la población en estudio era deficiente en agua y pescados, pero rica en grasas saturadas y alcohol.

Según el motivo de consulta la mayoría fue la cefalea y dolor de pecho, lo que conlleva a síntomas de enfermedades como la hipertensión arterial e hipercolesterolemia.

IX CONCLUSIONES

Para la investigación titulada: Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Enero Mayo 2020, se concluyó que:

1. Se obtuvo que el sexo femenino obtuvo un 40 por ciento y masculino un 60 por ciento, lo que nos dice que el sexo preponderante fue el masculino.
2. En cuanto a la edad, el rango fue desde 19 hasta 90 años, las que se distribuyeron con mayoría de casos: 27-35 años con un 32 por ciento, seguida de 18-26 años con un 16 por ciento, de 45-53 años, con un 12 por ciento. Con una media de 46.3 años.
3. La escolaridad se clasificó: analfabeto un 12 por ciento, primaria un 37.3 por ciento, secundaria un 40 por ciento y universitario un 10.6 por ciento
4. En cuanto a las raciones de frutas y verduras que consumían los pacientes, se clasificaron de la siguiente manera: 1 pieza de verdura y 1 pieza de frutas, obtuvo un 7 por ciento, 2-3 de frutas y 1-2 de verduras, un 41 por ciento y ninguno es decir que el paciente no consumía ni frutas ni verduras, un 52 por ciento.
5. Según el número de comidas al día que consumían los pacientes, se distribuyeron de la siguiente manera: una comida al día un 1.3 por ciento, dos comidas un 6.7 por ciento, tres un 26.7 por ciento, cinco un 61.3 por ciento, depende de los días un 4 por ciento.
6. Con respecto al tiempo que el paciente le dedica a la comida se distribuyó: media hora un 30,6 por ciento, menos de media hora un 17,3 por ciento y una hora un 50,6 por ciento.
7. Con respecto al consumo de pan se clasificó de la siguiente manera: 2 a 3 veces a la semana, un 29,3 por ciento, 1 a 2 veces al día un 25,3 por ciento, ninguno es decir no consumo de pan un 45,3 por ciento.
8. Según la cantidad de agua en litros que tomaban los pacientes, un litro con un 17,3 por ciento, dos litros con un 33,3 por ciento, poca agua con un 48 por ciento, los que no contestaron fueron con un 1,3 por ciento.

9. Con respecto al tipo de desayuno que ingerían los pacientes, se obtuvo que tomaban café, leche y pan un 2,7 por ciento, solo café un 32 por ciento, variado, es decir café, leche, infusiones, alguna fruta, cereal o pan, un 32 por ciento y no desayunaban un 33,3 por ciento.
10. De acuerdo al consumo de pescado, los pacientes contestaron: nunca comían pescado un 4 por ciento, de una a dos un 18,7 por ciento, tres o más un 25,3 por ciento y de vez en cuando un 52 por ciento.
11. De acuerdo al consumo de carnes grasas o embutidos, los pacientes contestaron: nunca comían un 8 por ciento, se desconocía en un 1,3 por ciento, de una a dos un 28 por ciento, tres a cuatro un 36 por ciento.
12. En cuanto a los que consumían refrescos, alimentos industrializados y aperitivos como papas fritas, se distribuyeron: ninguno obtuvo un 4 por ciento, varias veces un 16 por ciento, todos los días un 18,7 por ciento y ocasional un 61,3 por ciento.
13. Según la frecuencia con que consumían alcohol, de manera ocasional obtuvo un 4 por ciento, un vaso de vino ocasional un 6,7 por ciento, los fines de semana un 22,7 por ciento, todos los días un 32 por ciento y no tomaban un 34,7 por ciento.
14. Según la frecuencia con la que los pacientes tomaban café: no tomaban un 9,3 por ciento, 3 tazas al día un 14,7 por ciento, 4 tazas un 29,3 por ciento y 2 tazas un 46,7 por ciento.
15. El motivo de consulta se distribuyó: cefalea con un 54,7 por ciento, mareos con un 17,3 por ciento, dolor de pecho y otros con un 13,3 por ciento, dolor de muela con un 1,3 por ciento.

X. RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones futuras de tipo cualitativas que permitan analizar variables como el índice de masa corporal, tabaquismo y enfermedades crónicas.
2. Revisar los contenidos programáticos que se dan en las escuelas sobre temas relacionados con la nutrición.
3. Se recomienda que los médicos de las especialidades médicas tomen en consideración las buenas prácticas sobre nutrición clínica para el manejo integral del paciente en la consulta.
4. Se recomienda mejorar la comunicación entre los departamentos médicos y de nutrición para beneficio de la atención brindada al paciente.

VIII. REFERENCIAS

- Mesejo A, Martínez J, Martínez C, Manual básico de nutrición clínica y dietética, 2da ed. Hospital clínico universitario de valencia; 2013. Disponible en:
https://www.academia.edu/34662396/MANUAL_B%3%81SICO_DE_NUTRICI%3%93N_CL%3%8DNICA_Y_DIET%3%89TICA_HOSPITAL_CL%3%8DNICO_UNIVERSITARIO_DE_VALENCIA
- Berdasco A, Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. *Revista Cubana Aliment Nutr* 2014; 16(2): pags.146-52. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-342013?lang=es>
- Arteaga-Pérez J. El Sistema Alimentario (SAM): una perspectiva política. *Estudios Sociológicos*. 2015;3(8):pags. 297-313. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7053s.pdf>
- ASPEN Board of directors. Guidelines for the use of parenteral, enteral nutrition in adult and pediatric care. *JPEN*. 2015; 26:9SA-12SA.
- Astovisa M. Algunos problemas filosóficos de la nutrición: la ética en la atención nutricional del paciente *Rev Cubana Med Gen Integr* 2014; 20(1):18-24.
- Ávila Curiel A, Shamah Levy T, Chávez Villasana A. Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural, 1996. Resultados por entidad. México, D.F.: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán;2014.
- Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública Mex*. 2016;43:464-77.
- Barreto J, Santana S, Martínez C, Espinosa A. Ayuda alimentaria nutricional y costos en el proceso salud/enfermedad. *Acta Médica*. 2013; 11(1):26-37
- Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Espinosa Borrás A, Zamora Marin R, González Sánchez M. Alimentación, nutrición y metabolismo. *Acta Médica*. 2013; 11(1):26-37.

- Bourges Rodríguez H. El significado de la dieta como unidad de la alimentación. En: Ramos Galván R, editor. Alimentación normal en niños y adolescentes: teoría y práctica. México, D.F.: El Manual Moderno;2015.p.484-535.
- Chance de Witt R, KndshKeneth A. Clinical Nutrition. Gastroenterology Clinics of Nort America. 2014; 27 (2): 371- 82.
- Comité de Nutrición de la American Academy of Pediatrics, Manual de Nutrición en Pediatría, 3 Edición, Editorial Medica Panamericana, Noviembre 2015.
- Alfonsina mesejo, José f. Martínez, Cecilia Martínez costa. Manual básico de nutrición clínica y dietética, 2da ed. Hospital clínicouniversitario de valencia; 2013.
- Antonio Berdasco Gómez. Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría. RevistaCubana Aliment Nutr 2014; 16(2):146-52.
- Arteaga-Pérez J. El Sistema Alimentario (SAM): una perspectiva política. EstudiosSociológicos. 2015;3(8):297-313.
- ASPEN Board of directors. Guidelines for the use of parenteral, enteral nutrition in adult and pediatric care. JPEN. 2015; 26:9SA-12SA.
- Astovisa Bolet M. Algunos problemas filosóficos de la nutrición: la ética en la atención nutricional del paciente Rev Cubana Med Gen Integr 2014; 20(1):18-24.
- Ávila Curiel A, Shamah Levy T, Chávez Villasana A. Encuesta Nacional de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural, 1996. Resultados por entidad. México, D.F.: Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán;2014.
- Barquera S, Rivera-Dommarco J, Gasca-García A. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. SaludPública Mex. 2016;43:464-77.
- Barreto J, Santana S, Martínez C, Espinosa A. Ayuda alimentaria nutricional y costos en el proceso saludenfermedad. ActaMédica. 2013; 11(1):26-37

- Barreto Penié J, Santana Porbén S, Martínez González C, Espinosa Borrás A, Zamora Marin R, González Sánchez M. Alimentación, nutrición y metabolismo. ActaMédica. 2013; 11(1):26-37.
- Bourges Rodríguez H. El significado de la dieta como unidad de la alimentación. En: Ramos Galván R, editor. Alimentación normal en niños y adolescentes: teoría y práctica. México, D.F.: El Manual Moderno;2015.p.484-535.
- Chance de Witt R, KndshKeneth A. Clinical Nutrition. Gastroenterology Clinics of Nort America. 2014; 27 (2): 371- 82.
- Comité de Nutrición de la American Academy of Pediatrics, Manual de Nutrición en Pediatría, 3 Edición, Editorial Medica Panamericana, Noviembre 2015.
- Daniel Antonio de Luis Román, Manual de nutrición y metabolismo, Diego Bellido Guerrero, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Ediciones Díaz de Santos, 2013.
- David Motero y Marcos Restrepo, Parasitosis Humanas, 4° Edición, Editorial CIB, Colombia 2015.
- De la UzRuesga M, Larramendi Morales R, AlvarezPuiz N. Evaluación nutricional de pacientes críticos en el Servicio de Cuidados Intermedios. MEDISAN. 2013; 7(2):33-41.
- Dr. Sergio Santana Porbén, Lic. Alicia Espinosa Borrás. Composición corporal. Actamédica 2003 [acceso 14 de agosto 2018]. ; 11(1): 26-37.
- Emilio González Jiménez. Composición corporal: estudio y utilidad clínica. 2012[acceso 14 de agosto 2018; Vol. 60. (2): 60-69.
- Ferrante , Daniel ; Konfino, Jonatan,, .Relacion costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares en argentina.Argentina 2014; https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892012001000005&script=sci_arttext(citado 12 agosto 2018).

- Frost P, Bihari D: The route of nutritional support in the critically ill: physiological and economical considerations. *Nutrition* 2014, 13(Supl.):58S-63S
- García de Lorenzo A, Rodríguez JA, Montejo JC: Coste-efectividad de la intervención nutricional. En: *Tratamiento Nutricional: de la Investigación a la Gestión*. García de Lorenzo A, Culebras JM, González J (eds.). Grupo Aula Médica, S. L. 2014: 481-488.
- Gómez I, Satué JA, Valero C. Principios de nutrición: nutrición enteral y parenteral. En: *Manual de diagnóstico y terapéutica médica*. Madrid: Ediciones EGRAF; 2014.p.611.
- Gottschlich MM, Shronts EP, Hutchins AM. Defined formula diets. En: *Clinical Nutrition: Enteral and Tube Feeding*. Philadelphia: WB Saunders; 2015.p.207-9.
- Healthychildren [sede web]. EE.UU; 2017 [actualizada año 2017; acceso 14 de agosto 2018].
- Jacobs DO, Melnik G, Forlaw L, Gebhardt C, Settle RG, DiSipio M y cols.: Impact of a nutritional support service on VA surgical patients. *J Am Coll Nutr* 2014, 3:311-315.
- Kane RL, Shamliyan T, Talley K, Pacala J. The association between geriatric syndromes and survival. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 60: 896-904
- Kondrup J, Allison SP, Elia M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr*. 2013; 22:415-421.
- Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O. Nutritional risk screening (NRS-2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2013; 22:321-336.
- Krause A, kathleen L, mahan M. *Nutrición y dietoterapia*. Edición 13. Pennsylvania, USA, Interamericana MC Graw Hill; 2013
- Lee RD, Nieman DC: *Nutritional assessment*, ed 3, New York, 2013, McGraw-Hill.
- Martínez AJ, Astiasarán I, Madrigal H. *Alimentación y Salud Pública*. 2da ed. México, D.F.: McGraw-Hill Interamerican;2015.

- Mesa Cabrera M, Blanco Aspiazu MA. Costo hospitalario del ictus isquémico agudo. Rev Cubana Medicina Militar[Internet]. 2011[citado 12 marzo 2019]; 40(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572011000100004&script=sci_arttext
- Nehme AE: Nutritional support of the hospitalized patient: the team concept. JAMA 2016, 243:1906-2016.
- Oment. Observatorio Mexicano de enfermedades no Transmisibles. México; Oment; 2016 [actualizada año 2016; acceso 05 agosto de 2018]
- Ortún V, Artalejo F: De la efectividad clínica a la eficiencia social. Med Clin (Barc) 2013, 95:385-388.
- Oscar Castañeda-Sánchez, Mario Lugo-Caro, Rosaura Yepiz-Ortega. Estado nutricional en un grupo de adolescentes.2016 [acceso 14 de agosto 2018]; Vol. 23(3); 104-108.
- Peralta A, Claudia. Fisiología de la nutrición. México; MC Graw Hill; 2013.
- Ramírez Hernández J, Arroyo P, Chávez VA. Aspectos socioeconómicos de los alimentos y la alimentación en México. Revista de Comercio Exterior. 2013;21(8):675-86.
- Rodolfo c. Puche. El índice de masa corporal y los razonamientos de un astrónomo. Medicina (Buenos Aires) 2005 [acceso 14 de agosto 2018] 65: 361-365.
- Schaible UE, Kaufmann SH. Malnutrition and infection: complex mechanisms and global impacts. PLoS Med. 2015; 4: e115
- Serra L, Aranceta J, Mataix JD. Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2016.
- Socorras, María. Bolet, Mirian, Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares Rev Cubana InvestBioméd v.29 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2015 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002010000300006(citado 10 de agosto 2018)

- Unicef. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina 2012 [acceso 14 de agosto 2018]; 1; 9-11.
- Unicef. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina 2013 [acceso 14 de agosto 2018]; 1; 9-11.
- Víctor M. Olguín Salazar, Psicología, Pág. 8,13, 26, 27 76, 132, 133.
- Villasís-Keever, Miguel ; Aquiles , Ricardo.Frecuencia y factores de riesgo asociados a desnutrición de niños con cardiopatía congénita.Mexico, 2016,https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342001000400008&script=sci_arttext&lng=es(citado 13 agosto 2018).

XII. ANEXOS



República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina
Residencia De Medicina Familiar y Comunitaria.

Hábitos alimentarios de los pacientes que asistieron a la consulta del
Hospital Universitario Juan Pablo Pina, Periodo Agosto- Septiembre 2019

Formulario de recolección de datos

Marque con una X la respuesta

1. **Sexo:**

- a. M
- b. F

2. **Edad:** _____

3. **Nivel de escolaridad:**

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Universitario
- d. Analfabeto

4. **Motivos de consulta:**

- a) Cefalea
- b) Mareos
- c) Dolor de pecho
- d) OTROS _____

5. Religión _____

6. Tipo de alimentación:

- a) Vegetariana
- b) Basada mayormente en carnes
- c) Mixta

7. Peso aproximado: _____

8. Talla: _____

9. IMC: _____

10. Hábitos alimentarios :

a- **¿Cuántas raciones de fruta y verdura consumes diariamente?**

2-3 piezas de fruta y 1-2 de verduras.

No como todos los días frutas y verduras.

1 pieza de fruta y 1 de verdura.

b- **¿Cuántas comidas realizas al día?**

5 comidas al día: 3 principales , media mañana y media tarde.

2-3 comidas abundantes.

Depende de los días.

c- **¿Cuánto tiempo dedicas a la comida o a la cena?**

Al menos 1 hora.

Menos de 1/2 hora.

Entre 1/2 hora - 1 hora.

d- **¿Qué cantidad de pan consumes?**

1-2 veces al día.

No como nada o casi nada.

2-3 veces a la semana.

e- **¿Cuántos litros de agua bebes al día?**

2 litros.

Bebo poco agua diariamente.

Al menos 1 litro.

f- **¿Qué tomas en el desayuno?**

Tomo además de café/leche/infusiones, alguna fruta, cereal o pan.

No suelo desayunar.

Sólo un café o café con bollo.

- g- **¿Cuántas veces a la semana comes pescado?**
Como mucho 1-2 veces a la semana.
De vez en cuando.
3 o más veces a la semana.
- h- **¿Con que frecuencia comes carnes grasas o embutidos?**
1-2 veces a la semana.
Todos los días.
3-4 veces a la semana.
- i- **¿Consumes refrescos azucarados, bollería industrial, aperitivos como patatas fritas etc?**
Sólo de manera ocasional.
Todos los día.
Varias veces a la semana.
- j- **¿Cuál de las siguientes respuestas refleja tu consumo del Alcohol?**
No bebo, pero ocasionalmente tomo un vaso de vino.
Bebo todos los días.
Solo los fines de semana.
- k- **¿Cuántas tazas de café tomas diarias?**
No más de 2 tazas al día.
Más de 4 tazas al día.
Entre 2-4 tazas al día.

Total:_____

XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Agosto	Septiembre	Octubre	Nov.	Diciembre
Elaboración del Ante proyecto	x				
Revisión del Ante proyecto	x				
Aprobación del Anteproyecto	x				
Recolección de Datos	x				
Registro de los Datos		x			
Análisis de los Datos		x			
Elaboración de Resultados					
Discusión					
Elaboración de Conclusiones					
Elaboración de recomendaciones					
Entrega de informe final					

XIV. EVALUACIÓN

Sustentante:

Dra. Ricura Sepúlveda

Asesores:

Dra. Iris Margarita Paula
Clínico

Dra. Claridania Rodríguez
Metodológico

Autoridades:

Dr. Víctor Manuel Félix Félix.
Coordinador de la residencia

Dr. Luis Rafael Santana Honrado
Jefe Departamento

Dr. Álvaro Mauricio Gartner Caballero
Jefe de Enseñanza

Dra. Claridania Rodríguez
Coordinadora Unidad de pos grado y Residencias médicas

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____