

# Alimentación en la recuperación del paciente hospitalizado

Martha Yolanda Dávila Loaiza

## RESUMEN

La valoración del estado nutricional de los pacientes en los hospitales privados tiene la finalidad de identificar a aquellos que estén en riesgo o padezcan déficit nutricional, y así poder implementar estrategias de alimentación como: adecuar los alimentos a las preferencias del paciente, fraccionar la dieta en cinco tiempos, usar complementos nutricionales, etcétera.

En los últimos años se han llevado a cabo más de 140 estudios sobre desnutrición intrahospitalaria, los cuales arrojaron que la prevalencia de este mal a nivel mundial es más alta de lo esperado. Los resultados negativos asociados a la desnutrición son: disminución de las funciones inmunológicas, menor calidad de vida, mayor estancia hospitalaria y demora en la recuperación, es por ello relevante, dentro de la gestión hospitalaria, recalcar la importancia que tiene el área del servicio de alimentos en la pronta recuperación del paciente hospitalizado.

**Palabras clave:** nutrición, paciente hospitalizado, malnutrición, servicio de alimentos, dieta terapéutica.

## NUTRITION IN PATIENT RECOVERY

### ABSTRACT

The assessment of the nutritional status of patients in private hospitals is intended to identify those who are at risk or suffering from nutritional deficiency, in order to implement feeding strategies such as: adjusting to the patient's preference, dividing their diet in five courses, using nutritional supplements, etc.

In recent years we have conducted more than 140 studies in hospital malnutrition which have shown that the worldwide prevalence of this disease is higher than expected. The negative results associated with malnutrition are: a decreased immune function, reduced quality of life, longer hospital stay and delayed recovery. It is therefore relevant in hospital management to emphasize the importance of food service in hospitals for a swift patient recovery.

**Keywords:** nutrition, inpatient, malnutrition, food service, therapeutic diet.

## INTRODUCCIÓN

La nutrición involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Generalmente se destaca la importancia del desarrollo biológico, que es el que más fácil controla el equipo de salud: nutriólogo o dietista clínico y dietista administrativo, médico especialista, técnico dietista, enfermera, encargado de hostelería hospitalaria y, aunque no se contempla su función, un licenciado en gastronomía hospitalaria. Lamentablemente no se da importancia al primero, ni a los dos últimos profesionistas. Por ejemplo, en los grandes hospitales de Estados Unidos, el dietista administrativo es un miembro de un hospital o de otro centro de salud e influye en los sistemas del servicio alimentario que proporciona nutrición óptima y comida de excelente calidad; el dietista o nutriólogo clínico pertenece al equipo médico e influye en la atención nutricional de los individuos o grupos para que no pierdan la salud. El último valora los planes de atención nutricional y sus resultados. Cuando trabaja en una organización que presta servicios alimentarios, coopera y coordina las actividades que realiza el equipo administrativo del departamento.

Para satisfacer los tres aspectos de nutrición del paciente hospitalizado, ya mencionados, la nutrición juega un papel muy importante para la recuperación y evolución clínica, según la patología presente y el motivo de hospitalización. A su vez, se trata de un paciente vulnerable en estos tres

puntos, debido al riesgo de adquirir enfermedades intrahospitalarias y a la separación de su medio ambiente familiar y social, lo que trasciende indudablemente en su bienestar psicológico y recuperación.

Comer dentro de un hospital se vuelve una necesidad más que una satisfacción, por lo que es muy importante la presentación de los alimentos, así como la forma de ofrecerlos al paciente. Es recomendable que, aunque los pacientes no aprecien de manera adecuada los sabores y texturas finas, los alimentos no se presenten con texturas mezcladas (grumos) o de manera poco atractiva o escasamente cordial. Es aquí en donde la función de la hostelería y el arte de recibir cuidados están íntimamente ligados con la alimentación. Pensar en el individuo enfermo encamado o con necesidades especiales, confinado en un ambiente fuera de su hogar, lleva a la idea de que es muy importante trabajar la alimentación de esta persona con cuidado. Elaborándola no sólo con el sentido de suplir sus necesidades básicas de salud, sino proporcionando el confort y el bienestar físico y mental; es aquí donde el dietista administrador, el clínico, la gastronomía y la hostelería hospitalaria juegan un papel valioso en la recuperación del paciente hospitalizado.

El personal encargado de la preparación de alimentos debe estar consciente de que la comida ayuda a la mejoría y recuperación del paciente y hacer lo posible para conseguir la totalidad de la ingesta por persona, cuidando su presentación, higiene así como la calidad y cantidad. Tener presente que, aunque se trate del mismo alimento, estas

preparaciones sean diversas en color, textura, sabor, olor, y con base en los lineamientos terapéuticos de la dieta.

## **MALNUTRICIÓN HOSPITALARIA**

La nutrición humana en el campo de la medicina obliga a un conocimiento que ayude a la prevención y tratamiento de la enfermedad, que envuelve a un equipo multidisciplinario para prevenir o tratar la malnutrición del paciente hospitalizado.

Los conocimientos y avances de la fisiopatología de la malnutrición, tanto en la enfermedad crónica como en la enfermedad hipercatabólica, requiere de una terapia nutricional como un soporte metabólico.

La definición de malnutrición se entiende como un trastorno de la composición corporal, caracterizado por el exceso de agua extracelular, un déficit de potasio y masa muscular. Éste asociado con frecuencia a la disminución del tejido graso e hipoproteinemia, que interfiere con la respuesta normal del paciente a la enfermedad y tratamiento.

Por otro lado, también como parte de la malnutrición se encuentra la desnutrición, que es la causa más frecuente de morbilidad y uno de los principales problemas de salud en el mundo. Es muy común y afecta a pacientes hospitalizados debido a la incapacidad de ingesta por vía oral, se conoce como desnutrición hospitalaria.

La desnutrición afecta a 30-50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades, tanto por causas médicas

como quirúrgicas, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. Se estima que aproximadamente 35% de las personas que ingresan tienen desnutrición, una cifra que se duplica durante la estancia en el Hospital (CR., 1994).

En las generalidades de los hábitos dietéticos intrahospitalarios, algunas de las causas del consumo inadecuado son: anorexia, higiene, monotonía, sabor, náuseas, horarios, tristeza, soledad, entre otros. (V. Funch, 2008)

### **I. Organización hospitalaria para la atención nutricional**

La prescripción dietética la dicta el médico y se encuentra en las órdenes que deja escritas al momento de que ingresa el enfermo al hospital. Esa orden depende de la enfermedad y abarca desde la prohibición de alimentos vía oral hasta una dieta normal o regular. Al modificar el estado del paciente, cambiará también la orden dietética. Habrá que imponer un régimen terapéutico, si se sabe que padece una enfermedad que requiere modificar la dieta o si los métodos diagnosticados señalan la existencia de un padecimiento tratable mediante dietoterapia.

En general estos pacientes necesitan orientación antes de ser dados alta, de manera que sepan aplicar aspectos de su tratamiento una vez en casa. A fin de evitar una orientación inicial inadecuada, los que trabajan con el paciente preverán su curación y se enterarán de los planes del médico respecto al enfermo. El médico debe tener presente el alta hospitalaria al momento de escribir la prescripción

dietética, ya que la orientación comienza siempre con la interpretación de esa prescripción. Al médico compete la responsabilidad legal del plan de atención del paciente, que abarca, entre otras cosas, la orden dietética. Puede delegar la formulación de ésta al dietista clínico o redactarla él mismo con ayuda del dietista o nutriólogo. Pero no podrá delegar esa responsabilidad ni al dietista ni a ningún otro miembro del equipo médico. Si el dietista participará en la formulación de la orden dietética, tiene la obligación de familiarizarse con el problema médico del paciente antes de tomar decisiones o hacer recomendaciones. Tiene además la obligación de mantenerse actualizado sobre la teoría y metodología de las dietas terapéuticas.

## **II. Manual de dietas**

Es una recopilación de planes de dietas terapéuticas y corrientes; contiene una explicación sobre las bases de cada plan. Sirve para facilitar la comunicación entre los integrantes del equipo médico. El manual es una guía de las clases y cantidades de alimentos y bebidas que ofrece el departamento de dieta para cumplir con la orden de cada paciente. En cada unidad clínica suele haber una copia del manual utilizado por el hospital; se hace para que los médicos y enfermeras lo consulten y tengan siempre a la mano.

Por lo general la primera sección del manual contiene planes dietéticos ordinarios para lactantes, niños y adultos: dietas blandas y líquidas. En secciones subsecuentes se describen varias dietas terapéuticas empleadas en el trata-

miento de enfermedades, dietas para diagnóstico y cuadros de composición de los alimentos. Los manuales difieren a menudo en la manera de describir los regímenes dietéticos y en las recomendaciones de los alimentos que ofrece cada plan. Tales diferencias se deben a la diversidad de interpretaciones de la teoría relacionada con la dietoterapia o bien con las variaciones regionales y culturales en las preferencias de la población.

### **III. Expediente médico del paciente**

En todas las unidades médicas hospitalarias y clínicas se conserva un expediente del enfermo hospitalizado. Estas hojas han sido estandarizadas por la norma: NOM-168-SSA1-1998 en México, misma que da soporte al expediente clínico que incluye datos demográficos obtenidos al ingresar el enfermo. También contiene un informe sobre métodos terapéuticos, aceptación de alimentos, cualquier manifestación de problemas psicosociales observados por la enfermera o comunicados verbalmente por el paciente o sus parientes, el diagnóstico y notas del médico sobre el adelanto diario, datos de laboratorio y resultados de radiografías, informes sobre cirugía, número de cama o de expediente, nombre y firma de quien lo elaboró. La orden de la dieta del paciente puede formar parte del expediente durante la hospitalización o bien las de todos los pacientes de una unidad clínica pueden conservarse en una carpeta o cuaderno de oficina. La hoja clínica del paciente puede ser consultada por todos los que presten servicios profesionales en esa unidad; todo el

personal tiene la responsabilidad de compartir su información y proteger su carácter confidencial.

Los apuntes comprenden los antecedentes dietéticos del sujeto, su aceptación o rechazo, intolerancias alimentarias, orden dietética y cualquier otro plan terapéutico, progresos y apuntes de orientación. Si el médico se vale de un sistema de registro médico centrado en los problemas en sus apuntes sobre el registro del progreso diario, conviene que el nutriólogo clínico aplique el mismo procedimiento al poner encabezado a sus apuntes y utilice el esquema SOAP (subjetivo, objetivo, evaluación y plan).

#### **IV. Servicio de alimentos**

Los hospitales modernos aplican dos sistemas de administración. En uno de ellos dirigen todos los aspectos del departamento de dieta: tanto la atención nutricional de los enfermos como del servicio de comida al personal. Todos los integrantes del área de alimentos son empleados del hospital, y el director de servicio de alimentos, responsable ante el director del hospital o uno de sus ayudantes.

En el segundo sistema, el hospital contrata a un servicio de comedor o a un proveedor para que se encargue de todo lo concerniente al área de servicio de alimentos. Muchas veces todos los empleados de él, entre ellos el nutriólogo, trabajan para la compañía.

El servicio de comidas emplea dos sistemas para llevar la comida a la zona de pacientes: el centralizado o el descentralizado. En el primero la bandeja se sirve totalmente en

el área de preparación de los alimentos o cerca de ella y se transporta al comedor en un aparato especial o en un sistema de transporte automático (montacargas). La bandeja la recibe la enfermera y la lleva al paciente.

El sistema descentralizado consiste en transportar la comida del área de su preparación a una cocina de servicio, situada en el área de los pacientes. La bandeja se sirve en ella y de allí se lleva al cuarto del enfermo. En ambos sistemas, el departamento de enfermería y de dieta son importantes y deben coordinar su programa para que los pacientes coman platillos sabrosos y atractivos.

### **Menús especiales**

Al paciente internado le ofrecen diariamente un menú para que seleccione sus platillos. Cada sección suele presentar dos o más opciones: por ejemplo, en la comida principal puede escoger entre carne asada de res, pollo frito, papa al horno o puré de papa. Todos los días el enfermo selecciona en el menú lo que desea para el día siguiente. En algunos hospitales incluyen a veces platillos para dietas blandas y líquidas.

Es preciso evaluar diariamente los menús especiales para garantizar el aporte adecuado de nutrimentos. Está comprobado que los menús especiales mejoran el apetito, incluso si ofrecen pocas opciones. Los pacientes que no ven bien o que no saben leer necesitan ayuda.

Hay hospitales en los que el enfermo que requiere de dietoterapia recibe también un menú con opciones. El nu-

triólogo tiene la obligación de educarlo para que sus opciones se ajusten al plan dietético.

Este menú selectivo sirve de prueba del conocimiento que tiene el paciente sobre su dieta terapéutica, y permite al dietista identificar áreas donde requieren apoyo.

### **Puntos de análisis para el servicio de alimentación**

Del análisis de los siguientes puntos depende la eficiencia en la producción, servicio y en la calidad de la dieta:

- 1. Ubicación del área de producción y sede del servicio de alimentación.** Aquí se tendrá que evaluar la distancia que mantiene con las áreas de accesos para proveedores, el personal, los comedores y las salas de internación.

Corresponde a los procesos realizados en el área de producción y su organización, que fundamentalmente tiende a evitar contaminación cruzada, seguir el orden lógico de producción, las diferentes técnicas culinarias, así como las etapas de aseo, desinfección y esterilización según corresponda.

Los factores que intervienen en la producción: productos de calidad conocida, conocimientos de composición de los alimentos y factores que los afectan, y uso de procedimientos científicos de cocción.

- 2. Se tendrá en cuenta la organización espacial.** Deberá ser suficiente y no justa para garantizar una co-

recta manipulación por parte del personal, al cual convendrá controlar y capacitar constantemente.

**3. Organización del área técnica y administrativa.**

Tendrá que definir el tipo de alimentación a brindar. La misma estará a cargo de conseguir proveedores que ofrezcan productos de buena calidad y bajo costo.

**4. Manejo del capital y presupuesto disponible.**

Una vez definido esto, será de suma importancia establecer una política de compras que garantice alimentos hasta en los casos de urgencia.

**5. Se determinará la cantidad y tipo de alimentos**

a comprar, teniendo en cuenta el espacio disponible para su conservación.

**6. En cuanto al sistema de distribución de alimentos.**

Será importante tener en cuenta los equipos y la cantidad de personal disponible para su distribución.

Una vez analizados todos los puntos detallados, la tarea será elaborar un programa de menú que considere:

- Determinar los grupos biológicos o terapéuticos y especificar los requerimientos para cada uno.

- Coordinar con el área médica para confeccionar un manual de dietas el cual deberá respetar todo el equipo interdisciplinario que trabaja conjuntamente.
- Instituir estándares de ingredientes y elaboración para cada plato, indicando su forma de cocción, equipos necesarios, tiempo de preparación y formas de servicio.
- Establecer el costo de la alimentación planificada para cada tipo de régimen.

Por último instaurar estándares de calidad, determinando las técnicas y procedimientos cumpliendo con las normas de higiene y seguridad, garantizará que el producto final sea de buen provecho para el consumidor y esto sólo se logra controlando cada etapa de elaboración, es decir, con el trabajo conjunto de cada área. Esto permitirá satisfacer finalmente las necesidades nutritivas del paciente y personal encargado del hospital.

## **V. Aseguramiento de la calidad de la alimentación en los servicios de nutrición hospitalaria**

El Diccionario de la Real Academia Española, define el término calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permite juzgar su valor (*revista.nutrición.org/hemeroteca/revista\_marzo\_02/.../lañez.pdf*). La calidad también se considera como una cualidad mejorable de un producto o servicio, cuando sus características,

tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios (Cantú, 1997).

Con la necesidad de garantizar el nivel de calidad en los servicios de salud se crea el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la atención médica. Dicho programa engloba todas las actividades que intervienen en asegurar el mejor nivel de calidad, en el menor costo económico y social de la salud del paciente que ingresa al hospital.

Dicho programa promueve el desarrollo y utilización de tecnología apropiada e implementación de mecanismos adecuados de autorización, registro, normatización, control epidemiológico y de vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos con el fin de proteger la salud de la población.

Sin embargo no existe una norma referente a la calidad para el servicio de alimentos en hospitales de México, sólo la NOM -043- SSA2-1999 referente a servicios básicos de salud, así como la promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Ésta a su vez se complementa con las siguientes normas:

- NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- NOM-009-SSA2-1993 Para el fomento de la salud del escolar.

- NOM-015-SSA2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria a la salud.
- NOM-030-SSA2-1999 Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- NOM-086-SSA1-1994 Alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición. Especificaciones nutrimentales.
- NOM-093-SSA1-1994 Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos.
- NOM-174-SSA1-1998 Para el manejo integral de la obesidad.
- NOM-051-SCFI-1994 Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados.

Con ello se puede concluir que los componentes de calidad en el servicio de alimentos deben ser medibles. Además de la evaluación nutricional y de la orientación dietética, la calidad de los servicios dietéticos comprende aspectos como: tipo, cantidad y servicio de comida. En este caso las pautas se relacionan con composición de nutrimentos en los alimentos servidos, métodos para medir la satisfacción de los pacientes, exactitud del servicio de comidas y disponibilidad de comida fuera del horario regular.

Un buen cuidado nutricional es una administración eficiente. Por eso el área de nutrición conserva una relación

con los aspectos de: higiene, estandarización de menús, control de gastos, eficiencia organizacional y producción de los componentes del menú que integran la calidad alimentaria. En resumen, la creación de una norma debe incluir la calidad en tres áreas importantes como: proceso de prestar servicios conexos con la administración, sistema de servicio de comidas para incluir las necesidades tan variadas de la población de pacientes y la administración de un departamento que garantice alimentos de calidad a bajo costo.

## **VI. Ventajas de la garantía de calidad en los servicios de alimentación hospitalaria**

La auditoría hecha por el comité de salud,<sup>1</sup> garantiza la atención nutricional en un proceso en el cual los nutriólogos pueden evaluar su actividad personal y los cambios que introducen con su intervención (Schiller R. 1979). Para muchos de ellos la auditoría es un instrumento que permite fijar objetivos significativos y perfeccionar sus conocimientos profesionales. La elaboración y aplicación de normas ayuda a integrar los servicios nutricionales con otros aspectos de atención del enfermo hospitalizado. Los resultados sirven para documentar la productividad o justificar la necesidad

---

<sup>1</sup> Es el organismo de la comunidad integrado con personas prestigiadas por sus atributos de solvencia moral, responsabilidad y capacidad de servicio social, que han sido elegidas y aceptadas por la población para coadyuvar a la solución de los problemas y necesidades de salud, cuyo objetivo principal es el de colaborar en forma voluntaria con los organismos oficiales o instituciones interesadas en la organización de la comunidad para el estudio, ejecución y control de programas preventivos, de asistencia médica y de promoción de la salud.

de servicios especiales de tipo profesional o de apoyo. Con los resultados se verifica la eficacia de la enseñanza de los pacientes y de la orientación nutricional (Fifer, 1990).

Los pacientes recibirán una buena atención alimentaria si se establecen y cumplen las normas. El proceso de auditoría tiene como objeto evaluar por completo una situación para identificar los aspectos del sistema que necesitan ser analizados o corregidos. La auditoría requiere definir parámetros de los servicios de buena calidad. Y así se descubre y demuestra que la alimentación es un componente indispensable de la atención médica integral que influye de manera directa en la recuperación del paciente hospitalizado. La asistencia del dietista clínico y su ejercicio profesional serán más eficaces cuando los factores anteriores integren un programa de garantía de calidad que se aplique de forma generalizada a todos los hospitales públicos y privados de manera ininterrumpida.

## **VII. Valoración nutricional del paciente**

La evaluación integral del estado nutricional comprende aspectos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

La definición del estado de nutrición es la condición resultante de la ingestión, digestión y utilización de micronutrientes. La evaluación nutricional (Gibson, 1990) se define como la interpretación de la información obtenida de estudios clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos, la cual se utiliza para conocer el estado de salud determinado por los sujetos o grupos de población.

En la tabla 1 se proponen los indicadores más empleados para la evaluación nutricional del paciente hospitalizado.

*El peso actual* es el indicador primario del estado nutricional del paciente. Si se conoce que (aparte de las diferencias naturales determinadas por el sexo) la grasa corporal representa entre 25 y 30% del peso, y el otro 30% corresponde a la masa muscular esquelética, entonces una reducción del peso del individuo puede interpretarse como una reducción paralela de estos dos compartimientos.

Para la valoración del estado nutricional en el paciente crítico se recurre normalmente a la utilización de los métodos habitualmente empleados en otros pacientes (variables antropométricas, marcadores bioquímicos y pruebas funcionales).

Las variables antropométricas evalúan y detectan la malnutrición preexistente al ingreso del paciente crítico. No obstante, los cambios corporales y la evolución del estado de hidratación en estos pacientes, invalidan a este grupo de variables como parámetros de seguimiento nutricional y de pronóstico en los pacientes críticos.

*Parámetros de función muscular.* El análisis de la fuerza muscular, tanto de forma activa (fuerza de la musculatura respiratoria, capacidad de aprehensión), como pasiva (respuesta de contracción y relajación muscular a diferentes intensidades eléctricas) han sido utilizados como indicadores del estado nutricional.

**Tabla 1.** Indicadores propuestos para inclusión en un perfil nutricional del sujeto humano (Santana, 2003).

<b>Comportamiento corporal de interés</b>	<b>Indicador</b>	<b>Punto de corte</b>	<b>Utilidad</b>
Graso	Pliegues cutáneos	< p25	Diagnóstico monitoreo a mediano plazo
Muscular	Circunferencia del brazo	< p25	Diagnóstico monitoreo a mediano plazo
	Excreción urinaria de creatinina	Índice de excreción de creatinina < 80 %	Diagnóstico pronóstico Monitoreo a corto plazo
Visceral	Proteínas secretoras hepáticas	Albumina < 35 g/L	Diagnóstico pronóstico Monitoreo a mediano plazo
	Conteo total de linfocitos	< 1500 células/mm <sup>3</sup>	Diagnóstico pronóstico Monitoreo a corto plazo
	Excreción urinaria de nitrógeno	> 5 g/24 horas	Monitoreo a corto plazo
Suma de los comportamientos	Peso actual	Pérdida de peso > 20 %	Diagnóstico pronóstico Monitoreo
	Índice de masa corporal	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	Diagnóstico pronóstico

No hay estudios sobre la utilidad de los parámetros antropométricos o de los marcadores bioquímicos más frecuentes en la valoración nutricional de los pacientes críticos, por lo que no puede recomendarse su empleo rutinario en la práctica clínica (Montejo, 2006).

A modo de orientación puede utilizarse la tabla 2 durante las diferentes fases evolutivas de los pacientes críticos.

**Tabla 2.** Marcadores del estado nutrición del paciente crítico

Probable utilidad	Parámetros
Valoración de malnutrición al ingreso	Pérdida de peso Índice de masa corporal Índice de creatinina / talla Colesterol sérico Valoración subjetiva global
Renutrición	3-metil-histidina Balance nitrogenado Prealbúmina Proteína ligada al retinol Somatomedina
Respuesta metabólica	Excreción de urea 3-metil- histidina Proteína de fase aguda Urea
Seguimiento nutricional	Prealbúmina Proteína ligada al retinol Somatomedina Albumina Función muscular
Pronóstico	Balance nitrogenado Albumina

## CONCLUSIONES

El problema de la falta de apetito ligado al trauma, infección, angustia o fiebre, debe ser tratado con alimentación escalonada, comida apetitosa y un diálogo constructivo con el paciente, sin llegar a que la falta de apetito sea un problema de estrés por sí mismo. (Marti-Hennenberg, 1985).

Es mucho más importante, si son pocos días de estancia en el hospital, proporcionar energía y proteína suficientes en la dieta para permitir una pronta recuperación y sostener el hipermetabolismo, que tratar de corregir los problemas con las dietas (forzando un peligroso hipometabolismo) que tal vez deban encararse en otro momento.

Es muy importante utilizar la dieta como un elemento de normalización psicológica, tranquilizador, de consuetudinariedad, y no hacer afectaciones con la dieta (Gelberg, 2005).

En conclusión, la dieta hospitalaria debería ser un coadyuvante para la mejora física y psicológica de los pacientes, no sólo un elemento terapéutico que además no cumpla con su cometido. Es necesario evitar el desperdicio de comida y recursos y utilizar la comida hospitalaria como un elemento más del tratamiento integral del paciente.

## FUENTES DE CONSULTA

- Mc Whirter, JP. Penigton Christopher R., (1994). Incidence and recognition of malnutrition in hospitals. *BMJ*, 308; 945-948
- V. Funch, D. Mostkoff, G. Gutiérrez Salméan (2008), Estado nutricional en pacientes hospitalizados en México, *Nutrición Hospitalaria* 2008, (23); 293-303.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-168-SSA1-1998, *El expediente clínico*.
- Cantú, H., (1997). *Desarrollo de una cultura de la calidad*. México, Mc Graw Hill.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-043-SSA2-1994, *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria*.
- Schiller R., (1979). Auditing dietetic services. *Hospitals*, 53:105, May 1.
- Fifer William R. M.D., (1990). Quality assurance. Debate persists on goals, impact and methods of evaluating care. *Journal of Quality Assurance*, 6:9, Sep-Oct.
- Gibson, R., (1990). *Principles of nutritional assessment*, Nueva York, Oxford University Press.
- Santana P. Sergio, *et. al.*, (2003). Evaluación nutricional, *Acta Médica*, 11(1):26-37
- Montejo G., (2006). Juan Carlos, *et. al.*, Recomendaciones para la valoración nutricional del paciente crítico, *Rev. Med Chile*, 134:1049-1056.

- Marti-Henneberg C., Salas J., (1985). Anorexia y malnutrición en el paciente hospitalizado. *Med Clinic*, 85; 99-101.
- Gelberg S., (2005). The Healing potential of hospital food. *Medscape General Medicine*, (7)19-7.

Copyright of Hospitalidad ESDAI is the property of Universidad Panamericana and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.