



FACULDADE DE CIENCIAS

GRAO EN NUTRICIÓN HUMANA E DIETÉTICA

D.^a Cecilia Valmaseda Amezaga

**DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA: PAPEL DEL DIETISTA-
NUTRICIONISTA**

Traballo Fin de Grao

Xuño 2025

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 Figura del Dietista-Nutricionista en España.....	8
1.2 Contexto histórico de la profesión del Dietista-Nutricionista	9
1.3 Restauración hospitalaria.....	10
1.4 Dietas hospitalarias.....	12
1.5 Desnutrición hospitalaria.....	14
1.6 Prevalencia de la desnutrición hospitalaria	15
1.6.1 Estudio EuroOOPS	15
1.6.2 Estudios PREDyCES.....	16
1.6.3 Estudio SeDREno	18
1.6.4 Estudio de prevalencia de desnutrición en el Hospital General de Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina.....	19
1.7 Grado de satisfacción con los menús hospitalarios.....	20
2 OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	22
3 METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	23
3.1 Revisión bibliográfica.....	23
3.2 Evaluación de los menús hospitalarios	23
3.3 Evaluación de las encuestas de satisfacción	24
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	24
4.1 Evaluación de los menús hospitalarios	24
4.1.1 Análisis de las raciones incluidas en los menús.....	24
4.1.2 Comparación nutricional del plato escrito en el menú con el plato “habitual”	31
4.1.3 Análisis de desayunos y meriendas.....	34
4.1.4 Evaluación de una cena	37
4.1.5 Discusión de los resultados obtenidos de la evaluación del menú	38
4.2 Evaluación y discusión del grado de satisfacción de los menús por parte de las personas ingresadas.....	40
4.3 Consideraciones sobre la falta de la figura del Dietista-Nutricionista en el centro hospitalario.....	46
5 CONCLUSIÓN.....	48
6 BIBLIOGRAFÍA.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Países que incorporan al Dietista-Nutricionista en sus Sistemas Nacionales de Salud en 2018. Fuente: International Confederation of Dietetic Associations (ICDA).....	9
Figura 2. Cronología del título en Nutrición Humana y Dietética. Elaboración propia	10
Figura 3. Consecuencias directas de la desnutrición hospitalaria. Elaboración propia.....	15
Figura 4. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo diario en el menú seleccionado.....	27
Figura 5. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo semanal en el menú seleccionado.....	28
Figura 6. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo diario en el menú seleccionado.....	29
Figura 7. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo semanal en el menú seleccionado.....	30
Figura 8. Evaluación nutricional de las distintas preparaciones de “macarrones con tomate”.....	32
Figura 9. Evaluación nutricional de las distintas preparaciones de “pescado al horno”	33
Figura 10. Evaluación nutricional de distintos tipos de yogur de una misma marca.....	33
Figura 11. Evaluación nutricional de los distintos tipos de desayuno	35
Figura 12. Porcentaje del valor calórico total de las distintas combinaciones de desayuno	36
Figura 13. Evaluación nutricional de las distintas combinaciones de merienda.....	36
Figura 14. Porcentaje del valor calórico total de las distintas combinaciones de merienda.....	37
Figura 15. Evaluación nutricional de la cena.....	37
Figura 16. Porcentaje del valor calórico de la cena y comparación con las recomendaciones.....	38
Figura 17. Distribución de las personas ingresadas encuestadas según género, edad y servicio al que pertenecen	40
Figura 18. Respuesta a “¿cómo es su apetito?” y a “¿tiene problemas para masticar?”.....	40
Figura 19. Respuesta a las preguntas sobre la opinión acerca de la presencia y la calidad de la comida	41
Figura 20. Respuestas a las preguntas sobre la cantidad y la variedad de alimentos servidos	41
Figura 21. Opinión de los pacientes sobre la temperatura y la preparación de las comidas	42
Figura 22. Respuesta de los pacientes a la pregunta de cuanta cantidad comían del primer y del segundo plato	43
Figura 23. Respuestas de los pacientes a las preguntas “¿en el menú encuentra comidas que le gustan?” y “¿en el menú encuentra comidas que se parecen a las de su casa?”.....	44
Figura 24. Respuestas a “¿le traen comida de casa?”.....	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Temperaturas de almacenamiento según el tipo de conservación. Elaboración propia según Real Decreto 1021/2022</i>	11
Tabla 2. <i>Recomendaciones sobre las raciones recomendadas de cada grupo de alimentos y el aporte energético. Elaboración propia a partir de las recomendaciones de la AESAN (2022), Nutriguía: manual de nutrición clínica (2015) y SEEN (2017)</i>	14
Tabla 3. <i>Evolución nutricional durante la hospitalización. Fuente: Estudio PREDyCES (Álvarez-Hernández et al., 2012)</i>	17
Tabla 4. <i>Factores que influyen en el diseño del manual de dietas. Elaboración propia a partir de Garriga & Ruiz de las Heras (2018)</i>	21
Tabla 5. <i>Opción 1 del menú seleccionado para el análisis de raciones diarias y semanales</i>	25
Tabla 6. <i>Medidas de referencia de los diferentes grupos de alimentos. Elaboración propia a partir de las recomendaciones la AESAN (2022)</i>	26
Tabla 7. <i>Opción 2 del menú seleccionado para el análisis de raciones diarias y semanales</i>	29
Tabla 8. <i>Día elegido para el análisis de los platos según la receta empleada</i>	31
Tabla 9. <i>Combinación de desayunos seleccionados para la evaluación</i>	34
Tabla 10. <i>Combinación de meriendas seleccionadas para el análisis</i>	36
Tabla 11. <i>Menú seleccionado para la evaluación de las combinaciones del menú</i>	37

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I. Ejemplo de diagrama de flujo general del proceso de elaboración de comida preparada	56
ANEXO II. Dietoterapia pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. Dieta basal. Rotación de 2 semanas.....	57
ANEXO III. Cuestionarios del SERGAS sobre la opinión sobre la alimentación proporcionada por el CHUS a los pacientes.	61
ANEXO IV. Fotografías de los yogures comparados para el análisis nutricional.....	62
ANEXO V. Respuestas a por qué si o por qué no le traían comida del hospital.	63
ANEXO VI. Sugerencias, quejas o propuestas de mejora recibidas por los pacientes que completaron el cuestionario.....	64

A mis padres, mis hermanas y a Paco, por su paciencia infinita, su apoyo incondicional y por creer siempre en mí.

A la dislexia, que me ha enseñado que ser diferente es enriquecedor y me ha dado la resiliencia necesaria para afrontar el mundo.

RESUMO

TÍTULO: Desnutrición hospitalaria: papel do Dietista-Nutricionista.

Este Traballo de Fin de Grao aborda a problemática da presenza mínima do Dietista-Nutricionista no Sistema Nacional de Saúde dende a visión da desnutrición hospitalaria e o grao de satisfacción dos pacientes coa alimentación ofrecida no entorno hospitalario. O estudo centrouse na análise da dieta basal e das enquisas de satisfacción proporcionadas pola área de nutrición e endocrinoloxía do Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

Tras a avaliación dos datos, maniféstanse deficiencias no deseño dos menús e un incumprimento das recomendacións actuais sobre racións de alimentos para levar a cabo una alimentación saudable e sostible. Asemade, aínda que o cuestionario empregado para avaliar o grao de satisfacción dos pacientes presenta limitacións metodolóxicas que impiden extraer valoracións cuantitativas exactas, puido avaliarse a opinión das persoas ingresadas e identificáronse problemas nos menús, como a falta de variedades, a mala preparación ou a falta de adecuación á gastronomía da zona na que se atopa o hospital.

As conclusións obtidas permiten afirmar a necesidade dunha maior implicación e dunha inclusión efectiva dos Dietistas-Nutricionistas no Sistema Nacional de Saúde español para, entre outros aspectos, elevar a calidade da alimentación hospitalaria mediante o correcto deseño das dietas hospitalarias e a prevención e tratamento da desnutrición hospitalaria, permitindo unha mellora na calidade asistencial.

Palabras chave: desnutrición hospitalaria, paciente, menús, grao de satisfacción, Dietista-Nutricionista, dietas.

RESUMEN

TÍTULO: Desnutrición hospitalaria: papel del Dietista-Nutricionista.

Este Trabajo de Fin de Grado aborda la problemática de la presencia mínima del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud desde la visión de la desnutrición hospitalaria y el grado de satisfacción de los pacientes con la alimentación ofrecida en el entorno hospitalario. El estudio se ha centrado en el análisis de la dieta basal y de las encuestas de satisfacción proporcionados por el área de nutrición y endocrinología del Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

Tras la evaluación de los datos se manifiestan deficiencias en el diseño de los menús y un incumplimiento con las recomendaciones actuales de raciones de alimentos para llevar a cabo una alimentación saludable y sostenible. Asimismo, aunque el cuestionario utilizado para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes presenta limitaciones metodológicas que impiden extraer valoraciones cuantitativas exactas, se ha podido evaluar la opinión de las personas ingresadas y ha permitido identificar problemas en los menús como falta de variedad, mala preparación o falta de adecuación a la gastronomía de la zona en la que se encuentra el hospital.

Las conclusiones obtenidas permiten afirmar la necesidad de una mayor implicación y una inclusión efectiva de los Dietistas-Nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud español para, entre otras cosas, elevar la calidad de la alimentación hospitalaria mediante el correcto diseño de las dietas hospitalarias y la prevención y tratamiento de la desnutrición hospitalaria permitiendo una mejora en la calidad asistencial.

Palabras clave: desnutrición hospitalaria, paciente, menús, grado de satisfacción, Dietista-Nutricionista, dietas.

ABSTRACT

TITLE: Hospital malnutrition: role of the Dietitian – Nutritionist.

This Final Degree Project addresses the issue of the minimal presence of the Dietitian-Nutritionists in the National Health System from the perspective of hospital malnutrition and the degree of patient satisfaction with the food offered in the hospital setting. The study focused on the analysis of the basal diet and the satisfaction surveys provided by the nutrition and endocrinology department of the University Hospital of Santiago de Compostela (CHUS).

Following the evaluation of the data, deficiencies are evident in menu design and non-compliance with current recommendations regarding food portions for achieving healthy and sustainable nutrition. Furthermore, although the questionnaire used to assess patient satisfaction presents methodological limitations that prevent the extraction of exact quantitative evaluations, it has allowed for the identification of problems in the menus such as lack of variety, poor preparation or lack of adaptation to the gastronomy of the region in which the hospital is located.

The conclusions obtained allow us to affirm the need for greater involvement and effective inclusion of Dietitian-Nutritionists in the Spanish National Health System to, among other things, improve the quality of hospital food through the correct design of hospital diets and the prevention and treatment of hospital malnutrition, therapy enabling and improvement in the quality of care.

Keywords: hospital malnutrition, patient, menus, satisfaction level, Dietitian-Nutritionist, diets.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Figura del Dietista-Nutricionista en España

En España la figura del Dietista-Nutricionista está considerada como profesional sanitario desde el año 2003, con la publicación de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y con la Ley 55/2003 en la que se clasifica al Dietista-Nutricionista dentro del grupo A2 (Benítez et al., 2020).

La primera propuesta de integración del Dietista-Nutricionista fue en 1970 de la mano de la Unión Europea que proponía la inclusión del Dietista-Nutricionista en las camas de especialidad, de agudos y de media y larga estancia, con un ratio por cama hospitalaria de 1/40, 1/75 y 1/100-150, respectivamente. En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que todos los hospitales regionales (600-800 camas) e intermedios (70-150 camas) debían contar con un dietista-nutricionista cada 50 pacientes (Benítez et al., 2020). En 2009 la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN) propuso que se incorporara un dietista-nutricionista cada 50.000 tarjetas sanitarias (atención primaria), que se crease la Unidad U.11 de dietética y nutrición y que estuviese compuesta por dietistas-nutricionista (en calidad de integrante o responsable de la unidad) cada 100 camas, que se integrase un dietista-nutricionista en servicios asistenciales relacionados con la dietética y nutrición y que hubiese al menos un dietista-nutricionista como responsable de la restauración hospitalaria (atención especializada) y que hubiese un dietista-nutricionista cada 500.000 habitantes (salud pública y preventiva). Otros países como Canadá o Estados Unidos cuentan desde hace años con la figura del Dietista-Nutricionista dentro de sus sistemas sanitarios. De hecho, la Asociación Canadiense de Dietética propone una tasa mínima para cubrir las necesidades nutricionales de la población de un dietista-nutricionista cada 500.000 habitantes (Giuseppe et al., 2009).

Desde el punto de vista económico diversos estudios han demostrado que la relación coste-beneficio de incluir la figura del Dietista-Nutricionista en los sistema de salud es positivo, ya que, por ejemplo, la inclusión de este profesional en atención primaria supone un ahorro de hasta 105 € (Aguilar et al., 2018).

A pesar de que en otros países la figura del Dietista-Nutricionista lleve años incluida, de que la legislación española ya haya reconocido la figura del Dietista-Nutricionista como profesional sanitario y que haya varios estudios que refieren que el balance coste-beneficio de incluir esta figura es positivo, España es el único país de la Unión Europea que aún no cuenta con dietista-nutricionistas en todas las comunidades autónomas (Giuseppe et al., 2009), siendo que hay comunidades autónomas que los han

Habrà que esperar hasta 1998 para que se cree la Diplomatura en Nutrición Humana y Dietética (Babio et al., 2022) siendo la Universidad de País Vasco, la Universidad de Navarra y la Universidad de Barcelona las primeras en impartir estos estudios (Babio et al., 2022). A pesar de la creación de la Diplomatura al final de la década de los 90, no sería hasta el año 2003 que se reconocería a los Dietistas-Nutricionistas como personal sanitario gracias a la publicación de la Ley 44/2003 de la Ordenación de las Profesiones Sanitarias y que establece, en el artículo 7, que los Diplomados Universitarios en Nutrición Humana y Dietética son aquellas personas “que desarrollen actividades relacionadas con la alimentación tanto en individuos como de grupos, atendiendo a razones fisiológicas y patológicas”. Finalmente, en el año 2009 se convertiría en Grado gracias a la publicación de la Orden CIN/730/2009, que establece los requisitos de verificación para la habilitación del ejercicio profesional del Dietista-Nutricionista.

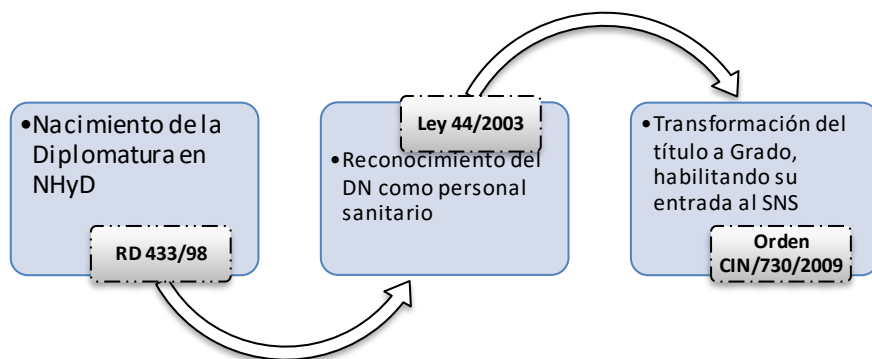


Figura 2. Cronología del título en Nutrición Humana y Dietética. Elaboración propia

1.3 Restauración hospitalaria

La cocina hospitalaria es el lugar donde se almacenan, preparan, cocinan o acondicionan productos alimenticios destinados al consumo por los diferentes grupos de personas ligados al hospital. Debe ser un lugar donde el concepto de calidad y seguridad alimentaria vayan de la mano. Para ayudar a que así sea, es necesario que los hospitales dispongan de un sistema de análisis de peligros y de control críticos (AAPPCC) y es recomendable que posean guías de prácticas correctas de higiene (GPCH). Dentro del AAPPCC se describirá, entre otras muchas cosas, el producto (incluyendo la información sobre los ingredientes, las características, la forma de elaboración, las condiciones de emplatado...) y se elaborará un diagrama de flujo de los procesos de elaboración (ANEXO I) (AESAN, 2008).

Las cocinas hospitalarias no tienen una legislación propia sobre seguridad alimentaria, como si tienen otro tipo de cocinas, pero si deben seguir una serie de normativas. Entre ellas se encuentran el Real Decreto 1021/2002 o el Reglamento (CE) nº 2073/2005, por el que se establecen los criterios microbiológicos aplicables a los productos alimentarios.

El Real Decreto 1021/2022, de 13 de diciembre, tiene como objetivo establecer las normas de producción, higiene de elaboración, envasado, almacenamiento y distribución de los productos alimenticios en establecimientos de comercio al por menor. En el artículo 30 se establece que las comidas preparadas deberán elaborarse con la menor antelación posible a su consumo, a no ser que se refrigieren, congelen o se mantengan a una temperatura elevada. A la hora de ser regeneradas, será necesario que la preparación alcance una temperatura mínima de 74°C durante al menos 15 segundos en el centro del alimento, en el término de una hora desde que ha sido retirado del frigorífico. Podrán utilizarse temperaturas de conservación y combinaciones de temperatura-tiempo en la regeneración térmica distintas a las marcadas por esta legislación siempre y cuando se demuestre que las temperaturas empleadas están basadas en evidencias científicas que garanticen la seguridad de los productos.

La preparación, una vez regenerada, deberá llegar al consumidor (en este caso, el paciente) lo antes posible, y, en caso de no ser consumido, se deberá descartar y no volver a almacenarse. Es decir, las cocinas hospitalarias deben seguir un plano de no retorno evitando así posibles contaminaciones.

Tabla 1. Temperaturas de almacenamiento según el tipo de conservación. Elaboración propia según Real Decreto 1021/2022

TIPOS DE CONSERVACIÓN		TEMPERATURAS DE CONSERVACIÓN
En caliente		Mantener la preparación a una temperatura igual o superior a 63°C.
En frío	Refrigeración	Mantener la preparación a una temperatura interna igual o inferior a 4°C si la vida útil es <u>superior</u> a 24 horas.
		Mantener la preparación a una temperatura interna igual o inferior a 8°C si la vida útil es <u>inferior</u> a 24 horas.
	Congelación	Mantener a temperatura interna igual o inferior a -18°C

El artículo 30 del Real Decreto 1021/2022 también establece que las preparaciones destinadas a hospitales (entre otros) deberán disponer de comidas testigo, que serán recogidas diariamente durante el servicio (en el caso de que elaboración y servicio se hagan en el mismo establecimiento, como ocurre en los hospitales) para la realización de estudios epidemiológicos, y estas estarán claramente identificadas y fechadas, correctamente conservadas (a temperaturas igual o inferiores a 4°C o -18°C, según el método elegido) durante un mínimo de 7 días y una cantidad mínima de 100 g.

Una manera práctica de explicar el funcionamiento de una cocina hospitalaria sería haciendo el recorrido completo. Es importante mencionar que el sistema de trabajo se haya diseñado siguiendo el principio de “marcha hacia delante”, evitando posibles cruces entre los alimentos crudos y la elaboración final. El primer paso es la recepción de materias primas, que se hará en máximo 30 minutos

evitando en todo momento que haya un cruce de líneas entre la recepción y la salida de basuras. El segundo paso es el almacenamiento (a temperatura ambiente, en refrigeración o congelación) que debe ser en cámaras bien ventiladas y que tengan una correcta circulación de aire, con las materias bien colocadas (no pueden tocar ni suelo, ni paredes), bien identificadas y consumiendo las materias primas por orden de llegada. El tercer paso es el cocinado de las materias primas. Esta puede ser en línea fría, en línea caliente o en línea mixta. La línea fría puede ser refrigerada o congelada y se utilizarán zonas claramente diferenciadas para las preparaciones de las materias primas y para la manipulación de productos elaborados. En la línea caliente las materias primas serán cocinadas y emplatadas para su posterior distribución. En la línea fría refrigerada, las preparaciones deberán ser almacenadas y refrigeradas en menos de 2 horas tras su elaboración; en la línea fría congelada, tras un primer descenso de la temperatura se congela y almacena. Tanto en la línea fría como en la caliente se hará una inspección visual de todos los alimentos antes de su cocinado para evitar que pueda haber productos en mal estado o que presenten cuerpos extraños (tornillos, huesos...) y se procederá a su cocinado. Las elaboraciones terminadas se colocarán en carros que las mantendrán calientes (a temperatura superiores a 65°C) o en refrigeración, según la necesidad, hasta el momento del emplatado. El emplatado se realizará en bandejas isotérmicas (Osakidetza, 2006).

1.4 Dietas hospitalarias

Del mismo modo que no hay legislación exclusiva para cocinas hospitalarias en materia de seguridad alimentaria, también se da la ausencia de normativa que establezca (y estandarice) las dietas hospitalarias. Esto ha provocado que los hospitales desarrollen sus propios procedimientos (Badia et al., 2021). En el año 2021, The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) publicó una guía con distintas recomendaciones sobre nutrición hospitalaria para intentar acabar con la heterogeneidad a la hora de que los hospitales planificasen las distintas dietas. Entre las recomendaciones propuestas por esta guía, podemos encontrar que las comidas deben estar asociadas al placer y que los pacientes deberían tener la posibilidad de elegir entre diferentes opciones de menús. También se encuentra entre las recomendaciones, la necesidad de realizar evaluaciones periódicas (incluyendo como método de evaluación las encuestas de satisfacción del paciente) de los menús para intentar garantizar que las dietas se adapten a las preferencias de los pacientes o, que la comida hospitalaria se considere como parte del tratamiento, y, por lo tanto, estas sean prescritas por el persona con formación específica para ello (Dietistas-Nutricionistas, médicos...) (Thibaul et al., 2021).

Para una correcta planificación de las distintas dietas de un hospital es preciso tener un código de dietas (o manual de dietas) en el que se incluyan la totalidad de las dietas disponibles. Este código de dietas, que debería ser elaborado por la Unidad de Nutrición, permite adecuar la dieta según la

situación clínica del paciente y debe estar a disposición de todos los profesionales del hospital. En este manual debe estar reflejado la denominación de cada dieta, la composición de estas, las indicaciones, las variantes terapéuticas y, si hubiera, las posibles carencias nutricionales (Zugasti & Petrina, 2018).

La dieta basal es la dieta más empleada en los hospitales. Esta debe cubrir los requerimientos energéticos y nutricionales, teniendo en cuenta los hábitos alimentarios de la zona (Thibaul et al., 2021). Generalmente, la dieta basal permite a los pacientes elegir entre dos opciones de plato en la comida y en la cena con una rotación del menú de 7 días. A partir de esta dieta se elaborarán las dietas terapéuticas (Zugasti & Petrina, 2018).

Para la realización de la dieta basal se deben seguir las recomendaciones de alimentación saludable para un adulto sano proporcionadas por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN, 2022).

Respecto a estas últimas recomendaciones publicadas por la AESAN cabe tener en cuenta unas cuantas aclaraciones. En cuanto a las hortalizas y frutas, es preciso mencionar que se debe evitar el zumo de fruta, las frutas en almíbar y desecadas y, se debe dar preferencia al consumo de hortalizas y frutas frescas. Es importante enfatizar que el consumo de cereales sea de productos de grano entero y priorizar el consumo de productos integrales. En relación con el pescado, se debe dar prioridad al consumo de pescado azul. Se recomienda evitar lácteos con azúcares añadidos y lácteos con un alto contenido en sal. En estas últimas recomendaciones de la AESAN también tienen en consideración el impacto medioambiental que tienen los distintos grupos de alimentos, por ello, debido al alto impacto medioambiental de los lácteos recomienda reducir el número de raciones diarias de este grupo de alimentos si se consume otros alimentos de origen animal. Cabe aclarar que, aunque de forma general se suele englobar a las patatas y otros tubérculos con el grupo de las hortalizas y frutas, la AESAN considera que se deben tratar como un grupo independiente ya que tienen propiedades nutricionales distintas (AESAN, 2022).

En la Tabla 2 se hace un resumen de las recomendaciones de consumo diario y semanal de los distintos grupos de alimentos de la AESAN (2022), la recomendación de perfil calórico que se debe seguir según la Nutriguía: manual de nutrición clínica (2015) y las recomendaciones de valor calórico de los macronutrientes de la SEEN (2017).

Tabla 2. Recomendaciones sobre las raciones recomendadas de cada grupo de alimentos y el aporte energético. Elaboración propia a partir de las recomendaciones de la AESAN (2022), Nutriguía: manual de nutrición clínica (2015) y SEEN (2017)

CONSUMO DIARIO		CONSUMO SEMANAL		REPARTO CALÓRICO DE LAS COMIDAS	
Hortalizas	3 raciones	Legumbres	4-7 raciones	Desayuno	Comida
				20-25 %	30 %
Fruta	2-3 raciones	Patatas y otros tubérculos	4-8 raciones	Merienda	Cena
				15-20 %	25-30%
Cereales	3-6 raciones	Frutos secos	3 o más raciones	PERFIL CALÓRICO	
Lácteos	0-3 raciones	Pescado y marisco	3 o más raciones	Energía	Proteínas
				2200-2400 kcal	10-20%
Aceite de oliva	Presente en todas las comidas principales	Huevos	0-4 raciones	Grasas	HC
				30-35 %	50-55

1.5 Desnutrición hospitalaria

Se denomina “desnutrición hospitalaria” a la que es diagnosticada o producida durante la estancia hospitalaria (Benítez, 2020). Además, Lobatón (2020) afirma que este tipo de desnutrición está asociada a la enfermedad, con una prevalencia de hasta el 50%, y que este tipo de desnutrición se diferencia de otras en que está directamente relacionada con la alteración de los requerimientos nutricionales de los pacientes durante las estadias hospitalarias, ya que estos suelen presentar anorexia, inadecuada absorción de nutrientes, catabolismo proteico muscular..., aunque también es preciso mencionar que esta circunstancia también puede agravarse por la falta de formación por parte de los profesionales sanitarios en cuidados nutricionales (Milla et al., 2021).

Este tipo de desnutrición es una de las causas más frecuentes del aumento de la morbilidad y mortalidad en los pacientes (García et al., 2005), además de que también se ve incrementado la estancia hospitalaria o los costes asociados (Lobatón, 2020).

Hay varias razones por las que puede darse este problema. Por un lado, están las relacionadas con la enfermedad en sí, procedimientos médicos o diagnósticos (Álvarez-Hernández et al., 2012). Pero esta situación también se da por culpa de los hábitos hospitalarios negativos como la falta de registros de talla y peso, la falta de seguimiento de la evolución del paciente, los ayunos prolongados de forma inconsciente, la falta de control de la ingesta, los horarios de comidas mal programado, la ausencia de unidades de nutrición adecuadas o una mala organización en el hospital, entre otras (Martínez, 2004). También hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones los hospitales no ofrecen menús

atractivos, no utilizan ingredientes de calidad o los protocolos dietéticos no se ajustan a algunos pacientes (no se realizan pautas individualizadas) (García et al., 2011).

Martínez (2004) afirma que una alimentación adecuada del paciente hospitalizado es una parte fundamental del tratamiento a la hora de evitar futuras complicaciones y reducir al máximo la estadía del paciente ingresado evitando que aumente el coste sanitario asociado y velando siempre por el propio beneficio del paciente. Dicho de otra manera, intentar que el paciente mantenga un estado nutricional adecuado durante su ingreso sería óptimo ya que los pacientes desnutridos requieren de una mayor utilización de los recursos sanitarios que se traduce en más visitas al profesional médico, estancias más prolongadas y una mayor probabilidad de reingreso (Benítez., 2017).

En la Figura 3 se resumen las consecuencias directas de la desnutrición hospitalaria.



Figura 3. Consecuencias directas de la desnutrición hospitalaria. Elaboración propia

Pero quizá lo más llamativo de este problema es que, tal y como afirman Salvador-Monforte et al. (2014), los datos de desnutrición hospitalaria no han cambiado significativamente a lo largo de los años.

1.6 Prevalencia de la desnutrición hospitalaria

1.6.1 Estudio EuroOOPS

El Estudio EuroOOPS fue llevado a cabo por Sorensen et al. (2008) a nivel de Europa y Oriente medio y buscaba justificar la importancia de implementar el cribado nutricional mediante el “Nutritional Risk Screening” (NRS-2002) en los hospitales, demostrando la asociación entre el riesgo nutricional y el peor resultado clínicos de los pacientes. Es un estudio multicéntrico, multinacional y multirregional en el que participaron 5000 pacientes. Sin embargo, aunque abarque mucho territorio y permita obtener una idea general de la problemática que se está a tratar, no puede considerarse un reflejo pleno de la desnutrición hospitalaria ya que los servicios hospitalarios que participaron fueron seleccionados.

Antes de empezar el estudio, los 25 departamentos de diferentes hospitales que participaron completaron una encuesta en la que se revelaba que el 28% de estos hospitales tenían un equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeros, dietistas y farmacéuticos, el 16% de los departamentos realizaban evaluaciones nutricionales de forma rutinaria al ingreso y, que el 68% monitoreaba el estado nutricional y la ingesta durante el ingreso (Sorensen et al., 2008).

Gracias a este estudio, Sorensen et al. (2008) pudieron determinar que el 32,6% de los pacientes presentaban riesgo de desnutrición (acorde con los resultados de la aplicación del NRS-2002). También observaron que las complicaciones eran significativamente más frecuentes (casi 3,5 veces) en pacientes con riesgo de desnutrición que aquellos que no tenían dicho riesgo, y que el tiempo de ingreso era más alto que en aquellos pacientes que tenían riesgo de desnutrición (9 días vs 6 días).

En resumen, Sorensen et al. (2008) mostraron que el implementar el cribado nutricional a nivel hospitalario era posible y que el riesgo nutricional está relacionado con parámetros negativos en salud como un mal resultado clínico, un aumento en los días de ingreso o un aumento de comorbilidades asociadas.

1.6.2 Estudios PREDyCES

En el año 2010 se lleva a cabo el Estudio PREDyCES en España. Este estudio tiene como objetivos principales analizar la prevalencia de la desnutrición hospitalaria en España (tanto al ingreso, como al alta) y estudiar los costes asociados a esta. Para llevarlo a cabo realizaron un estudio nacional, transversal, observacional y multicéntrico y midiendo la presencia de la desnutrición mediante el “Nutritional Risk Screening” (NRS-2002) (Álvarez-Hernández et al., 2012). El NRS-2002 es un cuestionario que consta de dos partes. La primera son 4 sencillas cuestiones relacionadas con el IMC, la pérdida de peso en los últimos 3 meses, la reducción de la ingesta en la última semana y el estado del paciente. Si el profesional sanitaria contesta con un “sí” a algunas de estas cuestiones, se pasará a la segunda parte del cuestionario donde se medirá el estado nutricional del paciente y la severidad de su enfermedad. Si la puntuación es igual o superior a 3, quiere decir que el paciente está en riesgo de malnutrición y se iniciará un plan nutricional; en el caso contrario, se revalorará semanalmente al paciente (Alianza Más Nutridos, s.f)

En el estudio de Álvarez-Hernández et al. (2012), se utilizó una muestra de 1597 pacientes en 31 hospitales españoles representativos con práctica clínica habitual. Para realizar el estudio tuvieron en cuenta el género, la edad y el tipo de hospital en el que se encontraban los pacientes. Fue criterio de exclusión estar embarazada, ser pacientes de UCI, de obstetricia, dermatología, emergencias, cuidados paliativos, de unidad de quemados, psiquiatría y pertenecientes a unidades de desórdenes alimentarios.

Gracias a este estudio se observó que al ingreso los pacientes mayores de 70 años tenían mayor riesgo de desnutrición que el resto de los pacientes (37% vs 12,3%), siendo especialmente sensible el grupo de mayores de 85, ya que presentaban una desnutrición tanto al ingreso (46,5%) como al alta (50%). También se pudo observar que las mujeres tenían un riesgo mayor respecto los hombres (25,7 % vs 20,7%) (Álvarez-Hernández et al., 2012).

Tabla 3. Evolución nutricional durante la hospitalización. Fuente: Estudio PREDyCES (Álvarez-Hernández et al., 2012)

		AL ALTA	
		No malnutridos/no desnutrición	Malnutridos / desnutrición
AL INGRESO	No malnutridos/no desnutrición	90,4%	9,6%
	Malnutridos / desnutrición	28,2%	71,8%
	Total	76,6%	23,4%

Respecto a la prevalencia de la desnutrición durante la estancia se vio que el 9,6% de los pacientes que no presentaron desnutrición a su ingreso la acabaron desarrollando y, que el 72% de los pacientes que sí la presentaron al ingreso también la presentaron al alta. Cuando los pacientes desarrollaron desnutrición durante la estancia hospitalaria la consecuencia fue que el período de hospitalización se alargó, pasando de 8 días (media en pacientes no desnutridos) a 15 días (Álvarez-Hernández et al., 2012).

Finalmente, al alta se observó que las condiciones médicas que mostraron tener una mayor prevalencia de desnutrición fueron la disfagia (42,2%), el cáncer (36,4%), la diabetes (29,3%) y las enfermedades cardiovasculares (28,9%). Además, los pacientes polimedicados presentaron un 14,3% más de probabilidades de sufrir desnutrición que los no polimedicados (Álvarez-Hernández et al., 2012).

Con la realización del Estudio PREDyCES, Álvarez-Hernández et al. (2012) también reflejaron el coste asociado a la desnutrición hospitalaria. El resultado fue que un paciente desnutrido al ingreso tenía un coste medio de 8.207 €, mientras que uno que no lo estaba tenía un coste medio de 6.798 € (una diferencia de 1.409 €). Pero donde realmente se vio la diferencia de coste asociado a este problema fue en aquellos pacientes que fueron ingresados sin desnutrición, pero que sí la presentaban al alta. Un paciente que desarrollaba desnutrición durante su estancia hospitalaria su coste llegaba a ser, en el año 2012, de 12.237 €, prácticamente se duplica el coste con una diferencia de 5.439 € entre un tipo de paciente y otro (Álvarez-Hernández et al., 2012).

En resumen, se observó que en España el 23,7% de las personas hospitalizadas (tres de cada cuatro pacientes) está en riesgo de sufrir desnutrición o ya la presentan, aumentando hasta el 37% en pacientes con edades superior a los 70 años. A pesar de que estos datos son conocidos (y que son muy similares a los datos de otros países) el impedimento que se observa para poder lograr resolver este problema es que los hospitales españoles (generalmente) no prestan la atención adecuada a este problema, no hay presencia de una codificación que haga referencia a la presencia de desnutrición en las historias clínicas y hay poco personal especializado en nutrición en los hospitales que permita la correcta valoración nutricional de los pacientes (Benítez, 2017).

Según Benítez (2017) la solución a este problema pasaría por aumentar la sensibilización sobre este tema, aumentar la formación e información a los profesionales sanitarios, asegurar el seguimiento nutricional de los pacientes durante su estancia hospitalaria e incluir en el Sistema Nacional de Salud (SNS) al personal especializado en la materia, los Dietista-Nutricionistas.

1.6.3 Estudio SeDREno

El estudio SeDREno fue un estudio llevado a cabo en el año 2019. El estudio era transversal, observacional y multicéntrico y buscaba saber el estado actual de la desnutrición en España teniendo en cuenta que ya se sabía que la desnutrición es un problema que a nivel hospitalario se asocia con un aumento de las morbimortalidades, una mayor tasa de reingreso, una necesidad mayor de necesidad de rehabilitación tras el alta y que todo esto aumenta los costes sanitarios. En este caso, para medir la prevalencia de desnutrición decidieron emplear los criterios GLIM (Zugasti et al., 2021). Los criterios “Global Leadership Initiative on Malnutrition” (GLIM) son unos criterios que se emplean para la detección en adultos de la desnutrición en entornos clínicos. Para llevarlo a cabo se realizan unas mediciones y su aplicación se divide en dos pasos. El primero es el cribado, que consiste en la detección de los pacientes con riesgo de desnutrición mediante herramientas validadas (MUST, NRS-2002, MNA...). El segundo paso se subdivide en dos apartados que consisten en el diagnóstico de la desnutrición (teniendo que cumplir al menos un criterio fenotípico y un criterio etiológico anómalo) y, posteriormente, evaluar la gravedad de la desnutrición. Los criterios fenotípicos son la pérdida de peso, el bajo IMC y la masa muscular reducida y los criterios etiológicos son la ingesta reducida o reducción de la absorción y la inflamación. Para evaluar la gravedad de la desnutrición se utilizan los criterios fenotípicos (pérdida de peso, bajo IMC y masa muscular reducida) clasificándola en desnutrición moderada (estadio 1) o desnutrición grave (estadio 2) (ESPEN, s.f.).

Dicho estudio se llevó a cabo en 17 hospitales repartidos por el norte de España (Asturias, País Vasco, Navarra, Cantabria y La Rioja) y se buscó que la muestra seleccionada representara al 10% de la población total española (Zugasti et al., 2021). Como herramienta validada se utilizó el “Malnutrition

Universal Screening Tool" (MUST), que es un instrumento de cribado pensado para utilizarse en ambiente hospitalario y que permite clasificar el riesgo global de malnutrición en riesgo bajo, riesgo intermedio o riesgo alto (según la puntuación obtenida después de realizar el cuestionario) (BAPEN, s.f).

El objetivo del estudio SeDREno era, por un lado, evaluar la prevalencia en el año 2019 de desnutrición en pacientes hospitalarios según los criterios GLIM, 10 años después del Estudio PREDyCES; y, por otro lado, definir los factores aumentados y parámetros clínicos de la desnutrición. Los resultados obtenidos mostraron que la desnutrición afectaba significativamente más a los mayores de 70 años y más a las mujeres que a los hombres. También obtuvieron como resultado que los pacientes ingresados de urgencia tenían más probabilidad de presentar desnutrición que aquellos que tenían un ingreso programado (Zugasti et al., 2021).

Por tanto, aunque el estudio SeDREno se realizó 10 años después del estudio PREDyCES, Zugasti et al. (2021) encontraron que los datos apenas habían cambiado ya que obtuvieron que la desnutrición era seis puntos más alta respecto a la desnutrición observada gracias al estudio PREDyCES, pero que era similar a estudios más recientes al estudio SeDREno. Cabe mencionar que el estudio SeDREno tenía un tamaño muestral mayor que el estudio PREDyCES (2185 vs 1706) y que la población española ha sufrido un envejecimiento.

1.6.4 Estudio de prevalencia de desnutrición en el Hospital General de Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina

Un estudio llevado a cabo entre 2017 y 2018 en el Hospital General de Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina, Toledo) buscaba medir la prevalencia de la desnutrición al ingreso (tomando como ejemplo el Estudio PREDyCES). Fue un estudio observacional, transversal y descriptivo, con una muestra de 476 pacientes. Se utilizó como herramienta de cribado nutricional el NRS-2002 (Milla et al., 2021).

Las conclusiones que obtuvieron Milla et al. (2021) fueron que el riesgo de desnutrición fue de 28,8% (declarando de vital importancia un cribado nutricional al ingreso), que el 65,7% de las recomendaciones nutricionales proporcionadas por los dietistas-nutricionistas se omitieron de los informes de alta y que el 61,2% de las codificaciones sobre el estado nutricional o desnutrición del paciente también se omitieron de los informes de alta. El equipo que llevó a cabo el estudio deja constancia de que dichas recomendaciones deberían aparecer en los informes ya que son imprescindibles para poder llevarlas a cabo tanto dentro como fuera del hospital. También consideran importante dotar a los hospitales de personal capacitado y concienciado para la evaluación nutricional y recolección de datos necesarios de los pacientes.

1.7 Grado de satisfacción con los menús hospitalarios

Como se ha expuesto en el apartado anterior, diversos estudios han evidenciado que la desnutrición hospitalaria y sus consecuencias representan un problema relevante en el entorno sanitario. En este contexto, el grado de satisfacción de los pacientes con los menús hospitalarios podría ser un enfoque a la hora de intentar combatir dicho problema, ya que una baja aceptación de los menús puede ayudar a contribuir (además de la propia enfermedad y sus consecuencias) al deterioro del estado nutricional en los pacientes hospitalizados dificultando así su recuperación. Por lo tanto, es esencial conseguir un grado de satisfacción positivo.

Garriga y Ruiz de las Heras (2018) manifiestan que conseguir un aumento de la satisfacción relacionada con la alimentación puede aumentar la ingesta por parte del paciente, ayudando así a un buen estado nutricional. Para ello, es importante que los profesionales encargados de la alimentación (Dietistas-Nutricionistas) diseñen menús teniendo en cuenta factores que puedan influir en la alimentación como la temperatura, el sabor, el olor, el color, la presentación, la calidad, la cantidad o el cocinado (Benítez et al., 2016). Además de las características organolépticas, también es importante tener en cuenta ciertas barreras que se presentan en los hospitales como son los horarios de las comidas, la vajilla poco atractiva y poco adecuada para pacientes con movilidad reducida o la falta del componente social en las comidas. Según Garriga y Ruiz de las Heras (2018), también sería importante prestar atención a este componente social, ya que hay estudios que muestran un posible aumento de la ingesta en pacientes que salen de las habitaciones y comen acompañados de otros pacientes en comedores, incentivando la socialización (componente cultural muy importante).

Y precisamente, para medir el grado de satisfacción, Benítez et al. (2016) consideran como elemento fundamental realizar encuestas de satisfacción a los pacientes, ya que estos aportan indicadores sobre la calidad percibida por los pacientes o la propia calidad del servicio que estos reciben. De hecho, el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo entre 2011 y 2015 para medir la satisfacción con los menús. En él se incluyeron a todos los pacientes que tuvieran nutrición oral y fue motivo de exclusión pertenecer a la unidad de psiquiatría, pediatría, urgencias, UCI, pacientes que necesitaran ayuda para rellenar la encuesta y encuestas incompletas. Los resultados que obtuvieron fue que la temperatura fue considerada como buena o muy buena por el 70,4%, que el tamaño de la ración y la calidad del producto eran aceptados por el 70% de la muestra y que el apetito, sabor, gusto y olor solo obtuvieron la aceptación del 55% de la muestra.

Otro factor a tener en cuenta en el grado de satisfacción es la necesidad de tener códigos de dietas (o manual de dietas) actualizado y supervisado por el personal cualificado (los Dietistas-

Nutricionistas) (Benítez et al., 2016). Este manual de dietas es donde se plasman de forma escrita todas las dietas que hay en el centro sanitario. Debe facilitar la información necesaria al personal sanitario para poder prescribir correctamente el tratamiento dietético, posibilitar un seguimiento adecuado del plan nutricional previsto e informar a cocina diariamente sobre los ajustes y modificaciones que sufran las diferentes preparaciones (Garriga & Ruiz de las Heras, 2018).

La colaboración entre el área de nutrición y dietética y el personal de cocina es fundamental y necesaria para poder ofrecer una correcta nutrición a los pacientes ingresados, ya que esta debería formar parte del tratamiento recibido. Asimismo, se debe implicar y entrenar al personal sanitario para detectar de forma temprana signos de carencias o inconvenientes con la alimentación (Garriga & Ruiz de las Heras, 2018).

Tabla 4. Factores que influyen en el diseño del manual de dietas. Elaboración propia a partir de Garriga & Ruiz de las Heras (2018)

FACTORES	RECURSOS
Hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> • Número de camas • Estancia media • ¿Presencia de Unidad de Nutrición? • Plantilla disponible • Recursos económicos
Organizativos	<ul style="list-style-type: none"> • Organización general. • Relaciones entre departamentos • Nivel del hospital. • ¿Cocina propia, externa o mixta? • Sistema de elaboración: línea caliente o fría
Geográficos y culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Zona de ubicación del hospital • Procedencia de los pacientes • Disponibilidad de alimentos • Hábitos y costumbres gastronómicas
Nutricionales y gastronómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Efectividad terapéutica • Criterios dietéticos • Condicionantes gastronómicos

2 OBJETIVOS DEL TRABAJO

Los objetivos de este Trabajo de Fin de Grado son:

- Análisis y valoración de los menús del Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).
- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con dichos menús mediante encuestas realizadas por el personal sanitario del Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).
- Identificar los problemas existentes relacionados con el tema y proponer posibles soluciones.
- Exponer la situación actual del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud.

3 METODOLOGÍA DE TRABAJO

3.1 Revisión bibliográfica

Para la realización de este trabajo se hizo una revisión bibliográfica en portales bibliográficos como Dialnet, bases de datos como Google Académico y PubMed, con la finalidad de recoger información sobre la profesión del Dietista-Nutricionista (contexto histórico y legislación asociada), funcionamiento de una cocina hospitalaria (legislación asociada y funcionamiento real de las cocinas), estudios realizados en España sobre la desnutrición hospitalaria y grado de satisfacción de con los menús hospitalarios. Para ello se emplearon términos como “historia del Dietista-Nutricionista”, “desnutrición hospitalaria”, “restauración hospitalaria”, “manual de buenas prácticas en cocinas hospitalarias” y “grado de satisfacción”, y se acotaron los resultados al territorio español.

3.2 Evaluación de los menús hospitalarios

Se evaluaron los menús del Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) proporcionados por el personal del área de nutrición y endocrinología. Para llevar a cabo esta evaluación se utilizaron herramientas como Microsoft Excel y EasyDiet y bases de datos como BEDCA o la FEN.

El CHUS cuenta con un total de 97 dietas para los diferentes casos que se puedan dar en los pacientes hospitalizados. Agrupadas en dieta basal, dieta terapéutica y dieta especial. Se procedió a seleccionar la dieta basal, evaluándola en base a si cumplían el consumo de raciones recomendadas de cada grupo de alimentos y si cumplían con el aporte energético (Tabla 2), teniendo en cuenta las recomendaciones de la AESAN (2022), la Nutriguía: manual de nutrición clínica (2015) y las recomendaciones de la SEEN (2017), a fin de comprobar si el menú es nutricionalmente correcto. Además, se evaluó si la información proporcionada en el menú era la correcta.

Tal y como se recoge en el ANEXO III los menús incluidos en la dieta basal presentan dos opciones de primer plato, segundo plato y postre tanto en la comida como en la cena. Además, en desayunos y meriendas también se ofrece una pequeña variedad de productos entre los que el paciente puede elegir.

La evaluación de los menús se hará de varias maneras. Para comenzar, se realizará una elección arbitraria de menú semanal y se comentará si realmente cumple con las recomendaciones de consumo de alimentos y aporte energético de la AESAN (2022), la Nutriguía: manual de nutrición clínica (2015) y las recomendaciones de la SEEN (2017) (Tabla 2).

A continuación, se escogerá un día al azar y se realizará una evaluación mediante la comparación de la valoración nutricional de los platos según está escrito en el menú y una receta

“habitual”. Además, en base a ese mismo día harán combinaciones posibles de elección de menú, se evaluarán y se compararán entre sí para comprobar si cualquier elección de menú se adecúa a lo establecido. Finalmente, se hará una evaluación de los desayunos y meriendas con las combinaciones posibles entre ellos y se comentará si cumple o no con las recomendaciones.

3.3 Evaluación de las encuestas de satisfacción

Para evaluar la satisfacción de los pacientes con los menús hospitalarios se realizaron encuestas anónimas llevadas a cabo por el personal del Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Para la evaluación de las encuestas de satisfacción se utilizó Microsoft Excel.

El cuestionario utilizado (ANEXO III) busca conocer la opinión de los pacientes sobre el menú incluida en la dieta basal del hospital. Para ello, recoge datos sobre el apetito, el aspecto de la comida, la temperatura, la preparación, la variedad, la cantidad, la calidad de los alimentos, la cantidad que se come en el primer y segundo plato, si el paciente encuentra comidas que le gustan y si hay comidas parecidas a las que podría comer en casa y añadir, si el paciente lo considera oportuno, alguna queja o sugerencia sobre los menús.

Se hará el análisis de los datos obtenidos mediante el cuestionario de satisfacción de los pacientes, utilizando frecuencias y porcentajes, mediante Microsoft Excel.

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Evaluación de los menús hospitalarios

Para la evaluación de los menús (ANEXO II) se tendrán en cuenta las recomendaciones de la AESAN (2022), de la Nutriguía; manual de nutrición clínica (2015) y la SEEN (2017) (Tabla 2). También se comprobará si cumplen con lo establecido en el código de dietas del hospital, que establece que la dieta basal del CHUS tendrá un aporte de 2200-2400 kcal repartidas en 50-55% hidratos de carbono, 30-35% lípidos y 10-20% proteínas (código de dietas hospitalarias del CHUS).

4.1.1 Análisis de las raciones incluidas en los menús

Para llevar a cabo este punto se ha elegido arbitrariamente una semana y una opción de menú.

El menú seleccionado corresponde con la segunda semana y se ha elaborado considerando en cada comida la primera opción disponible en cada toma, tanto para el primer plato, el segundo plato y el postre. En el caso del pan, aun cuando no se especifica la cantidad en el menú, se sabe que utilizan bollos de pan fresco de 70 g en todas las tomas, siguiendo el criterio del desayuno.

El menú que será valorado es el representado en la Tabla 5, perteneciente a la segunda semana. Para establecer la opción 1, se ha escogido la primera opción (opción superior) de cada bloque. Se han tenido en cuenta en el análisis de raciones, además de lo que se incluye en la Tabla 5 y Tabla 7, el desayuno y la merienda.

Tabla 5. Opción 1 del menú seleccionado para el análisis de raciones diarias y semanales

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
Potaje de garbanzos y espinacas. Ternera guisada patatas Pan blanco + fruta	Ensalada mixta Albóndigas en salsa con arroz al horno Pan blanco + fruta	Lentejas Ternera a la jardinera con patata parisién Pan blanco + fruta	Ensalada mixta Paella Pan blanco + fruta
Menestra rehogada Atún a la plancha con pisto y patatas Pan blanco + fruta	Caldo gallego Pescado a la cazuela con patata cocida Pan blanco + fruta	Sopa de pasta Macarrones con ternera Pan blanco + yogurt	Puré de patata y zanahoria Merluza a la romana con patatas cocidas Pan blanco + yogurt
VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
Potaje de habas Pollo al ajillo con patatas Pan blanco + fruta	Judías rehogadas Pescado a la gallega Pan blanco + fruta	Arroz con verduras Conejo asado con patata Pan blanco + fruta	
Champiñón al ajillo Tortilla Pan blanco + yogurt	Crema de puerros con patata Pasta a la boloñesa Pan blanco + yogurt	Caldo gallego Pescado al horno con patatas Pan blanco + yogurt	

Una de las primeras apreciaciones es la poca precisión de los platos incluidos en el menú. Por ejemplo, tal y como se puede observar en la Tabla 5, cuando se oferta pescado, no se indica el tipo; la tortilla no se indica si es de patatas o francesa; en el caso de las lentejas no se sabe que alimentos acompañan a la legumbre y los mismo ocurre con la paella. Por tanto, como no estaban disponibles las fichas técnicas de los menús y ante la escasa información de estos, este punto se realizará buscando recetas habituales de los distintos platos y haciendo determinadas consideraciones.

Se considera que los yogures serán siempre naturales sin edulcorar, que los desayunos estarán compuestos de café con leche, pan (bollo de 70 g), confitura y margarina y que las meriendas estarán compuestas por café con leche y galletas tipo "María". La información empleada para hacer este análisis será únicamente la que aparezca escrita en los menús. Por ejemplo, en potaje de espinacas y garbanzos solo se tendrá en cuenta garbanzos y espinacas.

Otros criterios empleados seguidos han sido considerar que la ensalada mixta incluye 1 ración de huevo; que la paella incluye media ración de pescado y marisco; que la tortilla es de patatas hecha con 2 huevos; y que la salsa boloñesa incluye media ración de carne y media ración de verdura y hortalizas. Asimismo, cada yogur se ha contabilizado como 1 ración de lácteos, la margarina y la confitura del desayuno se han contabilizado como 1 ración de "margarina", las galletas de la merienda

se han considerado como 1 ración de dulces y todos aquellos grupos de alimentos que aparezcan como acompañamiento se han considerado como medias raciones. Por último, cabe aclarar que las raciones en gramos se han considerado en función de las raciones estándar recomendadas para un adulto sano (que aparecen recogidas en la Tabla 6).

Tabla 6. Medidas de referencia de los diferentes grupos de alimentos. Elaboración propia a partir de las recomendaciones la AESAN (2022)

GRUPO DE ALIMENTOS	PESO RACIÓN (EN CRUDO Y NETO)
Patatas, arroz, pan, pan integral y pasta	60-80 g de pasta, arroz 40-60 g de pan 150-200 g de patatas
Hortalizas	150-200 g
Frutas	120-200 g
Leche y productos lácteos	200-250 ml (1 taza de leche) 125 g de yogur (1 yogur) 40-60 g de queso curado (2-3 lonchas) 85-125 g de queso fresco
Pescados	125-150 g
Huevos	53-63 g (1 huevo mediano)
Carnes magras, aves	100-125 g
Legumbres	50-60 g
Aceite de oliva	10 mL

En la Figura 4 se representa las raciones del grupo de alimentos recomendadas de consumo diario que aporta la opción de menú seleccionado. A continuación, se comparará con las recomendaciones representadas en la Tabla 2:

- Ningún día de la semana se cumple con las recomendaciones de 3 raciones al día de hortalizas. Predomina el aporte de 2 raciones al día (lunes, martes, jueves y sábado). Hay que señalar que el miércoles no hubo aporte de este grupo de alimentos, mientras que el viernes y el domingo el aporte fue inferior a 2 raciones.
- Respecto al grupo de las frutas, la recomendación es de 2 a 3 raciones diarias, sin embargo, el lunes y el martes son los únicos días que se cumple con el objetivo.
- El grupo de los cereales y el grupo de los lácteos, en esta opción de menú, son los únicos que cumplen con las recomendaciones diarias.

Para dar una imagen rápida y resumida del análisis, se ha marcado en la Figura 4, la Figura 5, la Figura 6 y en la Figura 7 con una "X" las recomendaciones de cada grupo. En caso de que estas se tratasen de un intervalo, se han marcado con una "X" tanto el valor inferior, como superior (por

ejemplo, el grupo de las frutas tiene una recomendación de 2-3 raciones/día, entonces las “X” se han puesto en el “2” y en el “3”).

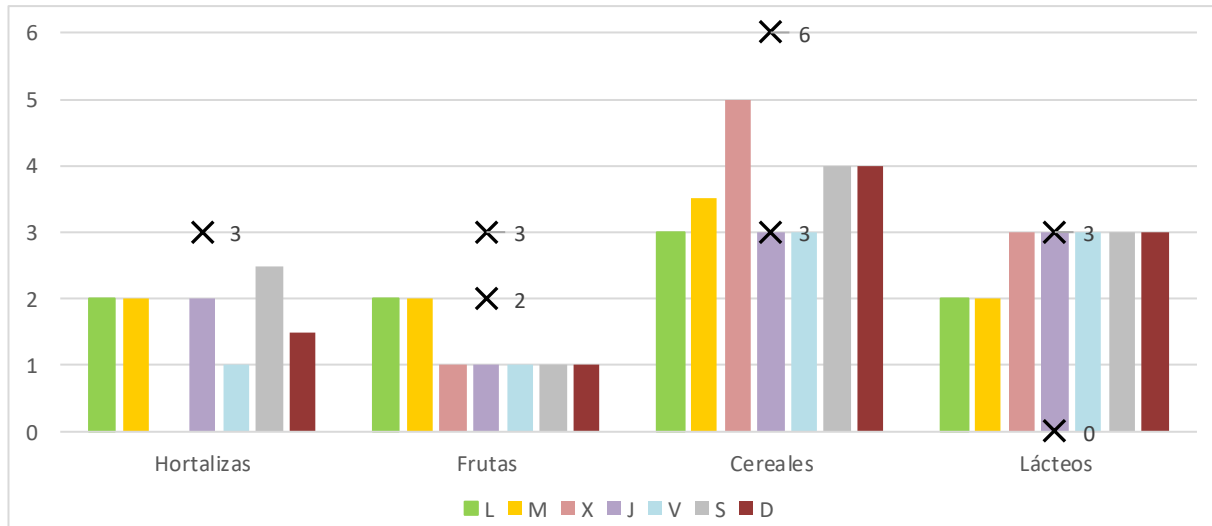


Figura 4. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo diario en el menú seleccionado

Por otro lado, también se han contabilizados las raciones de los grupos de alimentos en los que las recomendaciones se hacen de manera semanal. En la Figura 5 se representan los resultados obtenidos tras el análisis, que han sido:

- Para el grupo de las patatas y tubérculos, como se ha expuesto en la Tabla 2, el consumo recomendado es de entre 4 y 8 raciones semanales. En esta opción de menú el consumo medio es de 5 raciones y media, lo que está dentro de lo recomendado.
- En relación con las legumbres, no se cumplirían las recomendaciones ya que el consumo semanal recomendado es de entre 4 y 7 raciones.
- El pescado y marisco y el huevo si cumplen las recomendaciones de al menos 3 raciones y máximo 4, respectivamente.
- El grupo de la carne duplica las 3 raciones recomendadas de consumo semanal.
- Los ultraprocesados, grupo de alimentos considerados de consumo ocasional, están presentes en cada desayuno y merienda haciendo que se superen las recomendaciones establecidas para este.

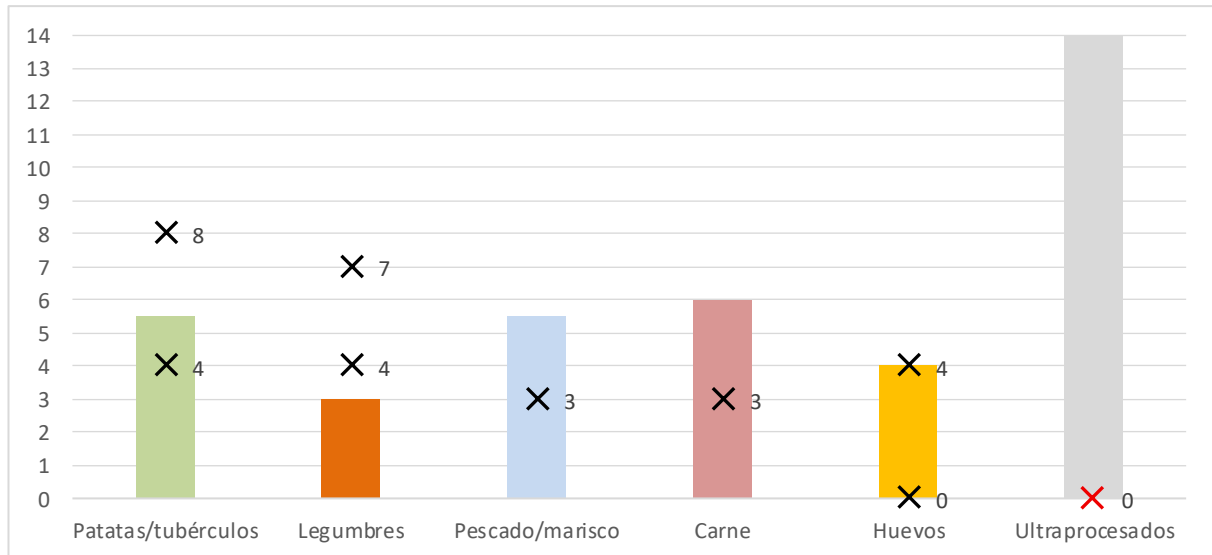


Figura 5. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo semanal en el menú seleccionado

Para hacer una valoración más completa del menú que corresponde a la segunda semana, en esta ocasión se ha seleccionado la segunda opción (Tabla 7). En este caso, para la ensalada de pasta se ha considerado que incluye media ración de pescado y media ración de hortalizas; para la ensaladilla rusa se ha considerado que incluye 1 ración de huevos, 1 ración de patata y media ración de hortalizas; para la tortilla de patata se ha considerado que lleva media ración de patatas y 2 raciones de huevo; para los entremeses (formado por queso curado y embutidos) se ha considerado 1 ración lácteos y media ración de carne y productos cárnicos; para el queso con membrillo se ha considerado media ración de lácteos; para fideos guisados se ha considerado media ración de pescados y mariscos; para los postres distintos de yogur o fruta se han considerado como “ultraprocesados”; y, para la empanada se ha considerado una ración de pescados y mariscos. Se han considerado los mismos desayunos y meriendas que en la selección anterior, e igual que en el caso anterior, el pan será de 70 g. Igualmente, la margarina, la confitura y las galletas del desayuno y de la merienda se han contabilizado como 1 ración de “ultraprocesados”. Todos aquellos grupos de alimentos que aparezcan como acompañamiento se han considerado como medias raciones.

Tabla 7. Opción 2 del menú seleccionado para el análisis de raciones diarias y semanales

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
Ensalada de pasta Arroz con pollo Pan blanco + yogurt	Puré de verduras Escalope de lomo relleno con patata panadera Pan blanco + arroz con leche	Judías rehogadas Lomo a la plancha con patata panadera Pan blanco + flan	Coliflor rehogada Escalope villeroy con pasta con tomate Pan blanco + melocotón el almíbar
Crema de espárragos Jamón asado con zanahoria y guisantes Pan blanco + mouse de frutas	Sopa de pasta Tortilla de patata Pan blanco + yogurt	Entremeses Bacalao al horno con patatas Pan blanco + mouse de chocolate	Caldo gallego Rotti al horno con patata panadera Pan blanco + natillas
VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	
Macarrones con tomate Lomo asado con patata parisién Pan blanco + queso con membrillo	Ensaladilla rusa Fideos guisados Pan blanco + flan	Crema de champiñones Empanada Pan blanco + piña en almíbar	
Sopa de pasta Pechuga empanada con menestra Pan blanco + mouse de frutas	Salpicón Pimientos rellenos de bacalao con arroz Pan blanco + arroz con leche	Sopa de pasta Lasaña al horno Pan blanco + natillas	

En el caso de escoger la opción 2 (Tabla 7) del menú, las raciones incluidas de los distintos grupos de alimentos sufren un cambio drástico. Los resultados obtenidos se reflejan en la Figura 6 y muestra que:

- La recomendación de 3 raciones de hortalizas no se cumple ninguno de los días.
- Las raciones de fruta incluidas en esta opción de menú son prácticamente nulas, a excepción del jueves y domingo que cuentan con 1 ración, no cumpliendo con lo recomendado. Cabe añadir que las 2 raciones de fruta incluidas son en almíbar.
- El grupo de los cereales y el grupo de los lácteos cumple con las recomendaciones.

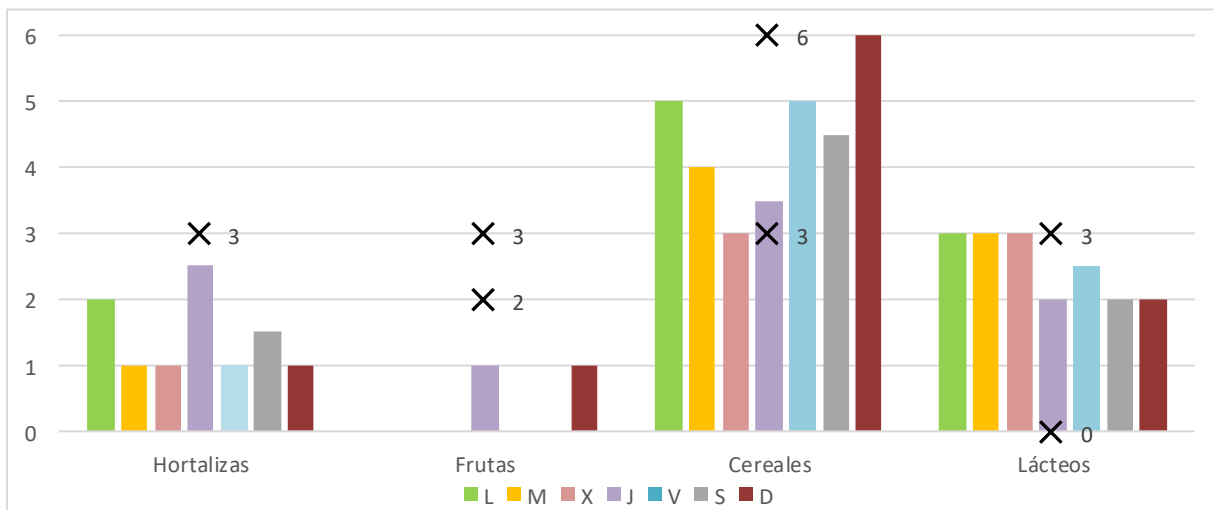


Figura 6. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo diario en el menú seleccionado

Igual que el caso anterior, también se valoran los grupos de alimentos con recomendaciones de consumo semanal. Los resultados obtenidos para esta opción de menú, que se muestran en la Figura 7, son:

- Las patatas y tubérculos sí cumplen con las recomendaciones mencionadas en la Tabla 2, incluyendo 4 raciones.
- Como ya pasaba con la selección anterior, las legumbres vuelven a no cumplir con las recomendaciones de mínimo de 4 raciones a la semana.
- Como se puede apreciar en la Figura 7, el grupo de pescado y marisco y el grupo de los huevos si cumplen con las recomendaciones de consumo.
- El aporte de carne excede el máximo recomendado.
- Igual que en la opción anterior, el grupo de los ultraprocesados vuelve a estar presente. En este caso, la cantidad incluida en el menú es mayor que en la opción anterior.

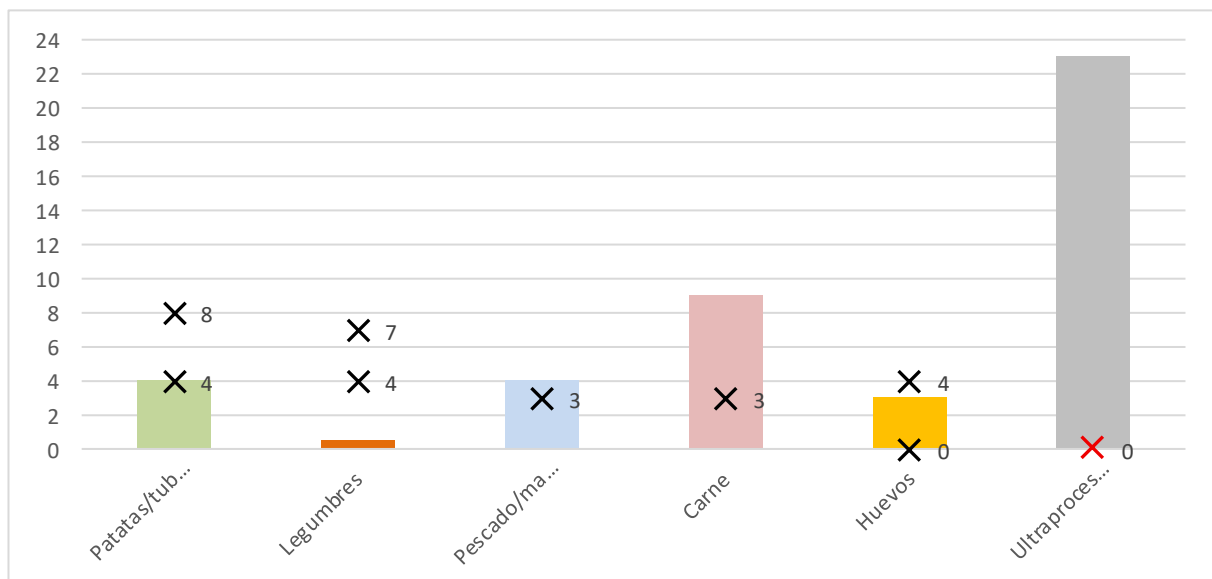


Figura 7. Raciones de los grupos de alimentos de recomendación de consumo semanal en el menú seleccionado

El análisis realizado pone de manifiesto un desequilibrio en la distribución y aporte de los diferentes grupos de alimentos. Para comenzar, las dos opciones seleccionadas para hacer el análisis muestran un escaso cumplimiento de las recomendaciones, tanto por exceso como por defecto, de consumo diario y semanal (Tabla 2). Además, los alimentos, como la margarina y las galletas (alimentos clasificados como ultraprocesados según el grupo 4 en la clasificación NOVA) y alimentos con un alto contenido en azúcares, como la confitura, se incluyen de forma sistemática en el desayuno y la merienda cuando estos deben ser de consumo ocasional. Asimismo, en la segunda semana del menú, se ha comprobado que los postres incluyen una opción “saludable” (fruta o yogur) y una opción menos interesante desde el punto de vista nutricional (flan, natillas, arroz con leche...).

Cabe destacar que para la realización de este apartado solo se han tenido en cuenta las raciones incluidas de los distintos grupos de alimentos, pero no la calidad de estos. Los cereales deberían ser de grano entero y productos integrales y en los menús no se hace referencia a que tipo de cereales se están ofertando. Respecto a los pescados, en las opciones de menú seleccionadas (Tabla 5 y Tabla 7), solo se especifica el consumo de pescado sin poder evaluar si el consumo de pescado azul es mayoritario o no. Las recomendaciones estipulan que se deben consumir lácteos sin azúcares añadidos, aunque para este apartado se ha supuesto que los yogures incluidos en los menús son naturales, se sabe que esto no es así y que, realmente los yogures ofertados suelen ser azucarados, de sabores o naturales acompañados de sobres de azúcar. Finalmente, las frutas deben ser enteras, frescas y de temporada, aconsejándose que el consumo de las frutas en almíbar o la mouse de frutas sean de consumo ocasional (López et al., 2022), y lo que figura en el menú es que se oferta una ración de estos alimentos al día.

4.1.2 Comparación nutricional del plato escrito en el menú con el plato “habitual”

Para abordar este apartado se ha seleccionado un día y una opción al azar y se ha comparado el perfil calórico del plato tal y como aparece escrito y el mismo plato elaborado con una receta “habitual”. La finalidad de este análisis es poner de manifiesto como la falta de información detallada puede inducir a errores de interpretación de la valoración nutricional de los platos, además de demostrar las diferencias que se pueden presentar en dicha valoración nutricional según la receta empleada.

Para la valoración del plato se ha tenido en cuenta las raciones de referencia de alimentos (Tabla 6).

Tabla 8. Día elegido para el análisis de los platos según la receta empleada

SÁBADO 1 CENA	
Macarrones con tomate	1 rabanera
Pescado al horno con patata	1 ración
Yogur	1 unidad

El primer plato analizado es “macarrones con tomate”. Para la evaluación nutricional de este plato tal y como está escrito se tendrá en cuenta únicamente como ingredientes pasta blanca (60 g), aceite de oliva virgen extra (AOVE) (10 mL) y salsa de tomate (120 mL), mientras que, para la receta “habitual”, se incluyen además cebolla (25 g) y atún al natural escurrido (60 g). Como no especifica que salsa de tomate incluye el plato, se ha hecho la valoración tanto con tomate frito como con tomate natural triturado.

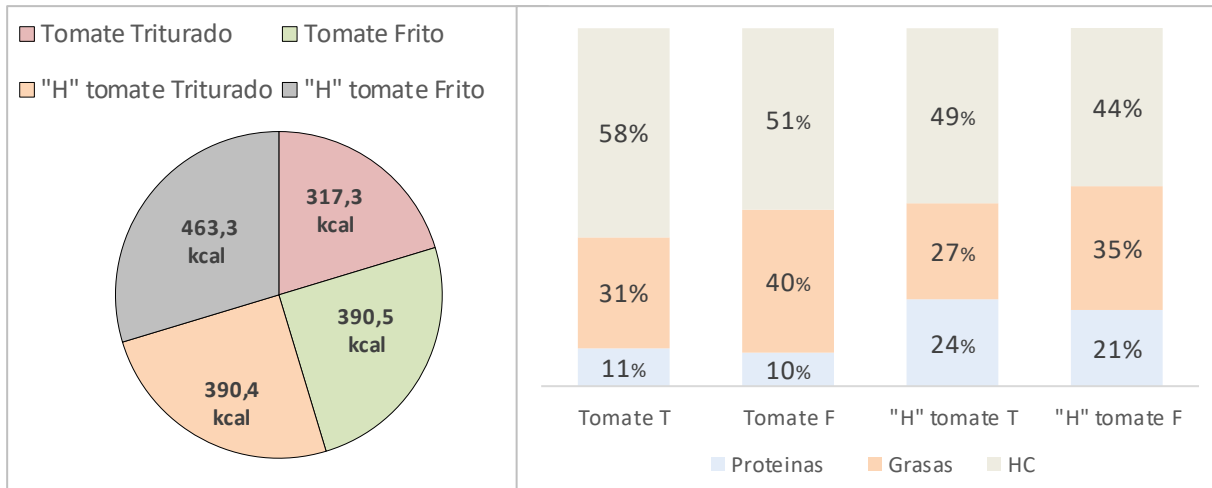


Figura 8. Evaluación nutricional de las distintas preparaciones de "macarrones con tomate"

Tras la evaluación nutricional del plato con distintas preparaciones, se han observado diferencias destacables. En relación con el aporte energético se ha comprobado que, las recetas tal y como están escritas en el menú, pero variando únicamente la salsa de tomate empleada da como resultado una diferencia de 73,2 kcal (317,3 kcal vs 390,5 kcal). Esta diferencia también se aprecia entre las recetas "habituales", aportando una diferencia de 72,9 kcal (390,4 vs 463,3 kcal). Por otro lado, en cuanto al perfil de macronutrientes, también se observan variaciones entre unas preparaciones y otras. Mientras que las preparaciones tal y como están escritas tienen un aporte proteico de entre el 10% y el 11%, las preparaciones "habituales", que incluyen atún al natural en su preparación, aumentan este porcentaje hasta un 24%. Respecto a las grasas, la diferencia principal se encuentra en el tipo de salsa de tomate empleada, siendo las preparaciones con tomate frito las que contienen hasta un 40%, mientras las que incluyen tomate natural triturado no superan el 31%. En relación con los hidratos de carbono, aunque a primera vista pueda parecer contradictorio que las preparaciones con tomate natural triturado presenten un mayor porcentaje de este macronutriente, cuando cabría esperar lo contrario por el contenido en azúcares añadidos del tomate frito, esto se explica porque los resultados están calculados sobre el total del plato. Por esta razón, aunque el tomate frito contiene más azúcares añadidos, también contienen un porcentaje mayor de grasas que los tomates naturales triturados (que contienen los azúcares propios del tomate), disminuyendo en estas preparaciones el porcentaje de hidratos de carbono que contiene el plato.

El segundo plato evaluado es "pescado al horno con patatas". Como no se especifica de que pescado se trata, el análisis se ha realizado con un pescado magro (150 g de merluza) y un pescado graso (150 g de salmón). Las dos preparaciones incluyen, además del pescado, una ración de AOVE (10 mL) y media ración de patata (75 g).

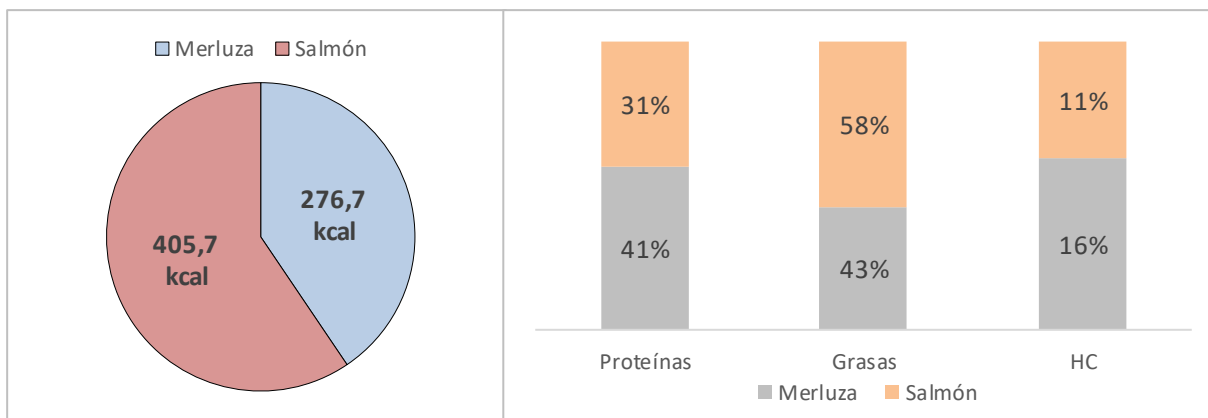


Figura 9. Evaluación nutricional de las distintas preparaciones de “pescado al horno”

Tras el análisis de este plato se ha observado que el tipo de pescado empleado sí importa. Por un lado, el aporte energético del plato empleando un pescado u otro supone una diferencia de 129 kcal (276,7 kcal vs 405,7 kcal). Al analizar el porcentaje de grasas (ya que la única diferencia en la preparación es haber incluido un pescado magro o un pescado graso) se ha comprobado que la receta elaborada con “salmón”, como cabe esperar, presenta un aporte muy superior en grasas (representa el 58% del aporte energético del plato) respecto a la preparación realizada con “merluza” (que las grasas representan el 43% del valor calórico del plato). Esta diferencia responde al mayor contenido lipídico de un pescado sobre otro, lo que repercute en el reparto de macronutrientes del plato, así como en el valor calórico final.

Para concluir este apartado, el último plato que se ha evaluado es el “yogur”. Para ello se ha analizado cuatro variantes de yogur de 125 g (natural, azucarado, de sabor fresa y con trozos de fresa) de una misma marca (ANEXO IV). El resultado obtenido se representa en la Figura 10.

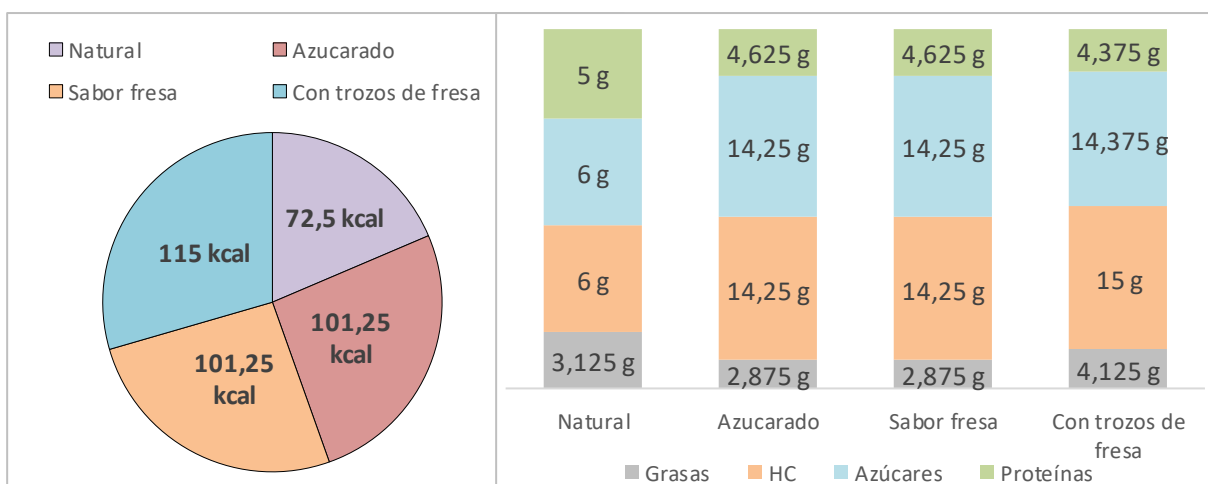


Figura 10. Evaluación nutricional de distintos tipos de yogur de una misma marca

En este caso se ha incluido una nueva variable a evaluar que es “azúcares”. En este caso se incluyen “azúcares añadidos” ya que se ha considerado que en el caso de los yogures lo más destacable a la hora de comparar unos con otros es el contenido de estos que contienen los distintos tipos de

yogur analizados. Es preciso mencionar que los azúcares añadidos son aquellos que se añaden a los alimentos durante su elaboración y entre ellos se encuentran la fructosa, la sacarosa, la glucosa o los hidrolizados de almidón (jarabe de glucosa, jarabe de alta fructosa) (AESAN, 2020).

Esta marca de yogur en concreto contiene un 4,8 g/100 g (6 g/125 g) de lactosa, que es el valor que debe verse reflejado en hidratos de carbono y azúcares, aunque no sean adicionados.

Los datos obtenidos (Figura 10) muestran que el yogur natural tiene un contenido en azúcares de 6 g/125 g (propios de la lactosa que contiene el yogur), frente el yogur azucarado y el yogur de sabor fresa que tienen un contenido en azúcares de 14,25 g/125 g y el yogur con trozos de fresa que tiene un contenido en azúcares de 14,38 g/125 g. Este aumento en el contenido de azúcares se debe a los ingredientes empleados para la elaboración de los yogures. En el caso del yogur azucarado y el yogur sabor fresa, el segundo ingrediente que aparece en la lista de ingredientes (lista ordenada de mayor a menor contenido en la elaboración) es el azúcar (disacárido formado por una molécula de glucosa y otra de fructosa, considerado “azúcar añadido”). En el yogur con trozos de fresa, el aumento del contenido en azúcares se debe a que el producto contiene un preparado de fresas (compuesto por fresas en un 60%, jarabe de glucosa y fructosa, azúcar y almidón modificado estabilizante) y azúcar. La OMS (2015) recomienda que el consumo de azúcares añadidos debe ser inferior al 10% de la ingesta calórica total, y que incluso, el consumo de este se reduzca a un 5% del valor calórico total. Sin embargo, con la inclusión de estos alimentos y otros alimentos con azúcares añadidos de forma continuada en el menú dificultan cumplir con el objetivo, por un lado, de consumir lácteos sin azúcares añadidos (López et al., 2022) y, por otro lado, de no consumir más de un 10% de azúcares añadidos en la dieta (OMS, 2015).

4.1.3 Análisis de desayunos y meriendas

En este apartado se realizará la evaluación de los desayunos y de las meriendas. Para ello, se compararán distintas combinaciones del desayuno y de la merienda. Con el objetivo de estandarizar la evaluación de los menús, se considera 1 ración de leche entera de 200 mL, 1 ración de cacao soluble de 18 g, 1 ración de café soluble de 2 g, las tarrinas de margarina y confitura de 20 g cada una, el bollo de pan de 70 g y 30 g de galletas tipo “María”.

Tabla 9. *Combinación de desayunos seleccionados para realizar la evaluación nutricional*

Desayuno 1	Desayuno 2	Desayuno 3
Café con leche, bollo de pan y confitura	Café con leche, bollo de pan y margarina	Café con leche, bollo de pan, confitura y margarina
Desayuno 4	Desayuno 5	Desayuno 6
Cacao soluble con leche, bollo de pan y confitura	Cacao soluble con leche, bollo de pan y margarina	Cacao soluble con leche, bollo de pan, confitura y margarina

Como se puede comprobar en la Figura 11, en función de la combinación de desayuno seleccionada los resultados son muy dispares. Es lógico observar que los desayunos 3 y 6 tengan un aporte calórico más alto respecto al resto de desayunos ya que en ellos se incluyen más alimentos, sin embargo, al comparar el desayuno 1 con el desayuno 4 (donde la única diferencia reside en el tipo de bebida que incluye), se comprueba que la diferencia es de 81,1 kcal (352,5 kcal vs 433,6 kcal). Lo mismo sucede con los desayunos 2 y 5, y los desayunos 3 y 6.

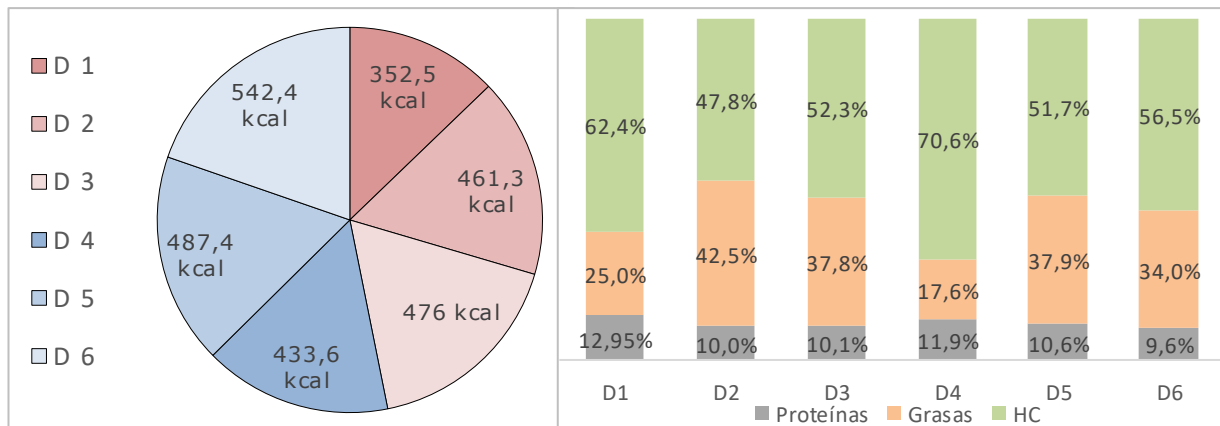


Figura 11. Evaluación nutricional de los distintos tipos de desayuno

Otro punto a tener en cuenta es el aporte calórico del desayuno, ya que las recomendaciones (Tabla 2) establecen que el desayuno debe ser entre el 20% y el 25% del valor calórico total (VCT) de la dieta. Tal y como muestra la Figura 12, no todas las combinaciones de desayuno cumplirían con las recomendaciones. Por ejemplo, el desayuno 1 no llegaría al aporte energético requerido, quedándose muy por debajo del 20% mínimo de las necesidades energéticas que debe aportar el desayuno. Por otro lado, es importante mencionar la calidad del desayuno, ya que Ruiz et al. (2018) establecen que un “desayuno saludable” es aquel que es variado, completo, equilibrado y satisfactorio. Además, debe incluir lácteos o productos lácteos (enteros y evitar aquellos que contengan azúcares añadidos y con alto contenido en sal), cereales (preferiblemente enteros e integrales y que no contengan azúcares añadidos), fruta (fresca y entera) y un cuarto grupo que complemente al resto, proporcionando una mayor variedad, como el AOVE, el aguacate o los frutos secos, evitando aquellos alimentos que tengan un alto contenido calórico y baja densidad nutricional (Moreno et al., 2021; FEN, 2024). Si bien es cierto que estos desayunos cumplen al incluir leche, respecto al resto de alimentos dejan bastante que desear ya que se incluye la margarina (ultraprocesado categorizado como grupo 4 en clasificación NOVA), la confitura (alto contenido en azúcares), el cacao soluble (alto contenido en azúcares añadidos), el pan es integral y no se incluye fruta fresca.

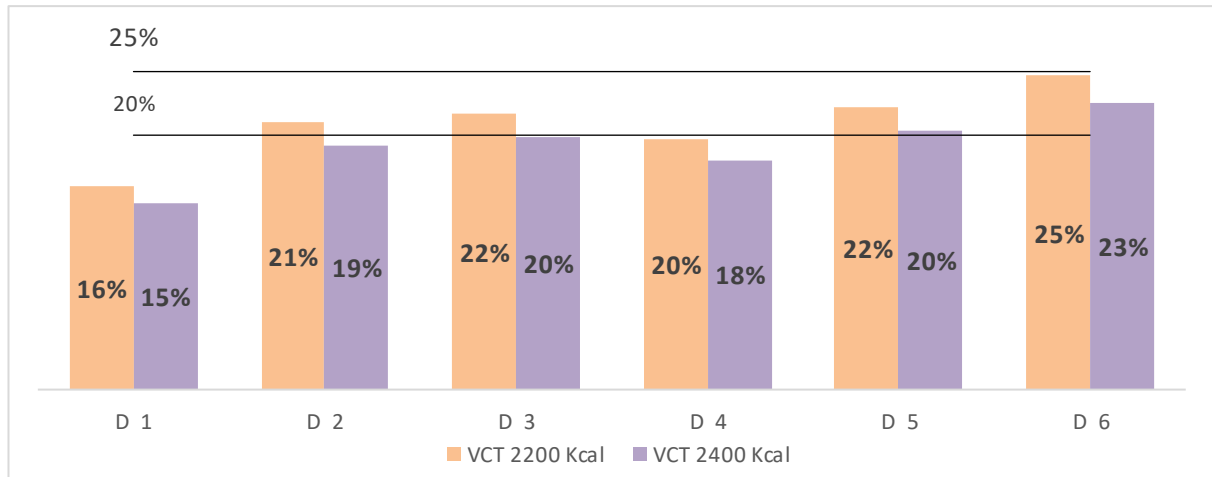


Figura 12. Porcentaje del valor calórico total de las distintas combinaciones de desayuno

En la Tabla 10 se recogen las meriendas ofertadas y seleccionadas para el análisis.

Tabla 10. Combinación de meriendas seleccionadas para realizar el análisis nutricional

Merienda 1	Merienda 2	Merienda 3	Merienda 4
Café con leche	Cacao soluble con leche	Café con leche y galletas tipo "María"	Cacao soluble con leche y galletas tipo "María"

Tal y como se observa en la Figura 13, con las meriendas pasa lo mismo que con los desayunos, la merienda 1 y la merienda 2 (compuestas solo por las bebidas) tienen un aporte mucho menor que las meriendas compuestas por las bebidas y las galletas, pero, si se comparan las meriendas 1 y 2 (la única diferencia que presentan es la bebida) también hay un aporte energético y un aporte de macronutrientes diferente. Mientras que la merienda 1 tiene un porcentaje mayor de grasas y proteínas (gracias a la composición de la leche entera), la merienda 2 tiene un porcentaje mayor de hidratos de carbono (debido a los azúcares añadidos del cacao soluble).

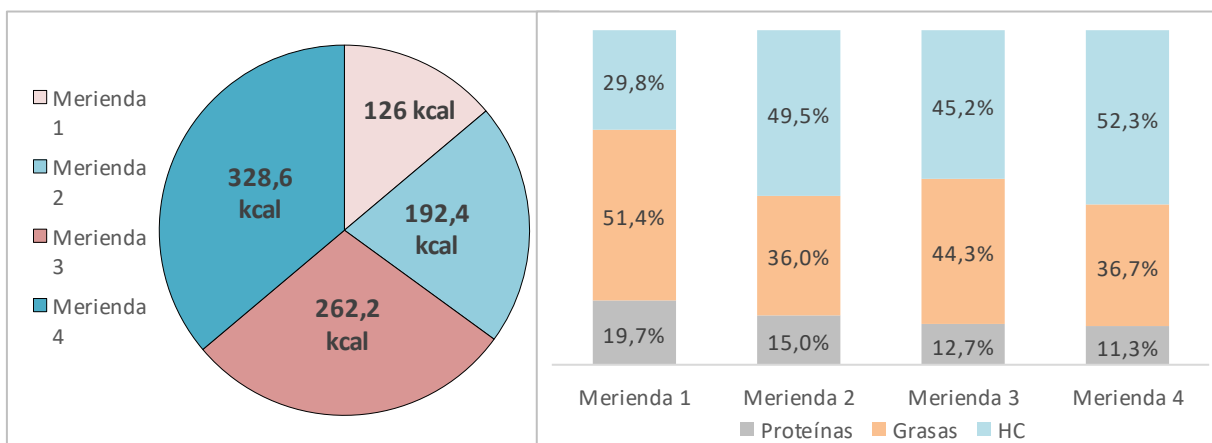


Figura 13. Evaluación nutricional de las distintas combinaciones de merienda

Por otro lado, tal y como se aprecia en la Figura 14, el aporte calórico de las meriendas es insuficiente, respecto a las recomendaciones de la AESAN (2022), la Nutriguía: manual de nutrición clínica (2015) y la SEEN (2017) (Tabla 2), prácticamente en la totalidad de las combinaciones.

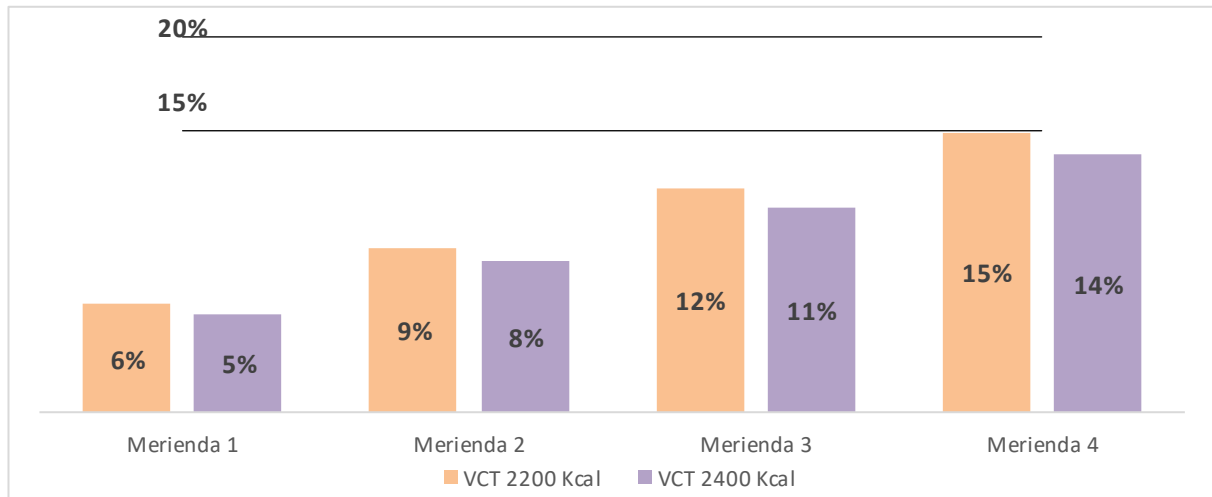


Figura 14. Porcentaje del valor calórico total de las distintas combinaciones de merienda

4.1.4 Evaluación de una cena

Para la realización de este apartado se realizarán dos combinaciones posibles del menú (Tabla 11), se evaluarán las opciones del menú y se compararán entre sí (Figura 15). Para la evaluación del menú se ha considerado que los “macarrones con tomate” incluyen tomate frito, el “pescado al horno” incluye salmón, el “rotti de pollo con patata panadera” incluye jamón cocido y queso y el “yogur” es sabor fresa. Los alimentos que se incluyan como acompañamiento, serán incluidos como media ración. Se han tenido en cuenta las raciones de la Tabla 6.

Tabla 11. Menú seleccionado para la evaluación nutricional de las combinaciones del menú

SÁBADO 1 CENA			
OPCIÓN 1		OPCIÓN 2	
Macarrones con tomate	1 rabanera	Crema de puerros y patatas	1 bol
Rotti de pollo con patata panadera	1 ración	Pescado al horno con patata	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Arroz con leche	1 unidad	Yogur	1 unidad

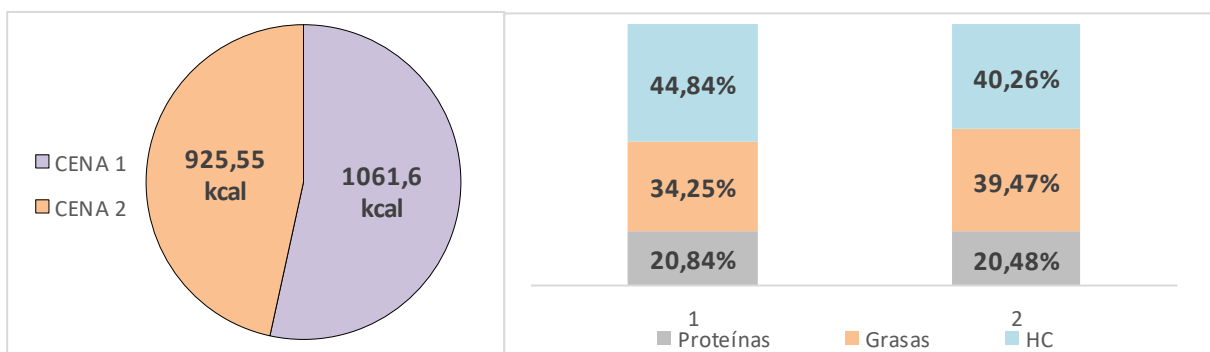


Figura 15. Evaluación nutricional de la cena

La cena debe aportar entre el 25% y el 30% del valor calórico total (Tabla 2). Suponiendo que en este caso se trata de una dieta con VCT de 2200 kcal, el aporte de la cena debería de ser de entre 550 kcal y 660 kcal. Como se observa en la esto no se cumple con ninguna de las dos combinaciones evaluadas, superando el porcentaje recomendado para la cena.

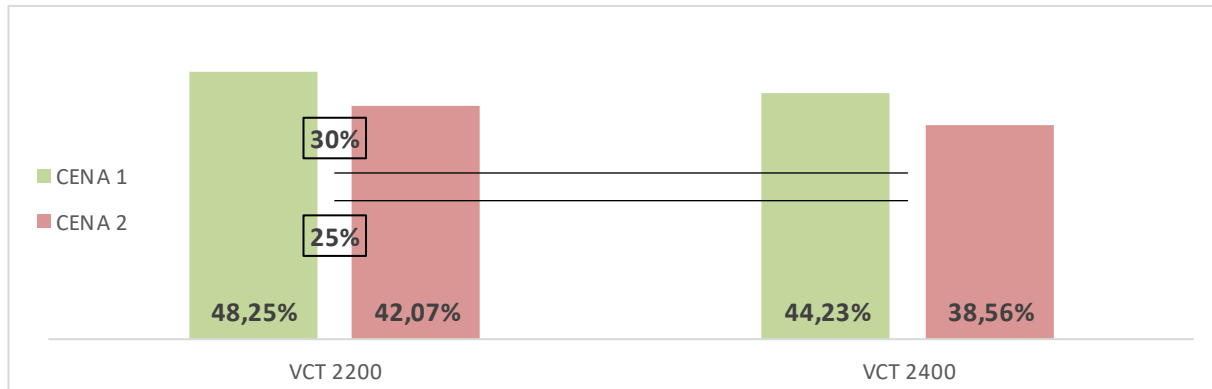


Figura 16. Porcentaje del valor calórico de la cena y comparación con las recomendaciones

4.1.5 Discusión de los resultados obtenidos de la evaluación del menú

Los resultados obtenidos en la evaluación de los menús de la dieta basal muestran que la información proporcionada es, en general, incompleta. Y aunque este hecho limita la capacidad de realizar una evaluación completa de los mismos, se detectan varias deficiencias en la planificación de los menús.

En primer lugar, la presentación de los menús debe ser accesible y claro tanto para el personal sanitario como para el propio paciente, permitiendo que este pueda escoger entre varias opciones de menú. Si bien es cierto que en este caso se cumple la segunda premisa, respecto a la primera cabe mencionar que quizá el aspecto de “claridad” no esté bien desarrollado por la falta de información sobre qué alimentos se incluyen los platos (Thibault et al., 2021). Otros estudios han relacionado la posibilidad de elegir entre varias opciones de menú para los pacientes con el aumento de la ingesta (Simzari et al., 2017; Castillo, 2020).

Se ha observado que los menús no siempre cumplen con las recomendaciones (Tabla 2) establecidas para los diferentes grupos de alimentos, pudiendo ocasionar un desequilibrio nutricional. López et al. (2022) establecen que para tener una alimentación saludable y sostenible es necesario consumir las raciones adecuadas de los diferentes grupos de alimentos para poder prevenir enfermedades como las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 o algunos tipos de cáncer, entre otros. Además, se ha observado que la inclusión de alimentos ultraprocesados, cereales refinados, con un alto contenido en azúcares o con azúcares añadidos está presente de manera

habitual en los menús, lo cual está relacionado con efectos perjudiciales en la salud (Talens et al., 2020).

Por otro lado, la información incompleta que ofrecen los menús dificulta la toma de decisiones por parte de los pacientes. Por otro lado, la falta de una información clara sobre la composición de los platos puede inducir a error de la evaluación nutricional, tal y como se observa en las Figura 8 y Figura 9, ya que no es lo mismo incluir unos ingredientes u otros. Además, esta falta de información puede influenciar en la toma de decisión del paciente según sus preferencias a la hora de elegir un plato u otro.

Asimismo, se ha observado la insuficiencia calórica en algunos menús, lo que puede desembocar en que no se cubran los requerimientos energéticos o de macronutrientes de los paciente y la aparición o el afianzamiento de la desnutrición hospitalaria (y sus consecuencias asociadas) (Figura 3). Esto se traduce en la necesidad de mejorar la alimentación de los pacientes (Benítez et al., 2016).

Hay que tener en cuenta que la dieta basal (la que se ha evaluado en este trabajo) debe estar bien planificada y estructurada, ya que de ella derivan el resto de las dietas terapéuticas que se incluyen en el manual de dietas (Garriga & Ruiz de las Heras, 2018). La dieta basal de los hospitales debe cubrir las necesidades energéticas y de macronutrientes y, además, satisfacer las expectativas sensoriales de los pacientes (Calleja et al., 2016). Tras la evaluación realizada, se detecta que la combinación de menús está mal planificada, que la información es poco detallada, que los menús presentan un contenido calórico inadecuado (tanto por exceso, como por defecto), que hay un incumplimiento de las recomendaciones sobre el aporte de raciones de los distintos grupos de alimentos y que hay una inclusión diaria de alimentos no recomendados, lo que se traduce en una alimentación desequilibrada y poco saludable que puede desembocar o ayudar a mantener un estado de desnutrición hospitalaria. Un estudio realizado por Calleja et al. (2016) en un hospital leonés ya puso de manifiesto que el incumplimiento del aporte energético y de macronutrientes era algo habitual. Es importante que los menús hospitalarios sean un reflejo fiel del concepto de alimentación saludable, para que los pacientes puedan aprender y mantener una alimentación así de forma ambulatoria en su día a día (Guillén et al., 2004; Abigail et al., 2016; Garriga & Ruiz de las Heras, 2018).

Si bien es cierto que los resultados obtenidos presentan ciertas limitaciones al no tener acceso a las fichas técnicas de las elaboraciones, si permiten identificar la necesidad de mejorar la calidad y la planificación de los menús, completar la información proporcionada tanto para el personal sanitario como para los pacientes y realizar un cambio para que los menús se ajusten a las recomendaciones actuales (Tabla 2).

4.2 Evaluación y discusión del grado de satisfacción de los menús por parte de las personas ingresadas

En este apartado se realiza el análisis de los datos obtenidos mediante cuestionarios de satisfacción con la alimentación de los pacientes (ANEXO III).

Se analiza las respuestas de 74 pacientes que completaron los cuestionarios sobre satisfacción con la alimentación proporcionada por el CHUS. La muestra está compuesta por personas de ambos géneros (55% mujeres vs 45% hombres), que pertenecían a distintos servicios del hospital, siendo el más destacado el servicio de obstetricia y ginecología (aproximadamente el 30% de la muestra). En cuanto a la edad, los grupos de edades más numerosos son los de 31-40 y los dos mayores de 61 años (Figura 17).

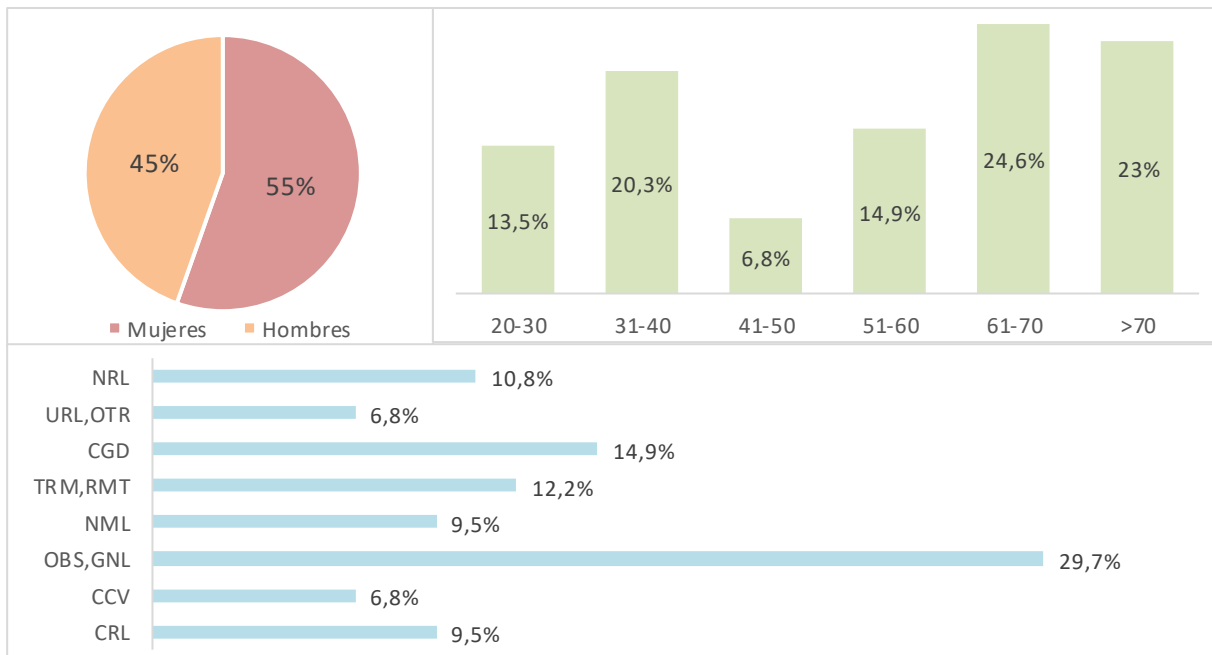


Figura 17. Distribución de las personas ingresadas encuestadas según género, edad y servicio al que pertenecen

A la pregunta “¿cómo es su apetito?” solo el 7% de la muestra contesta que es “malo”, mientras que el 57% contesta que es “bueno” y el 36% “regular”. A la pregunta “¿tiene problemas para masticar?”, el 80% de la muestra contesta “no” y solo el 7% contesta “sí” (Figura 18).



Figura 18. Respuesta a “¿cómo es su apetito?” y a “¿tiene problemas para masticar?”

El cuestionario incluye seis preguntas sobre la opinión de los pacientes de las características organolépticas de las comidas. Las primeras preguntas hacen referencia al **aspecto** y la **calidad** de la comida (Figura 19). Respecto al **aspecto**, el 66,2% de los pacientes considera que el aspecto es “bueno”, el 28,4% considera que es “regular” y tan solo el 5,4% consideran que el aspecto es “malo”. Respecto a la opinión acerca de la **calidad** de la comida, el 54,1% encuestados consideran que es “buena”, el 40,5% considera que la calidad es “regular” y el 5,4% considera que la comida tiene una calidad “mala”.

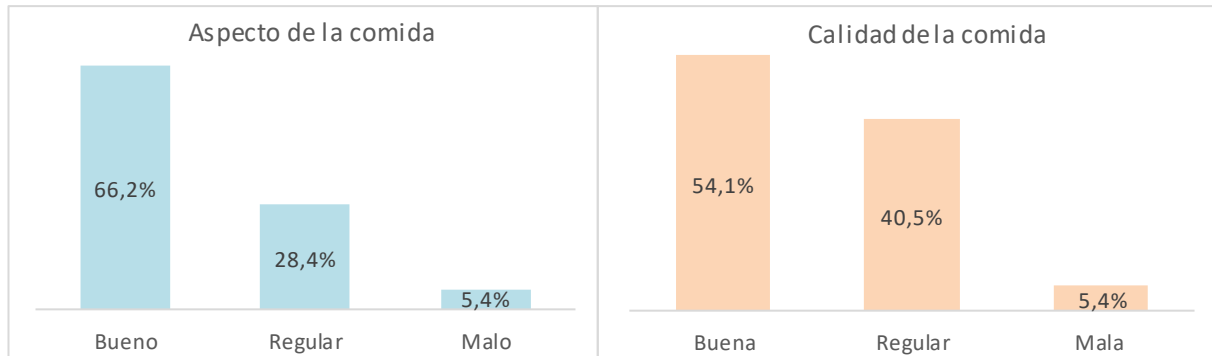


Figura 19. Respuesta a las preguntas sobre la opinión acerca de la presencia y la calidad de la comida

A la pregunta “**la variedad de los alimentos le parece**” el 44,6% la considera “buena” y el 35,1% la considera “aceptable”, mientras que el 20,2% la considera “escasa” o “nula” (*¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.*). A la pregunta “**la cantidad de los alimentos servidos le parece**”, el 79,7% la considera “suficiente”, mientras que el 20,3% la considera “excesiva” o “escasa” (Figura 20).

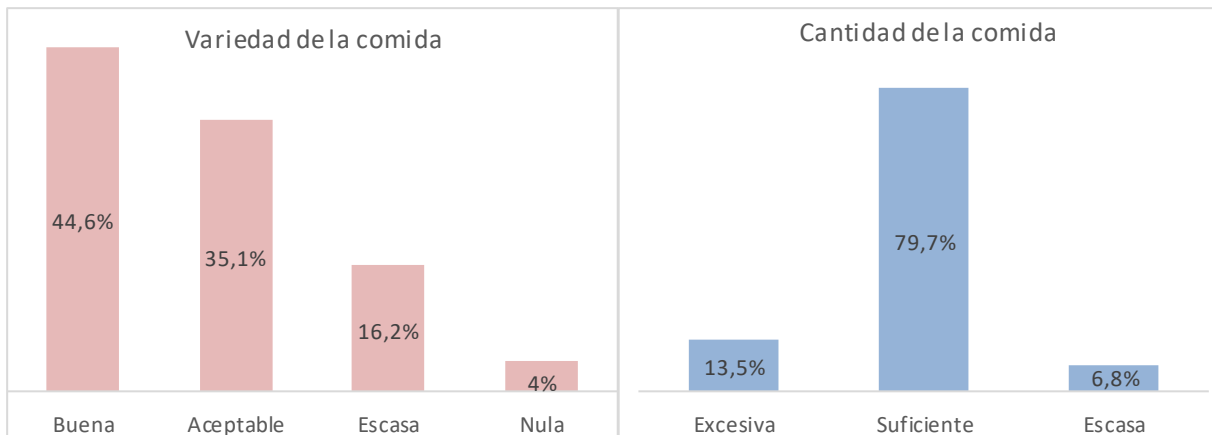


Figura 20. Respuestas a las preguntas sobre la cantidad y la variedad de alimentos servidos

Las siguientes preguntas hacen referencia a la opinión sobre la temperatura y a la preparación del plato y los resultados se muestran en la Figura 21. El 71,6% de los pacientes considera que la **temperatura** de la comida es “adecuada” y el 28,4% considera que la comida está “caliente” o “fría”. Respecto a la **preparación del plato**, el 68,9% de las personas ingresadas considera que es “buena” o “aceptable”, mientras que el 31,1% considera que la preparación de la comida es “regular” o “mala”.

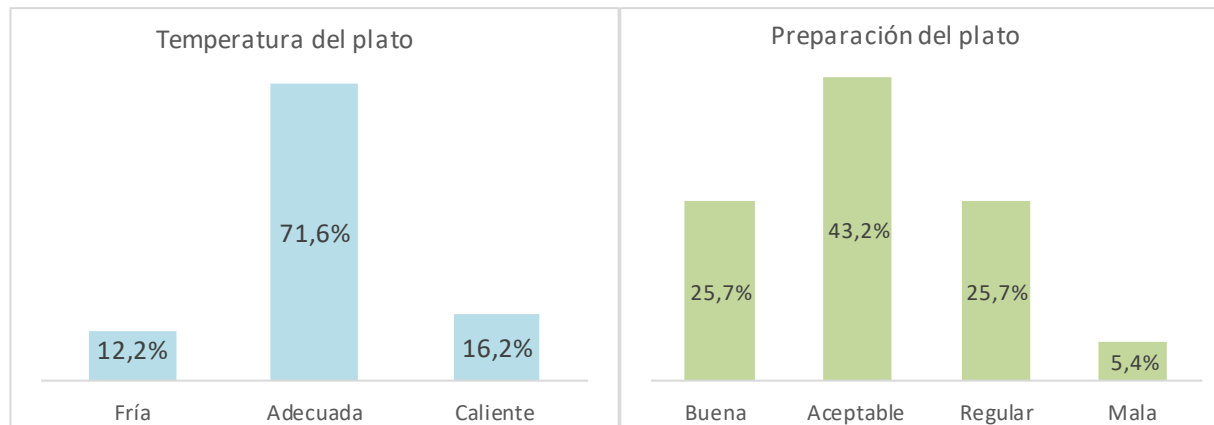


Figura 21. Opinión de los pacientes sobre la temperatura y la preparación de las comidas

Un estudio llevado a cabo por el grupo de trabajo de González et al. (2020) en un hospital madrileño puso de manifiesto que la comida con una temperatura adecuada suponía un incremento de la ingesta por parte de los pacientes.

Trabajos anteriores reflejan que las variables que más influyen en la satisfacción del paciente con la comida son la temperatura, la cantidad de comida, la variedad, la calidad y las preparaciones (Fernández et al., 2013; Benítez et al., 2016; González et al., 2020). A pesar de que los resultados obtenidos con este cuestionario no se puedan comparar con los datos obtenidos en otros estudios que hayan empleado una escala numérica, sí que permite hacer una valoración cualitativa de la alimentación ofrecida en el CHUS.

Otros estudios han relacionado que una percepción del aspecto, la calidad y la presentación de los alimentos como buena está relacionada con un mayor grado de satisfacción, y, por lo tanto, con un aumento de la ingesta (Betancourt et al., 2016; Abigail et al., 2016; Thibault et al., 2021). Además, estudios relacionan la variedad de los menús con un aumento de la ingesta (Calleja et al., 2016; Simzari et al., 2017).

En el cuestionario también se pregunta por **la cantidad de comida que tomaban del primer y del segundo plato** (Figura 22). Según la opinión de los propios pacientes, solo el 45,9% y el 35,1% *“comen toda la comida del primer y segundo plato”*, mientras que el 16,2% y el 17,6% comen *“menos de la mitad”* del primer y segundo plato. El 37,8% y el 47,3% refieren comer *“la mitad”*.

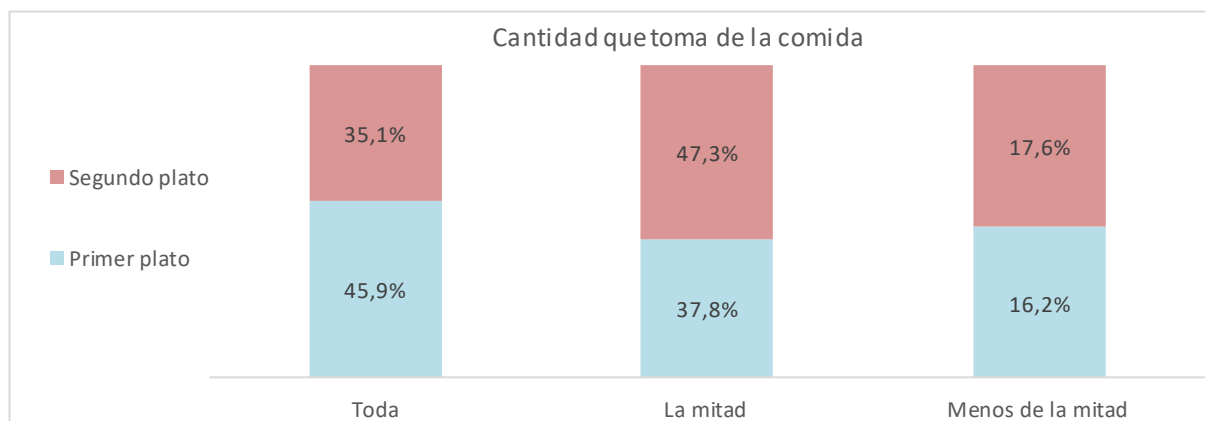


Figura 22. Respuesta de los pacientes a la pregunta de cuanta cantidad comían del primer y del segundo plato

La cantidad ingerida de alimento se puede relacionar con el grado de satisfacción de los menús (otros estudios hablan de desperdicio alimentario en vez de cuanta cantidad de alimento es ingerida por el paciente) (Guillén et al., 2004; Benítez et al., 2016; Pinzón et al., 2017; Abuín et al., 2020). Tal y como afirman Garriga & Ruiz de las Heras (2018) "el mejor plato (elaborado de forma impecable a nivel nutricional y gastronómico) es el que tiene mejor aceptación; es decir, el que se consume por completo". En este caso, tal y como se ha comentado y se observa en la Figura 22, solo el 45,9% y el 35,1% de la de las personas ingresadas consumen toda la comida tanto del primer, como del segundo plato, respectivamente. Una reducción de la ingesta provoca que no se cubran las necesidades energéticas y de macronutrientes (Figura 3), fomentando la aparición de la desnutrición hospitalaria (y sus consecuencias) o que se mantenga la desnutrición ya existente. Si bien es cierto que el apetito es uno de los factores que influye en la ingesta, en el presente estudio un 57% de las personas refería tener buen apetito (Figura 18). Por lo tanto, lo que realmente habría que valorar es a que se debe la falta de apetito, si bien a los aspectos relacionados con la comida o si bien a aspectos relacionados con la propia enfermedad (Benítez et al., 2016; Pinzón et., 2017; Castillo, 2020). Un método para intentar paliar este problema podría ser, como se ha mencionado antes, la flexibilización del menú permitiendo que el paciente elija entre unas opciones propuestas, siempre y cuando las opciones de menú estén perfectamente ajustadas. Estudios afirman que esta técnica ayuda a lograr un grado de satisfacción positivo, aumentando de esta forma la ingesta (y disminuyendo el desperdicio) (Castillo, 2020).

Con el cuestionario también se quiso evaluar si a los pacientes les gustaba la comida que se les daba y si encontraban similitudes con la comida que solían consumir en casa (Figura 23). A la pregunta "**¿en el menú encuentra comidas que le gustan?**" el 28,4% contesta "*algunas*" y el 13,5% contesta "*pocas*". El 58,1% contestan que encuentra "*muchas*" o "*bastantes*" comidas que le gustan. A la pregunta "**¿en el menú encuentra comidas que se parecen a las de su casa?**", el 35,1% contesta que "*algunas*", el 35,1% "*pocas*", el 24,3% "*bastantes*" y el 5,4% contesta que "*muchas*".

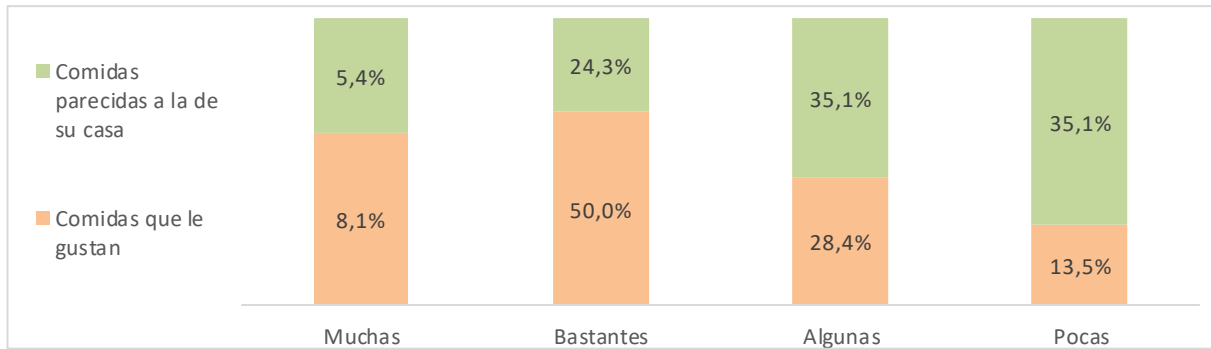


Figura 23. Respuestas de los pacientes a las preguntas “¿en el menú encuentra comidas que le gustan?” y “¿en el menú encuentra comidas que se parecen a las de su casa?”

Tal y como se mencionó en el punto 1.7, a la hora de diseñar un manual de dietas, es importante tener en cuenta, además de factores nutricionales, factores geográficos, culturales y gastronómicos (Tabla 4). Dentro de estos factores, hay que tener en cuenta los recursos a los que se tiene acceso, entre ellos, los hábitos y costumbres gastronómicas de la zona en la que se encuentra el hospital (Garriga & Ruiz de las Heras, 2018). Otros estudios mencionan que el factor geográfico marcará de forma significativa la forma de comer del paciente, siendo que, si el manual de dietas no ha sido diseñado de forma correcta, se pueda desencadenar un grado de satisfacción negativo y, por lo tanto, una reducción de la ingesta (Garriga & Ruiz de las Heras, 2018; Castillo, 2020).

Para concluir el cuestionario sobre la opinión de los pacientes respecto a la comida recibida en el hospital, se les pregunta si “¿le traen comida del hospital?” y se les pide el porqué de su respuesta.

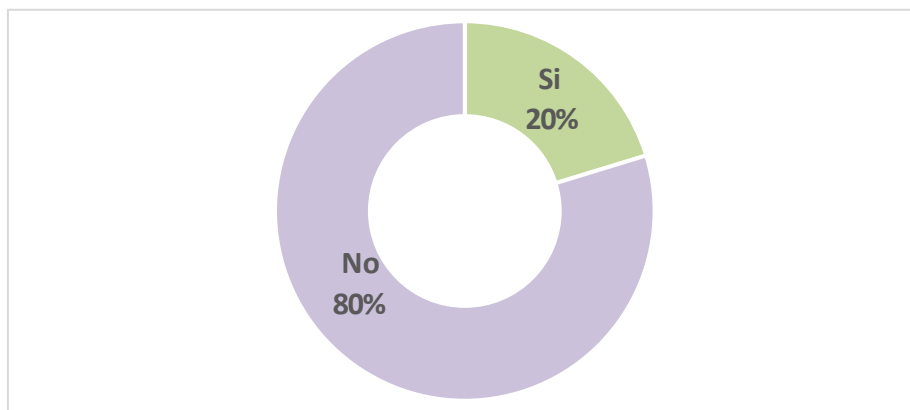


Figura 24. Respuestas a “¿le traen comida de casa?”

A la pregunta “¿le traen comida de casa?”, el 20% de la muestra contesta que “sí”. Además de responder a la pregunta, se les animó a explicar los motivos. Algunos de los motivos de porqué les traen comida de casa son “porque me traen la fruta que me gusta”, “porque la comida es repetitiva, poco preparada y reseca” o “porque me quedo con hambre”. Algunas de las razones de por qué no le traen comida de casa son “es suficiente con la comida del hospital”, “obedecer al médico” o “normas del hospital”. El resto de los motivos esgrimidos por las personas ingresadas se recogen en el ANEXO V.

Finalmente, se les anima a escribir cualquier sugerencia, queja o propuesta de mejora que considerasen oportuna. Algunas de ellas son *“variar más las comidas. Sirven demasiado pollo. El pan está duro. La sopa es de fideos y no tiene fideos, el brécol está seco y las patatas están crudas”, “la preparación del pescado podría mejorar”, “que no pongan caldos en verano”, “las comidas deberían tener menos aceite”, “que no se utilicen material plástico con olores raros y mal desinfectados. Por ejemplo, el café sabe fatal, sabe a plástico de la taza”, “que la comida estuviera más caliente, solo el domingo me sorprendió que la comida estuviera aún sin quemar. Los cafés siempre están muy fríos. La comida es suficiente y bastante buena” o “el punto de las patatas, están muy mal cocinadas. Las bandejas de la comida están bastante defectuosas. La imagen es bastante negativa y eso hace que se me quiten las pocas ganas de comer que ya tengo”*. El resto de las sugerencias figuran en el ANEXO VI.

La revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto que los estudios llevados a cabo y publicados sobre desnutrición hospitalaria en España son muy escasos y poco actuales, indicando la necesidad de llevar a cabo más estudios, mejor enfocados y en constante actualización. Respecto al grado de satisfacción por parte de los pacientes, la revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto que los estudios llevados a cabo son insuficientes e incompletos.

A la hora de analizar el cuestionario se ha presentado la problemática de que las respuestas solo pudieron valorarse de manera cualitativa y no cuantitativamente. La mejor técnica para la valoración de las respuestas hubiese sido que los cuestionarios siguieran la escala de Likert, permitiendo que los pacientes indicaran su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación y que, a la hora de la evaluación, el investigador pudiese otorgarle un intervalo numérico, normalmente de 1 a 5 (1 para muy en desacuerdo y 5 para muy de acuerdo), para poder cuantificar las respuestas (Matas, 2018). Es importante que a la hora de realizar el cuestionario de satisfacción se tenga en cuenta que este sea válido a la hora de cuantificar las respuestas, ya que se ha comprobado que un grado de satisfacción positivo con la alimentación es una medida positiva con la atención y una estrategia fuerte contra la desnutrición hospitalaria (Benítez et al., 2016; Bejarano et al., 2016; Pinzón et al., 2017)

La información aportada por estas preguntas de los cuestionarios (ANEXO V y ANEXO VI) hacen referencia a la falta de la calidad, la mala presentación y preparación, la poca variabilidad o la cantidad insuficiente de comida apreciada por los pacientes, poniendo de manifiesto la importancia que estos le dan a los diferentes aspectos organolépticos de la comida.

Para finalizar, comentar que un aspecto que no se ha tenido en cuenta en este cuestionario, pero que se sabe que sí afecta al grado de satisfacción es la vajilla empleada (Fernández et al., 2012; Garriga & Ruiz de las Heras, 2018; Lechón et al., 2018).

4.3 Consideraciones sobre la falta de la figura del Dietista-Nutricionista en el centro hospitalario

A la vista de los resultados en cuanto a la evaluación de los menús hospitalarios y del grado de satisfacción de las personas ingresadas con todo lo referente a las comidas, queda hacer una reflexión sobre el papel fundamental del Dietista-Nutricionista en este contexto.

Como se ha expuesto a lo largo del trabajo, la figura del Dietista-Nutricionista es bastante reciente (si se compara con otras profesiones del área de la salud), y no cuenta con la relevancia suficiente que debería provocando que su integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS) sea limitada e insuficiente en concordancia con las necesidades existentes.

A pesar de que la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, reconozca al Dietista-Nutricionista como un profesional sanitario capacitado para orientar la alimentación de personas o grupos de personas según sus necesidades fisiológicas y/o patológicas, y que el Real Decreto 184/2015 establece la creación de la categoría de Dietista-Nutricionistas con nivel A2 en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la realidad es que la situación dista mucho de ser la ideal. Por mencionar un ejemplo cercano, en Galicia se aprobó en 2023 el Decreto 221/2022, por el que se crea la categoría estatutaria de Dietista-Nutricionista del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) con una prueba piloto de 94 plazas, sin embargo, en 2024 y con un “balance altamente positivo” por parte del SERGAS, estas plazas se redujeron a 45.

La alimentación hospitalaria sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro sistema sanitario que nos resistimos a mejorar: códigos de dietas mal diseñados, personal no cualificado elaborando los códigos de dietas, estudios insuficientes o incompletos sobre el tema y valores de desnutrición hospitalaria en España, que más lejos de disminuir, se mantienen iguales a lo largo de los años.

Diversos estudios analizados en este Trabajo de Fin de Grado subrayan la necesidad de incorporar Dietistas-Nutricionistas en el diseño y evaluación de los códigos de dietas hospitalarias, así como la creación de Unidades de Nutrición que monitoricen a los pacientes para prevenir y revertir la desnutrición hospitalaria.

Es llamativo que, a diferencia de otros ámbitos como los comedores escolares, no exista una legislación que regule la alimentación en los hospitales. Sin embargo, en este año 2025, la AESAN ha impulsado un proyecto de ley para garantizar una alimentación saludable y sostenible en los hospitales con el objetivo de prevenir y revertir la desnutrición hospitalaria. Este avance, aunque significativo, debe ir acompañado de una inclusión real y efectiva del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud, ya que su labor en este aspecto es imprescindible.

Los resultados obtenidos en el presente estudio avalan la importancia de revisar todo lo relacionado con la alimentación en hospitales y la necesidad de promover más estudios sobre la desnutrición hospitalaria y el grado de satisfacción de los pacientes con la alimentación en España. Los estudios disponibles son escasos, incompletos o limitados. Estudios periódicos implicarían una actualización de los datos y una herramienta para la identificación de las áreas en las que se debe mejorar y diseñar estrategias efectivas para garantizar una atención nutricional de calidad en el ámbito hospitalario.

Por tanto, la integración real y efectiva del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud contribuiría a la mejora de la alimentación hospitalaria y a la reducción de la desnutrición hospitalaria, desembocando en una mejora de la calidad asistencial.

5 CONCLUSIÓN

- En general, en los menús evaluados, no se cumplen con las recomendaciones diarias y semanales de los diferentes grupos de alimentos para poder llevar una alimentación saludable y sostenible y para que se cubran las necesidades energéticas y de macronutrientes de los pacientes.
- Se pone de evidencia la poca información incluida en los menús hospitalarios, lo que dificulta la realización de una correcta valoración nutricional.
- Se comprueba como modificando ingredientes y/o alimentos en los diferentes platos del menú hospitalario supone grandes modificaciones nutricionales.
- Las características organolépticas evaluadas en este trabajo no obtienen un porcentaje de aceptación adecuado para que el grado de satisfacción se considere positivo. Solo la temperatura y la cantidad se acercan a valores óptimos de aceptación.
- En el diseño de los menús parece que no se ha tenido en cuenta el factor geográfico, ya que un porcentaje muy bajo dicen encontrar comidas parecidas a las que consumen en casa, siendo el valor del aspecto global de satisfacción con el menú bajo, ya que apenas el 8,1% dice encontrar comidas que le gustan.
- Se pone de manifiesto la necesidad de la inclusión del Dietista-Nutricionista en la restauración hospitalaria para una correcto diseño y planificación de los códigos hospitalarios y que no haya deficiencias.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Abigail Navarro, D., Boaz, M., Krause, I., Elis, A., Chernov, K., Giabra, M., Levy, M., Giboreau, A., Kosak, S., Mouhieddine, M., & Singer, P. (2016). *Improved meal presentation increases food intake and dereases readmission rate in hospitalized patients*. *Clinical Nutrition*, 35(5), 1153-1158. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.012>
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2020). *Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas*. Recuperado 2 de junio de: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN COLABORACION 20 20.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/PLAN_COLABORACION_20_20.pdf)
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2008). *Guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria*. Recuperado en 2 de junio de: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad alimentaria/restauracion hospitalaria.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad_alimentaria/restauracion_hospitalaria.pdf)
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2023). *Orientaciones para la elaboración de menús saludables y medioambientalmente sostenibles en centro residenciales y centros de día para personas mayores*. Recuperado 2 de junio de: [https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ORIENTACIONES MAYORE S.pdf](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ORIENTACIONES_MAYORE S.pdf)
- Aguilar, E., Aguilar, L., Baladia, E., Buhryn, K., Garroz, R., Marqués, M.E., Martínez López, P., Martínez Rodríguez, R., & Osuna, I. (2018). *Evaluación del impacto y coste-beneficio de la inclusión de dietistas nutricionistas en equipos interdisciplinarios del Sistema Nacional de Salud: revisión rápida de revisiones sistemáticas*. CGCODN, AEND. Recuperado el 24 de junio de: <https://diadeldietistanutricionista.org/wp-content/uploads/2018/11/impacto-coste-beneficio.pdf>
- Alianza másnutridos. (s.f.). *Curso de cribado nutricional con casos clínicos*. Recuperado el 28 de mayo de: [https://www.alianzamasnutridos.es/Views/uploads/Curso%20cribado%20nutricional%20 con%20casos%20clínicos.pdf](https://www.alianzamasnutridos.es/Views/uploads/Curso%20cribado%20nutricional%20con%20casos%20clínicos.pdf)
- Álvarez-Hernández, J., Planas Vila, M., León-Sanz, M., García de Lorenzo, A., Celaya-Pérez, S., García-Lorda, P., Araujo, K., & Sarto Guerri, B.. (2012). *Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients: the PREDyCES® Study*. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 27(4). 1049-1059. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.4.5986>

- Babio, N., Crespo, P., Martínez, D., Ojuelos, F., & Planas, M. (2022). *Dietistas-Nutricionista: historia de una profesión. Pasado, presente y futuro de la titulación y de la profesión*. Consejo General de Colegios de Dietistas-Nutricionistas. Recuperado el 27 de mayo de: <https://cgcodn.es/dietista-nutricionista-historia-de-una-profesion-pasado-presente-y-futuro/>
- Badia Bernaus, M., Cuixart Baronet, L., Girona Alarcón, L., Jiménez García, I., Libran Torrente, M., Martín Giol, M., Salleras Compte, N., Sánchez-Migallón Montull, J., Simats Oriol, G., & Vallés Martí, S. *Consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias*. Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica (2021). Codinucat. Recuperado el 22 junio de: [Consens-nomenclatura-Castellà.pdf](https://consens-nomenclatura-castella.pdf)
- Benítez Brito, N. (2017). *El Dietista-Nutricionista dentro del Sistema Nacional de Salud Español: abordando la desnutrición hospitalaria*. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 21(2), 199-208. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.21.2.248>
- Benítez Brito, N., & Pinto Robayna, B. (2024). *Dietista-nutricionista interno residente (D-NIR): una necesidad a años luz de producirse en España*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 41(6), 1300-1306. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.05368>
- Benítez Brito, N., García, o., Gregorio, J., Delgado Brito, I., Pereyra-García Castro, F., Suárez Llanos, J.P., Leyva González, F.G., & Palacio Abizanda, J.E. (2016). *Análisis del grado de satisfacción alimentaria percibido por los pacientes en un hospital de tercer nivel*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 33(6), 1361-1366. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.796>
- Benítez Brito, N., Soto Célix, M., Monasterio Jiménez, O., Cabo García, L., & Álvarez Trencó, P. (2020). *Situación del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud Español: Documento de posicionamiento del Grupo de Especialización en Nutrición Clínica y Dietética de la Academia Española de Nutrición y Dietética*. Revista Española De Nutrición Humana Y Dietética, 24(3), 278–288. <https://doi.org/10.14306/renhyd.24.3.1059>
- Beránjarano Roncancio, J.J., Cortés Merchán, A.J., & Pinzón Espitia, O.L. (2016). *Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud*. Perspectivas en Nutrición Humana, 18(1), 77-93. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n1a07>
- Betancourt Ortiz, S., Moncayo Mejía, S.P., & Avalos, M. (2016). *Ingeniería de la restauración orientada a la mejoría de la aceptabilidad de un menú hospitalario*. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, 26(2), 191-205. Recuperado el 22 de junio de: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/58>

- Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M.D. (2016). *Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 33(1), 80-85. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.22>
- Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M.D. (2016). *Cuestionario semicuantitativo para la valoración de la ingesta dietética del paciente hospitalizado: una herramienta sencilla para la práctica clínica*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 33(2), 324-329. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.112>
- Castillo Pineda, J. C. C. (2020). *Gastronomía clínica. Excelente alternativa para mejorar la nutrición hospitalaria*. Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo, 3(2), 101-106. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n2.178>
- Decreto 221/2022, do 22 de decembro, polo que se crea a categoría estatutaria de dietista-nutricionista do Servizo Galego de Saúde. *Diario Oficial de Galicia*, 5, de lunes 9 de xaneiro de 2023.
- EFSA (European Food Safety Authority). (2017). *Dietary Reference Values for nutrients Summary report*. EFSA supporting publication, 14(12), 98. <https://doi.org/10.2903/sp.efsa.2017.e15121>
- Fernández Martínez, B., Alguacil Pau, A.I., Crespo Sevilla, R., & García Vega, A. (2013). *Predictores de la satisfacción de los pacientes con la alimentación de un hospital público de Madrid*. Revista de Calidad Asistencial, 28(3), 155-162. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2012.09.005>
- Fundación Española de la Nutrición (FEN). (2024). *Importancia del desayuno en el rendimiento escolar*. Recuperado el 19 de junio de: <https://www.fen.org.es/proyecto/dnd/dia-nacional-del-desayuno-2024>
- García de Lorenzo, A., Álvarez Hernández, J., Planas, M., Burgos, R., & Araujo, K. (2011). *Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 26(4), 701-710. Recuperado el 10 de junio de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000400006&lng=es&tlng=en
- García de Lorenzo, A., Álvarez, J., Calvo, M. V., Ulíbarri, J. I. de, Ríó, J. del, Galbán, C., GarcíaLuna, P. P., García Peris, P., La Roche, F., León, M., Planas, M., Pérez de la Cruz, A., Sánchez, C., & Villalobos, J. L.. (2005). *Conclusiones del II Foro de Debate SENPE sobre desnutrición hospitalaria*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 20(2), 82-87. Recuperado el 10 de junio de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000200003

- Garriga García, M., & Ruiz de las Heras de la Hera, A. (2018). *Dietética hospitalaria y gastronomía saludable*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 35(4), 140-145. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.2140>
- González Molero, I., Oliveira Fuster, G., Liébana, M. I., Oliva, L., Laínez López, M., & Muñoz Aguilar, A.. (2008). *Influencia de la temperatura en la ingesta de pacientes hospitalizados*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 23(1), 54-59. Recuperado el 8 de junio de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000100009&lng=es&tlng=es.
- Guillén, N., Torrentó, M., Alvadalejo, R., & Salas-Salvadó, J. (2004). *Evaluación de la aceptación de los menús servidos en el Hospital Universitari de Sant Joan de Reus*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 19(5), 277-280. Recupero en 22 de junio en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000500005
- Lechón Sandoval, A., Ruíz Jácome, I., Reyes López, L., & Salazar Jiménez, A. (2018). *Nivel de satisfacción de los pacientes hospitalizados, respecto a la dieta del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra*. Recuperado el 21 de junio de: <https://revistasoj.s. utn.edu.ec/index.php/lauiinvestiga/article/view/416>
- Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. *Boletín Oficial del Estado*, 160, 06/07/2011.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 280, de 22/11/2003.
- Lobatón, E. (2020). *Malnutrición hospitalaria: etiología y criterios para su diagnóstico y clasificación*. Revista De Nutrición Clínica Y Metabolismo, 3(1), 121–127. <https://doi.org/10.35454/rncm.v3n1.019>
- López García, E., Bretón Lesmes, I., Díaz Perales, A., Moreno-Arribas, V., Portillo Baquedano, M.P., Rivas Velasco, A.M., Fresán Salvo, U., Tejedor Romero, L., Ortega Porcel, F.B., Aznar Laín, S., Lizalde Gil, E., & Carlos Chillerón, M.A. Comité Científico AESAN. (Grupo de Trabajo). *Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre recomendaciones dietéticas sostenibles y recomendaciones de actividad física para la población española*. Revista del Comité Científico de la AESAN, 2022, 36, 11-70. Recuperado el 18 de junio de: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_r_iesgos/informes_comite/INFORME_RECOMENDACIONES_DIETETICAS.pdf

- Manimaran, S., Razalli, N. H., Abdul Manaf, Z., Mat Ludin, A. F., & Shahar, S. (2023). *Strategies to Reduce the Rate of Plate Waste in Hospitalized Patients: A Scoping Review*. *Revista Nutrients*, 15(2), 301. <https://doi.org/10.3390/nu15020301>
- Martínez Hernández, J.A., Cámara Hurtado, M., Giner Pons, M.G., González Fandos, E., López García, E., Mañes Vinuesa, J., Portillo Baquedano, M., Rafecas Martínez, M., Gutiérrez González, E., García Solano, M., & Domínguez Díaz, M. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2020). *Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) de revisión y actualización de las Recomendaciones Dietéticas para la población española*. *Revista del comité científico de la AESAN*, 2020, 32, 11-58. Recuperado el 18 de junio de: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/RECOMENDACIONES_DIETETICAS.pdf
- Martínez Valls, J. F. (2004). *Desnutrición en pacientes hospitalizados*. *Medicina Clínica*, 123(6), 201-206. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74461-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74461-9)
- Matas, A. (2018). *Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión*. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20 (1), 38-47. Recuperado el 22 de junio de 2025 de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038&lng=es&tlng=es
- Milla Tobarra, M., López Oliva, S., Alía Moreno, M., Marín Guerrero, A.C., & Blanco Samper, B. (2021). *Prevalencia de la desnutrición al ingreso en los pacientes del Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina*. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 38(2), 298-305. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03263>
- Moreno Aznar, L.A., Vidal Carou, M.C., López Sobaler, A.M., Varela Moreiras, G., & Moreno Villares, J.M. (2021). *Papel del desayuno y su calidad en la salud de los niños y adolescentes en España*. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 38 (2). 396-409. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03398>
- Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista. *Boletín Oficial del Estado*, 73, de 26 de marzo de 2009.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Directriz: ingesta de azúcares para adultos y niños. Resumen*. Recuperado el 23 de junio de: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/154587/WHO_NMH_NHD_15.2_spa.pdf

- Pinzón Espitia, O.L., Pardo Oviedo, J.M., & Sefair Cristancho, C.F. (2017). *Innovando en la alimentación hospitalaria*. Revista Española de Nutrición Comunitaria, 23(4), 155-159. DOI: 10.14642/RENC.2017.23.4.5233. Recuperado el 22 de junio de: https://renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2017_4_04.pdf
- Real Decreto 1021/2022, de 13 de diciembre, por el que se regulan determinados requisitos en materia de higiene de la producción y comercialización de los productos alimenticios en establecimientos de comercio al por menor. *Boletín Oficial del Estado*, 305, 21/12/2022.
- Reglamento (CE) nº 2073/2005 de la Comisión, de 15 de noviembre de 2005, relativo a los criterios microbiológicos aplicables a los productos alimenticios. *DOUE*, 338, 22 de diciembre de 2005.
- Reina, F. *Buenas prácticas en la elaboración de comidas en el medio hospitalario*. En: Reina F, Frías L, editores. La cocina hospitalaria. Vegemat 2006; 5, 39-48. Recuperado el 6 de junio de: www.osakidetza.euskadi.eus
- Ruiz Moreno, E., Valero Gaspar, T., Rodríguez Alonso, P., Díaz-Roncero González, A., Gómez Carús, A., Ávila Torres, J.M., & Varela Moreiras, G. (2018). *Estado de situación sobre el desayuno en España*. Fundación Española de la Nutrición (FEN). Recuperado el 22 de junio de: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/noticias/2018/Informe_DND.pdf
- Russolillo, G., Baladia, E., Moñino, M., Colomer, M., García, M., Basulto, J., Marques, I., Babio, N., Manera, M., & Cervera, P. (2009). *Incorporación del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Declaración de Postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN)*. *Actividad Dietética*, 13(2), 62-69. Recuperación el 22 de junio de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-humana-dietetica-283-pdf-13139709>
- Salvador-Monferrer, L., Fernández-Olea, M. S., & Murillo-Sanchis, J. (2014). *Desnutrición y factores que influyen en la ingesta de alimentos en pacientes hospitalizados: una revisión*. *Revista de Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 34(3), 80-91. DOI: 10.12873/343salvadormonferrer. Recuperado el 21 de junio de: <https://revista.nutricion.org/PDF/220714-DESNUTRICION.pdf>
- Simzari, K., Vahabzadeh, D., Saeidlou, S.N., Khoshbin, S., & Bektas, Y. (2017). *Food intake, plate waste and its association with malnutrition in hospitalized patients*. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 34(6), 1376-1381. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1102>
- Sorensen, J., Kondrup, J., Prokopowicz, J., Schiesser, M., Krahenbuhl, L., Meier, R., Liberda, M., & EuroOOPS study group (2008). *EuroOOPS: An international, multicentre study to implement*

nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. Clinical Nutrition, 27 (3), 340-349.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2008.03.012>

Talens Oliag, P., Cámara Hurtado, M., Daschner, Á., López García, E., Marín Sillué, S., Martínez Hernández, J.A., & Morales Navas, F.J. Comité Científico AESAN. (Grupo de Trabajo) (2020). *Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre el impacto del consumo de alimentos "ultra-procesados" en la salud de los consumidores*. Revista del Comité Científico de la AESAN, 31, 49-76. Recuperado el 24 de junio de: [ULTRAPROCESADOS.pdf](#)

Thibault, R., Abbasoglu, O., Ioanno, E., Meija, L., Ottens-Oussoren, K., Pichard, C., Rothenberg, E., Rubin, D., Silijamaki-Ojansuu, U., Vaillant, M.F., & Bischoff, S.C. (2021). *ESPEN guideline on hospital nutrition*. Clinical Nutrition, 40(12), 5684-5709.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.09.039>

Trescastro López, E. M. (2014). *El papel del movimiento sanitario internacional en el desarrollo de la profesión de Dietista-Nutricionista en España*. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 19(1), 49-55. <https://doi.org/10.14306/renhyd.19.1.115>

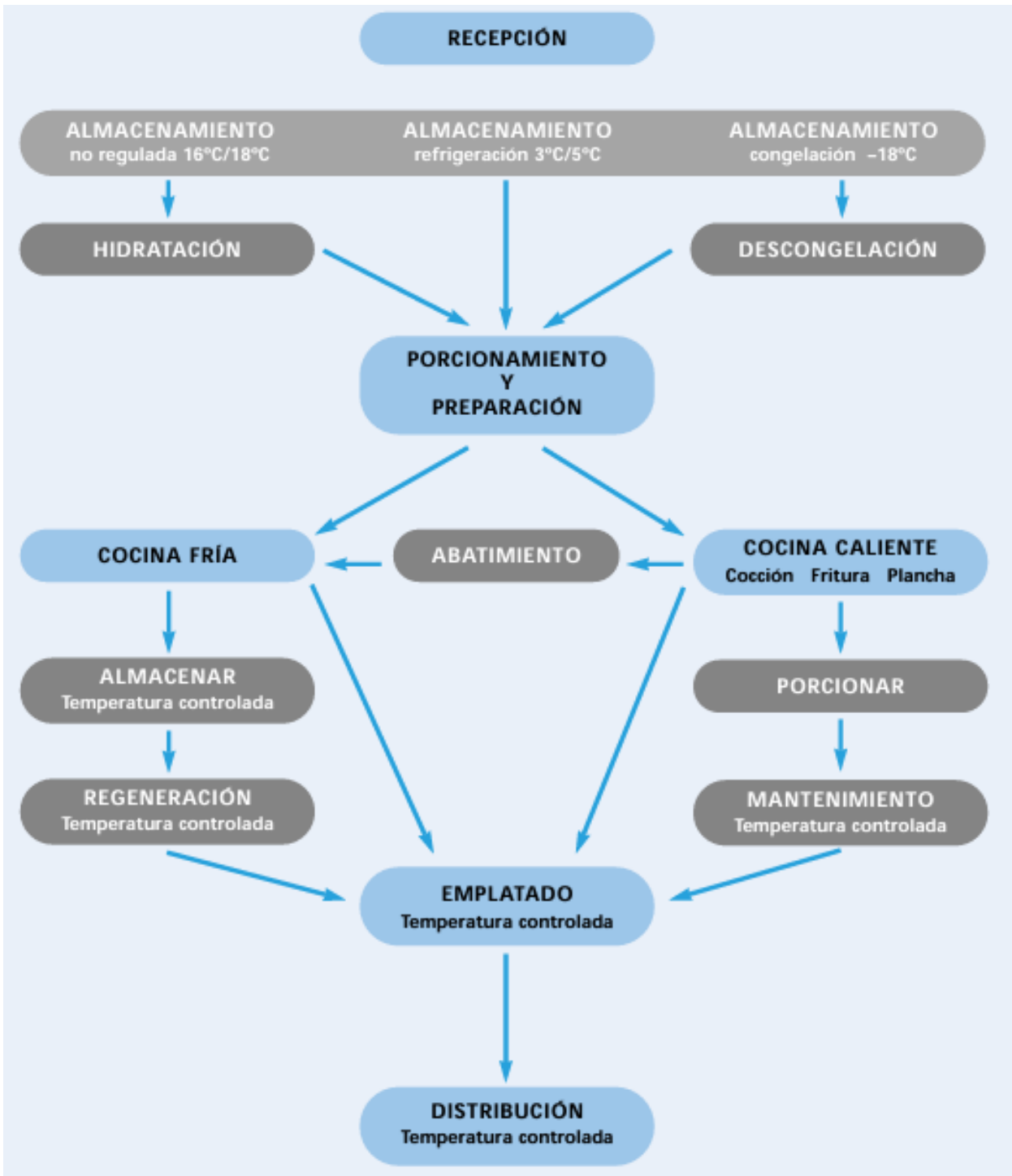
Waitzberg, D. L., Ravacci, G. R., & Raslan, M. (2011). *Desnutrición hospitalaria*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 26(2), 254-264. DOI:10.3305/nh.2011.26.2.5070. Recuperado el 10 de junio de: [Nutrición Hospitalaria - Arán Ediciones, S.L.](#)

Zugasti Murillo, A., & Petrina Jáuregui, E. (2018). Tema 6. Planificación de la dieta hospitalaria en Dr. Diego Bellido Guerrero (Ed.), *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo* (3ª ed, pp 97-115). Aula médica, formación en salud. Recuperado el 20 de junio de: <https://sancyd.com/wp-content/uploads/2020/04/Dietoterapia-nutrici%C3%B3n-cl%C3%ADnica-y-metabolismo-Tercera-edici%C3%B3n-2018.pdf>

Zugasti Murillo, A., Petrina-Jáuregui, M. E., Ripa-Ciáurritz, C., Sánchez Sánchez, R., Villazón González, F., González-Díaz Faes, Á., Fernández López, C., Calles Romero, L., Martín Palmero, Á., Riestra Fernández, M., Dublang Irazabal, M., Rengel Jiménez, J., Díez Muñiz-Alique, M., Agorreta Ruiz, J. J., Salsamendi Pérez, J. L., Larrañaga Unanue, I., Abinzano Guillén, M. L., Olariaga, O., & de la Cruz, J. J. (2021). *Estudio SeDREno - Prevalencia de desnutrición hospitalaria según criterios GLIM, diez años después del estudio PREDyCES*. Revista de Nutrición Hospitalaria, 38 (5), 1016-1025. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03638>

ANEXO I. Ejemplo de diagrama de flujo general del proceso de elaboración de comida preparada.
Fuente: *Guía de implantación de sistemas de autocontrol en la restauración hospitalaria*. AESAN, 2008.

https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/publicaciones/seguridad_alimentaria/restauracion_hospitalaria.pdf



ANEXO II. Dietoterapia pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. Dieta basal. Rotación de 2 semanas

DESAYUNO			
Café con leche		1 taza	
Leche entera fría o caliente		1 taza	
Infusión según petición		1 taza	
Sobre de descafeinado		1 sobre	
Sobre de cacao		1 sobre	
Pan blanco		Un bollo (70gr.)	
Confitura		1 tarrina	
Margarina		1 tarrina	
MERIENDA			
Café con leche		1 taza	
Leche entera fría o caliente		1 taza	
Infusión según petición		1 taza	
Sobre de descafeinado		1 sobre	
Sobre de cacao		1 sobre	
Galletas		1 paquete (5 un)	
1ª SEMANA			
LUNES 1 ALMUERZO		LUNES 1 CENA	
Potaje de garbanzos y espinacas.	1 bol	Menestra rehogada	1 rabanera
Sopa de pasta	1 bol	Crema de espárragos	1 bol
Ternera guisada con patatas	1 ración	Bacalao al horno con patatas	1 ración
Chuleta riojana con patata parisién	1 ración	Escalope de lomo relleno con patatas panadera	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Fruta	1 un
Yogurt	1 un	Mouse de frutas	1 cuenco
MARTES 1 ALMUERZO		MARTES 1 CENA	
Coliflor rehogada	1	Caldo gallego	1 bol
Ensalada de pasta	1 rabanera	Sopa de pasta	1 bol
Pollo chilindrón con arroz al horno	1 ración	Pescado en salsa verde con patata cocida	1 ración
Filete empanado con pisto y patatas	1 ración	Macarrones con carne de ternera	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Fruta	1 un
Arroz con leche	1 un	Yogurt	1 un
MIÉRCOLES 1 ALMUERZO		MIÉRCOLES 1 CENA	
Sopa pasta	1 bol	Judías verdes rehogadas	1 rabanera
Ensalada mixta	1 rabanera	Crema de champiñones	1 bol
Salmón al horno con patatas Cocido	1 ración	Ternera a la jardinera con patata parisién	1 ración
	1 ración		

		Tortilla de patata	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Flan	1 un	Mouse de chocolate	1 cuenco
JUEVES 1 ALMUERZO		JUEVES 1 CENA	
Crema de patata y zanahoria	1 bol	Caldo gallego	1 bol
Salpicón	1rabanera	Sopa de pasta	1 bol
Paella	1 ración	Merluza a la romana con patatas cocidas	1 ración
Lomo a la plancha con pisto con patatas	1 ración	Jamón asado con zanahorias y guisantes	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Melocotón en almíbar	1 cuenco	Natillas	1 un
VIERNES 1 ALMUERZO		VIERNES 1 CENA	
Lentejas	1 bol	Ensalada mixta	1 rabanera
Ensaladilla rusa	1rabanera	Sopa de pasta	1 bol
Pescado a la gallega	1 ración	Pasta a la boloñesa	1 ración
Conejo asado con patata parisién	1 ración	Pechuga empanada con pisto con patatas	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Queso con membrillo	1 ración	Mouse de frutas	1 cuenco
SÁBADO 1 ALMUERZO		SÁBADO 1 CENA	
Coliflor rehogada	1rabanera	Macarrones con tomate	1 rabanera
Potaje de habas	1 bol	Crema de puerros y patatas	1 bol
Lomo asado con patata parisién	1 ración	Pescado al horno con patata	1 ración
Pimientos rellenos con arroz	1 ración	Rotti de Pollo con patata panadera	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Flan	1 un	Arroz con leche	1 un
DOMINGO 1 ALMUERZO		DOMINGO 1 CENA	
Espárragos vinagreta	6 un	Caldo gallego	1 bol
Sopa de pasta	1 bol	Judías rehogadas	1rabanera
Empanada	1 ración	Fideos guisados	1 ración
Pollo con champiñones y patata parisién	1 ración	Escalope san marino con patata cocida	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Piña en almíbar	1 cuenco	Natillas	1 un
2º SEMANA			
LUNES 2 ALMUERZO		LUNES 2 CENA	
Potaje de garbanzos y espinacas	1 bol	Menestra rehogada	1 rabanera
		Crema de espárragos	1 bol

Ensalada de pasta	1 rabanera		
Ternera guisada con patatas	1 ración	Atún a la plancha con pisto y patatas	1 ración
Arroz con pollo	1 ración	Jamón asado con zanahoria y guisantes	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Fruta	1 un
Yogurt	1 un	Mouse de frutas	1 cuenco
MARTES 2 ALMUERZO		MARTES 2 CENA	
Ensalada mixta	1rabanera	Caldo gallego	1 bol
Puré de verduras	1 bol	Sopa de pasta	1 bol
Albóndigas en salsa con arroz al horno	1 ración	Pescado a la cazuela con patata cocida	1 ración
Escalope de lomo relleno con patata panadera	1 ración	Tortilla de patata	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Fruta	1 un
Arroz con leche	1 un	Yogurt	1 un
MIÉRCOLES 2 ALMUERZO		MIÉRCOLES 2 CENA	
Lentejas	1 bol	Sopa de pasta	1 bol
Judías rehogadas	1rabanera	Entremeses	1 rabanera
Ternera a la jardinera con patata parisién	1 ración	Macarrones con ternera	1 ración
Lomo a la plancha con patata panadera	1 ración	Bacalao al horno con patatas	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Flan	1 un	Mouse de chocolate	1 cuenco
JUEVES 2 ALMUERZO		JUEVES 2 CENA	
Ensalada mixta	1	Puré de patata y zanahoria	1 bol
Coliflor rehogada	rabanera 1 rabanera	Caldo gallego	1 bol
Paella	1 ración	Merluza a la romana con patatas cocidas	1 ración
Escalope villeroy con pasta con tomate	1 ración	Rotti al horno con patata panadera	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Melocotón en almíbar	1 cuenco	Natillas	1 un
VIERNES 2 ALMUERZO		VIERNES 2 CENA	
Potaje de habas	1 bol	Champiñón al ajillo	1 ración
Macarrones con tomate	1 rabanera	Sopa de pasta	
Pollo al ajillo con patatas en cuadro	1 ración 1 ración	Tortilla	1 ración 1 ración

Lomo asado con patata parisién		Pechuga empanada con menestra de verduras	
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Queso con membrillo	1 ración	Mouse de frutas	1 cuenco
SÁBADO 2 ALMUERZO		SÁBADO 2 CENA	
Judías rehogadas	1rabanera	Crema de puerros con patata	1 bol
Ensaladilla rusa	1rabanera	Salpicón	1 rabanera
Pescado a la gallega	1 ración	Pasta a la boloñesa	1 ración
Fideos guisados	1 ración	Pimientos rellenos de bacalao con arroz	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Flan	1 un	Arroz con leche	1 un
DOMINGO 2 ALMUERZO		DOMINGO 2 CENA	
Arroz con verduras	1rabanera	Caldo gallego	1 bol
Crema de champiñones	1 bol	Sopa de pasta	1 bol
Conejo asado con patata parisién	1 ración	Pescado al horno con patatas	1 ración
Empanada	1 ración	Lasaña al horno	1 ración
Pan blanco	1 unidad	Pan blanco	1 unidad
Fruta	1 un	Yogurt	1 un
Piña en almíbar	1 cuenco	Natillas	1 un

ANEXO III. Cuestionarios del SERGAS sobre la opinión sobre la alimentación proporcionada por el CHUS a los pacientes.



Habitación:

Edad: Sexo:

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN

Con el fin de conocer su opinión sobre el menú básico de alimentación del CHUS, la unidad de Nutrición Clínica y dietética agradece su colaboración dándonos sus opiniones en esta encuesta anónima.

- 1.- ¿Tiene problemas para masticar? SI UN POCO NO
- 2.- Su apetito es: BUENO REGULAR MALO
- 3.- La presencia de la comida es: BUENA REGULAR MALA
- 4.- Indique el horario de comidas que le parecería más oportuno en el hospital:
 - DESAYUNO:
 - COMIDA:
 - MERIENDA:
 - CENA:
- 5.- La temperatura de la comida le parece: FRÍA ADECUADA CALIENTE
- 6.- La preparación de las comidas le parece: BUENA ACEPTABLE REGULAR MALA
- 7.- La variedad de los alimentos le parece: BUENA ACEPTABLE ESCASA NULA
- 8.- La cantidad de los alimentos servidos le parece: EXCESIVA SUFICIENTE ESCASA
- 9.- La calidad de los alimentos servidos le parece: BUENA REGULAR MALA
- 10.- La cantidad que toma habitualmente del primer plato es: TODA LA MITAD MENOS DE LA MITAD
- 11.- La cantidad que toma habitualmente del segundo plato es: TODA LA MITAD MENOS DE LA MITAD
- 12.- ¿En el menú encuentra comidas que le gustan?: MUCHAS BASTANTES ALGUNAS POCAS
- 13.- ¿En el menú encuentra comidas que se parecen a las de su casa?: MUCHAS BASTANTES ALGUNAS POCAS
- 14.- ¿Le traen comida de casa o de la cafetería? SI NO Indique el motivo:
- 15.- Sugerencias que desee hacer sobre la alimentación del hospital:

ANEXO IV. Fotografías de los yogures comparados para el análisis nutricional.



ANEXO V. Respuestas a por qué si o por qué no le traían comida del hospital.

Respuesta a por qué sí le traían comida de casa
Porque me traen la fruta que me gusta
Porque la comida del hospital es repetitiva, poco preparada y reseca
Porque me quedo con hambre
Hay poca variedad de comidas
En el menú no hay suficiente fibra
Tengo prescrita dieta y en el desayuno no se me ofrece galletas (ni siquiera integrales), solo pan con mermelada y leche sola, No me gusta el café ni derivados
Por no tener sustancia la comida
Si no, no comería nada
Porque muchas veces la comida viene con demasiada salsa y los pescados no son nada apetecibles
Porque me quedo con hambre
Porque es más apetecible que la comida del hospital
Respuesta a por qué no le traían comida del hospital
Me es suficiente con la comida que me dan en el hospital
Para seguir las pautas exactas del médico
Obedecer al medico
Normas del hospital

ANEXO VI. Sugerencias, quejas o propuestas de mejora recibidas por los pacientes que completaron el cuestionario

Llevó aquí muchos días y la comida no me atrae y muchas veces como solo lo cocido. Las patatas están muy duras
Que sean tan estrictos con las comidas sin sal, eso muchas veces hace que sean malas comidas
Si tengo la tensión arterial bien controlada, que no sean tan estrictos con las comidas sin sal Variar más las comidas. Sirven demasiado pollo. El pan está duro. La sopa de fideos y no tiene fideos, el brécol está seco, las patatas están crudas.
Sirven demasiado pollo y pasta. Mala preparación y calidad del pescado. El pan está muy duro
La preparación del pescado podría mejorar
Que no pongan caldos en verano
Las comidas deberían tener menos aceite
Los turnos de comida son demasiado seguidos, muy juntos, y dejan poco tiempo para comer desde que sirven la comida hasta que la recogen
Que no se utilicen material plástico con olores raros y mal desinfectados. Por ejemplo, el café sabe fatal, sabe a plástico de la taza
Que la comida estuviera más caliente, solo el domingo me sorprendió que la comida estuviera aun sin quemar. Los cafés siempre están muy fríos. La comida es suficiente y bastante buena.
Incluir más ensaladas y que la leche del desayuno esté caliente
Que se use más la técnica de cocina de plancha y menos salsas. Incluir más verduras al vapor El punto de las patatas, están muy mal cocinadas. Las bandejas de la comida están bastante defectuosas. La imagen es bastante negativa y eso hace que se me quiten las pocas ganas de comer que ya tengo
Muchas de las comidas vienen poco cocinadas. La cantidad de comida del desayuno me parece poco comparándola con el resto, aparte de que siempre es el mismo tipo (pan con mantequilla y mermelada, café y galletas). Podrían poner zumos o cereales
Las patatas están crudas y faltan verduras y fibra en los menús
Llevo aquí muchos días y la comida no me atrae y muchas veces como solo lo cocido. Las patatas están muy duras
Que sean tan estrictos con las comidas sin sal, eso muchas veces hace que sean malas comidas
Si tengo la tensión arterial bien controlada, que no sean tan estrictos con las comidas sin sal Hay muchas comidas en 12h y después me ponen 12h en ayunas
Me gustarían comidas más sencillas y ligeras. A la merienda se podía sustituir el bollo de pan por galletas. También deberían poner más verduras
La comida sin sal necesita un poco de sal
Mejorar la calidad de la comida y poner comidas menos precalentadas
El pescado debería mejorar la presentación, no es nada apetecible tal y como lo sirven. Sería bueno que la comida estuviera bien condimentada y que no viniese cruda
Que la comida tenga más calidad
No me gustan nada los primeros platos
Las comidas tienen mucha grasa, demasiado fritos, dulces/bollería... Dar más bebidas (agua, zumos) a la gente que tienen pautado la dieta líquida
Podrían informar el día anterior del menú y ofrecer comidas alternativas
Que haya más variedad en las comidas

Yo tengo pautada dieta de fácil digestión y la verdad es que me gustaría saber si en vez de la tostada sin azúcar y sin sal me podría comer un bollo

Las patatas están crudas

Se nota que la comida no está hecha en el día, que está recalentada y se hizo el día anterior
