



Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

**Adecuación de la ingesta e hidratación en pacientes adultos internados en el Hospital
General de Agudos Donación Francisco Santojanni**

Trabajo final de grado para Licenciatura en Nutrición

AUTORA: Candela Belén Suárez

TUTOR TEMÁTICO: Adriana Suárez

TUTORAS METODOLÓGICAS: Acosta Sero Marcela Ommi
Uria Karen

DICIEMBRE – AÑO 2024

Datos de contacto: CandelaBelen.Suarez1@alumnos.uai.edu.ar

marcelaommi.acostasero@uai.edu.ar

karenyael.uria@uai.edu.ar

Índice

Resumen y palabras clave.....	1
Agradecimientos:.....	2
Introducción.....	3
Objetivos	5
Materiales y métodos.....	5
Población y ámbito en estudio	5
Diseño	5
Criterios de elegibilidad.....	6
Muestreo.....	6
Variables	6
Análisis de información.....	7
Aspectos éticos	8
Instrumentos de recolección de datos y procedimientos.....	8
Resultados	9
Discusión	10
Conclusión.....	14
Declaración de conflicto de interés	15
Referencias bibliográficas.....	16
Anexos	19

Resumen y palabras clave

Introducción: La alimentación del paciente adulto hospitalizado debe considerarse una prioridad, dado que constituye un pilar fundamental en su proceso de recuperación. Un adecuado aporte proteico y una ingesta hídrica suficiente son esenciales para preservar su salud.

Objetivo: Estimar la adecuación de la ingesta e hidratación en pacientes adultos internados en el Hospital General de Agudos donación Francisco Santojanni.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Para la estimación de la ingesta, se utilizó un recordatorio de 24 horas durante dos días consecutivos, acompañado de un cuestionario sociodemográfico y clínico. La ingesta hídrica por vía oral se estimó a través de todo tipo de líquidos ingeridos diariamente utilizando medidas caseras y el aporte hídrico a través de hidratación parenteral.

Resultados: Se evaluó a un total de 40 pacientes, quienes presentaron una ingesta calórica promedio de 1593,14 kcal y una ingesta proteica de 84,96 gramos. La mediana de adecuación calórica fue de 92,03%, mientras que la proteica fue de 117,80%. En cuanto a la ingesta de líquidos por vía oral, el valor promedio fue de 1300 ml/día.

Conclusiones: Los resultados del presente estudio evidencian que la mayoría de los pacientes adultos hospitalizados cubren sus requerimientos calóricos y proteicos. En cuanto a la hidratación, se observó que la población estudiada optó principalmente por el consumo de agua. Se destaca la importancia del rol del licenciado en nutrición cuya intervención es clave para el monitoreo tanto de la ingesta como de la hidratación de los pacientes.

Palabras clave: Ingestión de alimentos, Ingestión de líquidos, Deshidratación, Desnutrición proteico-calórica, Estado nutricional

Agradecimientos:

En primer lugar, quiero agradecer mi familia. A mi hijo Benjamín, a mi compañero Emilio y a mis papás, Raquel y Alejandro. Gracias por su apoyo incondicional.

Gracias a todos los profesores y profesoras de la Universidad Abierta Interamericana, por enseñarme cada día la pasión por nuestra profesión.

Gracias a mi compañera y amiga Sandra, por las tardes de estudio, por los momentos compartidos y el acompañamiento durante toda la carrera.

Un especial agradecimiento a mis tutoras, a la Lic. Marcela Ommi Acosta y a la Lic. Karen Uria, por brindarme su ayuda y guía para poder realizar este trabajo.

Introducción

La alimentación del paciente adulto hospitalizado debe considerarse una prioridad, dado que constituye un pilar fundamental en su proceso de recuperación. Sin embargo, en la práctica clínica, la ingesta alimentaria de los pacientes suele ser inferior a sus necesidades, lo que puede derivar en consecuencias tales como la prolongación de la estancia hospitalaria, el deterioro del estado nutricional, un aumento en la aparición de complicaciones y comorbilidades, así como un mayor tiempo de recuperación. Estos factores están estrechamente relacionados tanto con el estado de salud de los pacientes como con la calidad de los alimentos proporcionados en el hospital (1).

En este contexto, se estima que aproximadamente el 58% de los pacientes hospitalizados no consumen la totalidad de los alimentos ofrecidos, ingiriendo menos del 25% de la porción servida (2). Por otro lado, el 40,4% de los pacientes que mantienen una ingesta alimentaria adecuada cubren el 75% de las calorías prescritas (3). En cuanto a la percepción de la calidad del servicio alimentario, solo el 25% de los pacientes expresa satisfacción respecto a los alimentos suministrados, siendo el desayuno la comida con mayor aceptación (4).

La ingesta alimentaria deficiente afecta principalmente a la población adulta mayor, ya que con frecuencia no cubre adecuadamente sus requerimientos nutricionales. Entre los factores que contribuyen a este déficit nutricional se encuentran aquellos vinculados con la condición clínica del paciente, como la pérdida de apetito, la aversión alimentaria, la omisión de comidas, las interrupciones durante la alimentación y la presencia de síntomas gastrointestinales, como náuseas o vómitos. La ingesta también se ve influenciada por características propias del paciente, como dificultades para masticar o deglutir, y por factores relacionados con el entorno hospitalario, como los ayunos prolongados o la falta de asistencia durante la ingesta (2,5,6).

El estado de enfermedad, el estrés fisiológico y los procedimientos médicos aumentan las necesidades metabólicas de los pacientes hospitalizados. Estas condiciones contribuyen al desarrollo de desnutrición, lo que provoca pérdida de masa muscular, una mayor probabilidad de sufrir lesiones por presión, un aumento en el riesgo de infecciones, un deterioro en la calidad de vida y mayor riesgo de mortalidad, además de elevar los costos asociados a la atención médica (7,8). Entre el 20% y el 50% de los pacientes presentan desnutrición al momento del ingreso al hospital, y su estado nutricional se deteriora aún más durante la hospitalización (8).

Los requerimientos proteicos de los pacientes adultos hospitalizados varían en función de factores fisiológicos como la edad y el sexo, así como de condiciones patológicas específicas. Por lo tanto, una ingesta adecuada de proteínas es esencial para preservar la integridad del sistema esquelético, dado que su deficiencia puede llevar a la pérdida de masa muscular, alteraciones en los procesos de absorción, transporte y almacenamiento de nutrientes, y una reducción del gasto energético corporal. En los pacientes adultos mayores, el aporte proteico debe incrementarse para prevenir la pérdida acelerada de masa y fuerza muscular esquelética, ya que esta condición contribuye al deterioro de la capacidad funcional y, por consiguiente, a la pérdida de independencia. Aunque en la práctica clínica se implementan diversas estrategias para revertir esta situación, como el enriquecimiento de las comidas con alimentos de alto contenido proteico o la administración de suplementos orales, se ha observado que, con frecuencia, los pacientes hospitalizados no alcanzan a cubrir sus requerimientos nutricionales. Además, es esencial individualizar la ingesta proteica, teniendo en cuenta las tasas metabólicas, las necesidades fisiológicas específicas y el estado general de salud de cada paciente (9,10).

De igual manera, la hidratación cumple un rol imprescindible para la salud y la recuperación del paciente hospitalizado. Se ha estimado que los alimentos proveen alrededor del 20% al 30% del agua consumida en la dieta, mientras que las bebidas proporcionan el 70% al 80% restante (11). La deshidratación es un problema frecuente en el ámbito hospitalario y, en los pacientes adultos, puede dar lugar a complicaciones como estreñimiento, alteraciones del estado de conciencia y deterioro de la función cardiovascular (12). Los adultos mayores son más propensos a deshidratarse, dado que la sensación de sed disminuye debido a cambios en el sistema nervioso central y en la función renal, así como a una reducción en la secreción de la hormona antidiurética (ADH). Estos factores, sumados a la prescripción de ciertos medicamentos, pueden contribuir a una disminución en la percepción de la sed (13). Como consecuencia, dependen del personal de salud para que los ayude a administrar la ingesta de líquidos, con el fin de mantener una hidratación adecuada (14).

Una revisión sistemática describió los riesgos asociados con la falta de ingesta de líquidos por parte de los adultos mayores y las herramientas de evaluación clínica que identifican a los pacientes con esta condición. Se evidenció la ausencia de un método estandarizado para la evaluación del riesgo de deshidratación, lo que constituye una limitación en la práctica clínica. Además, se encontró que la provisión continua de una variedad de bebidas, junto con la adaptación de utensilios para beber, pueden potenciar el consumo de líquidos (15). En concordancia, otro estudio observó que la deshidratación es común en esta

población, señalando además que esta problemática ha sido estudiada con poca frecuencia en el ámbito hospitalario (14). Con respecto a las herramientas más utilizadas para registrar la cantidad de alimentos consumidos por los pacientes, se mencionan métodos de estimación visual o la utilización de balanzas para pesar los restos de alimentos que quedan en las bandejas luego de cada comida ingerida (2,4,5).

El presente trabajo tiene como objetivo conocer cómo es la alimentación y la hidratación del paciente adulto en el ámbito hospitalario, evaluar su ingesta y estimar si la misma cubre sus requerimientos metabólicos establecidos. A través del análisis de los resultados obtenidos, se pretende impulsar el desarrollo de estrategias de intervención nutricional que permitan identificar posibles deficiencias y favorecer la recuperación de los pacientes.

Objetivos

Objetivo general: Estimar la adecuación de la ingesta e hidratación en pacientes adultos internados en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni

Objetivos específicos:

En pacientes adultos internados en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni:

- Estimar la adecuación calórica
- Estimar la adecuación proteica
- Describir el aporte hídrico total
- Describir el tipo de líquidos consumidos vía oral

Materiales y métodos

Población y ámbito en estudio

Pacientes adultos internados en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni durante el período comprendido entre septiembre a diciembre del 2024

Diseño

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo

Criterios de elegibilidad

- Criterios de inclusión: Adultos internados mayores de 18 años, ambos sexos biológicos, durante un mínimo de 7 días.
- Criterios de exclusión: Aquellos pacientes con barreras idiomáticas o de comprensión que imposibilite realizar la entrevista, o que se encuentren sin la presencia de cuidadores para responder a las preguntas de la misma, pacientes con demencia, en fin de vida, aquellos que se nieguen a participar, pacientes con soporte nutricional a través de sonda nasogástrica u ostomías.
- Criterios de eliminación: Alta hospitalaria antes de los 7 días de internación.

Muestreo

No probabilístico intencional según los participantes que se encuentran en el ámbito de estudio o en el momento de recolectar datos.

Variables

Variables de caracterización

Se relevaron los siguientes datos para caracterizar a la muestra estudiada: Edad (años), Sexo biológico (femenino/masculino), Tiempo de internación (días), Estado nutricional (Bajo peso/Normopeso/Sobrepeso/Obesidad) Se definió según valores de IMC donde $<18,5$ kg/m² = bajo peso; De 18,5 a 24,9 kg/m² = normopeso; de 25 a 29,9 kg/m²: sobrepeso y ≥ 30 kg/m² = obesidad, IMC (Kg/m²), Valoración Global Subjetiva (A=Bien nutrido/B=Sospecha de desnutrición o Moderadamente desnutrido/C=Severamente desnutrido) (16), Diagnóstico principal del paciente (clínico, social, quirúrgico), Dieta indicada (dieta general, dieta líquida, dieta blanda, dieta hiposódica, dieta hepatoprotectora, dieta apta diabetes), Ingesta calórica total diaria (kilocalorías), Ingesta proteica diaria (gramos).

Variables en estudio

Las variables en estudio fueron:

- Adecuación calórica (% porcentaje). Se calculó según el porcentaje que representan las calorías consumidas respecto al requerimiento estimado, utilizando el requerimiento del paciente según su estado nutricional. Se utilizó 35 kilocalorías (KCAL) por Peso actual

(PA) para los pacientes con bajo peso, 30 kcal por PA para los pacientes con normopeso y 22 Kcal por Peso Ideal Corregido (PIC) para los pacientes con sobrepeso u obesidad. A través de la siguiente fórmula: $\text{Ingesta calórica (kcal)}/\text{requerimiento (kcal)} \times 100$.

- Adecuación proteica (% porcentaje). Se calculó según el porcentaje que representan las proteínas consumidas respecto al requerimiento estimado, utilizando el requerimiento del paciente según su estado nutricional. Se utilizó 1 gramo de proteínas/kg de PA/día para pacientes con normopeso, sobrepeso u obesidad y 1,2 gramos de proteínas/kg de PA/ día para pacientes con bajo peso. A través de la siguiente fórmula: $\text{Ingesta proteica (gramos)}/\text{requerimiento (gramos)} \times 100$.

Para calcular el requerimiento calórico y proteico, se utilizó el protocolo establecido por la institución en la que se llevó a cabo la investigación.

- Ingresos hídricos totales (mililitros). Se definió según promedio de ingesta hídrica vía oral + plan de rehidratación periférica si lo tuviera. Se contabilizaron los siguientes tipos de líquidos consumidos: agua, infusiones (té, mate cocido, mate), bebidas saborizadas con azúcar (gaseosas, jugos), bebidas saborizadas sin azúcar (gaseosas light, jugos light).
- Tipo de líquidos consumidos vía oral (agua, infusiones, bebidas saborizadas con azúcar, bebidas saborizadas sin azúcar). Se consideró las siguientes infusiones: té, mate cocido o café. Se consideró bebidas saborizadas con azúcar a aquellas que contienen en su composición azúcar agregada: gaseosas, aguas saborizadas, jugos comerciales. Se consideró bebidas saborizadas sin azúcar a aquellas que contienen edulcorante en su composición: gaseosas light, aguas saborizadas light, jugos comerciales light.

Para la estimación de la ingesta calórica, proteica e hídrica, se realizó un promedio de la ingesta registrada durante dos días consecutivos, o no consecutivos, durante la estancia hospitalaria.

Análisis de información

Las variables categóricas se reportaron a través de frecuencias absolutas y relativas (n y %). Las variables numéricas se reportaron a través de medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión como desvío estándar (DE), cuartil 1 (Q1) y cuartil 3 (Q3), mínimo y máximo valor hallado, según cumplimiento del supuesto de normalidad. El supuesto de

normalidad se verificó utilizando el test de Shapiro Wilk y a través de métodos gráficos (Box plot, cuantil-cuantil, histogramas).

Los datos fueron analizados con herramientas estadísticas de Excel.

Aspectos éticos

El protocolo del presente estudio fue presentado ante el Comité de Ética e Investigación de la institución Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni. La investigación se adecuó a las normas internacionales de investigación de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Ley 3301 (Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud) del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud de la Nación.

Las investigadoras tomaron todas las precauciones necesarias para proteger la privacidad y la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio, conforme a la Ley Nacional 25.326 de Habeas Data, omitiendo los datos que pudiesen identificar a los individuos al consolidar los resultados para el análisis estadístico. Estos datos fueron “codificados o reversiblemente disociados”.

Instrumentos de recolección de datos y procedimientos

Para la estimación de la ingesta se utilizó un recordatorio de 24 horas durante dos días consecutivos o no consecutivos, acompañado de una encuesta que se usó como guía de preguntas para el recordatorio, y un cuestionario sociodemográfico y clínico. Los instrumentos fueron aplicados de manera presencial. Se estimó una duración de la entrevista de 15 minutos. Mediante el recordatorio de 24 horas, se relevaron datos sobre la ingesta de alimentos durante las 4 comidas principales administradas por el hospital (desayuno, almuerzo, merienda y cena) y refuerzos de sobre alimentación junto con las comidas o entre estas. Por otro lado, se relevaron datos sobre la ingesta hídrica vía oral, a través de todo tipo de líquidos ingeridos diariamente, utilizando medidas caseras (vasos, tazas, botellas) y el aporte hídrico a través de plan de hidratación periférica. La información sobre el aporte hídrico por vía periférica se recolectó a través de la revisión de las indicaciones médicas, de las cuales se extrajo el tipo de aporte indicado (solución salina o suero glucosado) y la velocidad de infusión, para estimar la cantidad aportada en 24 horas. Estos fueron verificados por observación directa en la habitación del paciente.

Resultados

Se evaluó a un total de 40 pacientes. La mayoría tuvo como dieta indicada, un régimen hepatoprotector. El resto de las características se visualizan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los participantes

Sexo femenino, n (%)	20 (50,00)
Edad (años), media DE Mínimo-máximo	54,73 [15,26] 24-85
Tiempo de internación (días) mediana [IQR] Mínimo-máximo	7 [7-16,25] 7-90
IMC (kg/m ²) mediana [IQR] Mínimo-máximo	26,71 [23,72-30,39] 13,84 – 53,78
Estado nutricional, n (%) Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obesidad	2 (5,00) 14 (35,00) 12 (30,00) 12 (30,00)
VGS, n (%) A B C	35 (87,50) 4 (10,00) 1 (2,50)
Diagnóstico de paciente, n (%) Clínico Quirúrgico Social	22 (55,00) 16 (40,00) 2 (5,00)
Dieta indicada, n (%) Dieta general Dieta líquida Dieta blanda Dieta hiposódica Dieta hepatoprotectora Dieta apta diabetes	7 (17,50) 0 6 (15,00) 9 (22,50) 16 (40,00) 2 (5,00)
Ingesta calórica total diaria (kcal) Mediana [IQR] Mínimo-máximo	1593,14 [1416,17-1768,71] 338,78-2580,90
Ingesta proteica total diaria (gramos) Mediana [IQR] Mínimo-máximo	84,96 [77,21-97,87] 16,23-122,74

DE: Desvío estándar. IQR: intervalo intercuartilo. IMC: índice de masa corporal. VGS: valoración global subjetiva. KCAL: kilocalorías. Fuente: elaboración propia

Adecuación calórica y proteica

Con respecto a la adecuación de la ingesta, la mediana de adecuación calórica fue mayor al 75%, mientras que la proteica superó el 100% (Tabla 2).

Tabla 2. Adecuación de ingesta calórica y proteica

Componentes	Mediana [Q1 – Q3]	Mínimo	Máximo
Adecuación calórica (%)	92,03 [75,89-111,82]	21,86	184,35
Adecuación proteica (%)	117,80 [96,73-141,40]	23,19	255,71

Q1: cuartil 1. Q3: cuartil 3. Fuente: elaboración propia

Aporte hídrico

Con respecto a la ingesta de líquidos, los ingresos fueron principalmente por vía oral, superando levemente el litro. El aporte por vía periférica se observó en 11 pacientes con aportes máximos bajos. El promedio de ingresos hídricos totales fue menor a 1500 ml/día (Tabla 3).

Tabla 3. Ingesta hídrica por vía oral, periférica y total

Componentes	Mediana [Q1 – Q3]	Mínimo	Máximo
Ingresos hídricos vía oral (ml/día)	1300 [1100-1744]	75	2800
Ingresos hídricos por plan de rehidratación periférica (ml/día)	0 [0-500]	0	1250
Ingresos hídricos totales (ml/día)	1425 [1200-1800]	825	2800

Q1: cuartil 1. Q3: cuartil 3. ML: mililitros. Fuente: elaboración propia

Tipo de líquidos consumidos

En cuanto a la clasificación de los líquidos consumidos, se halló que el 92,5% (n=37) de los pacientes prefirieron té durante el desayuno y la merienda, mientras que el 7,5% (n=3) optaron por mate cocido. Durante el resto del día, el agua fue la bebida elegida por el total de la muestra, para acompañar las comidas. Solo un paciente, además de los líquidos mencionados, optó por bebidas azucaradas.

Discusión

En el presente trabajo la ingesta calórica promedio en 40 pacientes adultos internados, fue de 1593 kcal/día, con un mínimo de 338,78 kcal y un máximo de 2580,90 kcal. Con respecto a la evidencia aportada por otros estudios con adultos hospitalizados, el estudio realizado por Bannerman et al., que analizó exclusivamente a 175 pacientes adultos mayores, reportó un consumo energético promedio de 1349 kcal/día (17). En una muestra más reducida, Viner Smith et al. observaron que la ingesta calórica diaria de 8 pacientes, con una edad

promedio de 69 ± 19 años, fue de 1486 [431-1620] kcal (18). Sin embargo, en el estudio de Weijzen et al., que incluyó una muestra de 102 pacientes con una edad promedio de 68 ± 14 años, la ingesta energética promedio fue de 1190 kcal/día, con un mínimo de 730 kcal y un máximo de 1530 kcal (9); mientras que Pullen et al., que incluyó 93 pacientes, reportaron una ingesta energética diaria media (DE) de 1102 (520) kcal (19). Finalmente, el estudio de Rattray et al. reportó una ingesta calórica inferior en una muestra de 110 pacientes, con un promedio de $977,05 \text{ kcal} \pm 579,11 \text{ kcal}$ (20). En particular, se observó que la ingesta mínima en algunos pacientes fue considerablemente inferior a la ingesta promedio. Esta reducción podría estar relacionada, en parte, con las patologías subyacentes que presentaban los pacientes, además de su condición postquirúrgica, dado que en estos casos la adaptación a la vía oral suele ser progresiva. No obstante, esta reducción no puede ser atribuida exclusivamente a estos factores, ya que también se identificaron aspectos como el desagrado por la comida, entre otros, que podrían haber influido en la ingesta calórica de algunos pacientes.

En el presente trabajo la ingesta de proteínas promedio fue de 85 g/día. No obstante, McCray et al. reportaron un consumo proteico promedio de $55,1 \pm 25,1$ gramos/día en una muestra de 85 pacientes (21). Por otro lado, el estudio de Weijzen et al. evidenció, en 102 pacientes adultos mayores, un consumo proteico de 0,65 (0,37-0,93) gramos/kg/día, a pesar de que el aporte durante la hospitalización fue de 1,03 (0,77-1,26) gramos/kg/día (9). A su vez, Vasse et al. encontraron que solo 17 de los 62 participantes cubrieron la ingesta proteica recomendada de 1,2 g/kg/día, mientras que 15 participantes presentaron una ingesta inferior a 0,8 g/kg/día (22).

La adecuación calórica fue del 92,03%, mientras que la adecuación proteica fue del 117,80%. Considerando que se establece un porcentaje de adecuación normal entre el 90% y el 110% (1), la adecuación de la ingesta promedio se encontró dentro del rango de normalidad. Por otro lado, en el presente estudio, el 57,5% (n=23) de los pacientes cubrieron su adecuación calórica, mientras que el 85% (n=34) cubrieron su adecuación proteica. En contraste, el estudio de Simzari et al. reportó que solo el 11,7% de los pacientes alcanzó una ingesta adecuada a sus requerimientos energéticos diarios, estimados en 2030,3 kcal/día (4). El trabajo de Weijzen et al. reportó que solo el 4% (n = 4) de los pacientes tuvo una ingesta proteica igual o superior a las recomendaciones de $\geq 1,2 \text{ g/kg/d}$ (9). Por otro lado, en el estudio de Shuetz et al., se reportó que, de un total de 1013 pacientes, el 54% (n=547) alcanzó sus objetivos calóricos, los cuales fueron establecidos de acuerdo con el estado nutricional de cada paciente. Además, el 55% (N=557) logró cubrir sus requerimientos proteicos, los cuales oscilaban entre 1,2 y 1,5 g/kg de peso/día (23).

Es importante señalar que los resultados obtenidos en el presente estudio, en cuanto a la adecuación calórica y proteica, difieren de los reportados en las investigaciones revisadas. Esta discrepancia podría atribuirse a las características de la muestra estudiada, que incluyó una población heterogénea tanto en términos de patologías como de estado nutricional. Además, se emplearon criterios diferentes para la estimación de los requerimientos.

Si bien el consumo de proteínas se estimó por encima del rango de normalidad, presentó un valor mínimo de adecuación de 23,19%. Una ingesta insuficiente de proteínas conlleva consecuencias, como la atrofia muscular y el deterioro funcional, debidos a la disminución en la síntesis de proteínas musculares. Estas condiciones se agravan durante periodos de reposo e inactividad, como los que suelen ocurrir durante la hospitalización, afectando principalmente a los adultos mayores (24). En este sentido, los suplementos nutricionales pueden considerarse una estrategia nutricional eficaz para mejorar el balance proteico muscular y promover el mantenimiento de la masa muscular esquelética, ya que proporcionan nutrientes en cantidades suficientes. Además, su uso no está asociado a la supresión del apetito (25).

En relación con la adecuación calórica, se observó un valor mínimo del 21,86%. Entre las posibles consecuencias de una ingesta calórica insuficiente, se destaca la reducción del apetito, lo que podría incrementar significativamente el riesgo de desnutrición en la población estudiada (26). En este sentido, el estudio de Simzari et al., destaca que un factor crucial en la prevención de la desnutrición hospitalaria es la aceptación de los pacientes respecto a la calidad de los alimentos proporcionados. Este factor puede desempeñar un papel fundamental en los esfuerzos por reducir la desnutrición durante la hospitalización (4). Por lo tanto, se refuerza la importancia de intervenir en la calidad de los alimentos y garantizar una ingesta adecuada para mejorar el estado nutricional de los pacientes.

En el presente estudio también se cuantificó la ingesta de líquidos. Los resultados mostraron que la ingesta hídrica por vía oral fue de 1300 ml/día, mientras que la hidratación aportada a través de un plan de hidratación parenteral por vía periférica presentó valores de mediana [Q1-Q3] de 0 [0-500]. La baja implementación de la vía periférica pudo deberse a que los pacientes contaban con la vía oral habilitada para la ingesta de líquidos, lo que probablemente redujo la necesidad de hidratación intravenosa. En el estudio de McCrow et al., se reportó que, de un total de 44 participantes con una edad promedio de 81 años (DE=8,5), el 12,29% estaba deshidratado al inicio del estudio y el 21% (n = 9) presentaba deshidratación al finalizarlo. Además, se registraron los volúmenes medios de líquidos consumidos en cada comida, los cuales fueron de 248 ml (DE = 85) en el desayuno, 190 ml (DE = 123) en el

almuerzo y 202 ml (DE = 141) en la cena, lo que resultó en un consumo total de 640 ml en las tres comidas (14). Es relevante mencionar que, si bien en la presente investigación la ingesta de líquidos se evaluó en una población adulta mayor de 18 años, la mayoría de los estudios revisados se centraron en población adulta mayor, debido a que son más susceptibles a sufrir deshidratación (14). Por otro lado, en el estudio de Oates et al., se describió que la sequedad de la lengua fue el atributo físico que más se asoció como indicador de deshidratación. Además, se destacaron como barreras para la ingesta de líquidos las dificultades para deglutir y la necesidad de asistencia física (15).

Finalmente, se describió el tipo de líquidos consumidos, y se encontró que el 100% de los pacientes eligieron el agua como bebida principal, tanto para acompañar las comidas como para su consumo durante el resto del día. El agua, componente principal del cuerpo humano, es esencial en múltiples funciones fisiológicas, tales como la regulación de la temperatura corporal, el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y la eliminación de desechos metabólicos. Por lo tanto, la pérdida excesiva de agua, ya sea debido a deshidratación o alteraciones en la ingesta hídrica, puede comprometer el estado de salud, dando lugar a disfunciones en el sistema renal, cardiovascular y cognitivo, incrementando el riesgo de complicaciones (27).

Además del agua, bebidas como leche, café, té, mate cocido o gaseosas, también contribuyen a la ingesta de líquidos. En este sentido, Ozen et al. describieron en una población sana que el consumo de agua representaba el 40% de la ingesta diaria total de líquidos. Por otro lado, el café y el té constituían un 22% de la ingesta total de bebidas, mientras que la leche y las bebidas lácteas representaban alrededor del 9% de la ingesta total. Asimismo, reportaron que el consumo de gaseosas en adultos representaba aproximadamente el 8% de la ingesta total de líquidos (27). Mientras que, en el presente estudio, se halló que, para acompañar los desayunos y las meriendas, el 92,5% (n=37) de los pacientes optaron por el té, ya sea solo o con leche, mientras que solo el 7,5% (n=3) eligieron el mate cocido.

Entre las principales limitaciones de este estudio se señala la heterogeneidad de la población analizada, dado que existió una diversidad significativa en términos de patologías, estado nutricional y edades. Además, se deben mencionar el tamaño de la muestra y el corto período de seguimiento, dado que únicamente se evaluaron dos días, y este intervalo de tiempo no es representativo para evaluar la adecuación de la ingesta, considerando que la mayoría de los pacientes permanecieron hospitalizados durante períodos más prolongados. También es relevante señalar que se requería de la memoria de los encuestados para recordar con precisión la cantidad de alimentos y bebidas consumidas, lo que introduce un posible sesgo de recuerdo

que podría haber afectado la exactitud de los datos recopilados. Otra limitación fue la falta de un método más objetivo para medir el consumo de alimentos, ya que no se utilizó una balanza para pesar los restos de alimentos en las bandejas de los pacientes al finalizar las comidas, lo que habría permitido una estimación más precisa del consumo real. Finalmente, se debe señalar que la estimación de la adecuación hídrica no fue calculada en el presente estudio, debido a la complejidad de su medición y la dificultad para obtener datos precisos.

A partir de los resultados obtenidos, se sugiere la realización de futuros estudios que incluyan un tamaño de muestra mayor y un período de evaluación más extenso de la ingesta de los pacientes, con el fin de obtener resultados más representativos. Además, se destaca la importancia del rol del licenciado en nutrición en el entorno hospitalario, ya que es quien se encarga de proporcionar las indicaciones de la alimentación para los pacientes internados, supervisar el cumplimiento de estas y enfatizar en la importancia de una adecuada ingesta como un factor clave para una óptima recuperación. Finalmente, se sugiere continuar investigando los factores que influyen en la ingesta nutricional, con el objetivo de identificar posibles deficiencias y optimizar las prácticas clínicas en el ámbito hospitalario.

Conclusión

Los resultados del presente estudio evidencian que la mayoría de los pacientes adultos hospitalizados cubren sus requerimientos calóricos y proteicos. Sin embargo, se observó que una proporción de los pacientes presentó ingestas insuficientes, lo que pone de manifiesto la necesidad de un mayor seguimiento y una intervención más activa por parte del personal de salud, destacando la importancia de un enfoque interdisciplinario en el manejo nutricional.

En cuanto a la hidratación, se destaca que la población estudiada opta principalmente por el agua para la ingesta de líquidos. No obstante, la ingesta hídrica total fue inferior a 1500 ml/día, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias que fomenten un mayor consumo de líquidos en esta población. Esto resulta particularmente relevante en los adultos mayores, quienes presentan un mayor riesgo de deshidratación y de complicaciones asociadas.

Finalmente, cabe destacar el rol profesional del licenciado en nutrición, quien desempeña una función clave en la gestión alimentaria y en el cuidado nutricional de los pacientes hospitalizados, así como en el monitoreo de la ingesta alimentaria e hídrica. Su intervención es esencial para optimizar la salud y la recuperación de los pacientes.

Declaración de conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés en relación a este manuscrito para divulgar

Referencias bibliográficas

1. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, Meija L, Ottens-Oussoren K, Pichard C, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr Edinb Scotl*. diciembre de 2021;40(12):5684-709.
2. Osman NS, Md Nor N, Md Sharif MS, Hamid SBA, Rahamat S. Hospital Food Service Strategies to Improve Food Intakes among Inpatients: A Systematic Review. *Nutrients*. 18 de octubre de 2021;13(10):3649.
3. Braga Azambuja F, Beghetto MG, de Assis MCS, de Mello ED. Food intake reported versus nursing records: is there agreement in surgical patients? *Nutr Hosp*. 1 de junio de 2015;31(6):2735-9.
4. Simzari K, Vahabzadeh D, Nouri Saeidlou S, Khoshbin S, Bektas Y. Food intake, plate waste and its association with malnutrition in hospitalized patients. *Nutr Hosp*. 16 de noviembre de 2017;34(5):1376-81.
5. Rinninella E, Raoul P, Maccauro V, Cintoni M, Cambieri A, Fiore A, et al. Hospital Services to Improve Nutritional Intake and Reduce Food Waste: A Systematic Review. *Nutrients*. 7 de enero de 2023;15(2):310.
6. Wright C, Shankar B, Marshall S, Percy J, Somani A, Agarwal E. Prevalence of malnutrition risk and poor food intake in older adults in Indian hospitals: A prospective observational nutritionDay study with novel mapping of malnutrition risk to the Malnutrition Screening Tool. *Nutr Diet J Dietit Assoc Aust*. abril de 2021;78(2):135-44.
7. Young A, Allia A, Jolliffe L, de Jersey S, Mudge A, McRae P, et al. Assisted or Protected Mealtimes? Exploring the impact of hospital mealtime practices on meal intake. *J Adv Nurs*. julio de 2016;72(7):1616-25.
8. Viner Smith E, Kouw IWK, Summers MJ, Louis R, Chapman MJ, Chapple LAS. Evaluating physiological barriers to oral intake in hospitalized patients: A secondary analysis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. octubre de 2024;48(7):833-40.
9. Weijzen MEG, Kouw IWK, Geerlings P, Verdijk LB, van Loon LJC. During Hospitalization, Older Patients at Risk for Malnutrition Consume <0.65 Grams of Protein per Kilogram Body Weight per Day. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr*. agosto de 2020;35(4):655-63.
10. Wu G. Dietary protein intake and human health. *Food Funct*. marzo de 2016;7(3):1251-65.
11. Perales-García A, Estévez-Martínez I, Urrialde R. Hidratación: determinados aspectos básicos para el desarrollo científico-técnico en el campo de la nutrición. *Nutr Hosp* [Internet]. 12 de julio de 2016 [citado 11 de noviembre de 2024]; Disponible en: <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/338>
12. Lin LC, Chen TW, Chen YH, Wu SC. Effect of a Hydration Game-Based Learning Program in Improving Fluid Intake and Hydration Status in Institutional Residents. *J Nurs Res JNR*. 1 de diciembre de 2024;32(6):e365.

13. Begg DP. Disturbances of thirst and fluid balance associated with aging. *Physiol Behav.* 1 de septiembre de 2017;178:28-34.
14. McCrow J, Morton M, Travers C, Harvey K, Eeles E. Water, water everywhere: dehydration in the midst of plenty – An observational study of barriers and enablers to adequate hydration in older hospitalized patients. *Clin Nurs Stud.* 18 de enero de 2016;4(2):p1.
15. Oates LL, Price CI. Clinical assessments and care interventions to promote oral hydration amongst older patients: a narrative systematic review. *BMC Nurs.* 2017;16:4.
16. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987;11(1):8-13.
17. Bannerman E, Cantwell L, Gaff L, Conroy A, Davidson I, Jones J. Dietary intakes in geriatric orthopaedic rehabilitation patients: Need to look at food consumption not just provision. *Clin Nutr Edinb Scotl.* agosto de 2016;35(4):892-9.
18. Viner Smith E, Kouw IWK, Summers MJ, Louis R, Trahair L, O'Connor SN, et al. Comparison of energy intake in critical illness survivors, general medical patients, and healthy volunteers: A descriptive cohort study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* abril de 2024;48(3):275-83.
19. Pullen K, Collins R, Stone T, Carter H, Sadler H, Collinson A. Are energy and protein requirements met in hospital? *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc.* abril de 2018;31(2):178-87.
20. Rattray M, Desbrow B, Roberts S. Comparing nutritional requirements, provision and intakes among patients prescribed therapeutic diets in hospital: An observational study. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* 2017;39-40:50-6.
21. McCray S, Maunder K, Krikowa R, MacKenzie-Shalders K. Room Service Improves Nutritional Intake and Increases Patient Satisfaction While Decreasing Food Waste and Cost. *J Acad Nutr Diet.* febrero de 2018;118(2):284-93.
22. Vasse E, Beelen J, de Roos NM, Janssen N, de Groot LC. Protein intake in hospitalized older people with and without increased risk of malnutrition. *Eur J Clin Nutr.* junio de 2018;72(6):917-9.
23. Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, et al. Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet Lond Engl.* 8 de junio de 2019;393(10188):2312-21.
24. Thalacker-Mercer AE, Drummond MJ. The importance of dietary protein for muscle health in inactive, hospitalized older adults. *Ann N Y Acad Sci.* noviembre de 2014;1328:1-9.
25. Pullen K, Collins R, Stone T, Carter H, Sadler H, Collinson A. Are energy and protein requirements met in hospital? *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc.* abril de 2018;31(2):178-87.

26. Okoro NI, Basil B, Abonyi MC. Assessment of Nutritional Status among Elderly Hospitalized Patients in Enugu, Nigeria: A Hospital-based Study. *Niger Med J J Niger Med Assoc.* 2024;65(4):403-12.
27. Özen AE, Bibiloni MDM, Pons A, Tur JA. Fluid intake from beverages across age groups: a systematic review. *J Hum Nutr Diet Off J Br Diet Assoc.* octubre de 2015;28(5):417-42.

Anexos

Anexo 1: Cuadro de variables de caracterización

Variables de caracterización	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones
Sexo biológico	Femenino / Masculino	Dicotómica o binaria	
Edad	Años	Numérica Discreta	Se consideran los años cumplidos
Tiempo de internación	Cantidad de días	Numérica Discreta	Se definió según los días de estadía intrahospitalaria del paciente considerando el día 1 al día de ingreso
Estado nutricional	Bajo peso / Normopeso / Sobrepeso / Obesidad	Ordinal	Se definió según valores de IMC donde $<18,5 \text{ kg/m}^2$ = bajo peso; De $18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$ = normopeso; de 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$: sobrepeso y $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ = obesidad
IMC	Kg/m^2	Numérica continua	Se definió según la siguiente fórmula: $\text{peso actual/talla}^2$
Valoración Global Subjetiva	A = Bien nutrido B = Sospecha de desnutrición / Moderadamente desnutrido C = Severamente desnutrido	Ordinal	Se definió de la siguiente manera: A= Bien nutrido = paciente que ha presentado pérdida de peso y de masa muscular, pero recibe una ingesta adecuada y se encuentra recuperando su peso. B = Sospecha de desnutrición / Moderadamente desnutrido = paciente con pérdida moderadas de peso de patrón continuo, disminución persistente de su ingesta, incapacidad funcional progresiva y con una enfermedad de estrés moderado. C = Desnutrición severa = independientemente de su proceso patológico = paciente con pérdida severa de peso, ingesta disminuida, incapacidad funcional progresiva y pérdida de masa muscular (16).
Diagnóstico principal del paciente	Clínico Quirúrgico Social	Nominal Politómica	Se definió de la siguiente manera: Clínico: pacientes que se encuentran internados en sala médica por patologías agudas o crónicas. Quirúrgico: pacientes que se encuentran internados en sala de

			cirugía para ser operados o post cirugía. Social: Aquellos pacientes que ingresan al hospital por motivos que no son ni clínicos ni quirúrgicos.
Dieta indicada	Dieta general Dieta líquida Dieta blanda Dieta hiposódica Dieta hepatoprotectora Dieta apta diabetes	Ordinal	Se definió la dieta indicada según: dieta general, dieta líquida, dieta blanda, dieta hiposódica, dieta hepatoprotectora, dieta apta diabetes
Ingesta calórica total diaria	Kilocalorías	Numérica continua	Se definió el aporte diario según promedio de las calorías totales consumidas en dos días consecutivos o no durante la estadía hospitalaria
Ingesta proteica diaria	Gramos	Numérica continua	Se definió el aporte diario según promedio de los gramos de proteínas totales consumidas en dos días consecutivos o no durante la estadía hospitalaria

Anexo 2: Cuadro de variables en estudio

Variables en estudio	Unidades o categorías	Escalas de medición	Definiciones
Adecuación calórica	% porcentaje	Numérica continua	Se contabilizó la ingesta de las 4 comidas diarias y los refuerzos de sobrealimentación durante o entre dichas comidas, luego se realizó un promedio de ingesta estimada durante 2 días consecutivos o no durante la estancia hospitalaria. La adecuación se calculó utilizando el requerimiento del paciente según su estado nutricional, utilizando el peso teórico y la ingesta estimada a través de la siguiente fórmula: $\text{Ingesta calórica (kcal)} / \text{requerimiento (kcal)} \times 100$. Para estimar la cantidad ingerida en el interrogatorio se consideraron las siguientes equivalencias 100% = todo; 75% = $\frac{3}{4}$; 50% = la mitad; 25% $\frac{1}{4}$; 0 = no consume nada.
Adecuación proteica	% porcentaje	Numérica continua	Se contabilizó la ingesta de las 4 comidas diarias y los refuerzos de sobrealimentación durante o entre dichas comidas, luego se realizó un promedio de ingesta estimada

			durante 2 días consecutivos o no durante la estancia hospitalaria. La adecuación se calculó utilizando el requerimiento del paciente según su estado nutricional, utilizando el peso teórico y la ingesta estimada a través de la siguiente fórmula Ingesta proteica (gramos)/requerimiento (proteínas) x 100. Para estimar la cantidad ingerida en el interrogatorio se consideraron las siguientes equivalencias 100% = todo; 75% = $\frac{3}{4}$; 50% = la mitad; 25% $\frac{1}{4}$; 0 = no consume nada.
Ingresos hídricos totales	Mililitros	Numérica continua	Se definió según promedio de ingesta hídrica vía oral + plan de rehidratación periférica si lo tuviera durante 2 días consecutivos o no durante la estancia hospitalaria. Se contabilizaron los siguientes líquidos: agua, infusiones (té, mate cocido, mate), bebidas saborizadas con azúcar (gaseosas, jugos o bebidas comerciales) bebidas saborizadas sin azúcar (gaseosas light, jugos light o bebidas comerciales light).
Tipo de líquidos consumidos vía oral	Agua Infusiones Bebidas saborizadas con azúcar Bebidas saborizadas sin azúcar	Nominal Politómica	Se consideró la ingesta hídrica de las 4 comidas diarias y los refuerzos de sobrealimentación durante o entre dichas comidas durante 2 días consecutivos o no durante la estancia hospitalaria. Se consideró las siguientes infusiones: té, mate cocido o café. Se consideró bebidas saborizadas con azúcar a aquellas que contienen en su composición azúcar agregada: gaseosas, jugos o bebidas saborizadas. Se consideró bebidas saborizadas sin azúcar a aquellas que contienen edulcorante en su composición: (gaseosas light, jugos light o bebidas comerciales light).

Anexo 3: Modelo de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha sido invitado/a participar en la investigación titulada “Adecuación de la ingesta e hidratación en pacientes adultos internados en el Hospital General de Agudos donación Francisco Santojanni”. Esta investigación será realizada por la futura Licenciada en Nutrición y su propósito es conocer cómo se alimentan los pacientes cuando están hospitalizados, cuáles son las bebidas que consumen y calcular si cubren sus requerimientos nutricionales. Esta

entrevista es de carácter anónimo, toma 15 minutos en ser contestada. Si acepta participar en esta investigación, se le realizarán preguntas sobre cómo es su ingesta. Su identidad será protegida, solo utilizaremos los datos para el análisis e interpretación del estudio y nunca se mencionará ni se mostrará su nombre, éste será convertido en un número. Su participación es completamente voluntaria y no recibirá remuneración económica y tampoco deberá pagar para participar. Sin más, agradezco su participación y amabilidad.

Candela Suárez

Firma

Anexo 4: Instrumento 1

Cuestionario sociodemográfico y clínico:

1- N° de habitación / N° de cama:

2- Sexo biológico:

3- Edad:

4- Peso:

5- Talla:

6- IMC:

7- Tiempo de internación:

8- Estado nutricional:

9- Diagnóstico del paciente:

10- Dieta indicada:

11- Se adjuntará Valoración Global Subjetiva

Anexo 5: Instrumento 2: Modelo de encuesta para guiar al interrogatorio

DÍA 1

Ayer en el desayuno, ¿Comió las 4 galletitas del paquete?, Si comió menos cantidad, ¿Cuántas comió?

Ayer en el desayuno, ¿Cuánto comió de mermelada?, ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en el desayuno, ¿Cuánto comió de queso? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en el desayuno, ¿Comió algo diferente?, ¿Cuánto comió?

Ayer en el desayuno, ¿Cuánto tomó de la taza de té?, ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada? ¿Le puso leche?, ¿Cuánto?

¿Le puso 1 sobre de azúcar?, ¿Los dos sobres de azúcar?, ¿O no uso azúcar?

¿Tuvo refuerzos en el desayuno?, ¿Cuál?, ¿Comió todo, la mitad, más de la mitad, nada?

Ayer en el almuerzo, de la entrada: _____ ¿Cuánto comió? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en el almuerzo, del plato principal: _____ ¿Cuánto comió? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en el almuerzo, de la guarnición: _____ ¿Cuánto comió de la? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en el almuerzo, del postre: _____ ¿Cuánto comió? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en la merienda, ¿Comió las 4 galletitas del paquete?, Si comió menos cantidad, ¿Cuántas comió?

Ayer en la merienda, ¿Cuánto comió de mermelada?, ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en la merienda, ¿Cuánto comió de queso? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en la merienda, ¿Comió algo diferente?, ¿Cuánto comió?

Ayer en la merienda, ¿Cuánto tomó del vaso de té?, ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?, ¿Le puso leche?, ¿Cuánto?

¿Le puso 1 sobre de azúcar?, ¿Los dos sobres de azúcar?, ¿O no uso azúcar?

¿Tuvo refuerzos en la merienda?, ¿Cuál?, ¿Comió todo, la mitad, más de la mitad, nada?

Ayer en la cena, de la entrada: _____ ¿Cuánto comió? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en la cena, del plato principal: _____ ¿Cuánto comió? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en la cena, de la guarnición: _____ ¿Cuánto comió de la? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

Ayer en la cena, del postre: _____ ¿Cuánto comió? ¿Todo?, ¿La mitad?, ¿Más de la mitad?, ¿Nada?

¿Tuvo refuerzos en la cena?, ¿Cuál?, ¿Comió todo, la mitad, más de la mitad, nada?

Hidratación vía oral

Ahora le voy a preguntar sobre la cantidad de líquido que tomó ayer durante todo el día,

En el día de ayer, ¿Bebió agua?, ¿Qué utilizó para beber? Si utilizó una botella, ¿Cuántas se tomó ayer de agua?, Si utilizó una taza, ¿De esta taza, cuántas tazas de agua tomó?, Si utilizó un vaso, ¿Cuántos vasos tomó?

En el día de ayer, ¿Bebió infusiones?, ¿Qué tomó?, ¿Qué utilizó para beber? Si utilizó una botella, ¿Cuántas se tomó ayer de agua?, Si utilizó una taza, ¿De esta taza, cuántas tazas de agua tomó?, Si utilizó un vaso, ¿Cuántos vasos tomó?

En el día de ayer, ¿Bebió bebidas con azúcar?, ¿Cuál?, ¿Qué utilizó para beber? Si utilizó una botella, ¿Cuántas se tomó ayer de agua?, Si utilizó una taza, ¿De esta taza, cuántas tazas de agua tomó?, Si utilizó un vaso, ¿Cuántos vasos tomó?

En el día de ayer, ¿Bebió bebidas light o sin azúcar?, ¿Cuál?, ¿Qué utilizó para beber? Si utilizó una botella, ¿Cuántas se tomó ayer de agua?, Si utilizó una taza, ¿De esta taza, cuántas tazas de agua tomó?, Si utilizó un vaso, ¿Cuántos vasos tomó?

Hidratación parenteral

No tiene indicado

Si tiene indicado:

Gotas por minuto: _____

Volumen diario: _____

Tipo de fórmula de hidratación: suero glucosado al 5% / solución fisiológica/ ambos

Anexo 6: Instrumento 3: Recordatorio de 24 horas

N° de habitación / N° de cama: _____

DÍA _____

Comida	Alimentos y preparaciones consumidos	Cantidad consumida (en porciones, tomando como referencia 100% = todo el plato; 75% = $\frac{3}{4}$ del plato; 50% = la mitad del plato; 25% $\frac{1}{4}$ del plato; 0 = no consumió nada del plato)	Tipo de bebida consumida (Agua, infusiones, bebidas con y sin azúcar)	Cantidad de bebida consumida (Utilizando medidas caseras: vasos, tazas o botella)
Desayun o Hora:				
Media mañana/ Refuerz o				
Almuerz o Hora:				
Media tarde/ Refuerz o				
Meriend a Hora:				

Cena Hora:				
Refuerz o nocturn o				
Hidrata ción parenter al				