

# **USAC**

## **TRICENTENARIA**

Universidad de San Carlos de Guatemala

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**  
**PROGRAMA DE EXPERIENCIAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD -EDC-**  
**SUBPROGRAMA DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-**

**INFORME FINAL DEL EPS**  
**REALIZADO EN**

**HOSPITAL NACIONAL DE USPANTÁN**

**DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO**

**DEL 1 DE FEBRERO AL 31 DE JULIO DE 2014**



**PRESENTADO POR**  
**KISSY ANNETH CASTRO JAMES**  
**200910911**

**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE**  
**NUTRICIÓN**

**GUATEMALA, JULIO DEL 2,014**

**REF. EPS. NUT 1/2014**

## Tabla de Contenido

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	2
<b>MARCO OPERATIVO</b> .....	3
<b>3.1 Servicio:</b> .....	3
<b>3.1.6 Actividades Contingentes, eje de Servicio:</b> .....	9
<b>3.2 Investigación:</b> .....	11
<b>3.3 Docencia:</b> .....	25
<b>CONCLUSIONES</b> .....	31
<b>4.1 Aprendizaje Profesional:</b> .....	31
<b>4.2 Aprendizaje Social:</b> .....	31
<b>4.3 Aprendizaje Ciudadano:</b> .....	32
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	33
<b>ANEXOS</b> .....	34
<b>APÉNDICES</b> .....	54

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo principal de las prácticas de Nutrición Clínica es aplicar conocimientos, habilidades y destrezas técnico administrativas propias del Nutricionista, en la unidad de prácticas asignada, además de buscar soluciones técnicas que ayuden a cubrir las necesidades detectadas en el hospital y así contribuir con una mejor atención al usuario.

El Hospital Nacional de Uspantán, está ubicado en la Región Noroccidente del país, en el centro del Municipio de San Miguel Uspantán, Departamento de El Quiché. Este municipio es priorizado en Pacto Hambre Cero por tener alta prevalencia de desnutrición crónica en el país. Para contribuir con el avance del mismo, la Universidad de San Carlos de Guatemala asigna a un estudiante de la carrera de Nutrición, en fase de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- para promover y apoyar la Política de Nutrición Pediátrica Hospitalaria y la Política de Seguridad Alimentaria Nutricional del país.

Como parte de las actividades de la EPS inicialmente se elaboró un diagnóstico, con el objetivo de conocer la institución e identificar necesidades y problemas de la misma. Posteriormente se desarrolló el plan de trabajo, el cual se basó en los resultados del diagnóstico de la institución.

El propósito del presente informe es describir los resultados de cada una de las actividades realizadas, tanto las incluidas en el plan de trabajo, como las actividades contingentes, también se incluyen los datos estadísticos de los pacientes atendidos a lo largo de la práctica en consulta interna y externa en el Hospital, además de presentar las fuentes de verificación de cada una de las actividades.

## **CAPITULO II**

### **MARCO CONCEPTUAL**

La función principal del nutricionista del área clínica es contribuir a mejorar el estado nutricional de las personas a nivel individual. Como apoyo al cumplimiento de la Política de Nutrición Pediátrica Hospitalaria y el Pacto Hambre Cero, se asigna una estudiante EPS en Departamentos priorizados del país, entre los que se encuentra el Municipio de San Miguel Uspantán, El Quiché.

Las actividades priorizadas, se detectaron al inicio del Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- por medio del diagnóstico institucional, el cual se realizó observando las debilidades y necesidades de la institución, así como también, por medio de la entrevista con el Director Interino durante la fase de inducción a la misma, además de tomar en cuenta las observaciones realizadas por la EPS anterior. Al finalizar el diagnóstico, se elaboró el plan de trabajo el cual incluyó actividades para la resolución de los problemas priorizados encontrados en el diagnóstico institucional; las actividades planificadas fueron: atención nutricional a pacientes, capacitación al personal del servicio de alimentación en buenas prácticas de manufactura y buenas prácticas de higiene, capacitación a personal médico y de enfermería en temas de alimentación y nutrición, cálculo del valor nutritivo del ciclo de menú utilizado en el Hospital, entre otras.

Además se realizaron actividades contingentes, las cuales se fueron realizando de acuerdo a las necesidades encontradas en la institución a lo largo de la práctica, éstas fueron: gestión de sueros de rehidratación oral específicos para pacientes con desnutrición aguda severa, gestión de refrigerador para el almacenamiento de fórmulas en la sala de recuperación nutricional, capacitación a personal del área comunitaria del distrito sobre el protocolo de tratamiento de la desnutrición aguda moderada sin complicaciones, entre otras actividades.

## CAPITULO III

### MARCO OPERATIVO

#### 3.1 Servicio:

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante la práctica en el eje de servicio.

#### 3.1.1 Atención Nutricional a Pacientes en Consulta Interna y Externa:

La consulta externa se atendió todos los días que hubiesen pacientes con o sin cita previa. Al inicio de la práctica se evidenciaba poco reconocimiento al tratamiento nutricional por parte de los médicos y enfermeros (especialmente los médicos de origen Cubano) al observar esa situación, se realizó una reunión con el jefe de consulta externa en la cual se externó la problemática de las escasas consultas a nutrición, luego de esta reunión se observó un aumento en la afluencia de pacientes referidos por médicos.

La consulta interna funcionó en base a interconsultas entre médicos y referencias directas, además de tomar pacientes que requirieran soporte nutricional según criterios de estudiante en EPS de nutrición, notificándole con anterioridad al médico tratante, para intercambiar puntos de vista.

En el apéndice 1 se observa la estadística mensual de pacientes atendidos en consulta interna y consulta externa durante la práctica.

**Tabla 1**

#### Consolidado de Atención a Pacientes Adultos en Consulta Interna.

Edad	Genero				Estado Nutricional				TOTAL	No. Resultados
	M	F	OB	SP	Normal	Desnutrición Severa				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	2	0	0	0	0	0	1	1	2	1
18-40	5	2	0	1	2	0	0	4	7	7
40-65	6	7	0	1	1	4	0	7	13	13

>65	3	1	0	0	0	0	1	3	4	4
Total	16	10	0	2	3	4	2	15	26	25

En la tabla No. 1 se muestran el consolidado de pacientes adultos de consulta interna atendidos a lo largo de la práctica, en dicha tabla se muestran los pacientes por edad y sexo, así como también por estado nutricional, mostrándose además, un apartado donde se muestran el número de reconsultas realizadas, las cuales fueron determinadas únicamente tomando en cuenta a los pacientes a quienes se les realizó algún recalcu en el tratamiento nutricional. Las consultas de pacientes adultos se realizaron a través de referencias verbales o escritas por parte del personal médico en turno o por criterio de la EPS, según fuera la necesidad de cada uno de los pacientes.

**Tabla 2**

**Consolidad Atención a pacientes Pediátricos en Consulta interna**

Edad	Genero					Estado Nutricional			Total	No. Reconsultas
	M	F	OB	SP	N	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPN	4	4	0	0	0	1	7	0	8	7
> 1 mes	5	2	0	0	4	0	3	0	7	7
>1 mes < 6 meses	4	2	0	0	3	1	2	0	6	6
>6 meses < 1 año	9	10	0	0	3	6	10	0	19	17
1 a < 2 años	16	18	0	0	8	11	13	2	34	34
2 a 5 años	3	3	0	0	0	3	2	1	6	6
>5 años	1	3	0	0	0	2	0	2	4	4
Total	42	42	0	0	18	24	37	5	84	81

En la tabla No. 2 se observa el consolidado de pacientes pediátricos atendidos en consulta externa a lo largo de la práctica, al igual que en la tabla anterior, se dividió según grupo de edad, sexo y estado nutricional, cuenta también con un apartado de reconsultas, en el cual, se incluyen todos los pacientes a los que se les realizó algún cambio en la intervención nutricional, o se re-evaluó el estado nutricional, como parte de la intervención, en esta tabla se incluyen los pacientes ingresados a la sala de recuperación nutricional, al

servicio de pediatría, neonatos y maternidad, a quienes se les inició tratamiento por referencia directa de médico (verbal o escrita), criterio de la EPS o referencia directa de otro servicio de salud de menor complejidad.

**Tabla 3**

**Consolidado Atención a Pacientes Adultos en Consulta Externa**

EDAD	Genero				Estado Nutricional				TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	OB	SP	Normal	Desnutrición				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	3	0	1	1	0	1	0	3	0
18-40	5	14	7	6	5	1	0	0	19	5
40-65	2	9	10	1	0	0	0	0	11	1
>65	3	0	0	1	0	2	0	0	3	2
Total	10	26	17	9	6	3	1	0	36	8

En la tabla No. 3, se observa el consolidado de atención a pacientes de consulta externa de adultos, la cual se divide por grupo de edad, sexo y estado nutricional, además de incluir también el aparatado para la descripción del número de reconsultas realizadas por los pacientes. En dicha tabla, se puede observar una cantidad baja de pacientes atendidos, y una cantidad aún menor de reconsultas, esto es debido a que los pacientes no regresan a reconsultar para darle seguimiento a su caso, característica que se refleja en todas las especialidades que atienden consulta externa, sin embargo es importante notar, que el número de reconsultas aumentó con respecto al año 2013.

**Tabla 4**

**Consolidado de Pacientes Pediátricos Consulta Externa**

Edad	Genero					Estado Nutricional			Total	No. Reconsultas
	M	F	OB	SP	N	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPN	2	2	0	0	0	2	2	0	4	0
> 1 mes	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0

>1 mes < 6 meses	3	4	0	0	4	2	1	0	7	1
>6 meses < 1 año	4	5	0	0	6	3	0	0	9	4
1 a < 2 años	5	9	3	0	5	6	0	0	14	3
2 a 5 años	1	10	1	0	5	5	0	0	11	3
>5 años	4	9	3	0	2	8	0	0	13	2
Total	20	39	7	0	23	26	3	0	59	13

En la tabla No. 4 se observa el consolidado de pacientes pediátricos atendidos en consulta externa, en la que se describen según edad y sexo, dichas consultas se realizaban en su mayoría por referencia por personal médico, además de referencias directas al Departamento de Nutrición y Dietética por servicios de salud de menor complejidad. Se puede observar, al igual que en la tabla No. 3, la baja cantidad de reconsultas realizadas, lo cual se debe a la falta de los pacientes a las citas de Reconsulta para seguimiento del caso, sin embargo, se observa un aumento de la afluencia de reconsultas en comparación con el año 2013, en la que la EPS no obtuvo ninguna Reconsulta.

### 3.1.2 Cálculo del Valor Nutritivo del Ciclo de Menú:

Al momento de la elaboración de la planificación de actividades, se había planeado actualizar el ciclo de menú propuesto por la EPS anterior, sin embargo, al realizar el reconocimiento de necesidades, se observó que no se estaba utilizando, sino se utilizaba un ciclo elaborado por la Nutricionista contratada años atrás. Se realizó una reunión con el encargado del servicio de alimentación para obtener información del ciclo de menú que se utiliza, en la cual se expuso la baja aceptación del mismo por parte del personal médico, del servicio de alimentación y por los pacientes. Es por esto que el encargado del servicio decide utilizar el ciclo con el cual el personal se siente familiarizado y cómodo y además, tiene mayor aceptabilidad por los pacientes. Por el motivo antes mencionado, calcula el valor nutritivo de dicho ciclo de menú, ya que no se encontraba documentado y no podía conocerse su aporte energético ni de macronutrientes.

El cálculo del valor nutritivo se llevó a cabo revisando las porciones aportadas en cada tiempo de comida, esto se realizó utilizando como base la lista de intercambio del Centro de Asesoría en Alimentación y Nutrición –CEAAN-, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, además se realizó un promedio de porciones por tiempo de comida, tomando en

cuenta los 7 días de la semana, en el apéndice 2 se observa el cálculo realizado con la distribución de macronutrientes y de porciones por tiempo de comida.

**Tabla No. 5**

**Resumen Valor Nutritivo Ciclo de Menú.**

DIETA	Kcal	PROTEÍNA	CARBOHIDRATO	GRASA
		(g)	(g)	(g)
Blanda	1299	64.5	177	37
Libre	2029	92	287	57

Fuente: Datos experimentales

En la tabla No. 5 se observa el resumen del valor nutritivo del ciclo de menú disponible en el Hospital de Uspantán, dicho valor nutritivo solamente se realizó de la dieta blanda y libre, ya que son las únicas dietas que cuentan con ciclo de menú específico. En el Hospital se utilizan las dietas líquidas, hiposódicas, hiperprotéicas, sin embargo no cuentan con ciclo de menú, y dependen de la disponibilidad de insumos con que cuente el Hospital para la compra de materia prima

**3.1.3 Recuperación del Estado Nutricional de Pacientes Ingresados a la Sala de Recuperación Nutricional:**

Al inicio de la práctica, se observó que el personal de enfermería encargado de la sala de recuperación nutricional llevaba un instrumento de registro de ingresos, egresos y monitoreo de pacientes, sin embargo, éste no se encontraba debidamente lleno, ni actualizado, por lo que se llevó un estricto control del ingreso y egreso de pacientes con desnutrición aguda severa, así como también del progreso de cada uno de los pacientes atendidos; este control permite tener fácil acceso a los datos de cada paciente, por lo que se puede conocer la cantidad de pacientes recuperados nutricionalmente y su evolución durante su estadía en dicha sala.

En el apéndice 3 se observa el cuadro resumen de pacientes recuperados por mes y el porcentaje correspondiente.

### 3.1.4 Evaluación de las metas:

A continuación en la Tabla No. 6, se presenta cada una de las actividades planificadas en el eje de servicio, se presentan los indicadores de cada actividad, así como también el cumplimiento de la meta de cada una de ellas.

**Tabla 6**  
**Evaluación de metas. Eje de servicio.**

<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE LA META</b>
<b>Atención nutricional a 75 pacientes adultos y niños, referidos a consulta externa, en un periodo comprendido del 10 de febrero al 25 de julio del año 2014</b>	Número de pacientes atendidos	COEX Pediatría: 59 COEX Adultos: 36 TOTAL: 95 126%
<b>Atención nutricional a 150 pacientes (adultos y niños), ingresados al área de encamamiento del Hospital Nacional de Uspantán, Quiché, del 5 de febrero al 25 de julio del 2014</b>	Número de pacientes atendidos	COIN Pediatría: 84 COIN Adultos: 26 TOTAL: 110 73%
<b>Calcular el valor nutritivo de los tipos de dietas disponibles en el Hospital Nacional de Uspantán, Quiché</b>	2 dietas con cálculo de valor nutritivo	Valor nutritivo de 2 dietas 100%
<b>En el período del 5 de febrero al 25 de julio recuperar el estado nutricional del 100% de pacientes ingresados al Centro de Recuperación Nutricional</b>	Porcentaje de pacientes recuperados nutricionalmente	70% Pacientes

### **3.1.5 Análisis de las metas:**

El eje de servicio, es uno de los ejes centrales del EPS Clínico debido a esto, la meta planificada inicialmente fue atender a 75 pacientes adultos y niños en consulta externa, la meta fue superada, alcanzándose en un 126% (95 pacientes atendidos), esto fue posible, debido a la comunicación con el personal médico y de enfermería, ya que se logró que tomaran el tratamiento nutricional como una parte importante de la recuperación de los pacientes, por lo que realizaban referencias a la nutricionista para inicio de intervención nutricional; la meta de atender a 150 pacientes adultos y niños en consulta interna se logró solamente en un 73%, en su mayoría atendándose pacientes pediátricos, esto debido a que la afluencia de pacientes adultos al Hospital con patologías complejas es baja, ya que son referidos a un servicio de salud de mayor complejidad.

La meta de elaborar el valor nutritivo de los tipos de dietas disponibles en el Hospital, se cumplió al 100%, realizándose dicho cálculo para 2 tipos de dietas (dieta blanda, dieta libre), ya que son las únicas dietas que cuentan con ciclo de menú determinado.

La meta de recuperar el estado nutricional del 100% de los pacientes ingresados a la sala de recuperación nutricional se cumplió solamente aproximadamente en el 70%, esto debido a distintos factores, entre los cuales se puede mencionar, fuga de los padres con sus hijos por renuencia o no aceptación del tratamiento, complicación del estado de salud de los pacientes, por lo que se realizaron referencias a otros centros asistenciales. Sin embargo, es de suma importancia notar, que aunque la meta no se cumplió, es un avance grande, ya que disminuyó la tasa de deserción al tratamiento, en comparación con datos del año 2013.

### **3.1.6 Actividades Contingentes, eje de Servicio:**

Son actividades que no formaron parte de las actividades planificadas inicialmente, sin embargo, son actividades que se realizaron durante la ejecución de la práctica debido a su importancia y prioridad para el mejoramiento del servicio al usuario, a continuación se describe cada una de las actividades.

3.1.6.1 Gestión de Refrigerador para Sala de Recuperación Nutricional, y Sales de Rehidratación Oral -ReSoMal-, para tratamiento de niños y niñas con desnutrición aguda severa: Debido a la naturaleza de la composición de las fórmulas de recuperación

nutricional, una vez preparadas, ésta solamente dura 3 horas a temperatura ambiente, por lo que es de vital importancia la refrigeración de las mismas durante la noche. La Sala de Recuperación Nutricional, contaba con una refrigeradora, sin embargo se observó que dicho electrodoméstico no funcionaba correctamente y no cumplía su función, por lo que se realizó la gestión para la obtención de un nuevo aparato con el gerente de la institución, como puede observarse en el apéndice 4.

Además se realizó la gestión de sales de rehidratación oral -ReSoMal-, ya que el hospital no cuenta con este insumo debido a falta de organización en la gestión del mismo en años anteriores, por lo que se realizó la organización pertinente para poder contar con el mismo en el año 2015. En el apéndice 5 se observa el documento utilizado para dicha gestión, el cual fue dirigido a la Coordinación de Promoción y Desarrollo de Hospitales, del Viceministerio de Hospitales del MSPAS.

3.1.6.2. Actualización de Instrumento para control de limpieza de Refrigeradora y Azulejos en Servicio de Alimentación, Elaboración de Instrumento para Registro y Monitoreo de Recién Nacidos de Bajo Peso al Nacer: Durante la estadía de la EPS en Nutrición en 2013, se realizó un análisis microbiológico al servicio de alimentación, dicho análisis reflejó falta de higiene en el personal y limpieza de las superficies de trabajo, incluyendo azulejos y refrigeradora, por lo que se realizó una evaluación del cumplimiento del instrumento creado por la anterior EPS, evidenciándose un incorrecto llenado del mismo por lo que se actualizó, modificando su forma y contenido para una mejor comprensión y cumplimiento. Dicha actualización se realizó en conjunto con el Encargado del Servicio de alimentación, para garantizar el apego al instrumento y su correcto uso. El instrumento actualizado se observa en el apéndice 6.

Como parte del cumplimiento de la Política de Nutrición Pediátrica Hospitalaria, se debe brindar atención nutricional a todo recién nacido de bajo peso al nacer, por lo que surge la necesidad de crear un instrumento para llevar un seguimiento de la evolución de cada paciente, dicho instrumento se encuentra pendiente de revisión, en el apéndice 7 se observa el instrumento de registro.

### 3.2 Investigación:

Como parte del desarrollo académico-profesional durante la práctica, se llevó a cabo la el desarrollo de un tema de investigación, el cual se realizó con el objetivo de determinar y comparar el patrón alimentario de los usuarios de los hospitales de la red nacional de 3 regiones del país (Región Metropolitana, Nororiente y Noroccidente). Dicha investigación se llevó a cabo en conjunto con otras estudiantes en fase de EPS, realizando su práctica en el Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, Hospital de Guastatoya, Hospital de Nebaj y Hospital de Uspantán En el apéndice 8 se observa el informe final de la investigación realizada y a continuación se presenta el artículo científico de dicha investigación.

#### 3.2.1 Evaluación de las Metas:

A continuación se observa la Tabla No. 7, en la que se describe el cumplimiento de las metas en el eje de investigación.

**Tabla No.7**

#### **Cumplimiento de las metas, eje de investigación**

META	INDICADOR	CUMPLIMIENTO DE LA META
<b>Desarrollar un tema de investigación durante el primer semestre del 2014.</b>	Investigación desarrollada	Desarrollo un tema de investigación.  100%.

# PATRONES DE ALIMENTACIÓN DE PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN HOSPITALES NACIONALES DE LAS REGIONES METROPOLITANA, NOR OCCIDENTE Y NOR ORIENTE DE GUATEMALA

Arreaza M.<sup>1</sup>, Castro K.<sup>1</sup>, Porres C.<sup>2</sup>, Ruiz C.<sup>1</sup>, Samayoa R.<sup>1</sup>, Zambrano M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Estudiantes de Nutrición, Escuela de Nutrición, Universidad San Carlos de Guatemala.

<sup>2</sup>Supervisora de EPS de la Escuela de Nutrición, Universidad San Carlos de Guatemala.

El consumo de alimentos se ve afectado principalmente por el acceso y disponibilidad a los alimentos, además influye las costumbres locales y la educación, entre otros. El propósito del estudio fue determinar el patrón alimentario de los usuarios de cinco hospitales nacionales de las regiones Metropolitana, Nororiente y Noroccidente del país. La muestra fue conformada por 157 usuarios adultos. La información se obtuvo por medio de entrevista de hábitos alimentarios y frecuencia de consumo de alimentos semanal. Los resultados obtenidos reflejan que la mayoría de los participantes realizan los tiempos de comida acompañados y en casa; los alimentos más consumidos son el frijol, la tortilla, el huevo y el café.

**Palabras Clave:** patrón de alimentación, acceso, disponibilidad, frecuencia.

## Introducción

La ley del Sistema Nacional de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, en el Decreto 32-2005, definió la seguridad alimentaria y nutricional como “*el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa.*”

El grupo social que rodea a los consumidores y el nivel educativo

influyen principalmente en el comportamiento alimentario de los mismos. Estudios realizados por el INCAP entre 1985 y 1990, refieren que las familias con déficit en el acceso a los alimentos, eliminan de su dieta aquellos alimentos que representan mayor gasto, como son la carne, lácteos, frutas y verduras; así, también diluyen las bebidas, sopas y alimentos que se utilizan en el proceso introducción a la alimentación complementaria, y se reduce el número de comidas diarias, además que se sustituyen los alimentos con mayor

costo como la carne, por más accesibles como los granos, pastas y huevos.

Estudios realizados por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura en 1988, reportó como la ingesta calórica total es directamente proporcional al poder adquisitivo de las familias. Guatemala se clasificó dentro de los países con menor ingesta calórica a medida que el nivel adquisitivo disminuye. Los cambios socioeconómicos que han tenido lugar en los años recientes en el desarrollo de las sociedades, han alterado el patrón alimentario de la mayoría de las personas, de tal manera que la selección de alimentos está determinada en gran medida por una oferta diversificada y abundante, lo cual conlleva dietas monótonas, con ciertas deficiencias.

El objetivo de la investigación fue determinar el patrón alimentario de usuarios atendidos en dos Hospitales de la Región Metropolitana, dos Hospitales de la región Noroccidente y un Hospital de la región Nororiente de Guatemala.

### **Metodología**

La población (n=157) estuvo constituida por usuarios adultos atendidos en el Hospital General San Juan de Dios,

Hospital Roosevelt de Guatemala, Hospital Nacional de Nebaj, Hospital Nacional de Uspantán y Hospital Nacional de Guastatoya; fue determinada a conveniencia por las investigadoras.

Los criterios de inclusión para la determinación de la muestra fueron: usuarios de la Consulta Externa de Nutrición y Área de Encamamiento en los hospitales incluidos en el estudio, en horario de atención y durante el periodo de mayo a junio de 2014; adultos de ambos sexos hasta 60 años que no padecieran patologías crónicas o que hubieran modificado sus requerimientos y/o hábitos alimentarios previamente; y que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio.

Los datos fueron obtenidos por medio de entrevista. La información recolectada de los patrones alimentarios incluyó horarios, duración, lugar, condiciones de acompañamiento, características del consumo y preparación de alimentos. Además se determinó frecuencia de consumo de alimentos. Los datos obtenidos fueron tabulados y procesados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel versión 2007. Los datos sobre frecuencia de consumo de

alimentos y hábitos alimentarios se analizaron por medio de porcentajes. Estos datos se analizaron por región geográfica. La comparación del patrón alimentario entre las tres regiones geográficas en estudio se realizó por

medio de Análisis de Varianza con un nivel de significancia de 0.05, y la prueba de Tukey para identificar diferencia entre las regiones para los grupos de alimentos seleccionados en el análisis.

## Resultados

La investigación incluyó a 157 adultos con edad promedio de  $30.6 \pm 10.8$  años, en su mayoría de sexo femenino (85%,  $n=134$ ). Globalmente predomina la etnia ladina (61%,  $n=95$ ), sin embargo en la

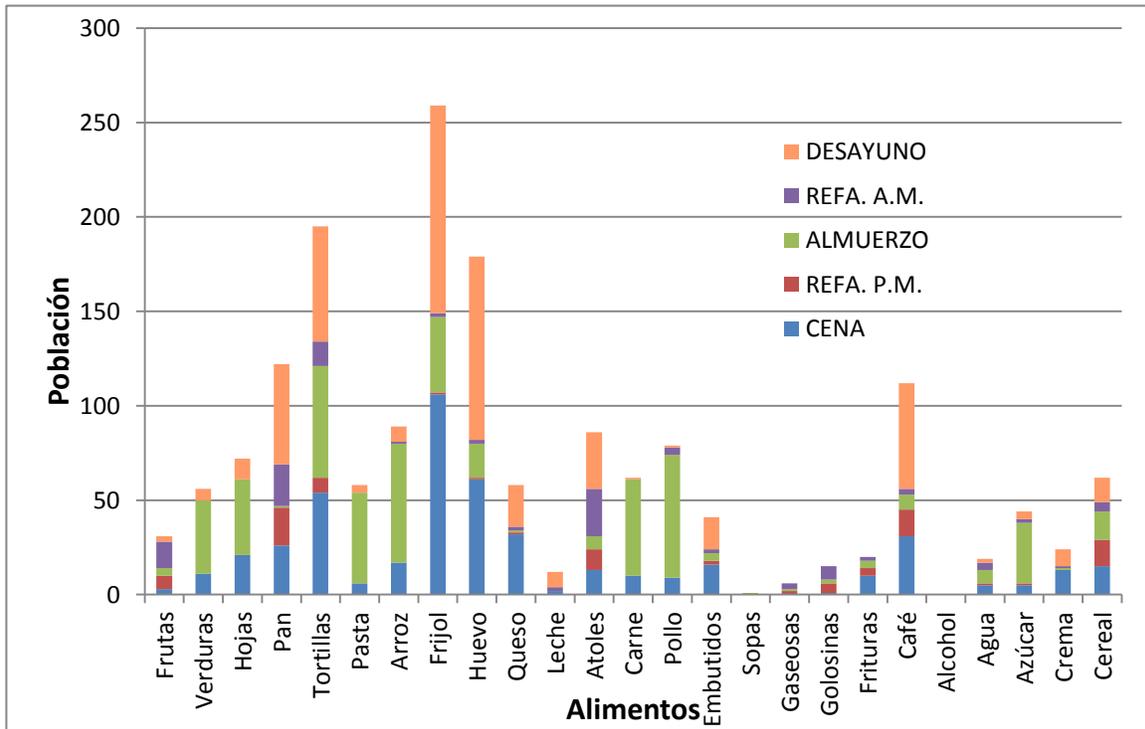
región Noroccidente se encontró mayoría de personas de etnia indígena ( $n=47$ ) comparado con las otras regiones en estudio. Datos reflejados en Tabla 1.

**Tabla 1.**  
**Características Sociodemográficas. Usuarios de Hospitales. Guatemala, 2014.**

Características/ Región Geográfica	Etnia					Sexo					Edad
	Indígena		Ladina		Total	Femenino		Masculino		Total	Promedio ±DE
	n	%	n	%	N	n	%	n	%	N	
Metropolitana	15	29%	37	71%	52	43	83%	9	17%	52	29.8 ±9.3
Noroccidente	47	80%	12	20%	59	47	80%	12	20%	59	34.8 ±12.1
Nororiental	0	0%	46	100%	46	44	96%	2	4%	46	27.2 ±8.7
<b>Totales</b>	<b>62</b>	<b>39%</b>	<b>95</b>	<b>61%</b>	<b>157</b>	<b>134</b>	<b>85%</b>	<b>23</b>	<b>15%</b>	<b>157</b>	<b>30.6 ±10.8</b>

En la Figura 1 se observa el frijol, tortillas, huevo, como los tres alimentos con mayor frecuencia acumulativa de consumo en la muestra a estudio. El frijol es el más consumido principalmente durante el desayuno y la cena. La tortilla es el alimento que se distribuye en similar proporción en los tres tiempos de comida

principales (desayuno, almuerzo y cena). Durante el almuerzo los alimentos más consumidos son el pollo, arroz, tortillas. El alimento más consumido por los usuarios que realizan refacción matutina es el atol y en cuanto a la refacción vespertina, el pan.



**Figura 1.**  
**Frecuencia acumulativa de consumo de alimentos por tiempo de comida, de la muestra a estudio. Guatemala, 2014.**  
**Fuente:** Datos experimentales

En la Tabla 2 se observa que principalmente madre, padre e hijos son quienes consumen los alimentos de la olla familiar en las regiones estudiadas. Así mismo, la mayoría de la muestra refirió servir sus alimentos en platos. En cuanto a las épocas de escases, en la región Nororiente se observó que un 30% de la

muestra comía menos veces al día durante enero-abril, sin embargo la mayoría no percibieron restricción de alimentos en alguna época específica. En los casos registrados en los que sí refirieron restricción de alimentos, la madre es quien consume menos de los alimentos disponibles.

**Tabla 2.**  
**Características del consumo de alimentos referido por la muestra según**  
**región geográfica. Guatemala, 2014.**

Características/Región		Metropolitana		Noroccidente		Nororiente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿Quiénes comen de la olla familiar?	Madre	49	94%	58	98%	29	63%	<b>136</b>	<b>87%</b>
	Padre	41	79%	50	85%	19	41%	<b>110</b>	<b>70%</b>
	Abuelos	12	23%	5	8%	2	4%	<b>19</b>	<b>12%</b>
	Hermanos	19	37%	13	22%	13	28%	<b>45</b>	<b>29%</b>
	Hijos	40	77%	47	80%	29	63%	<b>116</b>	<b>74%</b>
	Otros	6	12%	5	8%	2	4%	<b>13</b>	<b>8%</b>
¿Cómo sirven la comida?	Platos	52	100%	58	98%	46	100%	<b>156</b>	<b>99%</b>
	Hojas	0	0%	1	2%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
	Otros	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
¿Hay meses en que comen menos veces al día?	Ene-abr	7	13%	0	0%	14	30%	<b>21</b>	<b>13%</b>
	May-ago	6	12%	4	7%	6	13%	<b>16</b>	<b>10%</b>
	Sept-dic	3	6%	2	3%	1	2%	<b>6</b>	<b>4%</b>
	N/A	40	77%	53	90%	25	54%	<b>118</b>	<b>75%</b>
Si la comida es escasa, ¿Quién come menos?	Madre	13	25%	17	29%	23	50%	<b>53</b>	<b>34%</b>
	Padre	7	13%	2	3%	1	2%	<b>10</b>	<b>6%</b>
	Abuelos	0	0%	1	2%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
	Hermanos	0	0%	0	0%	1	2%	<b>1</b>	<b>1%</b>
	Hijos	2	4%	5	8%	3	7%	<b>10</b>	<b>6%</b>
	N/A	35	67%	36	61%	0	41%	<b>71</b>	<b>45%</b>

N/A= No aplica

**Fuente:** Datos experimentales

En cuanto a las características de la preparación de alimentos (Tabla 3), la mayoría refirió que es la madre de familia quien prepara los alimentos, tomando una hora para dicha actividad, siendo

“cocido” el principal método de cocción; el 71% de la muestra refirió utilizar leña como principal fuente de energía.

**Tabla 3****Características de la preparación de alimentos referido por la muestra según región geográfica**

Característica/Región		Metropolitana		Noroccidente		Nororiente		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%
¿Quién prepara la comida?	Madre	48	92%	53	90%	44	96%	<b>145</b>	<b>92%</b>
	Padre	1	2%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
	Abuelos	3	6%	1	2%	2	4%	<b>6</b>	<b>4%</b>
	Hermanos	1	2%	1	2%	0	0%	<b>2</b>	<b>1%</b>
	Hijos	1	2%	2	3%	0	0%	<b>3</b>	<b>2%</b>
	Otros	1	2%	2	3%	0	0%	<b>3</b>	<b>2%</b>
¿Tiempo en preparar Alimentos?	< 1hora	8	15%	9	15%	18	39%	<b>35</b>	<b>22%</b>
	1 hora	31	60%	43	73%	26	57%	<b>100</b>	<b>64%</b>
	>1hora	13	25%	7	12%	2	4%	<b>22</b>	<b>14%</b>
¿Principal forma de preparar alimentos?	Cocido	41	79%	59	100%	34	74%	<b>134</b>	<b>85%</b>
	Horneado	2	4%	0	0%	2	40%	<b>4</b>	<b>3%</b>
	Frito	16	31%	11	19%	16	35%	<b>43</b>	<b>27%</b>
	Al vapor	6	12%	1	2%	1	2%	<b>8</b>	<b>5%</b>
¿Qué utiliza para preparar alimentos?	Carbón	1	2%	0	0%	2	4%	<b>3</b>	<b>2%</b>
	Leña	22	42%	55	93%	34	74%	<b>111</b>	<b>71%</b>
	Gas	32	62%	9	15%	17	37%	<b>58</b>	<b>37%</b>
	Otros	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>

Fuente: Datos experimentales

En la Tabla 4 se presentan los resultados de hábitos alimentarios por tiempo de comida.

La muestra refleja que la región metropolitana acostumbra a realizar los tiempos de comida una hora más tarde que el resto de las regiones, excepto la cena.

Con respecto a la duración al comer, el almuerzo y la cena son los únicos tiempos de comida en que la mayoría de la

muestra del estudio refirió utilizar 30 minutos.

En cuanto al lugar donde realizan los tiempos de comida, las tres regiones refieren realizar los tiempos de comida en casa. Relacionado a las condiciones de acompañamiento, en la región Nororiente el 50% come solos la refacción matutina, mientras que en el resto de tiempos de comida en todas las regiones se realiza con la compañía de algún familiar.

**Tabla 4**

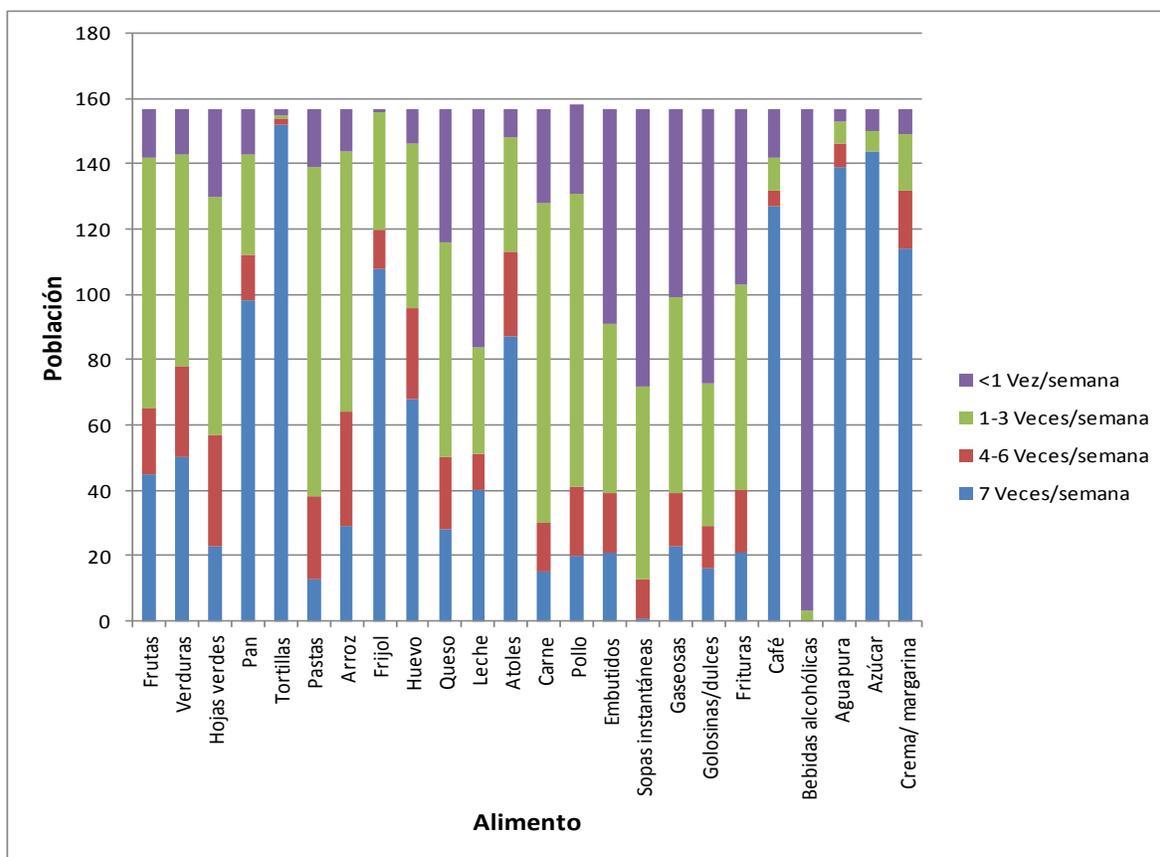
**Porcentaje de la muestra que realiza cada tiempo de comida, horario promedio, duración, lugar y condiciones de acompañamiento al comer, según región geográfica.**

REGIÓN	Usuarios que realizan cada tiempo de comida		Horario Promedio	Duración al comer (minutos)						Lugar donde come				Come solo				Quienes acompañan				
				<30		30		>30		Casa		Fuera de casa		Si		No		familia		otros		
	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
METROPOLITANA	52	100	08:20	13	25	26	50	13	25	40	77	12	23	6	12	46	88	38	73	14	21	
NOROCCIDENTE	57	97	07:15	35	61	20	35	2	4	1	2	56	98	7	12	50	88	50	88	7	12	
NORORIENTE	45	98	07:30	27	60	16	36	2	4	41	91	5	11	5	11	40	89	33	73	12	27	
METROPOLITANA	17	33	10:40	13	76	4	24	0	0	12	71	5	29	2	12	15	88	11	65	6	35	
NOROCCIDENTE	35	59	10:00	34	97	1	3	0	0	22	63	13	37	10	29	25	71	14	40	21	60	
NORORIENTE	14	30	10:00	11	79	3	21	0	0	5	36	9	64	7	50	7	50	3	21	11	79	
METROPOLITANA	52	100	13:20	12	23	21	40	19	37	42	81	10	19	4	8	48	92	40	77	12	23	
NOROCCIDENTE	59	100	12:40	15	25	39	66	5	8	55	93	4	7	5	8	54	92	52	88	7	12	
NORORIENTE	45	98	12:30	14	31	27	60	4	9	37	82	8	18	4	9	41	91	38	84	7	16	
METROPOLITANA	19	37	16:30	16	84	3	16	0	0	17	89	2	11	4	21	15	79	14	74	5	26	
NOROCCIDENTE	16	27	15:50	16	82	1	13	2	6	10	63	6	38	3	19	13	81	8	62	5	38	
NORORIENTE	10	22	16:00	9	90	1	10	0	0	9	90	1	10	3	30	7	70	7	70	3	30	
METROPOLITANA	51	98	19:00	14	27	21	41	16	31	46	90	5	10	1	2	50	98	47	92	4	8	
NOROCCIDENTE	58	98	18:40	15	26	36	62	7	12	58	100	0	0	2	3	56	97	56	97	2	3	
NORORIENTE	46	100	19:00	15	33	26	57	5	11	45	98	1	2	4	9	42	91	42	91	4	9	
METROPOLITANA	1	2	21:30	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	
NOROCCIDENTE	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NORORIENTE	1	2	20:00	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	

En la Figura 2 se observa que del grupo de cereales, granos y tubérculos, las tortillas y el frijol son los alimentos más consumidos diariamente, los menos consumidos son el arroz y la pasta, las frutas son mayormente consumidas de una a tres veces por semana, al igual que las verduras. En el grupo de las carnes, el pollo y la carne son consumidos con mayor frecuencia de una a tres veces por

semana mientras que los embutidos se consumen menos de una vez a la semana.

Dentro del grupo de los lácteos, la leche se consume menos de una vez por semana y el queso se consume mayormente de una a tres veces a la semana, y el huevo es consumido diariamente. Los azúcares, las grasas, el café y el agua pura son más consumidos diariamente.



**Figura 2. Frecuencia de consumo semanal. Usuarios de Hospitales. Guatemala, 2014.**

Fuente: Datos experimentales

Nota: N = 157

Los patrones de consumo de alimentos de las tres regiones, recolectadas por medio del instrumento “Frecuencia de Consumo Semanal”, y analizados con Análisis de Varianza, refleja que existe diferencia significativa entre los patrones de consumo de las tres regiones que se incluyeron en el estudio (Tabla 5).

**Tabla 5**

**Nivel de Significancia en la Diferencia de Patrones de Consumo entre cada Región. Guatemala, 2014.**

Frecuencia Semanal	Valor de p	Diferencia
7 veces	$8.8 \times 10^{-17}$	Significativa
4 a 6 veces	$9.7 \times 10^{-4}$	Significativa
1 a 3 veces	$5.7 \times 10^{-13}$	Significativa
Menos de 1 vez	$8.2 \times 10^{-15}$	Significativa

Fuente: Datos experimentales

### Discusión de Resultados

Existen estudios que evidencian que el uso del tiempo por mujeres en el interior del país, lo invierten mayoritariamente en tareas del hogar (Alonso, 2010). Por lo tanto, son ellas quienes invierten mayor tiempo en la crianza de los hijos. Esto se refleja en los resultados obtenidos, ya que la mayoría de la muestra, quienes fueron usuarios de cinco hospitales de la red nacional, fue de sexo femenino.

La base de la dieta en las tres regiones consiste en alimentos como el frijol, la tortilla, huevo y café, pues son los alimentos que obtuvieron mayor frecuencia acumulativa de consumo. De esto se puede inferir que se consumen por

ser económicos y con pertinencia cultural, lo cual coincide con estudios realizados por PNUD (2007), PRESANCA (2008) y ENIGFAM (2010) (Gómez, 2011), en los cuales el maíz, azúcar, arroz, cebolla, carne de pollo, pan francés, gaseosas, boquitas sintéticas y sopas instantáneas, resultaron ser los más consumidos por la población guatemalteca. Además, el maíz en sus diferentes preparaciones, como la tortilla, continúa siendo parte importante de la cultura alimentaria del país. Se considera que la baja disponibilidad y acceso a otros alimentos como frutas, lácteos, carnes,

etc. son razones para tener una dieta poco variada o monótona.

La mayoría de personas busca que el momento para la alimentación sea agradable y en familia, por tratarse de una actividad de carácter social. Se esperaba que en las regiones estudiadas se evidenciara un alto porcentaje de personas que se alimentan en casa, especialmente en los tiempos de comida principales, sin embargo debió tomarse en cuenta la procedencia de los entrevistados, sea esta urbana o rural, ya que es un factor que podría influir en los resultados sobre condiciones de acompañamiento al comer. En este estudio se asumió que en la región Nororiente la mayoría pertenecían al casco urbano, a diferencia de la región Noroccidente, por lo que se considera una debilidad en la metodología de la investigación, al no tomar en cuenta la residencia de las personas que conformaron la muestra.

El núcleo familiar conformado por madre, padre e hijos, es el que impera en los hogares de la muestra en estudio. Sin embargo, en la región Metropolitana otros miembros de la familia comparten inmueble y también consumen alimentos de la olla familiar, probablemente por el

mayor costo de la vivienda, servicio básicos y canasta básica de alimentos.

A pesar del nivel de pobreza que azota al país, la mayoría de la muestra del estudio refirió consumir sus alimentos en platos (no en hojas) y refirieron no percibir ninguna época del año en que se vean obligados a restringir el número de tiempos de comida al día; a excepción de la región Nororiente, que en época seca y la más calurosa del año, sí perciben restricción en el número de tiempos de comida que realizan. Esta situación, aunque coincide con lo esperado, pudo afectarse por un error en la metodología de la validación del instrumento o al momento de la entrevista, ya que en la región Noroccidente varias personas entrevistadas reflejaron no comprender la pregunta, por lo que no daban una respuesta certera y confiable. Además es importante agregar la barrera lingüística entre las investigadoras y algunas personas de la muestra.

Las recomendaciones de las Guías Alimentarias para Guatemala se cumplen únicamente para el grupo de cereales, granos y tubérculos, sin embargo, no se determinó la cantidad de porciones consumidas diariamente de este grupo de alimentos, por lo que no se puede definir

como una dieta alta o adecuada en carbohidratos. Fue posible determinar que el consumo de carnes de la población coincide con lo recomendado en las Guías Alimentarias, ya que sí se consumen como mínimo de 1 a 3 veces por semana.

La fuente de proteína de origen animal con mayor consumo diario en la muestra es el huevo. Además el frijol y las tortillas son consumidos diariamente por la mayoría de la población a estudio, éstos al mezclarse adecuadamente pueden formar una proteína de alto valor biológico. Muy probablemente, pueden existir deficiencias en vitaminas y minerales, pues no hay consumo diario de frutas, verduras y hierbas.

Al comparar las regiones estudiadas, se determinó que sí existe una diferencia estadísticamente significativa

## **Conclusiones**

En la región Metropolitana el patrón alimentario de la mayoría de la muestra incluye las siguientes características: se realizan los tiempos de comida aproximadamente una hora más tarde que en el resto de las regiones, la duración de la mayoría de los tiempos de comida es de 30 minutos, realizándolos en casa, acompañados de familiares. Los

(ANOVA,  $p < 0.05$ ) en cuanto al patrón de consumo. En general, la región Metropolitana es la que cumple las recomendaciones alimentarias en mayor proporción, probablemente por la disponibilidad de variedad de alimentos, y quizás por un mejor acceso económico que les permita cumplirlas. La región donde se podría encontrar deficiencias proteicas es la Noroccidente, por falta de acceso de los alimentos, según el informe ejecutivo de Food and Nutrition Technical Assistance en 2013. La calidad del ciclo agrícola condiciona la disponibilidad de frutas y hortalizas, comprometiendo el consumo de estos cultivos; como consecuencia podría presentarse deficiencia de micronutrientes en las regiones de mucha sequía como la Nororiente.

alimentos con mayor frecuencia acumulada de consumo en la muestra a estudio, independientemente del tiempo de comida, son el frijol, la tortilla, huevo y café.

En la región Nororiente y Noroccidente el patrón alimentario de la mayoría de la muestra incluye las siguientes características: los tiempos de

comida se realizan en horarios de 7:00, 12:00 y 19:00 horas para los tiempos principales, únicamente en el almuerzo y la cena se utiliza un tiempo máximo de 30 minutos para comer; la mayoría realiza los tiempos de comida en casa, acompañados de familiares.

La región Nororiente fue la única que refirió percibir restricción alimentaria la época de enero a abril, lo cual coincide con la época seca y más calurosa del año. Al igual que en la región Noroccidente, la

región Nororiente no cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para Guatemala, en cuanto al consumo diario de frutas verduras y hierbas, lo cual podría causar deficiencia de micronutrientes en dichas regiones.

Se determinó una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de consumo de alimentos de las regiones estudiadas.

## Referencias

- Alonso, A. y Mingorría, S. (2010). *Mujeres Maya-Q'eqchi' en la ruta de la soberanía alimentaria: sosteniendo las economías campesinas ante el capitalismo agrario flexible en el Valle del Polochic, Guatemala*. Guatemala: Instituto de Estudios Agrarios y Rurales.
- Barranco, Jimmy. (2008, Marzo). *Patrón Alimentario De Los Pacientes Ingresados En Los Hospitales Públicos Del País. ¿Un Escenario Para La Desnutrición Proteino-Energética?* Ciencia y Sociedad. Volumen XXXIII(1):82-94.
- Escobar, Maricruz; Flores, Malaquías; Romero, Lorena & Roque, Dora. (2004, 30 de abril). *Diagnóstico de la Situación Alimentario-Nutricional de Tres Comunidades del Oriente de Guatemala*. Mensaje dirigido a <http://bensoinstitute.org/Publication/RELAN/V14/Diagnostico.asp>
- FANTA. (2013, octubre). *Informe Ejecutivo: Desarrollo de Recomendaciones Dietéticas Basadas en Evidencia para Niños, Mujeres Embarazadas y Mujeres Lactantes que Viven en el Altiplano Occidental de Guatemala* [Versión electrónica]. Washington, DC: FHI 360/FANTA.
- FAO. (1988). Evolución del consumo de alimentos en América Latina. Mensaje dirigido a <http://www.fao.org/docrep/010/ah833s/ah833s08.htm>
- FAO (2005). Ley del Sistema SAN. Decreto 32-2005. Recuperado el 10 de marzo de 2014. Disponible en: [http://www.pesacentroamerica.org/pesa\\_ca/SAGuate%5B1%5D.pdf](http://www.pesacentroamerica.org/pesa_ca/SAGuate%5B1%5D.pdf)
- FAOSTAT. (2007). Hoja de balance de Guatemala, 2000. Guatemala: FAO.
- Gómez, Ismael. (2011, Enero). *Productos Industriales, Alimentación y Salud*

- Humana en Guatemala [Versión electrónica]. CEIBA, xiv, xv.
- INCAP/OPS. (1999). Curso de educación a distancia. Escuelas Saludables: Módulo 3: Seguridad Alimentaria y Nutricional. Publicación INCAP MED/113, Guatemala.
- INCAP. (2014). SAN en Breve. Recuperado el 4 de marzo de 2014. Disponible en: <http://www.incap.org.gt/index.php/es/acerca-de-san/san-en-breve>
- INCAP/OPS. (s.f.). Diplomado a Distancia en Seguridad Alimentaria y Nutricional, Unidad 1: Marco Conceptual de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. INCAP MDE/154.
- INCAP/OPS. (s.f.). Diplomado a Distancia en Seguridad Alimentaria y Nutricional, Unidad 3: Aceptabilidad y Consumo de Alimentos: Tercer Eslabón de la San. Publicación INCAP MDE/154.
- Instituto Nacional de Estadística. (2004). *IV Censo Nacional Agropecuario. Características Generales de las Fincas Censales y de Productoras y Productores Agropecuarios (Resultados Definitivos) Tomo 1.* [Folleto]. Guatemala: Autor.
- Martinez JA, Asitiasarán I, Madrigal H. (2002). Alimentación y Salud pública. (2da ed.) España: McGraw-Hill.
- MSPAS (2012, marzo). Metas nutricionales para Guatemala. En: Publicaciones INCAP. [En línea] Recuperado el 30 de abril 2014, de <http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/>
- MSPAS, OPS, INCAP (2012). Guías Alimentarias para Guatemala. Guatemala: Tritón imagen & comunicaciones.
- Narciso, R. (marzo, 2014). Encuesta Nacional de Empleo e Ingreso, ENEI-2. Guatemala. Recuperado de: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/03/28/Ri4kuzX3PyzdoBYOeX9dFNlzLIAsllbD.pdf>
- Rodríguez T, Fernández J, Cucó G, Biarnés J, Arija V. (2008, Junio). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutrición Hospitalaria* 23(3): 242-252.
- Varela G, Ávila JM, Pozo de la Calle S. (2013, s.f). La dieta española: una actualización. *Nutrición Hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de nutrición parenteral y enteral.* 28(5):13-20.
- Young CR, Alquilante JL, Solomon S, Colby L, Kawinzi MA, Uy N, et al. (2013, Octubre). Improving Fruit and Vegetable Consumption Among Low-Income Customers at Farmers Markets: Philly Food Bucks, Philadelphia Pennsylvania. *PreventingChronicDisease.* Volumen 10:120356

### **3.2.2 Análisis de las Metas:**

Debido a las características del tema de investigación, se determinó que se obtendría un mejor resultado si se realizaba comparando el patrón alimentario de cada una de las regiones, y así determinar si existía o no diferencia, en el apéndice 8 se muestra el informe final de la investigación.

### **3.3 Docencia:**

Durante la práctica se realizaron distintas capacitaciones, esto con el objetivo de actualizar, retroalimentar y brindar nuevos conocimientos sobre temas de alimentación y nutrición importantes para la adecuada atención al usuario, dichas capacitaciones fueron dirigidas al personal médico, de enfermería y del servicio de alimentación, a continuación se describe cada una de las actividades realizadas.

#### **3.3.1 Capacitación a personal médico y de enfermería sobre protocolo para el tratamiento hospitalario de la desnutrición aguda severa con complicaciones y determinación del estado nutricional:**

La capacitación sobre el protocolo para tratamiento hospitalario de desnutrición severa con complicaciones y determinación del estado nutricional se realizó con el 100% (n=17) de personal médico y el 90% (n=9) de los jefes de enfermería, en la cual se resolvieron dudas sobre el protocolo actualizado y sobre la correcta clasificación del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años. En apéndice 9 se presenta la agenda didáctica utilizada para la realización de la actividad.

#### **3.3.2 Capacitación sobre adecuada preparación y almacenamiento de fórmulas para recuperación nutricional a personal de enfermería:**

La capacitación sobre la adecuada preparación y almacenamiento de fórmulas para recuperación nutricional se realizó con 100% (n=10) del personal de enfermería del Encamamiento del Hospital, ya que es de vital importancia que todas las personas en contacto con niños y niñas desnutridas conozcan no solamente el protocolo de tratamiento, sino también la metodología para la preparación y almacenamiento de las fórmulas, ya que

es una parte importante en la adecuada recuperación de los pacientes ingresados en la sala de recuperación nutricional (ver apéndice 9).

### **3.3.3 Capacitación a personal médico y de enfermería sobre Lactancia Materna y política Institución Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna -ISSALM-:**

La capacitación sobre Lactancia Materna y Política ISSALM, se realizó con el 100% (n=17) de personal médico y el 90% (n=9) de los jefes de enfermería, en el apéndice 9, se muestra la agenda didáctica con el contenido abordado durante la capacitación.

### **3.3.4 Elaboración de Material Educativo sobre Tipo de Dietas Disponibles:**

Se realizó material educativo con los tipos de dietas disponibles y las características de cada una, esto, para contar con una guía práctica al momento de la indicación de la dieta a los pacientes, en el apéndice 10 se observa el material educativo diseñado, dicho material, se encuentra aún pendiente de revisión.

### **3.3.5 Capacitación a personal del servicio de alimentación sobre Buenas Prácticas de Manufactura –BPM- y Adecuadas Prácticas de Higiene:**

Se realizaron 2 capacitaciones con el personal sobre BPM y adecuadas prácticas de higiene. En la primera reunión, se impartió el contenido presentado en la agenda didáctica (Ver apéndice 11), al finalizar, se elaboraron compromisos personales para lograr una mejoría en el servicio, dichos compromisos fueron escritos y mantenidos a la vista de cada persona como recordatorio. Se incluyó la toma de muestras para análisis microbiológico del personal del servicio de alimentación, sin embargo no se llevó a cabo debido a falta de tiempo disponible del personal de Laboratorio y traslape de actividades.

Se realizó una segunda capacitación en la cual se realizó una retroalimentación de los temas presentados en la capacitación anterior, también se evaluó el cumplimiento de cada uno de los compromisos adquiridos en la reunión anteriormente descrita (autoevaluación), en esta actividad se observó falta de compromiso y motivación por parte del personal del servicio, mostrando desinterés y falta de atención en la actividad; debido a la situación se llevó a cabo una reunión extraordinaria con el encargado del servicio para determinar

estrategias para motivar al personal e imponer medidas disciplinarias para lograr el cumplimiento de las normas del servicio.

**Tabla No. 8**

**Resumen capacitaciones realizadas a personal médico y de enfermería.**

TEMA	MÉDICOS		ENFERMERÍA	
	N	%	n	%
<b>Protocolo para el Tratamiento Hospitalario de la Desnutrición Aguda Severa con Complicaciones, Determinación del Estado Nutricional</b>	17	100	10	90
<b>Lactancia Materna y Política ISSALM</b>	17	100		100
<b>Preparación y Almacenamiento de Fórmulas para Recuperación Nutricional</b>	-	-	10	100
TEMA	PERSONAL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN			
	n		%	
<b>Buenas prácticas de Manufactura y Adecuadas Prácticas de Higiene</b>	5		100	
<b>Buenas prácticas de Manufactura y Adecuadas Prácticas de Higiene (retroalimentación)</b>			80	

Fuente: Datos experimentales

**3.3.6 Evaluación de las metas:**

A continuación se presenta la Tabla No. 9, en la cual se muestra el cumplimiento de las metas en el eje de docencia.

**Tabla No. 9****Evaluación de metas. Eje de docencia, Febrero a Julio 2014.**

<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE LA META</b>
Realizar 2 sesiones de actualización sobre temas de nutrición con personal médico	No. de sesiones de actualización realizadas.	2 sesiones de actualización realizadas (100%) (100% personal médico, 90% personal de enfermería)
Realizar material educativo sobre tipo y características de dietas disponibles en el Hospital Nacional de Uspantán	No. de material elaboradas	Material Educativo (3 unidades) (100%)
Realizar 2 capacitaciones con personal de cocina acerca de Buenas Prácticas de Manufactura y Adecuadas Prácticas de Higiene	No. de capacitaciones	2 capacitaciones realizadas (100%)

Fuente: Datos experimentales

**3.3.7 Análisis de las metas:**

Durante el EPS se cumplió con el 100% de las metas propuestas, sin embargo es necesario continuar con el trabajo de actualización y retroalimentación, especialmente con el personal del servicio de alimentación, ya que se observó falta de motivación e interés en sus labores diarias, lo cual se refleja en la atención al usuario y en la calidad de los productos de dicho servicio.

### **3.3.8 Actividades contingentes, eje de Docencia:**

Las actividades contingentes en el eje de docencia, se llevaron a cabo en la medida en que fueron requeridas, son actividades no contempladas en el plan de trabajo inicial, que sin embargo se realizaron debido a su importancia en el momento.

3.3.8.1 Sesión educativa sobre tiendas saludables: Debido a la importancia de la alimentación saludable y adecuados hábitos de higiene en la salud de niños y niñas en edad escolar, se organizó una sesión educativa sobre tiendas saludables en conjunto con el EPS de odontología en la escuela primaria 15 de Septiembre de San Miguel Uspantán, en la que se contó con la presencia aproximadamente de 20 propietarios de tiendas escolares, cocineras, maestras (os) y autoridades de dicha escuela, donde se concientizó a los presentes a hacerse partícipes del fomento de hábitos alimentarios y de higiene saludables en los estudiantes (ver apéndice 12).

3.3.8.2 Capacitación a auxiliares de enfermería y técnicos en salud rural sobre el Protocolo de Atención de la Desnutrición Aguda Moderada sin Complicaciones: En conjunto con el encargado del área comunitaria del municipio de San Miguel Uspantán, se planteó la necesidad de realizar una capacitación de actualización a auxiliares de enfermería y técnicos en salud rural, acerca del protocolo de tratamiento de la desnutrición aguda moderada sin complicaciones, así como también, una retroalimentación en el tema de determinación y clasificación del estado nutricional, reforzando la técnica de toma de peso, talla, y metodología de conversión de medidas de peso, esto para asegurar una atención adecuada, y evitar diagnósticos incorrectos en el área rural. Dicha actividad se llevó a cabo con 35 auxiliares de enfermería pertenecientes al área comunitaria del municipio de San Miguel Uspantán y enfermeras especializadas en salud rural de la brigada médica cubana. En el apéndice 13, se observa la agenda didáctica utilizada en dicha actividad.

3.3.8.3 Organización de Curso de 20 Horas sobre Iniciativa Servicio de Salud Amigo de la Lactancia Materna: Durante la práctica se realizó el IV Monitoreo de la Política de Nutrición Pediátrica Hospitalaria, en el cual se pudieron identificar los avances realizados en el año anterior, sin embargo también se pudieron identificar los aspectos a mejorar para

el total cumplimiento de la política, una de las puntuaciones más bajas obtenidas, fue en el componente No. 1 Iniciativa Servicios de Salud Amigos de la Lactancia Materna, debido a este resultado, el Comité de Desnutrición y Lactancia Materna del Hospital decidió llevar a cabo el Curso de 20 Horas de Lactancia Materna, para reforzar conocimientos en el personal antiguo y aportar nuevos conocimientos en cuanto a lactancia materna a personal nuevo o rotativo.

Dicha actividad fue organizada por la EPS en nutrición e impartida por la practicante, contando con el apoyo de la EPS de pediatría, y la Pediatra perteneciente a la brigada médica cubana. Originalmente dicha actividad se impartiría en sesiones de 4 horas diarias, por una semana, sin embargo por inconvenientes con la organización del personal participante y falta de disponibilidad de tiempo de las expositoras, la actividad se reorganizó para realizarse en sesiones de 4 horas a la semana, con una duración de 5 semanas. La actividad se llevó a cabo con 14 auxiliares de enfermería, priorizados por presentar debilidad en el tema de lactancia materna. En el apéndice 14 se puede observar la solicitud realizada al jefe de enfermeros para la organización del personal, así como también la agenda didáctica utilizada para la realización de dicha actividad.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES**

#### **4.1 Aprendizaje Profesional:**

La realización del Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- permite poner en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, formar experiencia laboral, que serán de utilidad al momento de ser profesionales graduadas.

El EPS en el Hospital Nacional de Uspantán, permite además de poner en práctica lo aprendido, forjar un carácter, fortalecer la ética profesional, adquirir seguridad en las decisiones tomadas, ya que dichas decisiones y acciones, afectarán vidas humanas.

Además de lo mencionado, permite establecer una relación estrecha con personal médico y de enfermería y que reconozcan el trabajo del nutricionista en la institución, y sea tomado en cuenta.

#### **4.2 Aprendizaje Social:**

Realizar el EPS en la Región Noroccidente del país permite conocer las carencias alimentarias y sanitarias de la población. Formar parte del personal del Hospital Nacional de Uspantán conlleva una responsabilidad grande, ya que los pacientes acuden al profesional en busca de respuestas a su afección. Se debe brindar la mejor atención posible, para asegurar la adecuada recuperación de los pacientes, así como también fomentar la responsabilidad individual para cumplir las modificaciones necesarias en su estilo de vida para asegurar el mantenimiento de la salud.

El tratar con pacientes desnutridos, implica desarrollar habilidades de empatía hacia los pacientes y sus familias para asegurar que al salir del centro asistencial no se de una recaída en el estado nutricional de los pacientes y que las familias se comprometan a darle seguimiento al caso, siguiendo las instrucciones dadas por la nutricionista y manteniéndolas a largo plazo, además de asistir a las reconsultas control, aplicando esto a cada uno de los pacientes tratados.

### **4.3 Aprendizaje Ciudadano:**

San Miguel Uspantán, al igual que el resto del país tiene costumbres y culturas propias de la región, por lo que es importante, brindar el tratamiento correcto respetando sobre todas las cosas las costumbres de las personas, es decir realizar intervenciones con pertinencia cultural, para así asegurar la aceptación del tratamiento por los pacientes y sus familias y de esta forma contribuir a su pronta y completa recuperación y que ésta sea duradera.

## **CAPITULO V**

### **RECOMENDACIONES**

Continuar con el control del cumplimiento de normas de buenas prácticas de manufactura y buenas prácticas de higiene al personal del servicio de alimentación.

Continuar con el proceso de capacitación al personal del servicio de alimentación en el tema de buenas prácticas de manufactura y buenas prácticas de higiene, para asegurar alimentos inocuos a los usuarios del Hospital y al personal que consume los productos provenientes del servicio.

Dar seguimiento al proceso de actualización académica con el personal médico de enfermería, para mantener al personal actualizado sobre temas de alimentación y nutrición.

Continuar con la gestión de insumos necesarios para el correcto funcionamiento de la sala de recuperación nutricional, para brindar la mejor atención posible a los usuarios, especialmente de fórmulas de recuperación nutricional, sueros de rehidratación oral y micronutrientes.

Continuar en comunicación con personal médico y de enfermería para formar conciencia de la importancia del tratamiento nutricional en pacientes con requerimientos específicos y así lograr una recuperación pronta y duradera.

Mantener activo el comité de Nutrición Pediátrica Hospitalaria para velar por el correcto cumplimiento de la Política de Nutrición Pediátrica Hospitalaria.

## CAPITULO VI

### ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**



## **DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL**

Elaborado por  
Kissy Anneth Castro James

Estudiante de Nutrición

Marzo, 2014

## CAPÍTULO I

### MISIÓN Y VISIÓN DEL HOSPITAL

1.1 **Misión:** El personal del sistema integral de salud con el apoyo de las instituciones cooperantes brinda los servicios de salud a la población que cubre el distrito de Uspantán y lugares circunvecinos, con personal calificado, capacitado, y con sentido humanitario en los niveles de atención, en forma permanente y oportuna para lograr la satisfacción del usuario, mediante la reducción de la morbi-mortalidad.

1.2 **Visión:** El sistema integral de atención en salud de Uspantán, prevé y garantiza una adecuada atención médica integral a la población para mejorar la calidad de vida y controlar las enfermedades prevenibles, coordinando con otras Institucionales Nacionales e Internacionales, aprovechando racionalmente los recursos con ética basada en una adecuada dirección y administración de la red de servicios.

## **CAPÍTULO II**

### **MISIÓN Y VISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN**

2.1 El departamento de nutrición actualmente no cuenta con una visión y misión.

## **CAPÍTULO III**

### **INFORMACIÓN DEL HOSPITAL Y DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN**

3.1 Cantidad de camas: 40

3.2 Servicios brindados: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Nutrición, Cirugía, Traumatología, Fisioterapia.

3.2.2 Servicios que presta el departamento de nutrición: Atención nutricional en el área de pediatría en consulta interna (Centro de Recuperación Nutricional, Pediatría, Neonatos), Atención nutricional en el área de adultos en consulta interna (medicina de mujeres, medicina de hombres, cirugía, maternidad, cirugía de maternidad), Consulta externa (pediatría-adultos), Coordinación del Servicio de Alimentación.

3.3 Pruebas de laboratorio que se realizan en laboratorio del hospital

3.3.1 Urología

3.3.2 Química en orina

3.3.3 Coprología

3.3.4 Baciloscopía

3.3.5 Hematología completa

3.3.6 Hemostasia

3.3.7 Química sanguínea (actualmente no se cuenta con prueba de glucosa pre, bilirrubinas, albúmina)

3.3.8 Serología

3.4 Suplementos vitamínicos y minerales disponibles

3.4.1 Vitamina A

3.4.2 Ácido fólico

3.4.3 Sulfato de cinc

3.4.4 Sulfato ferroso

3.4.5 Vitamina K

### 3.4.6 Complejo B

## 3.5 Tipo de dietas y fórmulas estandarizadas con su valor nutritivo

3.5.1 Dieta libre 1500Kcal

3.5.2 Dieta blanda 1300 Kcal

3.5.3 Dieta suave 1500 Kcal

3.5.4 Dieta de diabético 1500 Kcal

3.5.5 Dieta hipo sódica 1500 Kcal

3.5.6 El hospital no cuenta con fórmulas estandarizadas, se elaboran de acuerdo a necesidades de cada paciente, según indicación de nutricionista encargada.

## 3.6 Tipo, marca y características principales de productos dieto terapéuticos disponibles

3.6.1 Proteinex: Módulo de proteína

3.6.2 Protifar: Módulo de proteína

3.6.3 Glucerna: Complemento alimenticio para pacientes diabéticos

3.6.4 Incaparina: Mezcla de maíz y soya que aporta proteína de buena calidad, reforzada con vitaminas y minerales

3.6.5 Bebelac Etapa 1: Sucedáneo de leche materna, para niños de 0 a 6 meses de edad

3.6.6 Azúcar

3.6.7 Aceite

3.6.8 Fórmulas de recuperación nutricional (F75 y F100)

## 3.7 Nombre, dirección, contacto y teléfono de institución de referencia para recuperación nutricional

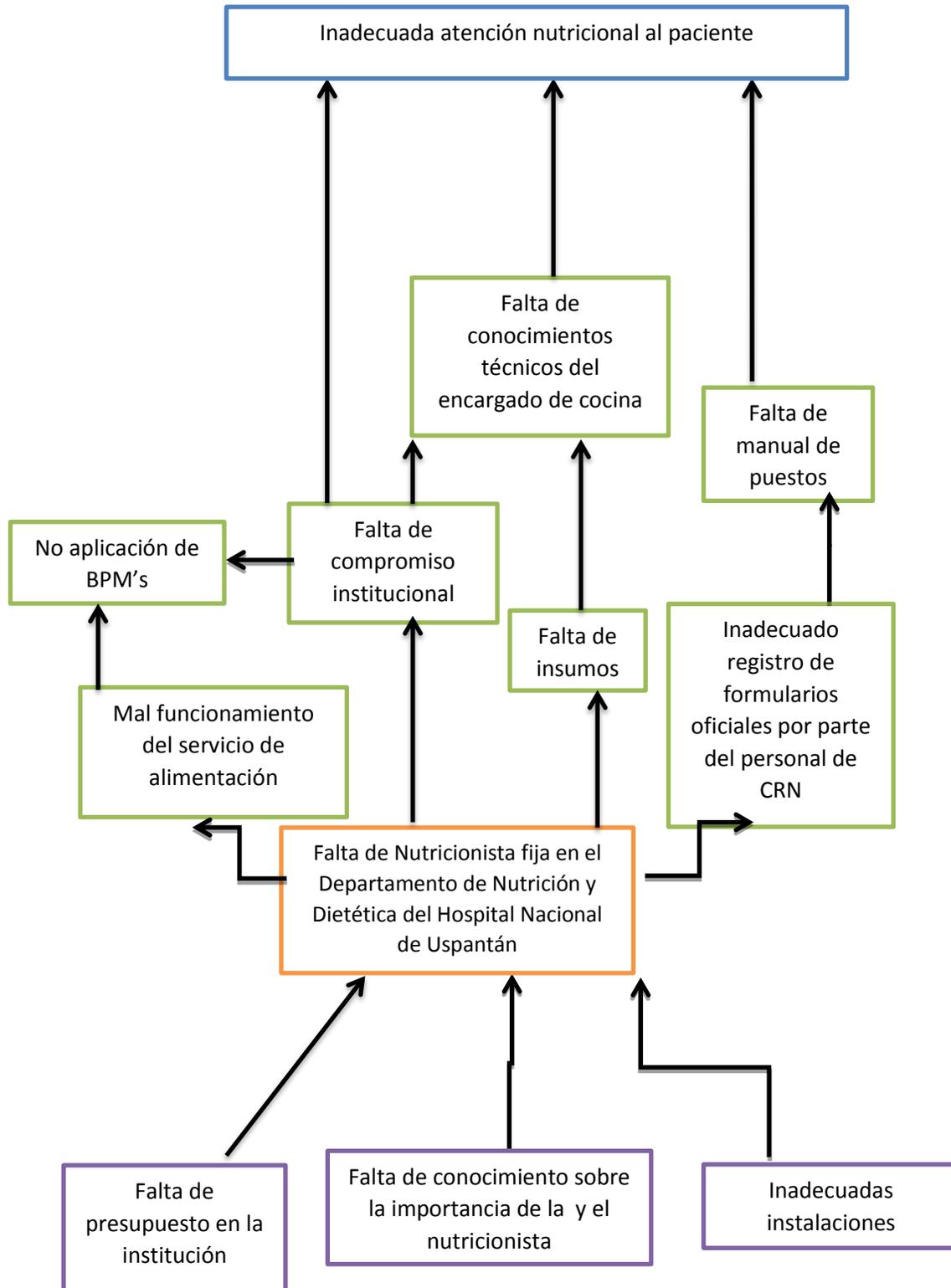
3.7.1 La sala de recuperación nutricional, se encuentra dentro del hospital, en el área de encamamiento. La encargada de coordinarla está a cargo de el/la nutricionista, quien trabaja en conjunto con la pediatra en turno. Al momento que el hospital no cuente con nutricionista, la sala de recuperación nutricional, queda a cargo de una auxiliar de enfermería capacitada en la atención de pacientes con desnutrición aguda severa.

## **CAPÍTULO IV**

### **LLUVIA Y ÁRBOL DE PROBLEMAS**

- 4.1 No aplicación de BPM's
- 4.2 Inadecuadas prácticas de higiene
- 4.3 Falta de compromiso institucional, y acomodamiento en el trabajo
- 4.4 Falta de capacitación sobre temas de nutrición
- 4.5 Falta de liderazgo del encargado del servicio de alimentación
- 4.6 Falta de conocimiento y diferenciación de tipo de dietas
- 4.7 Inadecuadas instalaciones
- 4.8 Inadecuado registro de datos en el Centro de Recuperación Nutricional
- 4.9 Falta de manual de puestos para personal de enfermería en el CRN
- 4.10 Falta de insumos e inadecuadas condiciones de trabajo

## 4.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS



**ENTREVISTA:** Dr. Cruz Tavico Castro (Sub Director Hospital Nacional de Uspantán).

4.1 Desafíos a enfrentar:

4.1.1 Falta de motivación y actitud positiva de parte del personal del servicio de alimentación.

4.1.2 Falta de importancia a las acciones de BPM en el área de preparación de cocina.

4.1.3 Falta de comunicación con personal médico y de enfermería en cuanto a temas de BPM.

4.2 Problemas y necesidades en que puede apoyar:

4.2.1 Mejorar prácticas de higiene y BPM en el área de cocina.

4.2.2 Mejorar atención nutricional a pacientes ingresados al área de encamamiento.

4.2.3 Mejorar atención nutricional a pacientes ingresados al área de recuperación nutricional.

4.2.4 Capacitar a personal médico y de enfermería en cuanto a temas de alimentación y nutrición.

4.2.5 Capacitar a personal del área comunitaria sobre tema de seguimiento de protocolo para casos de desnutrición aguda severa y moderada sin complicaciones.

4.2.6 Retroalimentar a personal médico sobre la importancia de lactancia materna desde la primera media hora después del parto, el clampeo oportuno del cordón umbilical, entre otros.

4.2.7 Velar por el cumplimiento de llenado de registros estadísticos y epidemiológicos relacionados con el área nutricional.

**CAPÍTULO V**  
**PROBLEMAS PRIORIZADOS UNIFICADOS**

- 5.1 Control y coordinación del servicio de alimentación.
- 5.2 Coordinación del departamento de nutrición y dietética del Hospital Nacional de Uspantán.
- 5.3 Falta de capacitación sobre BPM's y adecuadas prácticas de higiene para la preparación de alimentos
- 5.4 Falta de motivación y actitud positiva por parte del personal del servicio de alimentación.
- 5.5 Falta de valor nutritivo del ciclo de menú disponible para pacientes de encamamiento

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA**



**PLAN DE TRABAJO**

Elaborado por  
Kissy Anneth Castro James

Estudiante de Nutrición

Marzo, 2014

## **CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN**

La escuela de nutrición, por medio del ejercicio profesional supervisado en el área de nutrición clínica, como opción de graduación, aporta al país recurso humano en los hospitales y centros asistenciales de la red nacional, priorizando los lugares con mayor necesidad de atención integral al paciente.

El municipio de Uspantán del departamento del Quiché, es uno de los centros asistenciales con mayor necesidad de recurso humano, especialmente en el área de nutrición y dietética, por lo cual la escuela de nutrición, por medio de la Universidad de San Carlos de Guatemala, brinda el apoyo necesario por medio de una estudiante en fase Ejercicio Profesional Supervisado en nutrición clínica, para mejorar la atención integral al paciente, además de cumplir un papel fundamental en el funcionamiento del servicio de alimentación y área de elaboración de fórmulas en el hospital, además de dirigir y organizar la sala de recuperación nutricional ubicado en dicho centro asistencial.

El propósito del presente documento es guiar el desarrollo de las prácticas de nutrición clínica del Ejercicio Profesional Supervisado llevado a cabo en el periodo comprendido del 5 de febrero al 25 de julio del presente año.

## CAPÍTULO II

### MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

#### 2.1 EJE DE SERVICIO

**OBJETIVO:** Contribuir a la recuperación de la salud de pacientes usuarios del Hospital Nacional de Uspantán, Quiché.

META	INDICADOR	ACTIVIDADES	EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Atención nutricional a 75 pacientes referidos a consulta externa, en un periodo comprendido del 10 de febrero al 25 de julio del año 2014	Número de pacientes atendidos	Atención nutricional en consulta externa	Del 10 de febrero al 25 de julio de 2014	Kissy Castro
Atención nutricional a 150 pacientes (adultos y niños), ingresados al área de encamamiento del Hospital Nacional de Uspantán, Quiché, del 5 de febrero al 25 de julio del 2014	Número de pacientes atendidos	Atención nutricional en consulta interna	Del 5 de febrero al 25 de julio de 2014	
Calcular el valor nutritivo de los tipos de dietas disponibles en el Hospital Nacional	No. de dietas calculadas	Compilación de ciclos de menú de cada una de las dietas a calcular	Del 3 al 31 de marzo del 2014	Kissy Castro

de Uspantán		Calculo de valor nutritivo		
En el período del 5 de febrero al 25 de julio recuperar el estado nutricional del 100% de pacientes ingresados a la Sala de Recuperación Nutricional	Porcentaje de pacientes recuperados nutricionalmente	Atención nutricional sala de recuperación nutricional	Del 5 de febrero al 25 de julio del 2014	

## 2.2 EJE DE DOCENCIA

**OBJETIVO:** Contribuir al fortalecimiento de la Política de Nutrición Pediátrica Hospitalaria, en el Hospital Nacional de Uspantán, Quiché.

META	INDICADOR	ACTIVIDADES	EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Realizar 2 sesiones de actualización sobre temas de nutrición con personal médico	No. de sesiones de actualización realizadas.	Capacitación a personal médico y de enfermería sobre protocolo para el tratamiento hospitalario de la desnutrición aguda severa con complicaciones, importancia y determinación del estado nutricional, Lactancia Materna y Adecuada preparación y almacenamiento de fórmulas de recuperación nutricional	26 de febrero de 2014  23 de junio de 2014	Kissy Castro
Realizar material educativo sobre tipo y características de dietas disponibles en el Hospital Nacional de Uspantán	No. de material elaboradas	Elaboración y socialización de material educativo	1 al 15 de marzo de 2014	Kissy Castro
Realizar 2 capacitaciones con personal del servicio de alimentación acerca de Buenas Prácticas de Manufactura y Adecuadas Prácticas de	No. de sesiones educativas realizadas	Capacitación sobre Buenas Prácticas de Manufactura y Adecuadas: prácticas de higiene	21 de marzo de 2014  23 de mayo de 2014	Kissy Castro

Higiene				
---------	--	--	--	--

### 2.3 EJE DE INVESTIGACION

**OBJETIVO:** Fortalecer habilidades de investigación por medio del desarrollo del tema: Patrones Alimentarios de Usuarios de los Hospitales de la Región Metropolitana, Noroccidente y Nororiente.

META	INDICADOR	ACTIVIDADES	EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Desarrollar un tema de investigación durante el primer semestre del 2014.	Investigación desarrollada	Desarrollo de la investigación.  Aprobación del informe final.	Primer semestre del 2014	Kissy Castro

## CAPÍTULO III ANEXOS

### Anexo No. 1

<b>TEMA: Determinación del estado nutricional y Protocolo sobre desnutrición aguda severa con complicaciones</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal médico y de enfermería
<b>Fecha de la sesión</b>	23 de febrero 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	30
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que los asistentes al finalizar la sesión, estén en capacidad de:</p> <p>Comprender la importancia de la intervención de un equipo multidisciplinario en el tratamiento de pacientes con desnutrición aguda severa con complicaciones</p> <p>Aplicar el protocolo de tratamiento correctamente en cada uno de los casos</p>	<p style="text-align: center;">Estado Nutricional (importancia, clasificación, diagnóstico)</p> <p style="text-align: center;">Protocolo del tratamiento hospitalario de la desnutrición aguda severa con complicaciones</p>	Exposición oral	<p style="text-align: center;">Comentarios</p> <p style="text-align: center;">Resolución de dudas</p>

## Anexo No. 2

<b>TEMA: Lactancia materna, política ISSALM</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal médico y de enfermería
<b>Fecha de la sesión</b>	23 de junio de 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	30
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que los asistentes, al finalizar la actividad, estén en capacidad de:</p> <p>Aplicar las normas de la ISSLAM correctamente</p> <p>Reconocer la importancia del inicio de la Lactancia Materna dentro de los primeros 30 minutos después del nacimiento</p> <p>Apoyar la lactancia materna, incluso en recién nacidos que no se encuentran cerca de la madre.</p>	<p>Lactancia Materna</p> <p>Política ISSLAM (pasos, normas a seguir, llenado correcto de documentación)</p>	<p>Exposición oral</p> <p>Demostración de técnica correcta de amamantamiento, madre canguro, reflejo de búsqueda)</p>	<p>Comentarios</p> <p>Resolución de dudas</p>

### Anexo No. 3

<b>TEMA: Preparación y almacenamiento de fórmulas de recuperación nutricional</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Auxiliares de enfermería Enfermeros profesionales
<b>Fecha de la sesión</b>	14 de marzo 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	45
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que los asistentes al finalizar la sesión, estén en capacidad de:</p> <p>Comprender la importancia una adecuada preparación y almacenamiento de las fórmulas para la recuperación de los pacientes</p> <p>Aplicar los conocimientos aprendidos en el diario que hacer</p> <p>Retroalimentar el proceso a personal rotativo</p>	<p>Características nutricionales y físicas de las fórmulas de recuperación nutricional</p> <p>Técnica correcta de preparación</p> <p>Técnica correcta de almacenamiento</p>	<p>Exposición oral</p> <p>Elaboración de fórmula de recuperación nutricional</p>	<p>Comentarios</p> <p>Resolución de dudas</p> <p>Observación directa de la aplicación de las técnicas aprendidas</p>

#### Anexo No. 4

<b>TEMA: Buenas prácticas de manufactura y adecuadas prácticas de higiene</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal de cocina
<b>Fecha de la sesión</b>	21 de marzo de 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	45
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que el personal de cocina, al finalizar la actividad, esté en capacidad de:</p> <p>Cumplir con las normas de higiene mínimas para la elaboración y manipulación de alimentos</p> <p>Identificar focos de contaminación dentro y fuera del servicio de alimentación en el Hospital</p>	<p>Buenas Prácticas de Manufactura (importancia)</p> <p>Buenas prácticas de higiene (importancia, técnica correcta de lavado de manos, contaminación cruzada)</p>	<p>Exposición oral</p> <p>Toma de muestras para análisis microbiológico</p>	<p>Comentarios</p> <p>Resolución de dudas</p>

**TEMA: Buenas prácticas de manufactura y adecuadas prácticas de higiene (retroalimentación)**

<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal de cocina
<b>Fecha de la sesión</b>	23 de mayo de 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	30
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que el personal de cocina, al finalizar la actividad, esté en capacidad de:</p> <p>Identificar y retroalimentar a personal que no cumpla con las normas de higiene necesarias</p> <p>Reconocer las diferencias en el proceso de elaboración de alimentos (antes y después)</p>	<p>Buenas Prácticas de Manufactura (autoevaluación)</p> <p>Buenas prácticas de higiene (autoevaluación)</p> <p>Retroalimentación</p>	<p>Exposición oral de comentarios o experiencias vividas en el proceso</p> <p>Retroalimentación de dudas o comentarios</p>	<p>Resultados de la autoevaluación</p> <p>Resolución de dudas</p> <p>Comentarios</p>

## CAPÍTULO VII

### APÉNDICES

#### Apéndice 1

#### Estadística Mensual de Atención a Pacientes en Consulta Interna y Consulta Externa

#### Consulta Interna Adultos

FEBRERO										
EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición Severa				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
40-65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>65	1	1	0	0	0	0	1	1	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

MARZO										
EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición Severa				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	2	1	0	0	1	0	0	2	3	3
40-65	2	1	0	0	0	0	0	3	3	3
>65	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

**ABRIL**

EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición Severa				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	2	0	0	0	0	0	1	1	2	1
18-40	2	0	0	1	0	0	0	1	2	2
40-65	1	1	0	0	0	0	0	2	2	2
>65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

**MAYO**

EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición Severa				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40-65	2	3	0	1	1	1	0	2	5	5
>65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

**JUNIO**

EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición Severa				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
40-65	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
>65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

**JULIO**

EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición Severa				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40-65	1	1	0	0	0	2	0	0	2	2
>65	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

**Estadística Mensual Consulta Interna Pediatría**

**FEBRERO**

Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						Total	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
Bajo peso al nacer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1 mes	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
>1 mes < 6 meses	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1
>6 meses < 1 año	2	3	0	0	1	1	3	0	5	5
1 a < 2 años	2	3	0	0	1	1	3	0	5	5
2 a 5 años	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
>5 años	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

**MARZO**

Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
Bajo peso al nacer	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
> 1 mes	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1
>1 mes < 6 meses	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>6 meses < 1 año	4	4	0	0	0	2	4	0	6	6
1 a < 2 años	0	4	0	0	2	4	1	1	8	8
2 a 5 años	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
>5 años	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>17</b>

**ABRIL**

Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
Bajo peso al nacer	2	2	0	0	0	0	4	0	4	4
> 1 mes	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
>1 mes < 6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>6 meses < 1 año	0	2	0	0	0	1	1	0	2	2
1 a < 2 años	1	3	0	0	1	2	1	0	4	4
2 a 5 años	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
>5 años	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>13</b>

**MAYO**

Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
Bajo peso al nacer	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1
> 1 mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>1 mes < 6 meses	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2
>6 meses < 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a < 2 años	6	4	0	0	4	3	2	1	10	9
2 a 5 años	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
>5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>13</b>

**JUNIO**

Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
Bajo peso al nacer	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
> 1 mes	1	1	0	0	1	0	1	0	2	2
>1 mes < 6 meses	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
>6 meses < 1 año	2	1	0	0	0	2	1	0	3	3
1 a < 2 años	3	1	0	0	0	1	3	0	4	4
2 a 5 años	0	2	0	0	0	1	1	0	2	2

>5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	6	7	0	0	1	4	8	0	13	13

<b>JULIO</b>										
Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
Bajo peso al nacer	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1
> 1 mes	1	1	0	0	1	0	1	0	2	2
>1 mes < 6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>6 meses < 1 año	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1
1 a < 2 años	2	3	0	0	0	0	5	0	5	5
2 a 5 años	1	1	0	0	0	0	2	0	2	2
>5 años	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	5	7	0	0	1	1	10	0	12	12

### Estadística Mensual, Consulta Externa de Adultos

<b>FEBRERO</b>										
EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
18-40	3	2	2	2	1	0	0	0	5	1
40-65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	3	3	2	2	1	0	1	0	6	1

**MARZO**

EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40-65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**ABRIL**

EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	1	4	2	1	1	1	0	0	5	2
40-65	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
>65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	4	2	2	1	1	0	0	6	2

**MAYO**

EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
18-40	0	2	0	1	1	0	0	0	2	0
40-65	1	3	4	0	0	0	0	0	4	0
>65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	6	4	1	2	0	0	0	7	0

JUNIO										
EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18-40	1	2	2	1	0	0	0	0	3	0
40-65	0	4	4	0	0	0	0	0	4	1
>65	2	0	0	1	0	1	0	0	2	1
TOTAL	3	6	6	2	0	1	0	0	9	2

JULIO										
EDAD	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición				
						Leve	Moderada	Severa		
< 18 años	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
18-40	0	4	1	1	2	0	0	0	4	2
40-65	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0
>65	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1
TOTAL	1	7	3	2	2	1	0	0	8	3

### Estadísticas Consulta Externa, Pediatría

FEBRERO										
Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1 mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>1 mes < 6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>6 meses < 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1 a < 2 años	1	3	1	0	1	2	0	0	4	1
2 a 5 años	0	4	0	0	1	3	0	0	4	1
>5 años	1	2	0	0	2	1	0	0	3	0
TOTAL	2	9	1	0	4	6	0	0	11	2

### MARZO

Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1 mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>1 mes < 6 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>6 meses < 1 año	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0
1 a < 2 años	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2 a 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0

### ABRIL

Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPN	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1 mes	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>1 mes < 6 meses	0	2	0	0	2	0	1	0	3	1
>6 meses < 1 año	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
1 a < 2 años	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0

2 a 5 años	0	2	0	0	1	1	0	0	2	1
>5 años	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>2</b>

<b>MAYO</b>										
Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1 mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>1 mes < 6 meses	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
>6 meses < 1 año	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
1 a < 2 años	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 a 5 años	1	2	0	0	1	1	0	0	2	1
>5 años	0	1	1	0	0	2	0	0	3	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

<b>JUNIO</b>										
Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	M	F	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1 mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>1 mes < 6 meses	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
>6 meses < 1 año	0	2	0	0	2	0	0	0	2	1
1 a < 2 años	1	4	1	0	2	2	0	0	5	1
2 a 5 años	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0

>5 años	0	5	2	0	0	3	0	0	5	1
TOTAL	2	12	4	0	4	6	0	0	14	3

JULIO										
Grupo de edad	Genero		Estado Nutricional						TOTAL	No. Reconsultas
	Masculino	Femenino	Obeso	Sobrepeso	Normal	Desnutrición aguda Moderada	Desnutrición aguda Severa			
							Marasmo	Kwashiorkor		
BPM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 1 mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>1 mes < 6 meses	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0
>6 meses < 1 año	2	2	0	0	2	2	0	0	4	2
1 a < 2 años	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
2 a 5 años	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
>5 años	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
TOTAL	3	6	1	0	4	4	0	0	9	4

## Apéndice 2

### DISTRIBUCIÓN DE PORCIONES DIETA BLANDA

GRUPO	ALIMENTO	PORCION	Kcal	PROTEINAS (g)	CARBOHI DRATOS (g)	GRASA S (g)
1	Lácteos descremados	2	198	14	22	6
2	Lácteos enteros	1	152	9	11	8
3	Vegetales	2.5	90	2.5	20	0
4	Frutas	1	80	0	20	0
5	Cereales	6	462	18	84	6
6	Carnes	3	192	21	0	12
7	Grasas	1	45	0	0	5
8	Azucars	4	80	0	20	0
TOTAL			<b>1299</b>	<b>64.5</b>	<b>177</b>	<b>37</b>

### DISTRIBUCIÓN DE PORCIONES POR TIEMPO DE COMIDA DIETA BLANDA

GRUPO	PORCIÓN	D	R	A	R	C	R
1	2	0	1	0	0	1	0
2	1	0	0	0	1	0	0
3	2.5	0.5	0	1	0	1	0
4	1	0	0	1	0	0	0
5	6	2	0	2	0	2	0
6	3	1	0	1	0	1	0
7	1	1	0	0	0	0	0
8	5	1	1	1	1	1	0

**DISTRIBUCIÓN DE PORCIONES**  
**DIETA LIBRE**

GRUPO	ALIMENTO	PORCIÓN	Kcal	PROTEINA	CARBOHIDRATO	GRASA
1	Lácteos descremados	3	297	21	33	9
2	Lácteos enteros	1	152	9	11	8
3	Vegetales	2	72	2	16	0
4	Frutas	1	80	0	20	0
5	Cereales	13	1001	39	182	13
6	Carnes	3	192	21	0	12
7	Grasas	3	135	0	0	15
8	Azúcares	5	100	0	25	0
<b>TOTAL</b>			<b>2029</b>	<b>92</b>	<b>287</b>	<b>57</b>

**DISTRIBUCIÓN DE PORCIONES POR TIEMPO DE COMIDA**  
**DIETA LIBRE**

GRUPO	PORCIÓN	D	R	A	R	C	R
1	3	1	0	0	1	1	0
2	1	0	1	0	0	0	0
3	2	0	0	1	0	1	0
4	1	0	0	1	0	0	0
5	13	6	0	3	0	4	0
6	3	1	0	1	0	1	0
7	3	1	0	1	0	1	0
8	5	1	1	1	1	1	0

### Apéndice 3

**Cuadro resumen de pacientes recuperados en Sala de Recuperación Nutricional, por mes y porcentaje**

MES	No. PACIENTES INGRESADOS	CONDICION EGRESO		RECUPERADO		% PACIENTES RECUPERADOS
		Vivo	Fallecido	Si	No	
Febrero	6	6	0	5	1	83
Marzo	6	6	0	6	0	100
Abril	3	3	0	1	2	33
Mayo	3	3	0	1	2	33
Junio	7	7	0	5	2	71
Julio	9	9	0	9	0	100
<b>PORCENTAJE GLOBAL PACIENTES RECUPERADOS</b>						<b>70</b>

Fuente: Libro de Registro Sala de Recuperación Nutricional. 2014

## Apéndice 4

### Gestión Refrigeradora para Sala de Recuperación Nutricional

Guatemala, 13 de marzo de 2014

Licenciado  
Julio Godínez  
Gerente General  
Hospital Nacional de Uspantán

Deseándole éxitos en sus labores, me dirijo a usted para hacer de su conocimiento la urgente necesidad de adquisición de una nueva refrigeradora para el Centro de Recuperación Nutricional en el área de Encamamiento, debido a que la refrigeradora que estaba en uso dejó de funcionar hace aproximadamente 2 semanas.

Al momento de identificar la falla del refrigerador, se realizó la consulta al Departamento de Mantenimiento, quienes luego de la evaluación del aparato, determinaron que era necesario el reemplazo del mismo por otro aparato, ya que su reparación sería costosa y no sería productiva, ya que no existe garantía de que la reparación sea duradera.

Sin más que agregar, me suscribo.

Atentamente

María Ixchop  
Auxiliar de Enfermería  
Encargada de CRN

Kissy Castro  
EPS-Nutrición 2014

Irma Girón  
Enfermera Profesional  
Jefe de Encamamiento

Recibi:  
13/03/2014

## Apéndice 5

### Gestión sales de rehidratación oral



Guatemala, 14 de julio de 2014

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Viceministerio de Hospitales  
Coordinación de Promoción y Desarrollo de Hospitales  
Presente

Deseándoles el mayor de los éxitos en cada una de sus labores diarias, respetuosamente, me dirijo a ustedes con el objetivo de solicitarles contemplen al Hospital Nacional de Uspantán para la obtención de Suero de Rehidratación Oral para niños y niñas con Desnutrición Aguda Severa - ReSoMal- para el año 2015, ya que actualmente contamos con el mismo en el Hospital.

Dicha solicitud la realizamos anticipadamente para asegurar la disponibilidad de dicho insumo, pues conocemos la importancia del mismo en el tratamiento de niños y niñas con desnutrición aguda severa, además de formar parte del protocolo de tratamiento creado por el MSPAS.

De antemano agradezco su fina atención, quedando a espera de su respuesta, esperando que ésta sea positiva.

Sin más que agregar, me suscribo

Atentamente,



Dr. Cruz Tavico Castro  
Director General  
DIRECCION  
El Quiché



Kissy Castro  
EPS-Nutrición  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y A.S.  
NUTRICIÓN  
HOSPITAL NAC. USPANTÁN, EL QUICHÉ



Dr. Erick López  
Coordinador Comité de Farmacoterapia  
Hospital Nacional de Uspantán  
COMITÉ DE FARMACOTERAPIA  
HOSPITAL NACIONAL DE USPANTAN

## Apéndice 6

### Instrumento para BPM y Prácticas de Higiene, Instrumento Limpieza de Azulejos y Refrigeradora

HOSPITAL DISTRITAL DE SAN MIGUEL USPANTÁN, EL QUICHÉ  
SERVICIO DE ALIMENTACION

Supervisor: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

NOMBRE	Uniforme limpio	joyas (aretes, pulseras, collares, etc.)	Calzado apropiado (blanco, cerrado, antideslizante)	Uñas limpias y sin esmalte	Limpieza del área de trabajo	Limpieza del carro	Limpieza de estantes	Lavado de manos

Supervisión Nutricionista encargada: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Elaborado por: JZIC USAC 2013  
Actualizado por: KACJ EPS Nutrición/USAC 2014

HOSPITAL DISTRITAL DE USPANTAN, QUICHE  
SERVICIO DE ALIMENTACION

**SUPERVISIÓN LIMPIEZA DE REFRIGERADORA Y AZULEJO**

Mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

LIMPIEZA DE REFRIGERADORA					
SEMANA	FECHA	NOMBRE DE QUIEN LIMPIO	HORA	FIRMA	FIRMA DE SUPERVISOR
1					
2					
3					
4					
LIMPIEZA DE AZULEJO					
SEMANA	FECHA	NOMBRE DE QUIEN LIMPIO	HORA	FIRMA	FIRMA DE SUPERISOR
1					
2					
3					
4					

\*Se recomienda limpiar estas áreas 1 vez a la semana

Supervisión Nutricionista encargada: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

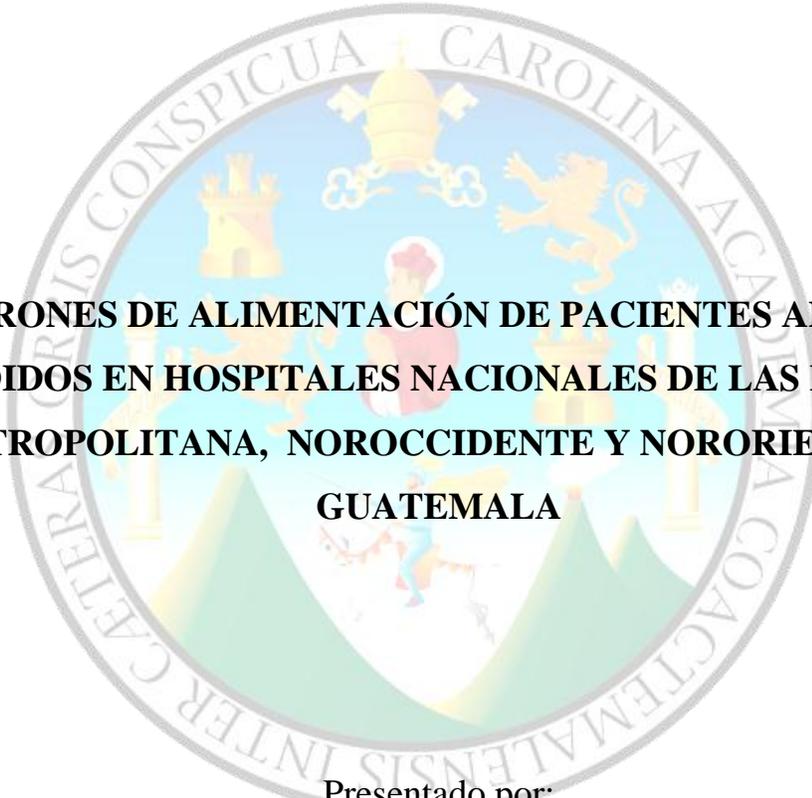
ELABORADO POR: EPS NUTRICION USAC 2013 JZIC  
Actualizado por: KACJ EPS Nutrición/USAC 2014



**Apéndice 8**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA  
PROGRAMA DE EXPERIENCIAS DOCENTES CON LA COMUNIDAD –EDC-  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO –EPS-**



**PATRONES DE ALIMENTACIÓN DE PACIENTES ADULTOS  
ATENDIDOS EN HOSPITALES NACIONALES DE LAS REGIONES  
METROPOLITANA, NOROCCIDENTE Y NORORIENTE DE  
GUATEMALA**

Presentado por:

Jessica Cristina Ruiz 200910930, Mónica Rocío Zambrano Salazar  
200910812, Rosémyl Dalila Samayoa Morales 200910813, KissyAnneth  
Castro James 200910911, Melva Anarossy Arreaza Galdámez 200911090

Estudiantes de la Carrera de:

Nutrición

Guatemala, agosto 2014

## INTRODUCCIÓN

La Seguridad Alimentaria y Nutricional definida por el INCAP es el “Estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuve al desarrollo.”

Los componentes básicos de la Seguridad Alimentaria y Nutricional son la disponibilidad, el acceso, el consumo, y la utilización biológica de los alimentos; los cuales, de adecuada calidad, deberían estar disponibles en cantidades suficientes para el 100% de la población, sin embargo el consumo de alimentos esta principalmente afectado por la disponibilidad y acceso, viéndose afectado además por las costumbres, prácticas de alimentación y el nivel educativo general.

El Patrón Alimentario es el marco de referencia del consumo alimentario de un grupo de población, representa el tipo y características de los alimentos usualmente ingeridos por la mayoría de los individuos en un tiempo determinado.

El estudio será de tipo cualitativo y semi-cuantitativo, transversal, con muestreo no probabilístico, cuya muestra será seleccionada por conveniencia por las investigadoras.

El objetivo del presente documento es dar a conocer las bases teóricas que respaldan la investigación sobre patrones alimentarios de los usuarios de Hospitales de la Red Nacional, de las Regiones: Metropolitana, Noroccidente y Nororiente del país y así, poder compararlos.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Seguridad Alimentaria y Nutricional:

La Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) se define por el INCAP como *“Estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar que coadyuve al desarrollo.”* (INCAP/OPS., s.f., Unidad 1).

La FAO define la SAN de la siguiente manera: *“La seguridad alimentaria se da cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico permanente a alimentos seguros, nutritivos y en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos nutricionales y preferencias alimentarias, y así poder llevar una vida activa y saludable”.*

Según la Ley del Sistema SAN de Guatemala, Decreto 32-2005 se define SAN como *“el derecho de toda persona a tener acceso físico, económico y social, oportuna y permanentemente, a una alimentación adecuada en cantidad y calidad, con pertinencia cultural, preferiblemente de origen nacional, así como a su adecuado aprovechamiento biológico, para mantener una vida saludable y activa.”*

### 1.2 Componentes de Seguridad Alimentaria y Nutricional:

Los componentes básicos de la Seguridad Alimentaria y Nutricional son la disponibilidad, el acceso, el consumo, y la utilización biológica de los alimentos. Los alimentos, de adecuada calidad, deberían estar disponibles en cantidades suficientes para 100% de la población. Para ciertos grupos, sin embargo, la condición de inseguridad alimentaria está determinada por la falta de disponibilidad de alimentos de adecuada calidad. En otros grupos de población esos alimentos pueden estar disponibles, pero no todos tienen acceso a los mismos debido a limitaciones económicas, de distribución y otras.

Además de la disponibilidad y accesibilidad existen factores de carácter cultural, social, educativo y biológico que afectan la aceptabilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.(INCAP/OPS., s.f., Unidad 1).

### 1.3 Disponibilidad de alimentos:

La disponibilidad de los alimentos es el aspecto más básico a considerar a nivel regional, nacional, local comunitario, familiar e individual (INCAP/OPS., s.f., Unidad 1).

Se define como la existencia de alimentos para consumo humano a nivel de país u hogar en un período de tiempo determinado. A nivel de un país, corresponde a la oferta o suministro anual interno de alimentos para consumo humano.

La disponibilidad nacional de alimentos debe ser:

- 1.3.1 Suficiente: en cantidad, calidad e inocuidad de los alimentos básicos necesarios para satisfacer las necesidades de la totalidad de la población.
- 1.3.2 Estable: no debe presentar fluctuaciones de uno o varios alimentos (el país debe tener capacidad para neutralizar las variaciones cíclicas en la producción y en los precios internacionales).
- 1.3.3 Autónoma: reducir al mínimo la dependencia de la oferta externa.

(INCAP, 1999)

La variedad de alimentos, definida como la diversidad de oferta de alimentos que se encuentran en el mercado. En la población de bajo nivel socioeconómico las dietas suelen ser monótonas, ya que se consumen alimentos de su cosecha (maíz, frijol) o en mercados cercanos, por lo que no se tiene de varias opciones para disponer de una dieta variada (INCAP/OPS, s.f., Unidad 3).

En el 2013, estudios realizados en comunidades de bajos ingresos en el estado de Philadelphia, Estados Unidos, reafirmó cómo la disponibilidad de alimentos de calidad determina el acceso a los mismos.

El estudio hace referencia a la alta frecuencia de tiendas de barrio, en las que no hay disponibilidad de alimentos de calidad; por otro lado, al alza en los precios de este tipo de alimentos, en las tiendas en las que sí se encuentran, en comparación con los alimentos menos saludables. Concluye que el acceso a los alimentos por falta de poder adquisitivo, afecta directamente al consumo de alimentos de calidad nutricional. (Young CR, Alquilante JL, Solomon S, Colby L, Kawinzi MA, Uy N, et al., 2013).

#### **1.4 Acceso a los alimentos:**

Se refiere a la capacidad económica de la población para adquirir (comprar o producir) suficientes y variados alimentos para cubrir sus necesidades nutricionales. La seguridad alimentaria de un hogar solamente puede garantizarse cuando éste tiene capacidad para adquirir los alimentos que necesita. Sea que los adquiera por medio de la producción doméstica, las actividades generadoras de ingresos como el trabajo remunerado o las transferencias.

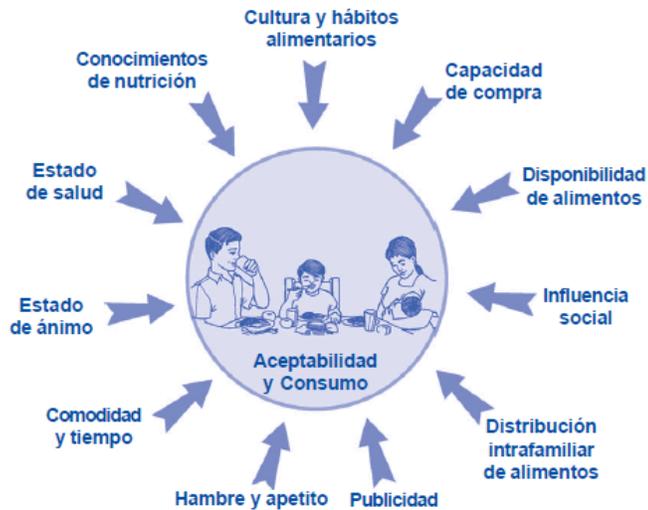
Para evaluar y vigilar el acceso económico de los hogares a los alimentos se puede considerar éste como la capacidad del hogar para manifestar su demanda efectiva de alimentos (INCAP, 1999). Para garantizar la SAN requiere que las familias que no producen suficientes alimentos para cubrir sus necesidades, tengan la posibilidad para adquirirlos, a través de sus capacidades de compra, transferencia de ingresos u otros (INCAP/OPS., s.f., Unidad I).

Las variantes condicionantes de la capacidad económica son los ingresos (influye el empleo, los salarios y la educación) y precios de los alimentos (INCAP/OPS., s.f., Unidad 1).

#### **1.5 Consumo de alimentos:**

El consumo de alimentos se refiere a la capacidad de la población para decidir adecuadamente sobre la forma de seleccionar, almacenar, preparar y consumir los alimentos (INCAP/OPS, 1999).

Esta principalmente afectado por la disponibilidad y acceso, viéndose afectado además por las costumbres, prácticas de alimentación y el nivel educativo general. Los determinantes se muestran en la Figura 1.



**Figura 1. Determinantes del Consumo de Alimentos.**

Fuente: INCAP/OPS. (1999). Curso de educación a distancia. Escuelas Saludables: Modulo 3: Seguridad Alimentaria y Nutricional. Publicación INCAP MED/113, Guatemala.

El comportamiento alimentario del consumidor puede definirse como: *“El proceso de decisión y la actividad física que los individuos realizan cuando adquieren, usan o consumen determinados productos alimenticios”*. La conducta se considera como un conjunto de actividades, mentales y físicas, que se influyen entre sí e inducen al acto de compra, elección de un producto para la compra o consumo, o de un servicio. El comportamiento alimentario del consumidor se refleja en la calidad de la dieta. (INCAP, 1999).

Todos estos son determinantes del patrón o cultura alimentaria que caracteriza a países y aún a regiones dentro de un mismo país.

La distribución de recursos ya dentro de las familias es otro de los factores determinantes para el adecuado consumo de sus miembros. Es por esto que se acepta que, la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los alimentos no garantiza que todos los miembros de la familia tengan igual oportunidad de una adecuada nutrición, en el caso que los recursos alimentarios disponibles no se distribuyan equitativamente entre las personas, de acuerdo a lo que éstas necesitan (INCAP/OPS, s.f., Unidad 3).

En general, los aspectos que influyen en el comportamiento alimentario del consumidor son:

El grupo social al que pertenece, los hábitos, la familia, así como también la personalidad, la motivación y las actitudes de los individuos.

El nivel de conocimiento que pueda tener la persona, que va a depender de: La información sobre los diferentes productos y servicios; y el nivel educativo, que comprende tanto procesos formales como no formales, de la persona que administra los recursos económicos y decide en qué se van a invertir.

Los factores de riesgo que más frecuentemente determinan un inadecuado consumo de alimentos incluyen la falta de conocimientos sobre alimentos, la adopción de patrones alimentarios inadecuados, los gustos y preferencias personales, técnicas inapropiadas de conservación y preparación de alimentos y efectos de la propaganda e información sobre necesidades de cada persona respecto a su salud y nutrición (INCAP/OPS, s.f., Unidad 3).

Un estudio efectuado por el INCAP en una población urbana marginal de Guatemala, entre 1985 y 1990, también contribuyó a identificar las estrategias utilizadas por las familias en respuesta a la crisis económica. Las más importantes detectadas por medio de estudios en grupos focales de madres de la comunidad fueron:

- 1.5.1 Eliminación de los alimentos más caros, como carne, lácteos, frutas y verduras de la dieta.
- 1.5.2 Sustitución de los más caros por los más baratos incluyendo un mayor consumo de frijoles colados en remplazo de frijoles enteros, pastas, huevos y margarina en remplazo de carne y aceite.
- 1.5.3 Las bebidas, sopas y alimentos para el destete se diluyen más de lo acostumbrado.
- 1.5.4 Se reduce el mínimo de comidas
- 1.5.5 Se prolonga la lactancia natural y se eliminan los sucedáneos y complementos.
- 1.5.6 La compra de alimentos se hace más a menudo y en pequeñas cantidades.
- 1.5.7 La medicina tradicional y automedicación se utiliza más frecuente para reducir el costo de los servicios de salud.

Con el objeto de aumentar el ingreso familiar, muchas madres comienzan a participar en el sector informal de la economía, lo que compite con el tiempo dedicado al cuidado de los niños, la socialización y el descanso. Reduce el tiempo para la preparación de alimentos, lo que provoca la compra y consumo de alimentos preparados y procesados o de ventas callejeras con altos niveles de contaminación (INCAP/OPS, s.f., Unidad 3).

#### 1.6 Utilización Biológica de los alimentos:

Se refiere a la utilización que hace el organismo de los nutrientes ingeridos en los alimentos. Esta utilización depende tanto del alimento propiamente (composición química, combinación con otros alimentos) como de la condición del organismo (salud), que pueden afectar la absorción y la biodisponibilidad de nutrientes de la dieta, o las condiciones de salud individuales que pueden provocar un aumento de los requerimientos nutricionales de los individuos (INCAP, 1999).

#### 1.7 Las Guías Alimentarias para Guatemala:

Son un instrumento educativo para que la población guatemalteca pueda elegir los alimentos para una dieta saludable, y están dirigidas a la población sana mayor de dos años.

##### **1.7.1 La olla familiar:**

Para una alimentación balanceada se deben seleccionar alimentos de cada grupo de la olla familiar en la proporción indicada. No es necesario consumir de todos los alimentos representados en la olla en cada tiempo de comida, pero si es importante incluir alimentos de todos los grupos diariamente combinando la variedad y la proporción de los mismos.

1.7.1.1 Grupo 1. Cereales, granos y tubérculos: Es el grupo de alimentos de los cuales se debe consumir en mayor proporción todos los días en todos los tiempos de comida, estos alimentos contienen en mayor cantidad carbohidratos y fibra.

1.7.1.2 Grupos 2 y 3. Frutas, hierbas y verduras: De estos alimentos se deben comer todos los días, en cualquier tiempo de comida. Este grupo tienen un alto contenido de fibra, vitaminas A y C, además de minerales como potasio y magnesio.

- 1.7.1.3 Grupo 4. Leche y derivados: Además de la leche e Incaparina, se incluyen en este grupo: huevos, yogurt y queso, de los cuales se recomienda consumir por lo menos 3 veces a la semana en cualquier tiempo de comida. Son alimentos fuente de proteínas y calcio, principalmente.
- 1.7.1.4 Grupo 5. Carnes: En este grupo se incluyen todo tipo de carnes: pescado, pollo, res, hígado, conejo u otro animal comestible. Se recomienda consumirlos en cualquier tiempo de comida, por lo menos dos veces por semana. Son alimentos fuente principal de proteínas y hierro.
- 1.7.1.5 Grupo 6 y 7. Azúcares y grasas: Estos grupos deben consumirse en pequeñas cantidades. Los azúcares son fuente de carbohidratos simples y los aceites, crema y semillas como: manías, pepitoria, etcétera son fuente de grasa.

#### 1.8 Patrón Alimentario:

Es el marco de referencia del consumo alimentario de un grupo de población, representa el tipo y características de los alimentos usualmente ingeridos por la mayoría de los individuos en un tiempo determinado; está influenciado por factores culturales y socioeconómicos, por tanto puede ser modificado por cambios en estos factores (Martínez, JA, 2002).

#### 1.9 Efectos del ingreso sobre el patrón alimentario:

A medida que se elevan los ingresos per cápita del país, las dietas nacionales en términos de su composición energética siguen las leyes estadísticas de Cepéde y Languéll (1953) del consumo alimentario, a saber:

- 1.9.1 Aumento de las grasas debido a un mayor consumo de grasas libres (mantequilla, margarina y aceites) y grasas ligadas a los productos de origen animal.
- 1.9.2 Disminución de los carbohidratos complejos (cereales, raíces, tubérculos y leguminosas secas) e incremento del azúcar.
- 1.9.3 Estabilidad o crecimiento lento de las proteínas, pero con aumento acelerado de las de origen animal.

En la Tabla 1, se muestra una comparación de la ingesta calórica de los distintos niveles adquisitivos en Latino América, notando la ingesta, se ve deteriorada a medida que baja el nivel adquisitivo; puede observarse que Guatemala presenta la ingesta más baja de los países incluidos en el estudio (FAO, 1988).

**Tabla 1.**  
**Ingesta por niveles de ingreso (Kcal/día)**

País	Alto	Medio	Bajo
Bolivia	3621	-	1971
Brasil	2446	2137	1836
Colombia	3119	2751	1904
Costa Rica	4114	2633	1991
Chile	3186	2328	1629
Ecuador	2449	2222	1598
El Salvador	3695	2288	1345
Guatemala	4234	2362	1396
Honduras	4590	2661	1465
México	2335	2119	1902
Nicaragua	3931	2703	1767
Perú	2218	2175	1939

Fuente: FAO ,1988.

### **1.10 Problemática en relación al patrón alimentario de la población guatemalteca:**

Los estudios de las hojas de balance de Guatemala de la FAO demuestran que el maíz sigue siendo el alimento base de la dieta del guatemalteco, siendo la fuente principal de energía, proteínas, grasas y carbohidratos; y es también de los micronutrientes calcio y hierro (FAOSTAT, 2007). Este patrón explica la crisis de desnutrición aguda que atraviesan los departamentos del llamado “corredor seco” (Zacapa, Baja Verapaz, Chiquimula, El Progreso, Jalapa y Jutiapa) debido a la irregularidad de lluvias y la extensión de los períodos de sequía, asociado con los efectos climáticos del fenómeno del Niño, el cual ha causado daños severos a las cosechas llegando a pérdidas entre el 60 y 80% en algunos departamentos en el año 2009 (MSPAS, 2012).

Por otro lado se han identificado cambios drásticos en el patrón de consumo de alimentos, por ejemplo, el 59.8% de los hogares consumen aguas gaseosas de manera

regular, el 49.1% consumen consomé, el 48% snacks sintéticos y el 29.2% sopas instantáneas, este cambio en el patrón alimentario ya tiene importantes consecuencias en la población, se incrementó la prevalencia de obesidad y con ella el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, cuya prevalencia aumenta de manera alarmante (MSPAS, 2012).

Barranco J. (2008) realizó un estudio descriptivo respecto al patrón de consumo de los pacientes adultos mayores de 20 años, ingresados en nueve hospitales de República Dominicana. En dicho estudio se revela como el consumo de lácteos iguala al consumo de frutas en 34% para ambos grupos; y como éstos superan al consumo de vegetales (14%). Los datos fueron recolectados 60% de pacientes con patología clínicas y 40% con patologías quirúrgicas, según refiere el estudio. La información fue proporcionada por los mismos pacientes y por sus familiares.

Otro grupo de investigadores en España en 2013, realizaron un estudio para actualizar la caracterización de la dieta española. Dicho estudio reveló que la población consume mayor cantidad de leche y derivados (356g/persona/día) así como carne (181g/persona/día), que verduras y hortalizas (339g/persona/día) y mucho menos cantidad promedio de legumbres (13.9g/persona/día). El estudio concluyó que el consumo de productos cárnicos supera las recomendaciones para esa población, y que el consumo de legumbres, verduras y hortalizas está por debajo de la recomendación para la población española (Varela G, Ávila JM, Pozo de la Calle S. ,2013).

#### 1.11 Características Alimentarias de las Regiones estudiadas:

Guatemala se organiza en 7 regiones: la Región Metropolitana, Norte, Nororiente, Suroriente, Central, Suroccidente, Noroccidente y Petén, en las que se incluyen 22 Departamentos (Instituto Nacional de Estadística, 2004).

Los Departamentos incluidos en este estudio, Guatemala, El Quiché y El Progreso; que se encuentran ubicados en las regiones Metropolitana, Noroccidental y Nororiental respectivamente.

Es importante conocer las características de la población incluida en el estudio ya que investigaciones realizadas en 2008 reafirman la importancia del conocimiento de la ingesta dietética de los individuos, y así poder relacionarla con el riesgo de enfermedad o con la patología manifestada. Propusieron un instrumento de recolección de datos para frecuencia

de consumo dietético y lo validaron, obteniendo resultados positivos (Rodríguez T, Fernández J, Cucó G, Biarnés J, Arija V., 2008).

A continuación se describen las características alimentarias de las regiones de la población en estudio:

#### 1.11.1 Región Metropolitana:

Los alimentos mayormente consumidos, según ENIGFAM 2010 (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares), programa del Informe de Desarrollo Humano de PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo), y de PRESANCA 2008 (Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional) son el maíz, frijol, azúcar, alcohol, huevos de gallina, tomate, pan dulce, azúcar, frijol, arroz, cebolla, carne de pollo, pan francés, gaseosas, boquitas sintéticas, sopas instantáneas. (Gómez, 2011).

El consumo de maíz se reporta en 32% de hogares con economía baja, y el consumo de Incaparina en 47% de hogares con estrato alto. Cereales preparados se consumen en el 71% de hogares. El pan dulce se consume en 94% de hogares con estrato bajo extremo y es un poco menor en estratos más altos. El pan francés se consume más en estratos económicos altos. El frijol se consume en las mismas proporciones para diferentes estratos económicos, y de la misma manera el arroz. Solo el maíz se comporta con mayor consumo para niveles económicos bajos, 53% en comparación con un 12% en estratos altos (Gómez, 2011).

#### 1.11.2 Región Noroccidente:

Los tipos de alimentos consumidos en esta Región del país se encuentran, azúcar, tortilla y otros productos derivados del maíz, tomates, cebollas, huevos, frijoles negros y papas. Aquellos consumidos con menor frecuencia son la pasta, la avena instantánea fortificada y la Incaparina y, vegetales de hoja verde como la hierba mora y hojas de amaranto. Alimentos de origen animal, a excepción de los huevos, son casi totalmente ausentes de las dietas. A pesar que la mayoría de familias están involucradas en la crianza de animales, principalmente para el consumo, la frecuencia del consumo de alimentos de origen animal es baja y el tamaño de las porciones es pequeño (FANTA, 2013).

### 1.11.3 Región Nororiente:

El frijol y el maíz constituyen la base de la alimentación en el Nororiente del país. Sin embargo, la cantidad de alimentos que las familias consumen, por tiempo de comida, es variable y esto depende de la disponibilidad de alimentos de cada familia. Si el ciclo agrícola es bueno habrá suficiente alimento para la familia y sobrante para la venta.

La dieta básica consiste en grandes cantidades de frijol y tortillas. En algunas ocasiones, cuando hay disponibilidad, se consumen otros alimentos como huevo, crema, queso, pan y vegetales de la temporada, en cantidades menores. El consumo en menor o mayor cantidad de estos alimentos depende de su disponibilidad. En el caso de los niños, además de consumir lo que la familia consume, tienen también acceso a pequeñas cantidades de leche, atoles de Incaparina y harina de trigo.

Las familias consumen frutas de acuerdo a la temporada, tales como, naranjas, mangos, jocotes, chicozapotes, guayabas, limas y papaya. Las familias también consumen una serie de hierbas nativas, tales como chatate, hierba mora, chipilín, loroco y algunas otras para té (Escobar y otros, 2004).

## CAPÍTULO II JUSTIFICACIÓN

Aunque la capacidad económica es un determinante importante en el comportamiento alimentario, la información que la persona maneja sobre los alimentos, es fundamental. Los cambios socioeconómicos que han tenido lugar en los años recientes en el desarrollo de las sociedades, han alterado el patrón alimentario de la mayoría de las personas, de tal manera que la selección de alimentos está determinada en gran medida por una oferta diversificada y abundante, lo cual conlleva dietas monótonas, con ciertas deficiencias.

Estas características en los patrones alimentarios de la población actual, se relacionan con un gran número de enfermedades de marcada prevalencia y mortalidad (INCAP/OPS, 1999).

La disponibilidad de alimentos es distinta en cada una de las Regiones ya que cada una de ellas cuenta con capacidades distintas de siembra y cosecha, sin embargo el maíz y el frijol son comunes en todas las regiones (Gómez, 2011) (FANTA, 2013), (Escobar y otros, 2004). Estas diferencias en la alimentación provocan que cada Región del país tenga un patrón de consumo distinto.

Sin embargo, como se menciona anteriormente, no solamente es importante la disponibilidad de alimentos, sino también la condición que el acceso le infiere, influyendo mucho el ambiente y el entorno dentro del cual las personas se desenvuelven, debido a que determinan los factores que permiten elegir entre lo que se quiere comer y lo que se puede comer, logrando adquirir dietas y estilos de vida según el ambiente en el que se vive.

## CAPÍTULO III

### OBJETIVOS

#### **3.1 General:**

Determinar el patrón alimentario de usuarios atendidos en dos Hospitales de la Región Metropolitana, dos Hospitales de la región Noroccidente y un Hospital de la región Nororiente de Guatemala.

#### **3.2 Específico:**

**3.2.1** Determinar la frecuencia de consumo de alimentos de la población a estudio.

**3.2.2** Determinar horarios, duración, lugar, condiciones de acompañamiento, características del consumo y preparación de alimentos.

**3.2.3** Comparar la frecuencia de consumo de alimentos entre los usuarios de los hospitales de las diferentes regiones incluidas en el estudio.

## CAPÍTULO IV MATERIALES Y MÉTODOS

### **4.1 Población:**

Usuarios adultos atendidos en el Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt de Guatemala, Hospital Nacional de Nebaj, Hospital Nacional de Uspantán y Hospital Nacional de Guastatoya.

### **4.2 Muestra:**

157 usuarios atendidos en los Hospitales seleccionados.

### **4.3 Tipo de Estudio:**

Estudio cualitativo y semi-cuantitativo, descriptivo transversal, con muestreo no probabilístico.

### **4.4 Instrumentos:**

Formulario 1. “Frecuencia de Consumo de Alimentos” (Anexo 1)

Formulario 2. “Hábitos Alimentarios” (Anexo 2)

### **4.5 Recursos:**

Los recursos necesarios para la investigación se dividieron en económicos, humanos, materiales e institucionales.

#### **4.5.1 Económicos:**

Los recursos económicos se describen en la Tabla 2.

**Tabla 2.**  
**Descripción Recursos Económicos**

<b>Concepto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor Individual (Q)</b>	<b>Valor Total (Q)</b>
<b>Uso de computadora</b>	1	--	100.00
<b>Cartucho de Tinta para impresora marca Cannon color negro</b>	2	75.00	150.00
<b>Resma de Papel Bond Tamaño Carta</b>	1	42.00	42.00
<b>Copias</b>	600	0.15	90
<b>Total</b>		<b>117.15</b>	<b>382</b>

#### **4.5.2 Humanos:**

Asesora de la Investigación  
Investigadoras de EPE Clínico

#### **4.5.3 Materiales:**

Computadora  
Impresora  
Tinta para impresora  
Hojas de papel bond tamaño carta  
Revisión de literatura y otras fuentes de información

#### **4.5.4 Institucionales:**

Hospital General San Juan de Dios  
Hospital Roosevelt  
Hospital Nacional de Nebaj  
Hospital Nacional de Uspantán  
Hospital Nacional de Guastatoya

#### **4.6 Metodología:**

La metodología que se utilizó para la elaboración del estudio, se describe a continuación:

##### **4.6.1 Determinación de la muestra:**

La muestra fue delimitada por conveniencia, constituida por usuarios de cada hospital en estudio durante los meses de Mayo y Junio de 2014.

Las regiones geográficas de los hospitales incluidos son: Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt (Región Metropolitana), Hospital de Nacional de Guastatoya (Región Nororiente), Hospital Nacional de Nebaj y Hospital Nacional de Uspantán (Región Noroccidente).

Los criterios de inclusión para la determinación de la muestra abarcan a usuarios de la Consulta Externa de Nutrición y Área de Encamamiento en los hospitales incluidos en el estudio, en horario de atención y durante el periodo de mayo a junio de 2014; adultos de ambos sexos hasta 60 años que no padecieran patologías crónicas o que hubieran modificado sus requerimientos y/o hábitos alimentarios previamente; y que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio.

Los criterios de exclusión son: los usuarios participantes que tuvieran más de una semana de ingreso en el Hospital; que no tuvieran disponibilidad de participar en el estudio (pacientes con estado de conciencia alterado o en aislamiento).

Las variables involucradas en el estudio comprenden: los hábitos alimentarios (número de tiempos de comida durante el día, horarios y tiempos de cada comida, lugar donde consume alimentos, si come solo o acompañado; persona que prepara los alimentos para su consumo en casa, tiempo utilizado para preparación de alimentos, método de cocción más utilizado, alimentos preferidos, tipo de alimentos consumidos fuera del hogar); y el consumo de alimentos (frecuencia de consumo).

En cuanto a las características sociodemográficas de los usuarios, se incluyeron datos de género, edad, lugar de procedencia, etnia y residencia de cada uno de ellos.

##### **4.6.2 Elaboración de instrumentos:**

Se utilizó el formulario de Inventario “Frecuencia de consumo de Alimentos” (ver Anexo 1) y el formulario “Hábitos Alimentarios”; éste último se elaboró con base en la

Guía de entrevista individual (GUÍA D-2: Madres de Familia, propuesta para la evaluación de consumo de alimentos (INCAP/OPS, s.f.) (Ver Anexo 2), ya que éste formulario evalúa los hábitos y patrones alimentarios, según las características de la población en estudio.

#### **4.6.3 Recolección de datos:**

La recolección de datos se realizó por medio de entrevista a pacientes utilizando el Formulario 1 y 2 con los pacientes atendidos en los Hospitales que cumplieran con los criterios de inclusión, explicándoles el objetivo de la evaluación, y la importancia de su participación en el estudio.

En el Formulario 1. “Frecuencia de Consumo” el paciente debía responder la frecuencia o cantidad de veces a la semana que consume un alimento específico; las opciones a responder son: Menos de 1 vez por semana (nunca o rara vez), 1 a 3 veces por semana (algunas veces), 4 a 6 veces por semana (casi siempre), 7 veces por semana (todos los días).

En el Formulario 2 “Hábitos Alimentarios” el paciente debía responder a cada uno de los ítems que se le presentaban.

#### **4.7 Análisis de datos:**

Los datos obtenidos fueron tabulados y procesados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel versión 2007. Los datos sobre frecuencia de consumo de alimentos y hábitos alimentarios se analizaron por medio de promedios, porcentajes y desviación estándar. Estos datos se analizaron por región geográfica. La comparación del patrón alimentario entre las tres regiones geográficas en estudio se realizó por medio de Análisis de Varianza con un nivel de significancia de 0.05. Además se realizó la prueba de Tukey para identificar diferencia entre las regiones, para los grupos de alimentos seleccionados en el análisis.

## CAPÍTULO V RESULTADOS

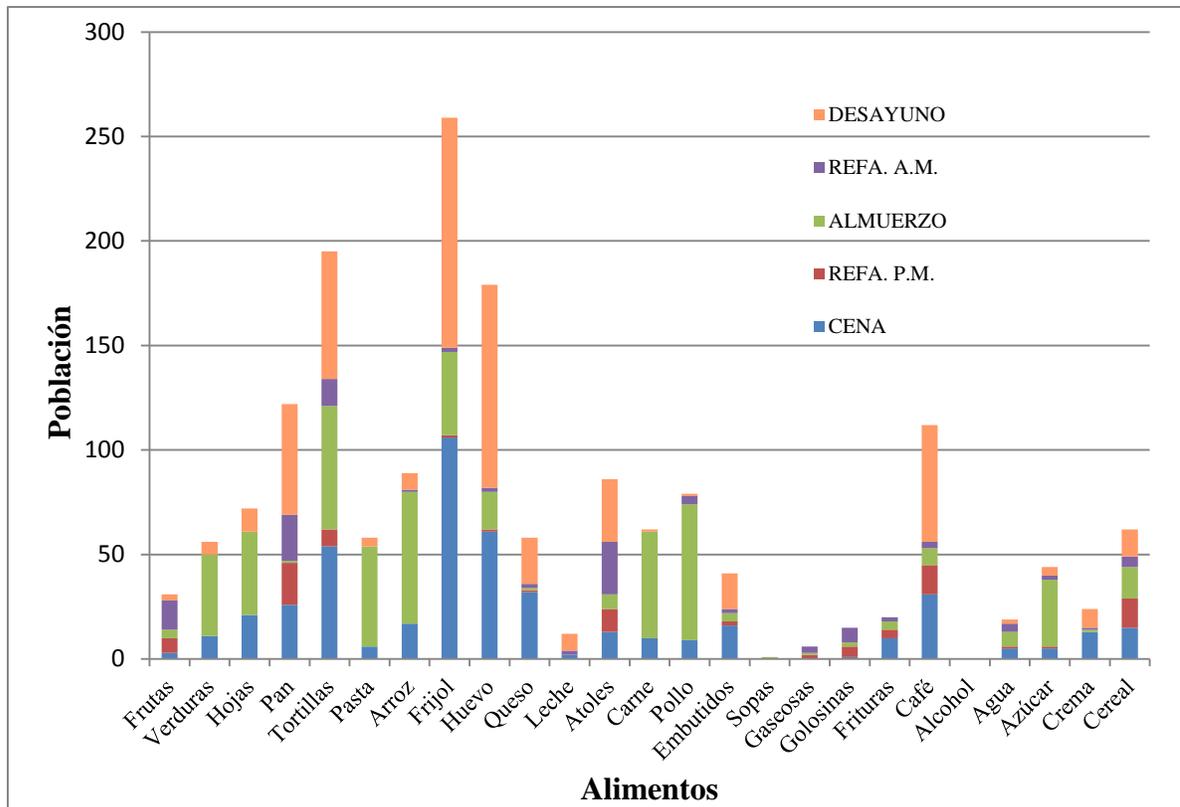
Como se observa en la Tabla 3, la investigación incluyó a 157 adultos con edad promedio de  $30.6 \pm 10.8$  años, en su mayoría de sexo femenino. Globalmente predomina la etnia ladina, sin embargo en la región Noroccidente se encontró mayoría de personas de etnia indígena comparada con las otras regiones en estudio.

**Tabla 3.**  
**Características Sociodemográficas de los usuarios de Hospitales de las regiones en estudio. Guatemala, 2014.**

Características/ Región Geográfica	Etnia					Sexo				Edad (años)	
	Indígena		Ladina		Total	Femenino		Masculino		Total	Promedio $\pm$ DE
	n	%	n	%	N	n	%	n	%	N	
<b>Metropolitana</b>	15	29%	37	71%	52	43	83%	9	17%	52	29.8 $\pm$ 9.3
<b>Noroccidente</b>	47	80%	12	20%	59	47	80%	12	20%	59	34.8 $\pm$ 12.1
<b>Nororiente</b>	0	0%	46	100%	46	44	96%	2	4%	46	27.2 $\pm$ 8.7
<b>Totales</b>	<b>62</b>	<b>39%</b>	<b>95</b>	<b>61%</b>	<b>157</b>	<b>134</b>	<b>85%</b>	<b>23</b>	<b>15%</b>	<b>157</b>	<b>30.6 <math>\pm</math>10.8</b>

**Fuente:** Datos experimentales

En la Figura 2 se observa el frijol, tortillas y huevo como los tres alimentos con mayor frecuencia acumulativa de consumo en la muestra a estudio. El frijol es el más consumido, principalmente durante el desayuno y la cena. La tortilla es el alimento que se distribuye en similar proporción en los tres tiempos de comida principales (desayuno, almuerzo y cena). Durante el almuerzo los alimentos más consumidos son el pollo, arroz y tortillas. El alimento más consumido por los usuarios que realizan refacción matutina es el atol y en cuanto a la refacción vespertina, el pan. La refacción nocturna no se incluyó en la Figura 2, ya que únicamente dos usuarios refirieron realizarla.



**Figura 2.**  
**Frecuencia acumulativa de consumo de alimentos por tiempo de comida, de la muestra a estudio. Guatemala, 2014.**

**Fuente:** Datos experimentales

En la Tabla 4 se presentan los resultados de hábitos alimentarios por tiempo de comida. La muestra refleja que la región metropolitana acostumbra a realizar los tiempos de comida una hora más tarde que el resto de las regiones, excepto la cena. Con respecto a la duración al comer, el almuerzo y la cena son los únicos tiempos de comida en que la mayoría de la muestra del estudio refirió utilizar 30 minutos. Con respecto al lugar donde realizan los tiempos de comida, las tres regiones refieren realizar los tiempos de comida en casa. Relacionado a las condiciones de acompañamiento, en la región Nororiente el 50% come solos la refacción matutina, mientras que en el resto de tiempos de comida en todas las regiones se realiza con la compañía de algún familiar.

**Tabla 4.**

**Porcentaje de la muestra que realiza cada tiempo de comida, horario promedio, duración, lugar y condiciones de acompañamiento al comer, según región geográfica.**

Tiempo de comida	REGIÓN	Usuarios que realizan cada tiempo de comida		Horario Promedio	Duración al comer (minutos)						Lugar donde come				Come solo				Quienes acompañan			
					<30		30		>30		Casa		Fuera de casa		Si		No		familia		otros	
					n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desayuno	METROPOLITANA	52	100	08:20	13	25	26	50	13	25	40	77	12	23	6	12	46	88	38	73	14	21
	NOROCCIDENTE	57	97	07:15	35	61	20	35	2	4	1	2	56	98	7	12	50	88	50	88	7	12
	NORORIENTE	45	98	07:30	27	60	16	36	2	4	41	91	5	11	5	11	40	89	33	73	12	27
Refacción AM	METROPOLITANA	17	33	10:40	13	76	4	24	0	0	12	71	5	29	2	12	15	88	11	65	6	35
	NOROCCIDENTE	35	59	10:00	34	97	1	3	0	0	22	63	13	37	10	29	25	71	14	40	21	60
	NORORIENTE	14	30	10:00	11	79	3	21	0	0	5	36	9	64	7	50	7	50	3	21	11	79
Refacción PM	METROPOLITANA	52	100	13:20	12	23	21	40	19	37	42	81	10	19	4	8	48	92	40	77	12	23
	NOROCCIDENTE	59	100	12:40	15	25	39	66	5	8	55	93	4	7	5	8	54	92	52	88	7	12
	NORORIENTE	45	98	12:30	14	31	27	60	4	9	37	82	8	18	4	9	41	91	38	84	7	16
Almuerzo	METROPOLITANA	19	37	16:30	16	84	3	16	0	0	17	89	2	11	4	21	15	79	14	74	5	26
	NOROCCIDENTE	16	27	15:50	16	82	1	13	2	6	10	63	6	38	3	19	13	81	8	62	5	38
	NORORIENTE	10	22	16:00	9	90	1	10	0	0	9	90	1	10	3	30	7	70	7	70	3	30
Refacción	METROPOLITANA	51	98	19:00	14	27	21	41	16	31	46	90	5	10	1	2	50	98	47	92	4	8

<b>PM</b>	NOROCCIDENTE	58	98	18:40	15	26	36	62	7	12	58	100	0	0	2	3	56	97	56	97	2	3
	NORORIENTE	46	100	19:00	15	33	26	57	5	11	45	98	1	2	4	9	42	91	42	91	4	9
<b>Cena</b>	METROPOLITANA	1	2	21:30	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100
	NOROCCIDENTE	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NORORIENTE	1	2	20:00	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100

**Fuente:** Datos experimentales

Como se observa en la Tabla 5 principalmente madre, padre e hijos son quienes consumen los alimentos de la olla familiar en las regiones estudiadas. Así mismo, la gran mayoría de la muestra refirió servir sus alimentos en platos. En cuanto a las épocas de escasez, en la región Nororiente se observó que un 30% de la muestra comía menos veces al día durante enero-abril, sin embargo la mayoría no percibieron restricción de alimentos en alguna época específica. En los casos registrados en los que sí refirieron restricción de alimentos, la madre es quien consume menos de los alimentos disponibles.

**Tabla 5.**  
**Características del consumo de alimentos referido por la muestra según región geográfica. Guatemala, 2014.**

Características/Región		Metropolitana		Noroccidente		Nororiente		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿Quiénes comen de la olla familiar?	Madre	49	94%	58	98%	29	63%	<b>136</b>	<b>87%</b>
	Padre	41	79%	50	85%	19	41%	<b>110</b>	<b>70%</b>
	Abuelos	12	23%	5	8%	2	4%	<b>19</b>	<b>12%</b>
	Hermanos	19	37%	13	22%	13	28%	<b>45</b>	<b>29%</b>
	Hijos	40	77%	47	80%	29	63%	<b>116</b>	<b>74%</b>
	Otros	6	12%	5	8%	2	4%	<b>13</b>	<b>8%</b>
¿Cómo sirven la comida?	Platos	52	100%	58	98%	46	100%	<b>156</b>	<b>99%</b>
	Hojas	0	0%	1	2%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
	Otros	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
¿Hay meses en que comen menos veces al día?	Ene-abr	7	13%	0	0%	14	30%	<b>21</b>	<b>13%</b>
	May-ago	6	12%	4	7%	6	13%	<b>16</b>	<b>10%</b>
	Sept-dic	3	6%	2	3%	1	2%	<b>6</b>	<b>4%</b>
	N/A	40	77%	53	90%	25	54%	<b>118</b>	<b>75%</b>
Si la comida es escasa, ¿Quién	Madre	13	25%	17	29%	23	50%	<b>53</b>	<b>34%</b>
	Padre	7	13%	2	3%	1	2%	<b>10</b>	<b>6%</b>
	Abuelos	0	0%	1	2%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
	Hermanos	0	0%	0	0%	1	2%	<b>1</b>	<b>1%</b>

<b>come menos?</b>	Hijos	2	4%	5	8%	3	7%	<b>10</b>	<b>6%</b>
	N/A	35	67%	36	61%	0	41%	<b>71</b>	<b>45%</b>

N/A= No aplica

Fuente: Datos experimentales

En cuanto a las características de la preparación de alimentos (Tabla 6), la mayoría refirió que es la madre de familia quien prepara los alimentos, tomando una hora para dicha actividad, siendo “cocido” el principal método de cocción; el 71% de la muestra refirió utilizar leña como principal fuente de energía.

**Tabla 6.**  
**Características de la preparación de alimentos referido por la muestra según región geográfica**

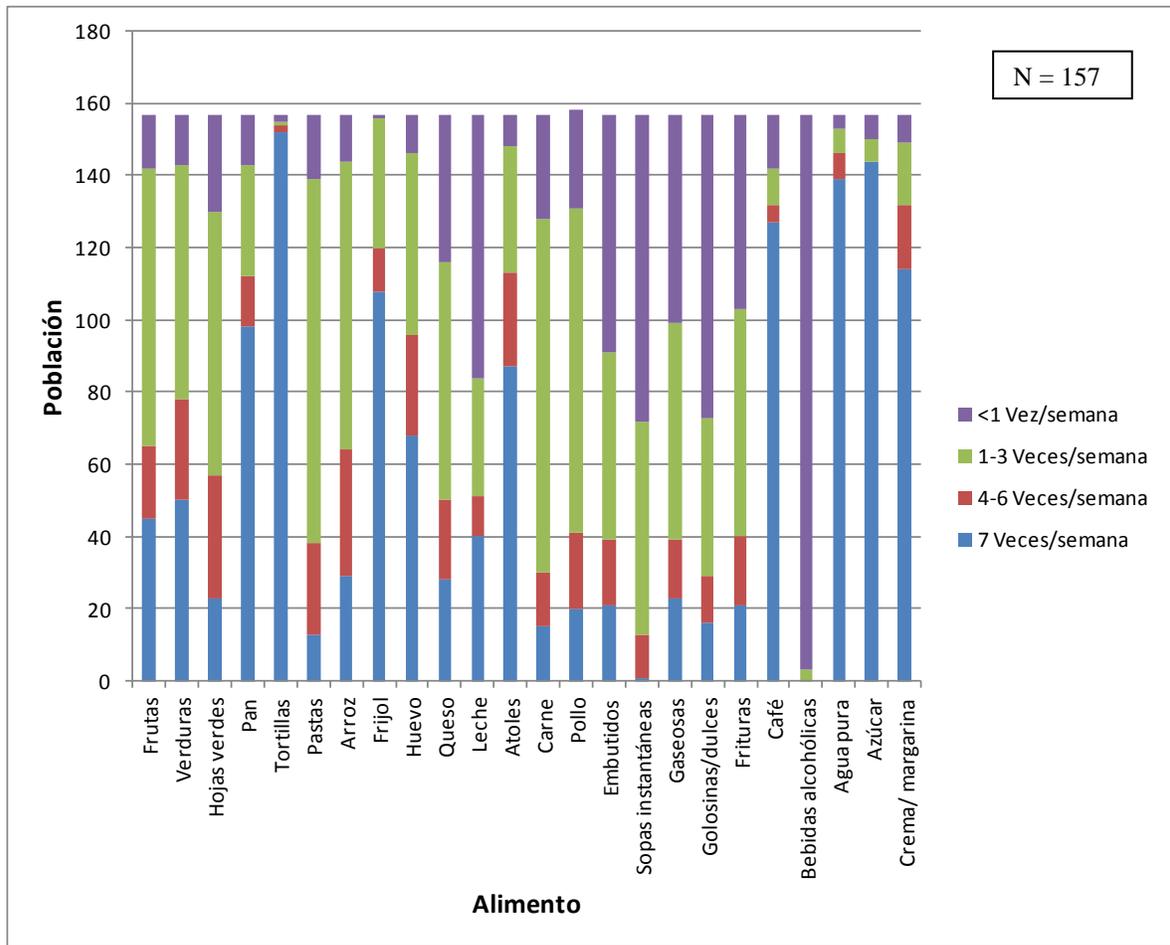
<b>Característica/Región</b>		<b>Metropolitana</b>		<b>Noroccidente</b>		<b>Nororiente</b>		<b>Total</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>¿Quién prepara la comida?</b>	Madre	48	92%	53	90%	44	96%	<b>145</b>	<b>92%</b>
	Padre	1	2%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
	Abuelos	3	6%	1	2%	2	4%	<b>6</b>	<b>4%</b>
	Hermanos	1	2%	1	2%	0	0%	<b>2</b>	<b>1%</b>
	Hijos	1	2%	2	3%	0	0%	<b>3</b>	<b>2%</b>
	Otros	1	2%	2	3%	0	0%	<b>3</b>	<b>2%</b>
<b>¿Tiempo en preparar Alimentos?</b>	< 1hora	8	15%	9	15%	18	39%	<b>35</b>	<b>22%</b>
	1 hora	31	60%	43	73%	26	57%	<b>100</b>	<b>64%</b>
	>1hora	13	25%	7	12%	2	4%	<b>22</b>	<b>14%</b>
<b>¿Principal forma de preparar alimentos?</b>	Cocido	41	79%	59	100%	34	74%	<b>134</b>	<b>85%</b>
	Horneado	2	4%	0	0%	2	40%	<b>4</b>	<b>3%</b>
	Frito	16	31%	11	19%	16	35%	<b>43</b>	<b>27%</b>
	Al vapor	6	12%	1	2%	1	2%	<b>8</b>	<b>5%</b>
<b>¿Qué utiliza para preparar alimentos?</b>	Carbón	1	2%	0	0%	2	4%	<b>3</b>	<b>2%</b>
	Leña	22	42%	55	93%	34	74%	<b>111</b>	<b>71%</b>
	Gas	32	62%	9	15%	17	37%	<b>58</b>	<b>37%</b>

	Otros	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
--	-------	---	----	---	----	---	----	----------	-----------

**Fuente:** Datos experimentales

En la Figura 3 se observa que, las tortillas y el frijol son los alimentos más consumidos diariamente, los cereales menos consumidos son el arroz y la pasta; las frutas son mayormente consumidas de una a tres veces por semana, al igual que las verduras. En el grupo de las carnes, el pollo y la carne son consumidos con mayor frecuencia de una a tres veces por semana mientras que los embutidos se consumen menos de una vez a la semana.

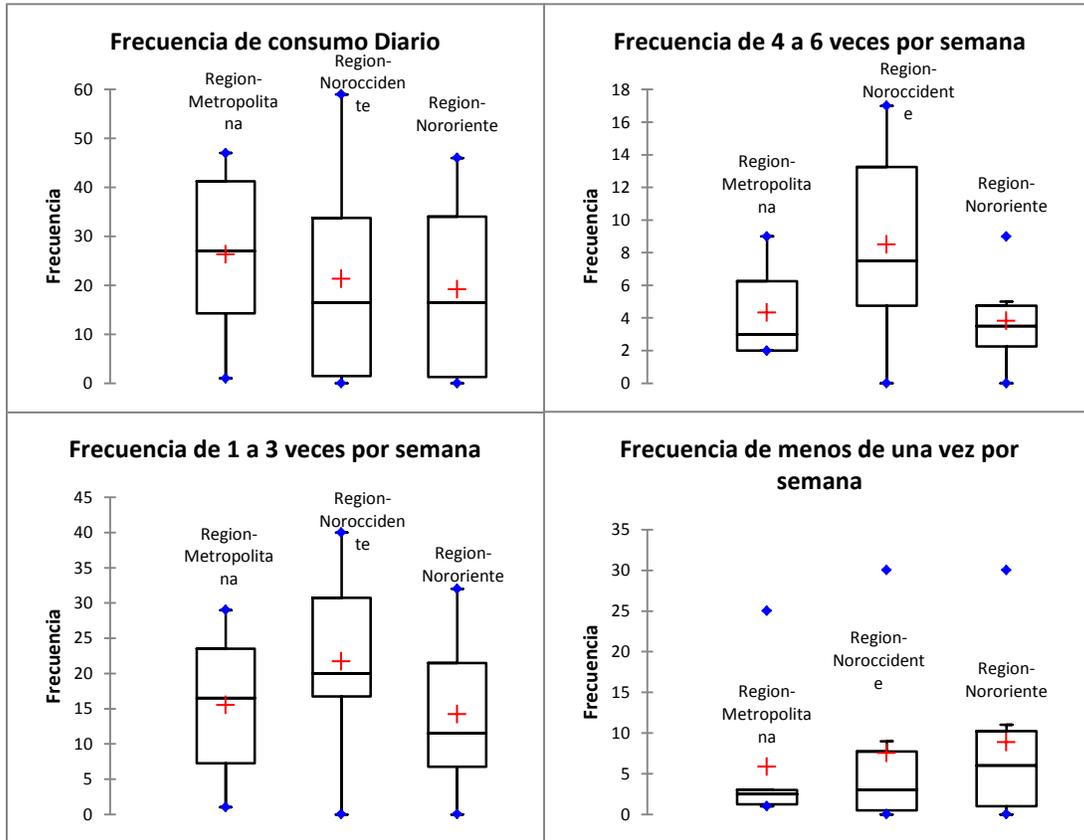
Dentro del grupo de los lácteos, la leche se consume menos de una vez por semana y el queso se consume mayormente de una a tres veces a la semana. El huevo es el alimento de origen animal con mayor consumo diario referido. Los azúcares, las grasas, el café y el agua pura tienen un mayor consumo diario por la muestra.



**Figura 3. Frecuencia de consumo semanal. Usuarios de Hospitales. Guatemala, 2014.**

**Fuente:** Datos experimentales

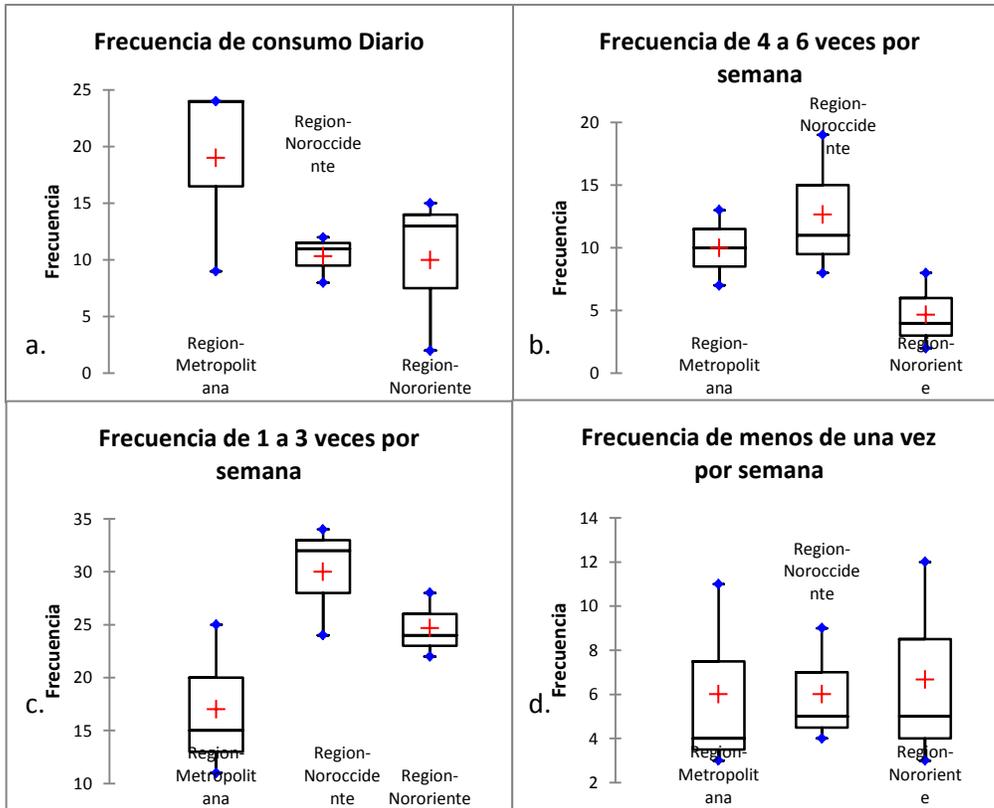
Como se observa en la Figura 4a, los alimentos del grupo de cereales, granos y tubérculos son consumidos con mayor frecuencia diaria por los encuestados de la región Metropolitana. En la región Noroccidente se consume mayor cantidad de alimentos de este grupo con una frecuencia de cuatro a seis, y una a tres veces por semana (Figura 4b. y 4c.). En general hubo pocos encuestados que refirieron consumir menos de una vez por semana los cereales, granos y tubérculos (Figura 4d.)



**Figura 4. Frecuencia de consumo de cereales, granos y tubérculos por rango semanal.**

**Fuente:** Datos experimentales

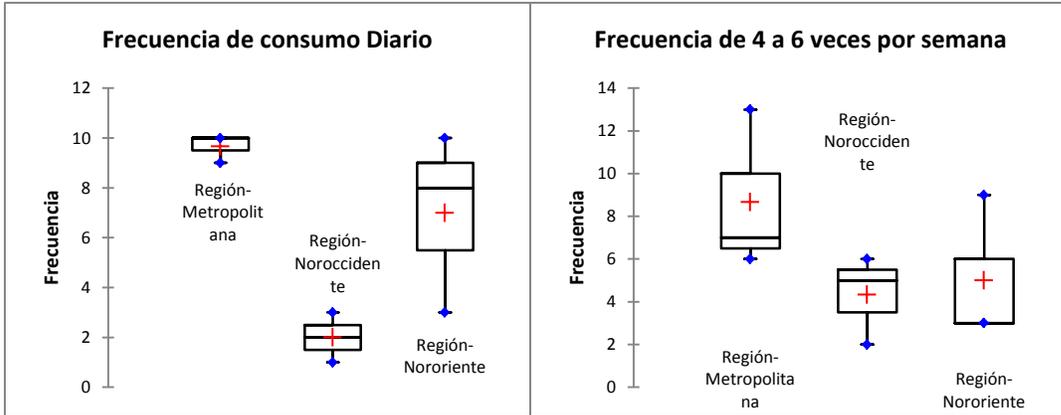
El consumo diario de frutas, verduras y hierbas se observó predominantemente en la región Metropolitana (Figura 5a). Sin embargo, la muestra más representativa de encuestados refirió consumir alimentos de este grupo de una a tres veces por semana en la región Noroccidente (Figura 5c). Quienes más consumen frutas, verduras y hierbas en una frecuencia de cuatro a seis veces por semana pertenecen a la región Noroccidente (Figura 5b.). Pocos encuestados refirieron consumir menos de una vez por semana los alimentos del grupo mencionado (Figura 5d.)



**Figura 5. Frecuencia de consumo de frutas, verduras y hierbas por rango semanal.**

**Fuente:** Datos experimentales

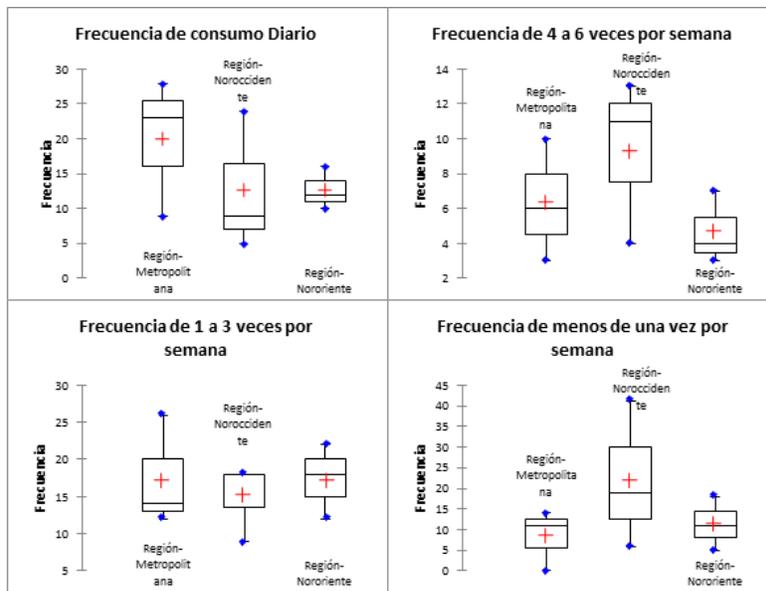
Las carnes son consumidas de cuatro a siete veces por semana con mayor incidencia en la región Metropolitana y en segundo lugar la región Nororiental (Figura 6a, y 6b). En la región donde se consume principalmente de una a tres veces por semana es la Noroccidente (gráfica 6c.), y donde más encuestados refirieron consumir carnes menos de una vez por semana (gráfica 6d).



**Figura 6. Frecuencia de consumo carnes por rango semanal.**

Fuente: Datos experimentales

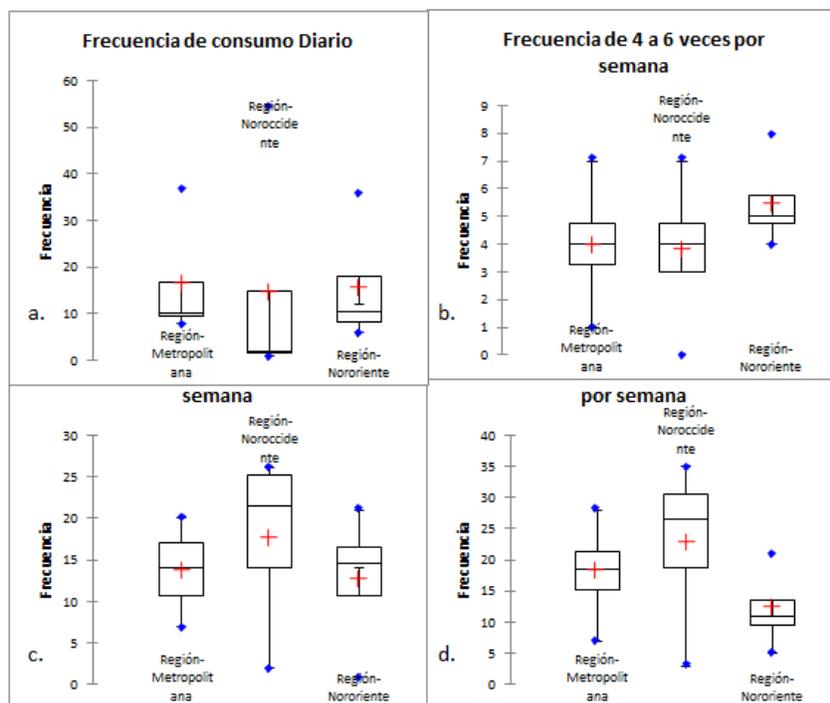
El mayor consumo diario de lácteos y huevo se observa en la región Metropolitana (Figura 7a), y en segundo lugar la región Nororiente. En la frecuencia de cuatro a seis veces por semana, es la región Noroccidente la que predomina. Se observa una similar tendencia en las tres regiones en cuanto al consumo de alimentos de este grupo de una a tres veces por semana y de menos de una vez por semana respectivamente.



**Figura 7. Frecuencia de consumo de lácteos y huevo por rango semanal.**

Fuente: Datos experimentales

En la Figura 8 se observa que la región Noroccidente consume con menos frecuencia, de una a tres veces, las gaseosas, golosinas/dulces, frituras y café, seguido por la región Metropolitana y la región Nororiente, con similar tendencia para el consumo de menos de una vez por semana (Figura 8d). La frecuencia diaria es muy similar en las tres regiones, consumiéndose con muy poca frecuencia, de igual manera en el consumo de cuatro a seis veces por semana.



**Figura 8. Frecuencia de consumo de gaseosas, golosinas/dulces, frituras y café.**

**Fuente:** Datos experimentales

Los patrones de consumo de alimentos de las tres regiones, recolectadas por medio del instrumento “Frecuencia de Consumo Semanal”, y analizados con Análisis de Varianza, refleja que existe diferencia significativa entre los patrones de consumo de las tres regiones que se incluyeron en el estudio (Tabla 7).

**Tabla 7.**

**Nivel de Significancia en la Diferencia de Patrones de Consumo entre cada Región. Guatemala, 2014.**

<b>Frecuencia Semanal</b>	<b>ANOVA (Valor p)</b>	<b>Interpretación</b>
<b>7 veces</b>	$8.8 \times 10^{-17}$	Significativa
<b>4 a 6 veces</b>	$9.7 \times 10^{-4}$	Significativa
<b>1 a 3 veces</b>	$5.7 \times 10^{-13}$	Significativa
<b>Menos de 1 vez</b>	$8.2 \times 10^{-15}$	Significativa

**Fuente:** Datos experimentales

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Existen estudios que evidencian que el uso del tiempo por mujeres en el interior del país, lo invierten mayoritariamente en tareas del hogar (Alonso, 2010). Por lo tanto, son ellas quienes invierten mayor tiempo en la crianza de los hijos. Esto se refleja en los resultados obtenidos, ya que la mayoría de la muestra, quienes fueron usuarios de cinco hospitales de la red nacional, fue de sexo femenino.

La base de la dieta en las tres regiones consiste en alimentos como el frijol, la tortilla, huevo y café, pues son los alimentos que obtuvieron mayor frecuencia acumulativa de consumo. De esto se puede inferir que se consumen por ser económicos y con pertinencia cultural, lo cual coincide con estudios realizados por PNUD (2007), PRESANCA (2008) y ENIGFAM (2010) (Gómez, 2011), en los cuales el maíz, azúcar, arroz, cebolla, carne de pollo, pan francés, gaseosas, boquitas sintéticas, sopas instantáneas, resultaron ser los más consumidos por la población guatemalteca. Además, el maíz en sus diferentes preparaciones, como la tortilla, continúa siendo parte importante de la cultura alimentaria del país. Se considera que la baja disponibilidad y acceso a otros alimentos como frutas, lácteos, carnes, etc. son razones para tener una dieta poco variada o monótona.

La mayoría de personas busca que el momento para la alimentación sea agradable y en familia, por tratarse de una actividad de carácter social. Se esperaba que en las regiones estudiadas se evidenciara un alto porcentaje de personas que se alimentan en casa, especialmente en los tiempos de comida principales, sin embargo debió tomarse en cuenta la procedencia de los entrevistados, sea esta urbana o rural, ya que es un factor que podría influir en los resultados sobre condiciones de acompañamiento al comer. En este estudio se asumió que en la región Nororiente la mayoría pertenecían al casco urbano, a diferencia de la región Noroccidente, por lo que se considera una debilidad en la metodología de la investigación, al no tomar en cuenta la residencia de las personas que conformaron la muestra.

El núcleo familiar conformado por madre, padre e hijos, es el que impera en los hogares de la muestra en estudio. Sin embargo, en la región Metropolitana otros miembros de la familia comparten inmueble y también consumen alimentos de la olla familiar,

probablemente por el mayor costo de la vivienda, servicios básicos y canasta básica de alimentos.

A pesar del nivel de pobreza que azota al país, la mayoría de la muestra del estudio refirió consumir sus alimentos en platos (no en hojas) y refirieron no percibir ninguna época del año en que se vean obligados a restringir el número de tiempos de comida al día; a excepción de la región Nororiente, que en época seca y la más calurosa del año, sí perciben restricción en el número de tiempos de comida que realizan. Esta situación, aunque coincide con lo esperado, pudo afectarse por un error en la metodología de la validación del instrumento o al momento de la entrevista, ya que en la región Noroccidente varias personas entrevistadas reflejaron no comprender la pregunta, por lo que no daban una respuesta certera y confiable. Además es importante agregar la barrera lingüística entre las investigadoras y algunas personas de la muestra.

Las recomendaciones de las Guías Alimentarias para Guatemala se cumplen únicamente para el grupo de cereales, granos y tubérculos, sin embargo, no se determinó la cantidad de porciones consumidas diariamente de este grupo de alimentos, por lo que no se puede definir como una dieta alta o adecuada en carbohidratos. Fue posible determinar que el consumo de carnes de la población coincide con lo recomendado en las Guías Alimentarias, ya que sí se consumen como mínimo de 1 a 3 veces por semana.

La fuente de proteína de origen animal con mayor consumo diario en la muestra es el huevo. Además el frijol y las tortillas son consumidos diariamente por la mayoría de la población a estudio, éstos al mezclarse adecuadamente pueden formar una proteína de alto valor biológico. Muy probablemente, pueden existir deficiencias en vitaminas y minerales, pues no hay consumo diario de frutas, verduras y hierbas.

Al comparar las regiones estudiadas, se determinó que sí existe una diferencia estadísticamente significativa (ANOVA,  $p < 0.05$ ) en cuanto al patrón de consumo. En general, la región Metropolitana es la que cumple las recomendaciones alimentarias en mayor proporción, probablemente por la disponibilidad de variedad de alimentos, y quizás por un mejor acceso económico que les permita cumplirlas. La región donde se podría encontrar deficiencias proteicas es la Noroccidente, por falta de acceso de los alimentos, según el informe ejecutivo de Food and Nutrition Technical Assistance en 2013. La calidad del ciclo agrícola condiciona la disponibilidad de frutas y hortalizas, comprometiendo el

consumo de estos cultivos; como consecuencia podría presentarse deficiencia de micronutrientes en las regiones de mucha sequía como la Nororiental.

## CAPÍTULO VII CONCLUSIONES

En la región Metropolitana el patrón alimentario de la mayoría de la muestra incluye las siguientes características: se realizan los tiempos de comida aproximadamente una hora más tarde que en el resto de las regiones, la duración de la mayoría de los tiempos de comida es de 30 minutos, realizándolos en casa, acompañados de familiares. Los alimentos con mayor frecuencia acumulada de consumo en la muestra a estudio, independientemente del tiempo de comida, son el frijol, la tortilla, huevo y café.

En la región Nororiente y Noroccidente el patrón alimentario de la mayoría de la muestra incluye las siguientes características: los tiempos de comida se realizan en horarios de 7:00, 12:00 y 19:00 horas para los tiempos principales, únicamente en el almuerzo y la cena se utiliza un tiempo máximo de 30 minutos para comer; la mayoría realiza los tiempos de comida en casa, acompañados de familiares.

La región Nororiente fue la única que refirió percibir restricción alimentaria la época de enero a abril, lo cual coincide con la época seca y más calurosa del año. Al igual que en la región Noroccidente, la región Nororiente no cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para Guatemala, en cuanto al consumo diario de frutas verduras y hierbas, lo cual podría causar deficiencia de micronutrientes en dichas regiones.

Se determinó una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de consumo de alimentos de las regiones estudiadas.

## CAPÍTULO VIII

### RECOMENDACIONES

Para facilitar el análisis de los datos, se debe incluir la frecuencia de consumo detallada en el formulario de frecuencia de alimentos (7 veces a la semana, 6 veces a la semana, 5 veces a la semana, 4 veces a la semana, 3 veces a la semana, 2 veces a la semana, 1 vez a la semana, nunca o 0 veces a la semana).

Realizar adecuadamente el proceso de validación de los instrumentos de recolección de datos para evitar confusión en las personas entrevistadas, y así asegurar la calidad de la información recolectada.

Analizar cada una de las variables del patrón alimentario por separado, en estudios específicos, para reducir la incertidumbre que puede originarse por el manejo de grandes cantidades de datos y variables.

## CAPÍTULO IX

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, A. y Mingorría, S. (2010). *Mujeres Maya-Q`eqchi` en la ruta de la soberanía alimentaria: sosteniendo las economías campesinas ante el capitalismo agrario flexible en el Valle del Polochic, Guatemala*. Guatemala: Instituto de Estudios Agrarios y Rurales.
- Barranco, Jimmy. (2008, Marzo). *Patrón Alimentario De Los Pacientes Ingresados En Los Hospitales Públicos Del País.¿Un Escenario Para La Desnutrición Proteino-Energética?* Ciencia y Sociedad. Volumen XXXIII(1):82-94.
- Escobar, Maricruz; Flores, Malaquías; Romero, Lorena & Roque, Dora. (2004, 30 de abril). *Diagnóstico de la Situación Alimentario-Nutricional de Tres Comunidades del Oriente de Guatemala*. Mensaje dirigido a <http://bensoinstitute.org/Publication/RELAN/V14/Diagnostico.asp>
- FANTA. (2013, octubre). *Informe Ejecutivo: Desarrollo de Recomendaciones Dietéticas Basadas en Evidencia para Niños, Mujeres Embarazadas y Mujeres Lactantes que Viven en el Altiplano Occidental de Guatemala* [Versión electrónica]. Washington, DC: FHI 360/FANTA.
- FAO. (1988). Evolución del consumo de alimentos en América Latina. Mensaje dirigido a <http://www.fao.org/docrep/010/ah833s/ah833s08.htm>
- FAO (2005). Ley del Sistema SAN. Decreto 32-2005. Recuperado el 10 de marzo de 2014. Disponible en: [http://www.pesacentroamerica.org/pesa\\_ca/SAGuate%5B1%5D.pdf](http://www.pesacentroamerica.org/pesa_ca/SAGuate%5B1%5D.pdf)
- FAOSTAT. (2007). Hoja de balance de Guatemala, 2000. Guatemala: FAO.
- Gómez, Ismael. (2011, Enero). *Productos Industriales, Alimentación y Salud Humana en Guatemala* [Versión electrónica]. CEIBA, xiv, xv.
- INCAP/OPS. (1999). Curso de educación a distancia. Escuelas Saludables: Módulo 3: Seguridad Alimentaria y Nutricional. Publicación INCAP MED/113, Guatemala.
- INCAP. (2014). SAN en Breve. Recuperado el 4 de marzo de 2014. Disponible en: <http://www.incap.org.gt/index.php/es/acerca-de-san/san-en-breve>
- INCAP/OPS. (s.f.). Diplomado a Distancia en Seguridad Alimentaria y Nutricional, Unidad 1: Marco Conceptual de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. INCAP MDE/154.
- INCAP/OPS. (s.f.). Diplomado a Distancia en Seguridad Alimentaria y Nutricional, Unidad 3: Aceptabilidad y Consumo de Alimentos: Tercer Eslabón de la San. Publicación INCAP MDE/154.

- Instituto Nacional de Estadística. (2004). *IV Censo Nacional Agropecuario. Características Generales de las Fincas Censales y de Productoras y Productores Agropecuarios (Resultados Definitivos) Tomo 1*. [Folleto]. Guatemala: Autor.
- Martínez JA, Asitiasarán I, Madrigal H. (2002). Alimentación y Salud pública. (2da ed.) España: McGraw-Hill.
- MSPAS (2012, marzo). Metas nutricionales para Guatemala. En: Publicaciones INCAP. [En línea] Recuperado el 30 de abril 2014, de <http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/>
- MSPAS, OPS, INCAP (2012). Guías Alimentarias para Guatemala. Guatemala: Tritón imagen & comunicaciones.
- Narciso, R. (marzo, 2014). Encuesta Nacional de Empleo e Ingreso, ENEI-2. Guatemala. Recuperado de: <http://www.ine.gov.gt/sistema/uploads/2014/03/28/Ri4kuzX3PyzdoBYOeX9dFNlzLlAsllbD.pdf>
- Rodríguez T, Fernández J, Cucó G, Biarnés J, Arijá V. (2008, Junio). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario corto: reproducibilidad y validez. *Nutrición Hospitalaria* 23(3): 242-252.
- Varela G, Ávila JM, Pozo de la Calle S. (2013, s.f). La dieta española: una actualización. *Nutrición Hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de nutrición parenteral y enteral*. 28(5):13-20.
- Young CR, Alquillante JL, Solomon S, Colby L, Kawinzi MA, Uy N, et al. (2013, Octubre). Improving Fruit and Vegetable Consumption Among Low-Income Customers at Farmers Markets: Philly Food Bucks, Philadelphia Pennsylvania. *PreventingChronicDisease*. Volumen 10:120356

# CAPÍTULO X ANEXOS

## 10.1 Anexo No. 1 Formulario 1. “Frecuencia de Consumo de Alimentos”:

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS															
Alimentos	7 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por semana	< de 1 vez por semana	Alimentos	7 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por semana	< de 1 vez por semana	Alimentos	7 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 a 3 veces por semana	< de 1 vez por semana	
Frutas					Huevo					Gaseosas					
Verduras					Queso					Golosinas/ dulces					
Hojas verdes					Leche					Frituras					
Pan					Atoles					Café					
Tortillas					Carne					Bebidas alcoholicas					
Pastas					Pollo					Agua pura					
Arroz					Embutidos					Azúcar					
Frijol					Sopas instantaneas					crema/ margarina					

**10.2 Anexo No. 2 Formulario 2. “Hábitos Alimentarios”:**

**EVALUACIÓN DE HÁBITOS Y COSTUMBRES ALIMENTARIAS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Procedencia:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M\_\_\_\_ F\_\_\_\_ Hospital:

A continuación, se presentan una serie de preguntas, las cuales deberá responder con la mayor sinceridad posible.

1. ¿Cómo realiza los tiempos de comida?

Tiempo de comida	Hora	Tiempo que tarda en comer (min)			¿Qué come regularmente?	Lugar donde come (en casa, afuera)	Come solo (sí/no)	¿Con quién come?
		-30	30	+30				
Desayuno								
Refacción am								
Almuerzo								
Refacción pm								
Cena								
Refacción								

2. ¿Quiénes comen de la olla familiar (comida preparada en casa)?

Madre de Familia\_\_\_ Padre de familia\_\_\_ Abuelo(a)\_\_\_ Hermano(a)\_\_\_ Hijo(a)\_\_\_  
Otro\_\_\_

3. ¿Cómo sirven la comida? Platos\_\_\_ Hojas\_\_\_ Otro:\_\_\_\_\_

4. ¿Hay meses o épocas en qué comen menos veces al día?

Enero a Abril: \_\_\_ Mayo a Agosto\_\_\_ Septiembre a Diciembre\_\_\_ No aplica \_\_\_

5. Si la comida es escasa, ¿quién come menos?

Madre de Familia\_\_\_ Padre de familia\_\_\_ Abuelo(a)\_\_\_ Hermano(a)\_\_\_  
Hijo(a)\_\_\_ Otro\_\_\_ No aplica \_\_\_

6. ¿Quién prepara la comida en casa?

Madre de Familia\_\_ Padre de familia\_\_ Abuelo(a)\_\_ Hermano(a)\_\_  
Hijo(a)\_\_ Otro\_\_ No aplica \_\_

7. ¿Cuánto tiempo lleva preparar la comida en casa? Menos de una hora\_\_ 1 hora \_\_  
Más de una hora\_\_

8. ¿Cuál es la principal forma en que prepara sus alimentos?

Cocido\_\_ Horneado\_\_ Frito\_\_ Al vapor\_\_ Otro\_\_

9. ¿Qué alimentos son sus preferidos?

10. ¿Cuáles de sus alimentos preferidos están disponibles?

11. ¿Qué alimentos no tienen su aceptación (no prefiere)?

12. ¿Qué medio (fuente de energía) utiliza para preparar sus alimentos? Carbón\_\_ Leña\_\_  
Gas\_\_ Otro\_\_

## Apéndice 9

### Agendas didácticas, capacitaciones personal médico y de enfermería

<b>TEMA: Determinación del estado nutricional y Protocolo sobre desnutrición aguda severa con complicaciones</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal médico y de enfermería
<b>Fecha de la sesión</b>	23 de febrero 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	30
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
Que los asistentes al finalizar la sesión, estén en capacidad de:  Comprender la importancia de la intervención de un equipo multidisciplinario en el tratamiento de pacientes con desnutrición aguda severa con complicaciones	Estado Nutricional (importancia, clasificación, diagnóstico)  Protocolo del tratamiento hospitalario de la desnutrición aguda severa con complicaciones	Exposición oral	Comentarios  Resolución de dudas

**TEMA: Lactancia materna, política ISSALM**

<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal médico y de enfermería
<b>Fecha de la sesión</b>	23 de junio de 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	30
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que los asistentes, al finalizar la actividad, estén en capacidad de:</p> <p>Conocer los 10 pasos de la ISSLAM correctamente</p> <p>Reconocer la importancia del inicio de la Lactancia Materna dentro de los primeros 30 minutos después del nacimiento.</p> <p>Identificar los beneficios de la LME y su relación con el estado de salud y bienestar de los recién nacidos</p>	<p>Lactancia Materna</p> <p>Política ISSLAM (pasos, normas a seguir, llenado correcto de documentación)</p>	<p>Exposición oral</p> <p>Demostración de técnica correcta de amamantamiento, madre canguro, reflejo de búsqueda)</p>	<p>Comentarios</p> <p>Resolución de dudas</p>

**TEMA: Preparación y almacenamiento de fórmulas de recuperación nutricional**

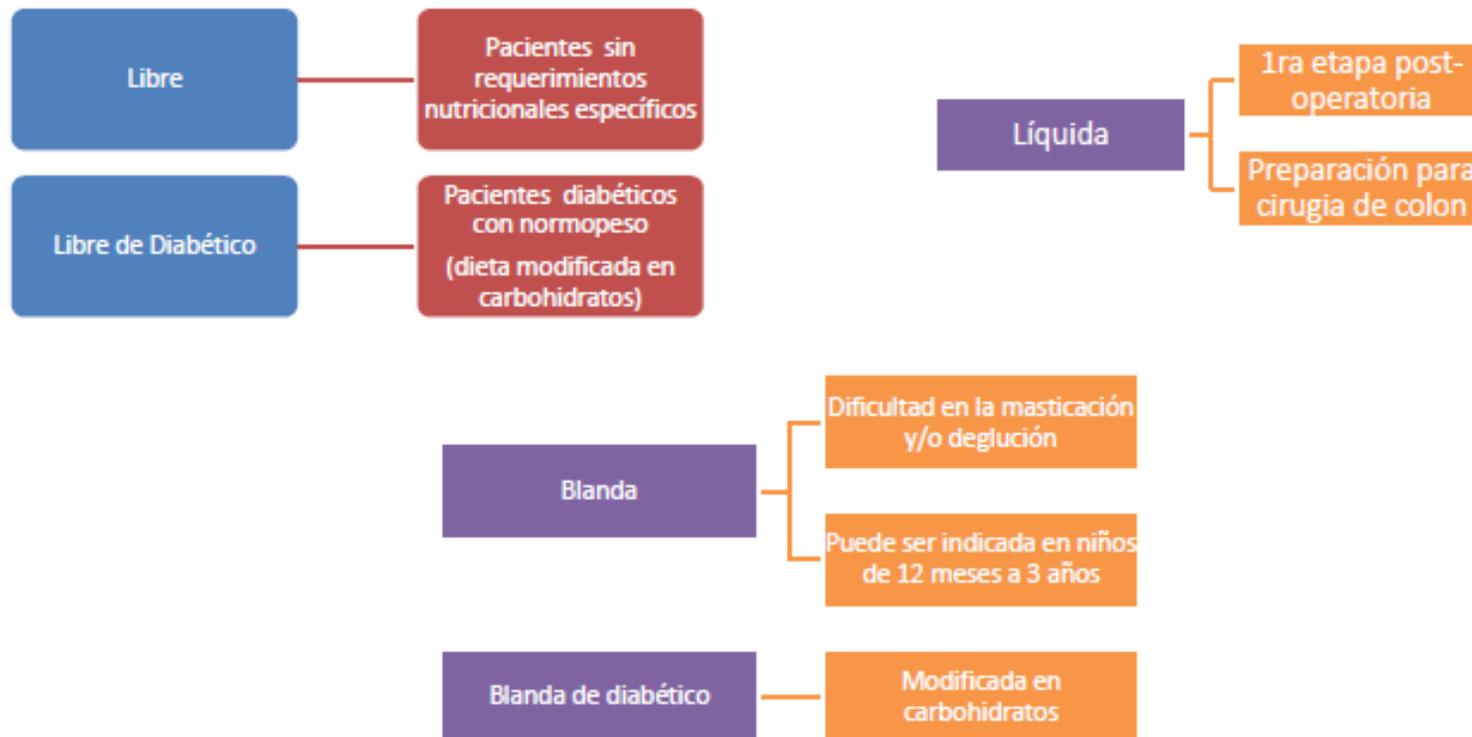
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Auxiliares de enfermería  Enfermeros profesionales
<b>Fecha de la sesión</b>	14 de marzo 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	45
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que los asistentes al finalizar la sesión, estén en capacidad de:</p> <p>Comprender la importancia una adecuada preparación y almacenamiento de las fórmulas para la recuperación de los pacientes</p> <p>Aplicar los conocimientos aprendidos en la preparación de fórmulas de recuperación nutricional</p>	<p>Características nutricionales y físicas de las fórmulas de recuperación nutricional</p> <p>Técnica correcta de preparación</p> <p>Técnica correcta de almacenamiento</p>	<p>Exposición oral</p> <p>Elaboración de fórmula de recuperación nutricional</p>	<p>Comentarios</p> <p>Resolución de dudas</p> <p>Observación directa de la aplicación de las técnicas aprendidas</p>

## Apéndice 10

### Material Educativo sobre tipos de Dietas

Hospital Nacional de Usulután, El Quiché  
Departamento de Nutrición y Dietética  
Servicio de Alimentación

#### DIETAS HOSPITALARIAS: INDICACIONES



Elaborado por: Kissy Castro/EPS Nutrición/USAC 2014

## Apéndice 11

### Agenda didáctica, capacitación Buenas Prácticas de Manufactura y Buenas Prácticas de Higiene

<b>TEMA: Buenas prácticas de Manufactura y Adecuadas Prácticas de Higiene</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal de cocina
<b>Fecha de la sesión</b>	21 de marzo de 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	45
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
Que el personal de cocina, al finalizar la actividad, esté en capacidad de:  Conocer las normas de higiene mínimas para la elaboración y manipulación de alimentos  Identificar focos de contaminación dentro y fuera del servicio de alimentación en el Hospital	Buenas Prácticas de Manufactura (importancia)  Buenas prácticas de higiene (importancia, técnica correcta de lavado de manos, contaminación cruzada)	Exposición oral  Toma de muestras para análisis microbiológico	Comentarios  Resolución de dudas

**TEMA: Buenas prácticas de manufactura y adecuadas prácticas de higiene  
(retroalimentación)**

<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Personal de cocina
<b>Fecha de la sesión</b>	23 de mayo de 2014	<b>Tiempo aproximado en minutos</b>	30
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que el personal de cocina, al finalizar la actividad, esté en capacidad de:</p> <p>Identificar y retroalimentar a personal que no cumpla con las normas de higiene necesarias</p> <p>Reconocer las diferencias en el proceso de elaboración de alimentos (antes y después)</p>	<p>Buenas Prácticas de Manufactura (autoevaluación)</p> <p>Buenas prácticas de higiene (autoevaluación)</p> <p>Retroalimentación</p>	<p>Exposición oral de comentarios o experiencias vividas en el proceso</p> <p>Retroalimentación de dudas o comentarios</p>	<p>Resultados de la autoevaluación</p> <p>Resolución de dudas</p> <p>Comentarios</p>

## Apéndice 12

### Agenda didáctica Tiendas Saludables

<b>TEMA: Tiendas Saludables</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiario</b>	Propietarios de tiendas escolares y claustro de maestros de Escuela 15 de septiembre, San Miguel Uspantán, El Quiché
<b>Fecha de la sesión</b>	19/03/2014	<b>Tiempo aproximado (en minutos)</b>	60
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que al finalizar la sesión, los participantes estén en capacidad de:</p> <p>Identificar preparaciones no saludables dentro de su negocio</p> <p>Implementar medidas de higiene en preparación y conservación de alimentos</p> <p>Aplicar nuevas técnicas de preparación de alimentos, para mejorar el valor nutritivo de los productos que se ofrecen en el negocio</p>	<p>Alimentación saludable</p> <p>Alimentación saludable en las tiendas escolares</p> <p>Preparaciones a ofrecer</p> <p>Almacenamiento y conservación de los alimentos</p> <p>Higiene y manipulación de alimentos</p>	<p>Exposición oral</p> <p>Presentación de dudas y comentarios</p>	<p>Preguntas de evaluación sobre el tema</p> <p>Resolución de dudas</p> <p>Comentarios</p> <p>Propuestas para mejora del servicio brindado en la Escuela</p>

## Apéndice 13

### Agenda Didáctica Protocolo de Tratamiento Desnutrición Moderada

<b>TEMA: Protocolo de Tratamiento de la Desnutrición Aguda Moderada sin Complicaciones en la Comunidad</b>			
<b>Nombre facilitadora</b>	Kissy Castro	<b>Beneficiarios</b>	Auxiliares de enfermería y técnicos en salud del área comunitaria de Uspantán, El Quiché
<b>Fecha de la sesión</b>	24/03/2014	<b>Tiempo aproximado (minutos)</b>	45
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que el personal participante, luego de la sesión, esté en capacidad de:</p> <p>Clasificar adecuadamente el estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.</p> <p>Realizar correctamente la toma de peso y talla a niños menores de 5 años.</p> <p>Cumplir a cabalidad con el protocolo de atención a pacientes</p>	<p>Medidas antropométricas</p> <p>Clasificación del estado nutricional</p> <p>Tratamiento de la desnutrición aguda moderada sin complicaciones en la comunidad</p> <p>Seguimiento y monitoreo de casos</p> <p>Referencia y contra referencia a servicios de salud y Hospitales de la red Nacional</p>	<p>Exposición oral</p> <p>Toma de medidas antropométricas</p> <p>Ejercicios de conversiones de medidas de peso</p> <p>Ejercicios de evaluación del estado nutricional</p>	<p>Resolución de dudas</p> <p>Comentarios</p> <p>Evaluación (determinación del estado nutricional)</p>

<p>con desnutrición moderada y severa sin complicaciones.</p> <p>Dar seguimiento de casos de acuerdo a normas establecidas.</p>			
---	--	--	--

## Apéndice 14

### Agenda Didáctica Curso 20 Horas de Lactancia Materna

<b>TEMA: Curso 20 Horas de Lactancia Materna (ISSALM)</b>			
<b>Nombre facilitadoras</b>	Kissy Castro Dr. Mónica Arriola Dr. Irene Martínez	<b>Beneficiarios</b>	Auxiliares de enfermería, Hospital Nacional de Uspantán, El Quiché
<b>Fecha de la sesión</b>	7 al 11/07/2014	<b>Tiempo aproximado (minutos)</b>	240
<b>Objetivos de aprendizaje</b>	<b>Contenido</b>	<b>Actividades de aprendizaje</b>	<b>Evaluación de la sesión</b>
<p>Que el personal participante, luego del curso, esté en capacidad de:</p> <p>Apoyar efectivamente a las madres con lactancia materna inmediata y exclusiva</p>	<p>Iniciativa hospital amigo del niño</p> <p>Habilidades de comunicación</p> <p>Promoviendo la lactancia materna durante el embarazo</p> <p>Protegiendo la lactancia materna</p> <p>Prácticas de atención del parto y lactancia</p> <p>Como llega la leche del pecho al bebe</p> <p>Ayudando a la lactancia</p> <p>Producción de leche</p> <p>Lactantes con</p>	<p>Realización de autoevaluación</p> <p>Exposición oral</p> <p>Puesta en común (discusión de casos)</p>	<p>Resolución de dudas</p> <p>Evaluación de conocimientos</p> <p>Puesta en práctica de conocimientos adquiridos</p>

	<p>necesidades especiales</p> <p>Si el bebe no puede mamar</p> <p>Afecciones del pecho y el pezón</p> <p>Apoyo continuo en lactancia para las madres</p> <p>Convirtiéndose en hospital amigo del niño</p>		
--	---	--	--

Guatemala 1 de julio de 2014

E.P. Porfirio Aguilar  
Jefe Departamento de Enfermería  
Presente

Deseándole éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para pedir su fina colaboración para la realización del Curso de 20 Horas de Lactancia Materna, el cual fue acordado impartir en la semana del 7 al 11 de julio del presente año, por el comité de Desnutrición y de Lactancia Materna del Hospital, del cual usted es el coordinador.

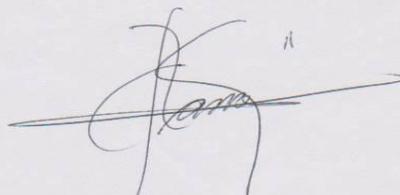
El motivo de la presente es, además de lo mencionado, es pedirle realice las coordinaciones pertinentes para priorizar la presencia del personal nuevo o que no haya recibido dicho curso para poder contar con su presencia, ya que es de suma importancia que todo el personal que labora en la institución se encuentre adecuadamente adiestrado en el tema.

Sería de gran utilidad poder contar con un listado de las personas asistentes al curso, para iniciar con los preparativos de la misma y así, poder obtener el mayor aprendizaje posible de parte de los asistentes.

Cabe recordar que el Comité acordó realizar el curso en 5 sesiones de 4 horas al día, en horas de la mañana, para agilizar el proceso, y luego de las mismas el personal pueda retomar sus labores diarias.

Sin otro particular y quedando a sus órdenes, me suscribo,

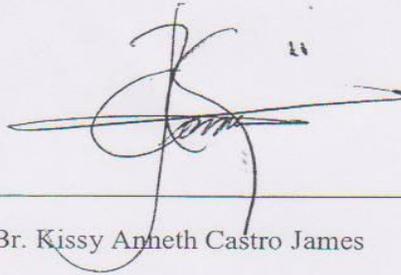
Atentamente



Kissy Castro  
EPS Nutrición  
2014

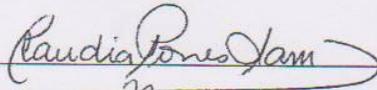
Recibido  
07/07/2014  
[Handwritten initials]





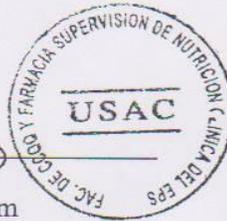
Br. Kissy Anneth Castro James

Aprobado por:



Licda. Claudia Porres Sam

Supervisora de EPS



MSc. Silvia Rodríguez de Quintana

Directora Escuela de Nutrición

