

CONSEJO DE EUROPA

Comité de Ministros

Resolución Res AP (2003) 3

Sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales

(Aprobada durante la reunión nº 860 de 12/11/2003)

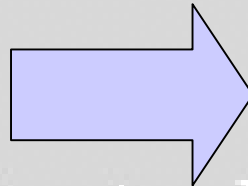
CONSEJO DE EUROPA

(Comité de Ministros)

Estados miembros

**Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca,
Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Italia,
Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal,
Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino
Unido**

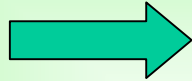
Acuerdo Parcial



**Ámbito Social y de
Salud Pública**

Antecedentes del Acuerdo Parcial

**Resolución 23
(16/11/1959)**



**Ampliación de las actividades del
Consejo de Europa en cuestiones sociales
y culturales**

**Resolución 35
(2/10/1996)**



**Revisión de las estructuras del Acuerdo
Parcial (Resolución 23) y prosecución de las
mismas con dos propósitos.**

Propósitos de la Resolución 35:

(1º) Aumentar el nivel de protección sanitaria a los consumidores



Propósitos de la Resolución 35:

(2º) Integración en la comunidad de las personas discapacitadas

Nivel europeo

Modelo de política coherente
para discapacitados

Ciudadanía completa
Estilo de vida
independiente

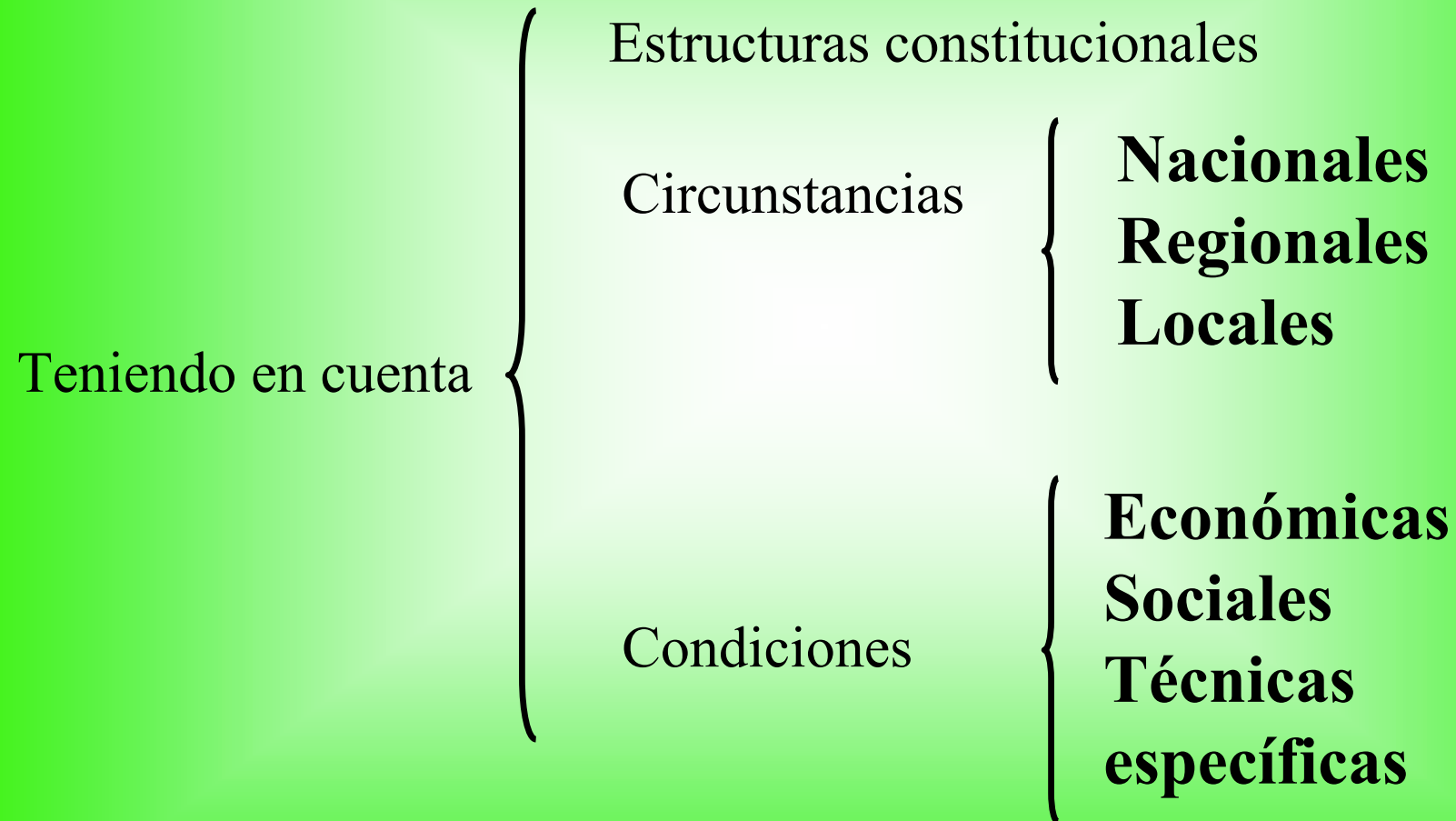
Eliminación de todas las
barreras que impidan la
integración

Psicológicas
Educativas
Familiares
Culturales
Sociales
Profesionales
Economicistas
Arquitectónicas

Otros Objetivos a tener en cuenta:

- Consecución mayor unidad, facilitando el progreso (económico y social) entre sus estados miembros.
- Garantiza el acceso seguro a los alimentos.
- Beneficia la recuperación de pacientes.
- Abordar el nº inaceptable de pacientes desnutridos en Europa.
- Abordar la asociación desnutrición/estancias/costos.
- Recomendación 1244(1994). Sobre “Nutrición y Salud”
- Política Alimentaria y Nutricional (OMS 2000 a 2005)

Recomendaciones



Recomendamos

PREPAREN Y APLIQUEN las Recomendaciones según los principios y las medidas descritas en el *apéndice* de la Resolución.

PROMUEVAN la aplicación y hagan lo necesario para su aplicación en aquellas áreas que no sean responsabilidad directa de los gobiernos pero en las que las autoridades tengan cierto poder o desempeñen algún papel

GARANTICEN la máxima divulgación de esta resolución a todas las partes implicadas (autoridades públicas, personal hospitalario, sector de la atención primaria, pacientes, investigadores y organizaciones no gubernamentales activas en este campo

APÉNDICE DE LA
RESOLUCIÓN Res AP (2003) 3

1- VALORACIÓN Y TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN LOS HOSPITALES

1.1 Monitorización del riesgo nutricional

- Estado Nutricional y Gravedad de la enfermedad
- Método basado en la evidencia
- Fácil de entender y emplear
- Tener en cuenta edad, talla y sexo
- Evaluación (antes, durante) hospitalización.
- Métodos sencillos (uso intra y extra hospitalario.)
- Identificado el paciente: VN + Tto + Ajuste posterior.
- Estándares (nacional/europeo) de V.N.

1.2 IDENTIFICACIÓN, PREVENCIÓN Y CAUSAS DE DESNUTRICIÓN

- Considerar todas las causas de desnutrición.
- Efectos secundarios de medicación y deber de conocerlos (médicos y enfermería)
- “Nada por boca”, “Ayunos nocturnos” o “Protocolos limpieza intestinal”. *Duración exacta* (si requerido)
- Desnutrición relacionada con la enfermedad

1.3 SOPORTE NUTRICIONAL

- Forma parte del tratamiento (Tto).
- Revisar y ajustar según evolución.
- Personalizar y *anotar* (balances).
- Valorar indica, riesgos, beneficios, consentimiento informado y control de efectos secundarios.
- Inmuno_moduladores: solo a beneficiarios.
- Tratamiento, si necesario: antes, al ingreso y tras el alta.
- Registros: información nutricional completa (Med/Enf)
- Nutricionistas: evaluar efectos de tto sobre estado nutric.
- Prioridad: dieta hospital/resultado clínico final.
- Estandarizar *disfagia* y parámetros descriptivos para la *modificación de texturas*.

1.4 ALIMENTACION ORDINARIA

- Vía oral, “primera opción” para la corrección y/o prevención de la desnutrición en los pacientes.
- Documentar “buena práctica” para garantizar la ingesta ordinaria (en particular enfermos con riesgo).
- Sorbos o bebida / alimentación ordinaria: suplementar no sustituir (solo bajo indicación evidente).
- Soporte nutricional artificial, instaurar *sólo cuando* la alimentación ordinaria *no sea posible o sea inadecuada*

1.5 SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL

- Desarrollar estándares (instauración, administración segura, técnicas asépticas de manipulación, pautas de tratamiento, monitorización y finalización) del tratamiento nutricional artificial.
- Estándares *para domicilio* (instauración, preparación, educación, suministro de equipos, administración segura y monitorización) del paciente enviado a casa con soporte nutricional.

2. PERSONAL DE ATENCIÓN NUTRICIONAL

2.1 RESPONSABILIDADES DE LA ATENCION NUTRICIONAL EN EL HOSPITAL: DISTRIBUCIÓN

- Ministerio de Sanidad, autoridades regionales y las direcciones de los Hospitales deben saber sus responsabilidades en el área de alimentación.
- *Todos* (Hospital) deben trabajar en equipo para el paciente y la Dirección prestar atención adecuada.
- Delimitar responsabilidades con claridad.
- Creación de “estructuras” adecuadas para establecer estándares ... y para su aplicación.
- Incluir la VRN_monitorización en los estándares de acreditación de los Hospitales.

2.2 COMUNICACIÓN

- Estudiar cómo valorar y/o mejorar la comunicación entre los diferentes departamentos (del área de alimentación)
- Petición de menús: mejorar la comunicación entre pacientes, planta y personal de cocina (¿formularios?)
- Establecer contactos frecuentes entre personal de plantas y del servicio de alimentación.
- Representantes en cada planta/diálogo con cocina.
- Contactos regulares entre Hospitales y/o Atención Primaria.

2.3 EDUCACIÓN Y CONOCIMIENTO NUTRICIONAL EN TODOS LOS NIVELES

- Programa de Formación Continua (nutrición general técnicas de soporte) al personal implicado en la alimentación de los pacientes.
- Universidad y Postgrado: Nutrición
- Cátedras de Nutrición Clínica
- Especialidad *Nutrición Clínica* (Facultades Medicina)
- Mejorar formación Enfermería en Nutrición Clínica (VRN –monitorización y técnicas alimentarias-)

- Dietistas: papel más relevante.
- Dietistas: administrativos/gestión.
- Director Servicio Alimentación # Director Hotel
- Formación + / Responsabilidades personal no médico.
- Formación e información de la *opinión pública* (*incluyendo a pacientes*) sobre la importancia de una buena nutrición.
- Fomentar: iniciativas europeas relativas a la formación en nutrición clínica.
- Ampliar la cooperación entre las asociaciones de nutrición clínica de los diferentes países.

3. PRÁCTICAS DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

3.1 ORGANIGRAMA

- Delimitar con claridad las responsabilidades de los profesionales sanitarios y la dirección del hospital.
- Adoptar y aplicar (a nivel regional y en cada centro) una política de servicio de alimentación.
- La dirección del Hospital debe prestar una atención especial a la política del servicio de alimentación y al soporte nutricional
- Todo el personal del hospital *debe entender que el Servicio de Alimentación es una parte importante del tratamiento y la atención de los pacientes.*

3.2 CONTRATO DEL SERVICIO DE ALIMENTACION

- Desarrollar pautas y estándares para el establecimiento de un servicio de alimentación hospitalario a domicilio.
- Contratos detallados (dietas especiales y/o individualizadas por prescripción, menús [↑] E/P, texturas modificadas, tetempiés y/o comidas en/o cerca de las salas).
- Especificar en contrato el coste de una *monitorización adecuada* de su cumplimiento.
- ¿Responsabilidad de que los estándares de nutrición se detallan en el contrato?: SSN / CDN / El/La Designado/a

3.3 SERVICIO DE COMIDAS Y ENTORNO

- Ajustar el servicio a las necesidades necesidades de los pacientes (estado físico y mental). A veces, requiere el establecimiento de *varios* métodos de servicio.
- Tener la posibilidad de elegir el entorno para comer.
- Posibilidad de sentarse a la mesa (Desa, Comi, Cena)
- Mejora entorno hospitalario de las comidas (ambiente, presencia de personal y, especialmente, ausencia de olores desagradables).
- Personal formado y equipos apropiados para *ayudar a pacientes con dificultades físicas/mentales* para alimentarse y/o equipos para facilitar una alimentación independiente.

3.4 TEMPERATURA E HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

- Comida del Hospital (almacenaje, preparación y transporte) con garantía de higiene, seguridad, sabor, gastronomía y contenido nutricional de los alimentos.
- Comidas calientes: recepción entre 60-70° C.
- Responsabilidad en cuestiones de Higiene: CDN, SSN, Designado/a.
- Formación adecuada: personal de plantas y cocina en *higiene de los alimentos* y la Dirección queda involucrada a través del control higiénico de producción de comida.

3.5 MEJORAS ESPECIFICAS EN LAS PRACTICAS DE LOS SERV. DE ALIMENT. PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN

- Desarrollar estándares basados más en las necesidades de los pacientes *que en las* del hospital.
- Paciente/comer: colaboración estrecha/familiares/personal
- Suministro de comida: flexible e individualizado. Informar al paciente de la posibilidad de solicitar comida o alimentos adicionales en cualquier momento.
- Menús: dirigidos a las diferentes categorías de pacientes.
- Proporcionar equipos adecuados para nutrir.
- Divulgar medidas que previenen desnutrición.

4. COMIDA DE HOSPITAL

4.1 MENÚS DE HOSPITAL Y DIETAS SEGÚN INDICACIONES MEDICAS

- Establecer una “*buena práctica*” para disponer de alimentos que cubran las necesidades de todas las categorías de pacientes (según indicaciones médicas, vegetarianos, textura modificada y ricas en E/P).
- Estudios sobre relación menús (hiper/calórico/proteicos) con ingesta de los mismos y resultado clínico final.
- Variedad de platos energéticos para pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad.
- Médico: conocer la situación nutricional del paciente y sólo prescribir dietas con efectos comprobados científicamente.

- Personal sanitario/Uso de “dietas *alternativas*” por los *pacientes*: deben conocer los efectos.
- Interacción *inmediata* paciente/planta/cocina: aceptación/desagrado de los alimentos servidos.
- Auditar (¿1 cada/año?): contenido nutricional / tamaño de las raciones / despilfarro de los alimentos (bandejas).
- Planificar y Documentar suficiencia nutricional de dietas (SSN) CDN.
- Disponer de base de datos de los Menús (contenido nutricional /tamaño de raciones) para valorar su idoneidad en SSN, con acceso a la misma.
- Investigar para obtener datos acerca de la pérdida de nutrientes en los diferentes sistemas de servicio de alimentación

4.2 PATRÓN DE LAS COMIDAS

- Horas de comida: garantizar tiempo suficiente para permitir “tentempiés” entre las comidas (por la mañana, por la tarde y a última hora —antes de dormir—).
- Repartirlas para abarcar todas las horas de vigilia.
- Disminuir al mínimo las interrupciones (visitas, procedimientos de formación y de diagnóstico)
- Tentempiés y bebidas nutritivas: entre comidas —siempre que sea apropiado— y disponibles en todas las salas.
- Servir la comida y presencia de familiares: fomentarlo si posible.
- Nutrición por sorbos y/o bebida: utilizar de forma adecuada (protocolo para su distribución y supervisión)

4.3 MONITORIZACIÓN DE LA INGESTA

- Formación al personal de planta sobre ella.
- Sistema semi_cuantitativo para la monitorización.
- Supervisar la recogida de bandejas cuidadosamente.
- Nivel de ingesta: sirve para evaluar la necesidad de SN.
- Anotar ingesta pacientes a riesgo y con Soporte Nutric.
- Planta: debe disponer de datos de los menús (energía, tamaño de raciones y contenido) para la monitorización.
- Información sobre ingesta: se utiliza para desarrollar menús específicos adecuados para grupos concretos
- Desarrollar estudios para validar métodos sencillos de registro de la ingesta de alimentos.

4.4 INFORMACION / IMPLICACIÓN DEL PACIENTE

- Nutrición/opinión pública: fomentar concienciación y apoyo.
- Informar: antes/en hospital del factor nutrición/buena evolución.
- Información (oral y escrita) sobre platos disponibles.
- Descripción de platos con precisión (sabe qué va a recibir)
- Información: sobre composición nutricional (Alimentos y Bebidas)
- Personal de Planta: ayuda y consejo al paciente al pedir comidas.
- Participación y cierto control en la programación de los menús.
- Menú acorde con edad, religión, antecedentes étnicos o culturales.
- Se deben preparar y aplicar métodos que evalúen la satisfacción de los pacientes

5. ECONOMÍA SANITARIA

5.1 CONSIDERACIONES SOBRE COSTE EFECTIVIDAD Y COSTE BENEFICIO

- También debe realizarse en el Hospital
- Expertos economía sanitaria: deben participar en el cálculo de las relaciones C/E y C/B del soporte nutricional.
- Al estimarlo debe tener en cuenta el cálculo ¿qué soporte nutricional se ha escogido?.
- Los resultados del cálculo C/E y C/B, deben incluir la *capacidad funcional* y la *satisfacción* de los pacientes

5.2 EL SERVICIO DE ALIMENTACION Y LOS COSTES DEL DESPILFARRO DE ALIMENTOS

- Se deberá analizar la influencia del Servicio de Alimentación sobre el despilfarro de alimentos.
- Se deberá garantizar la flexibilidad en la selección de los menús y tamaño de las raciones por parte de los pacientes
- Al evaluar el coste de diferentes sistemas de preparación de alimentos, se deberá tener en cuenta la satisfacción del paciente con los alimentos.
- *El presupuesto para alimentos* se deberá evaluar como parte integrante del presupuesto empleado en servicios de tratamiento y soporte clínico.
- Evaluación del coste: tener en cuenta el coste potencial de las complicaciones y de la mayor duración de las estancias hospitalarias por nutrición insuficiente.
- Tomar medidas: despilfarro documentado de alimentos (N/A).



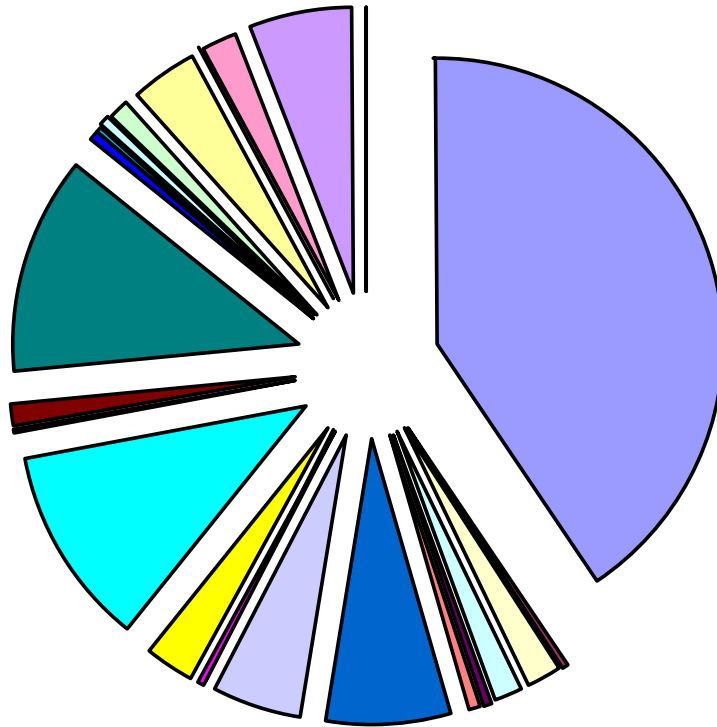
<u>DIETA</u>	<u>NOMBRE DE LA DIETA</u>
0	BASAL ADULTO
1	PEDIATRICA 1 (2 a 4 años)
2	PEDIATRICA II (4 a 10 años)
3	BASAL MUSULMANA
4	VEGETARIANA
5	ALTA EN FIBRA
6	TRITURADA
7	FACIL MASTICACION
8	HOMOGENEIZADOS PED.
9	LIQUIDA
10	TRANSICION I (SEMISOLIDA)
11	TRANSICION II (BLANDA)
12	1.200 KILOCALORIAS
13	1.600 KILOCALORIAS
14	2.000 KILOCALORIAS
15	ASTRINGENTE
16	SIN RESIDUO
17	HIPOPROTEICA
18	RESTRINGIDA EN POTASIO
19	HIPOGRASA
20	SIN GLUTEN
21	INMUNODEPRIMIDOS
22	INDIVIDUALIZADA
24	SIN GLUTEN
25	PEDIATRICA7 PLATOS

CODIGO DE DIETAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO CARLOS HAYA

Nº DE DIETAS Y PORCENTAJE EN “CARLOS HAYA” 2004

DIETA 	NOMBRE DE LA DIETA	CANTIDAD	PORCENTAJE
0	BASAL ADULTO	145.019	40.495
1	PEDIATRICA 1 (2 a 4 años)	1.041	291
2	PEDIATRICA II (4 a 10 años)	7.092	1.980
3	BASAL MUSULMANA	6.165	1.722
4	VEGETARIANA	587	164
5	ALTA EN FIBRA	3.581	1.000
6	TRITURADA	24.320	6.791
7	FACIL MASTICACION	18.581	5.189
8	HOMOGENEIZADOS PED.	21	6
9	LIQUIDA	475	133
10	TRANSICION I (SEMISOLIDA)	9.579	2.675
11	TRANSICION II (BLANDA)	41.284	11.528
12	1.200 KILOCALORIAS	886	247
13	1.600 KILOCALORIAS	3.976	1.110
14	2.000 KILOCALORIAS	44.428	12.406
15	ASTRINGENTE	2.551	712
16	SIN RESIDUO	902	252
17	HIPOPROTEICA	1.682	470
18	RESTRINGIDA EN POTASIO	3.928	1.097
19	HIPOGRASA	14.004	3.910
20	SIN GLUTEN	216	60
21	INMUNODEPRIMIDOS	7.289	2.035
22	INDIVIDUALIZADA	20.507	5.726
24	SIN GLUTEN	2	1
25	PEDIATRICA 7 PLATOS	1	-
	TOTAL	358.117	

DISTRIBUCION DE DIETAS EN 2004 (CARLOS HAYA)



- 0 BASAL ADULTO
- 1 PEDIATRICA 1 (2 a 4 años)
- 2 PEDIATRICA II (4 a 10 años)
- 3 BASAL MUSULMANA
- 4 VEGETARIANA
- 5 ALTA EN FIBRA
- 6 TRITURADA