



Nutrición Hospitalaria



Grupo de Trabajo SENPE

Proceso de alimentación hospitalaria

Hospital feeding process

Tomás Martín Folgueras, Cristina Velasco Gimeno, Soledad Salcedo Crespo, Hegoi Seguro Gurrutxaga, Néstor Benítez Brito, María D. Ballesteros Pomar, Julia Álvarez Hernández y Alfonso Vidal Casariego

Grupo de Trabajo de Gestión de SENPE

Resumen

Palabras clave:

Gestión. Proceso asistencial. Nutrición clínica. Calidad. Alimentación hospitalaria.

El Grupo de Trabajo de Gestión de SENPE tiene entre sus objetivos el desarrollo de procesos de evaluación en nutrición clínica. Con anterioridad se elaboró el documento denominado "Proceso de atención nutricional: guía de autoevaluación" como una herramienta concebida para ayudar a evaluar la calidad de la terapia nutricional en pacientes hospitalizados, fundamentalmente desde la perspectiva de la nutrición artificial. Ahora se presenta un texto complementario del anterior, en el que se describe el proceso por el que se alimenta a los pacientes hospitalizados. Hemos dividido el proceso de alimentación hospitalaria en seis secciones, para las que se hace una descripción general y se proponen indicadores de calidad para su evaluación. Confiamos en que este trabajo sirva para mejorar la calidad de las dietas de los hospitales y para ayudar a los profesionales de la alimentación de los hospitales a hacer su labor más satisfactoria y efectiva.

Abstract

Key words:

Management. Care process. Clinical nutrition. Quality. Hospital feeding.

The Management Working Group of SENPE has among its objectives the development of evaluation processes in clinical nutrition. Previously, the document entitled "Process of nutritional care: self-evaluation guide" was prepared as a tool designed to help assess the quality of nutritional therapy in hospitalized patients, mainly from the perspective of artificial nutrition. Now, a complementary text of the previous one is presented, describing the process by which hospitalized patients are fed. We have divided the hospital feeding process into six sections, for which a general description is made and quality indicators are proposed. We hope that this work will serve to improve the quality of hospital food and help hospital food professionals to make their work more satisfactory and effective.

Recibido: 04/04/2019 • Aceptado: 09/04/2019

Martín Folgueras T, Velasco Gimeno C, Salcedo Crespo S, Seguro Gurrutxaga H, Benítez Brito N, Ballesteros Pomar MD, Álvarez Hernández J, Vidal Casariego A. Proceso de alimentación hospitalaria. Nutr Hosp 2019;36(3):734-742

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02543>

Correspondencia:

Tomás Martín Folgueras. Hospital Universitario de Canarias
Ctra. Cuesta Taco, 0. 38320
La Cuesta. Santa Cruz de Tenerife
e-mail: tmf7312@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema común en todos los niveles de la asistencia sanitaria. En el caso de los hospitales, aparece en situaciones de enfermedad aguda y procesos crónicos agudizados. Por diferentes motivos, en el paciente hospitalizado es frecuente que la ingesta de alimentos sea inferior a las necesidades y este hecho se correlaciona con peores resultados evolutivos. La enfermedad altera el apetito, la capacidad de comer y procesar la comida, así como las necesidades nutricionales de las personas.

El estudio PREDYCES (1) nos mostró que, en España, aproximadamente uno de cada cuatro adultos y uno de cada tres mayores de 70 años hospitalizados presentan desnutrición al ingreso hospitalario. Además, casi un 10% adicional se desnutre durante la estancia hospitalaria. Los grupos más afectados son los pacientes con enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y respiratorias. El impacto negativo de la desnutrición en el paciente hospitalizado está bien documentado: se incrementan la morbilidad y la mortalidad, se prolongan las estancias, aumentan la dependencia y los reingresos, se deteriora la calidad de vida y suben los costes (2).

Tras la detección de un paciente con desnutrición o en riesgo de desarrollarla, bien sea mediante la aplicación sistemática de un método de cribado o como resultado de la valoración clínica ordinaria, es imperativa la necesidad de poner en marcha un plan de atención nutricional. Este plan debe ir dirigido a identificar sus necesidades nutricionales específicas, suministrar los nutrientes para cubrir estas necesidades y efectuar un seguimiento. Como recomienda la Resolución del Comité de Ministros del Consejo de Europa en 2003 (3), la alimentación ordinaria por vía oral debe considerarse siempre como la primera opción correctora o de prevención. El servicio de alimentación de cada hospital debe garantizar esta opción.

Más allá de su papel en el manejo de la desnutrición relacionada con la enfermedad, no hay que olvidar que el nivel de aceptación de la alimentación hospitalaria guarda una importante relación con la satisfacción global del usuario y su calidad de vida durante el ingreso. En este sentido, para mejorar la aceptación de las dietas hospitalarias, la tendencia actual es intentar hacer prescripciones dietéticas más permisivas, procurando evitar restricciones innecesarias que reducen la palatabilidad de la comida. Una dieta basal variada, sana y equilibrada, y de amplia aceptación y aplicación en un contexto más permisivo, puede llegar a convertirse en el eje central de la alimentación de la mayoría de los pacientes, haciéndose ligeras modificaciones cuando sea necesario.

El Grupo de Trabajo de Gestión de SENPE tiene entre sus objetivos el desarrollo de procesos de evaluación en nutrición clínica (4). En un trabajo anterior, de forma sinérgica con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, se elaboró el documento "*Proceso de atención nutricional: guía de autoevaluación*" (5). Se trata de una herramienta concebida para ayudar a evaluar la calidad de la terapia nutricional en pacientes hospitalizados, fundamentalmente desde la perspectiva de la nutrición artificial. El documento que ahora presentamos puede considerarse

complementario del anterior, puesto que describe el otro pilar fundamental de la atención nutricional hospitalaria, que es la alimentación de carácter convencional.

En gestión se entiende como "proceso" a un conjunto de actividades que están relacionadas entre sí o que interactúan para transformar elementos de entrada en resultados (6). En el caso del proceso de alimentación hospitalaria, el elemento de entrada lo constituye el paciente hospitalizado en el que se ha de iniciar dieta por vía oral, mientras que la salida se corresponde con el mismo paciente cuando finaliza esa indicación y es dado de alta. Como se verá, se trata de un proceso complejo, con la particularidad de que comparte características de los procesos asistenciales y de soporte y afecta a una amplia variedad de profesionales con distintos grados de formación y especialización.

La descripción de cada subproceso consta de dos partes: la primera es una ficha técnica en la que se detallan aspectos generales, mientras que en la segunda se proponen indicadores de calidad para su evaluación. En la ficha técnica, tras una breve justificación del subproceso, se hace una definición funcional en la cual se explica someramente lo que se espera del mismo. El resto de la ficha técnica consta de:

- *Propietario del proceso*: persona cuya actividad está relacionada con el desarrollo del proceso, responsable de su gestión sistemática y mejora continua. En la mayoría de subprocesos se corresponde con el responsable del equipo de soporte nutricional.
- *Entrada y salida*: acciones que suponen el inicio y la finalización de cada subproceso (habitualmente la salida de un subproceso supone la entrada del siguiente).
- *Proveedor*: personas o estructuras organizativas que proporcionan la entrada al subproceso.
- *Participantes*: personas o unidades que realizan las actividades del subproceso.
- *Destinatarios*: personas o estructuras organizativas sobre las que la salida del proceso tiene impacto y que, por tanto, van a exigir que todo haya funcionado correctamente.

En la segunda parte de cada subproceso se exponen sus criterios de calidad, que son las características que debe tener la actividad realizada para considerar que está correctamente hecha. Cada criterio de calidad tiene uno o varios objetivos clave, que nos sirven de orientación para obtener su cumplimiento. Los indicadores de calidad miden el grado de logro de los objetivos clave. Para cada indicador se sugieren una forma de medición, un estándar de referencia, una periodicidad de seguimiento y una fuente documental.

Un correcto funcionamiento del proceso de alimentación de un hospital requiere del buen entendimiento y la cooperación de los estamentos implicados: servicio de restauración u hostelería, unidad de nutrición y dietética y personal sanitario de hospitalización a cargo de los pacientes. Además, es fundamental la implicación de un organismo supervisor, como la Comisión de Nutrición, multidisciplinar, adecuadamente respaldada por la dirección del centro y que esté verdaderamente implicada en la mejora continua de las actividades que guarden relación con sus competencias.

Se ha dividido el proceso de alimentación en cinco subprocesos de carácter cíclico (prescripción/ajuste de la dieta, validación, emplatado, distribución y recogida, evaluación del cumplimiento), que se mantienen activos mientras el paciente se encuentra con alimentación oral, más un sexto que afecta a la finalización de la dieta (Fig. 1).

Como describe la figura 2, los procesos de nutrición clínica para pacientes hospitalizados (cribado, nutrición artificial y alimentación hospitalaria) y ambulatorios pueden integrarse y relacionarse entre sí. Cuando ingresa un paciente, es posible que lo haga en un centro donde se hace cribado nutricional de forma sistemática. El cribado debe repetirse periódicamente (por ejemplo, cada semana) mientras dure el ingreso si el resultado es negativo, ya que los pacientes que se deterioran nutricionalmente durante su estancia hospitalaria son los que más sufren las consecuencias de la malnutrición. Cuando el resultado del cribado es positivo, debe activarse un protocolo; por lo tanto, previa valoración nutricional del caso, se pone en marcha un plan de atención nutricional. En otras ocasiones, este plan se activa tras una valoración nutricional como parte del abordaje general del paciente y sin mediar un método de cribado.

El plan de atención nutricional tendrá una vertiente terapéutica y un seguimiento. La terapia nutricional, en la mayoría de los

casos, se corresponderá con una optimización de la prescripción dietética con o sin el uso de suplementos orales. El proceso de alimentación hospitalaria, que se describe en este texto, conlleva ciclos repetidos de validación, emplatado y distribución/recogida. Habitualmente, este proceso se activará desde el momento del ingreso del paciente y se verá modulado por el resultado del cribado, la valoración nutricional y el seguimiento. En algunos casos se indicará nutrición enteral o parenteral; el proceso de nutrición artificial, descrito en el documento *“Proceso de atención nutricional: guía de autoevaluación”*, igualmente se compone de ciclos de formulación, elaboración, distribución y administración. También puede activarse desde el momento de la admisión del paciente sin mediar los pasos anteriores (por ejemplo, pacientes con nutrición artificial domiciliaria que requieren ingreso).

El seguimiento del paciente es el elemento central de toda actuación nutricional: asegura el cumplimiento, comprueba la eficacia y detecta complicaciones. Sus resultados repercuten evolutivamente tanto en la planificación de los cuidados como en la propia terapia indicada. Durante la evolución puede ocurrir que se indique un tránsito entre alimentación convencional y nutrición artificial, o bien puede darse la suspensión de la dieta oral o el soporte nutricional transitoria o incluso definitiva (por

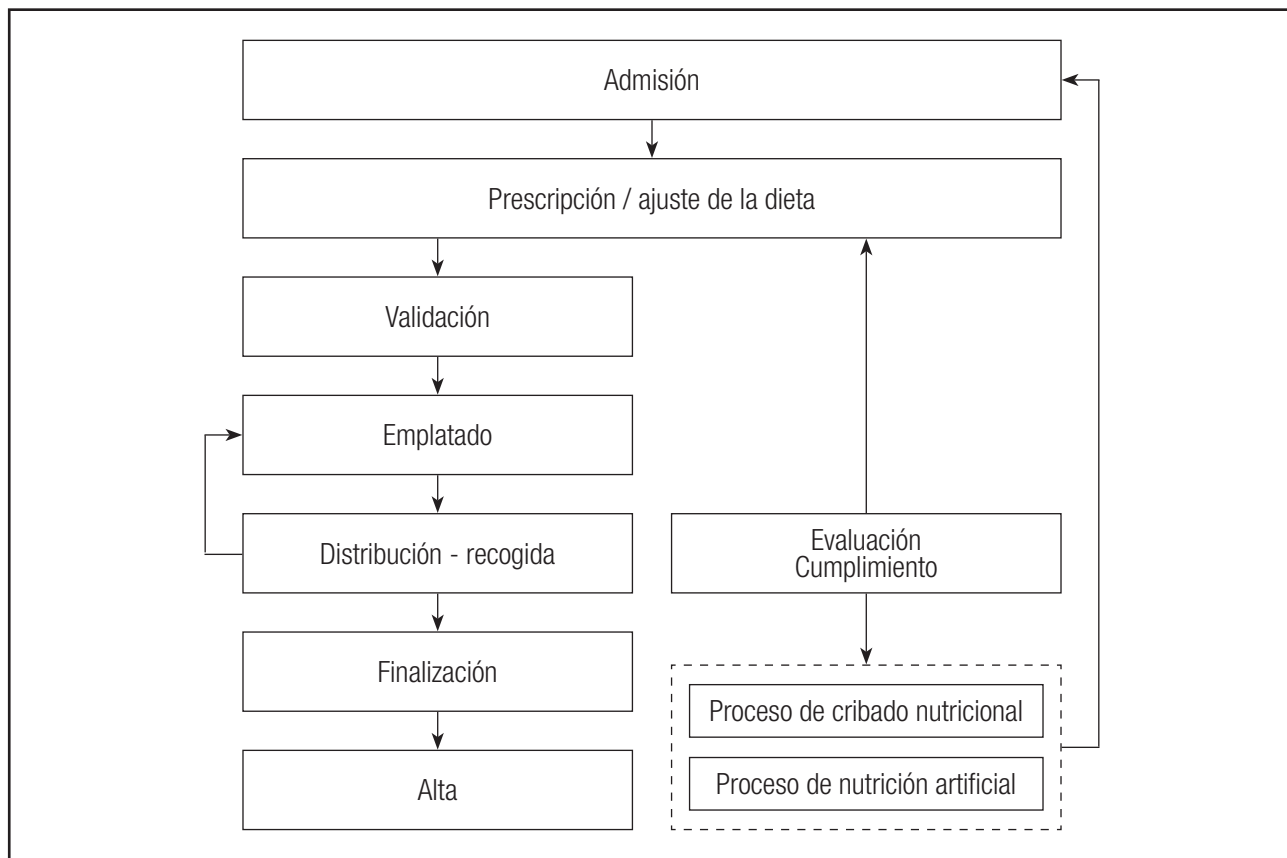


Figura 1.
Proceso de alimentación hospitalaria.

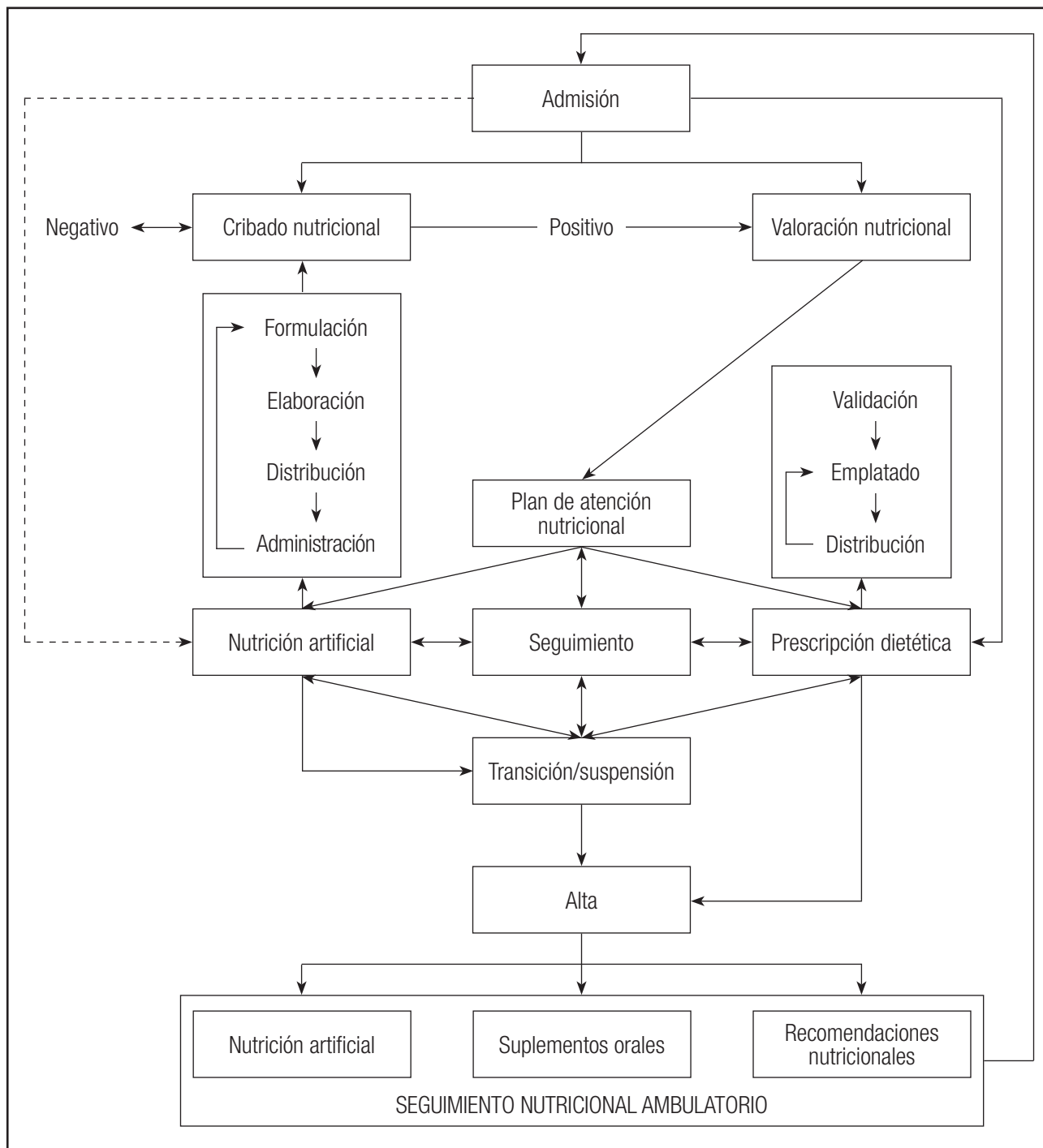


Figura 2.
Procesos de nutrición clínica.

ejemplo, por limitación del esfuerzo terapéutico). Todas estas situaciones requieren un seguimiento cuidadoso por los riesgos e implicaciones clínicas y éticas que pueden tener.

Tras el alta hospitalaria, en muchas ocasiones es suficiente con adaptar la dieta a los requerimientos en función de la patología de base y la necesidad de seguimiento a largo plazo

es baja. Sin embargo, en otros casos se requiere tratamiento nutricional a largo plazo, con nutrición parenteral, enteral o suplementos orales, además de modificaciones de la dieta. Estos casos precisarán seguimiento ambulatorio por personal especializado. Siempre existe, lógicamente, la posibilidad de reingreso.

SUBPROCESO 1: PRESCRIPCIÓN DE LA DIETA

Definición funcional: acto sanitario por el que se asigna a cada paciente una alimentación adecuada a su situación clínica y necesidades específicas, acorde con la organización de la restauración del centro.

- Propietario: responsable de la Unidad de Nutrición y Dietética.
- Proveedor: equipo asistencial a cargo del paciente.
- Entrada: selección de una dieta codificada para el paciente tras su admisión o modificación de la misma durante su hospitalización.
- Salida: recepción de la solicitud de la dieta prescrita en la Unidad de Nutrición y Dietética.
- Destinatario: Unidad de Nutrición y Dietética.
- Participantes: personal asistencial a cargo de cada paciente.

CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio de calidad 1.1

El centro puede ofrecer dietas que se adaptan a las necesidades de los pacientes.

- *Objetivo clave 1.1.a:* protocolización de la prescripción de la dieta.
 - Indicador: existencia de un código¹ y un manual^{II} de dietas actualizado a disposición de todo el personal asistencial del centro.
 - Estándar: sí.
 - Medición: cada tres años.
 - Fuente: documentación general del centro, intranet.

El código de dietas¹ debe estar pensado para cubrir con facilidad las necesidades de la mayoría de pacientes ingresados. Por lo tanto, para su elaboración se tendrán en cuenta diversos aspectos, como las características asistenciales del centro (número de camas, especialidades que cubre y población de referencia), el tipo de servicio de hostelería (de gestión propia o externalizado, con sistema de producción frío, caliente o mixto) y sus recursos materiales, humanos y económicos. Se podrán contemplar diversas dietas basales (de adulto, pediátrica, geriátrica, vegetarianas o de consideración étnica) y terapéuticas (progresivas, con modificación de textura, con modificación en el aporte de energía o macronutrientes, restringidas en sodio, para alergias e intolerancias alimentarias, etc.).

En el manual^{II} se presentan de forma estructurada las dietas del código. Su objetivo es facilitar la comunicación, el conocimiento y la comprensión de las dietas programadas en la institución por parte de los profesionales implicados en la alimentación del paciente. Deberá describir las características distintivas de cada dieta, su contenido en energía y macronutrientes, situaciones para las que está indicada y advertencias y recomendaciones de su uso.

- *Objetivo clave 1.1.b:* estrategias de prevención de riesgos en situaciones de alergias e intolerancias alimentarias.

- Indicador: existe un plan integral de actuación^{III} en caso de alergias e intolerancias alimentarias, dirigido a minimizar incidencias por este motivo.
- Estándar: sí.
- Medición: cada tres años.
- Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.

Estrategias^{III} que se pueden contemplar: procedimiento documentado para comunicar la alergia a la Unidad de Nutrición y Dietética, inclusión del contenido en alérgenos en la ficha técnica de los platos y disponible para los pacientes y el personal sanitario, indicación de platos que no contengan dichos alérgenos, protocolos de alergias e intolerancias alimentarias en el servicio de restauración hospitalaria, información dirigida al paciente para que recuerde comunicar las alergias o intolerancias que padece (manual de acogida, elementos pasivos de comunicación, etc.), documentación y seguimiento de las reacciones alérgicas confirmadas.

Criterio de calidad 1.2

El personal asistencial tiene conocimientos adecuados para hacer un uso correcto del manual y del código de dietas del centro.

- *Objetivo clave 1.2.a:* personal asistencial con conocimientos suficientes para una correcta prescripción dietética.
 - Indicador: existencia de iniciativas formativas y de información dirigidas al personal asistencial para mejorar su conocimiento del manual de dietas^{IV}.
 - Estándar: sí.
 - Medición: cada tres años.
 - Fuente: documentación de recursos humanos (área de formación).

Las iniciativas^{IV} que se pueden llevar a cabo son diversas: reuniones formativas con las unidades, incorporación al plan de acogida de nuevos trabajadores, métodos pasivos de información (carteles, folletos, intranet), etc.

- *Objetivo clave 1.2.b:* comprobación de la adecuación de conocimientos por parte del personal médico y de enfermería relacionado con la prescripción dietética.
 - Indicador: realización de un test de comprobación a todo el personal que recibe los cursos de formación para una adecuada prescripción y solicitud de las dietas.
 - Estándar: sí.
 - Medición: anual.
 - Fuente: documentación de recursos humanos (área de formación).

SUBPROCESO 2: VALIDACIÓN

Definición funcional: actuación mediante la que se comprueba la correcta petición de la dieta, con la posibilidad de adaptar los platos en función de información adicional que se aporte sobre

las necesidades de alimentación de cada paciente, lo que se traduce en información validada para su elaboración, emplatado y distribución.

- Propietario: responsable de la Unidad de Nutrición y Dietética.
- Proveedor: personal de Nutrición y Dietética que recibe la prescripción de la dieta.
- Entrada: recepción de la prescripción dietética (inicial o modificación de la dieta previa).
- Salida: emisión de una etiqueta con la dieta validada para cada paciente.
- Destinatario: Servicio de Hostelería.
- Participantes: personal de Nutrición y Dietética.

CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio de calidad 2.1

Transmisión eficiente de la información contenida en la prescripción dietética.

- *Objetivo clave 2.1.a:* adecuación de las dietas validadas al código de dietas del centro.
 - Indicador: porcentaje de dietas no codificadas respecto al total de dietas^v.
 - Estándar: < 10%.
 - Medición: trimestral.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.

^vSe intenta detectar la prescripción incorrecta o confusa. Se excluyen del cómputo aquellos ajustes realizados para personalizar la dieta en pacientes susceptibles (por ejemplo, oncológicos, pediátricos, etc.). Las preferencias, aversiones, alergias e intolerancias no se contabilizan.

- *Objetivo clave 2.1.b:* la validación de la dieta la realiza personal con formación específica.
 - Indicador: existencia de personal específicamente cualificado^{vi} a cargo de la validación de todas las dietas que se sirven.
 - Estándar: 100%.
 - Medición: cada cuatro años.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética y de Recursos Humanos.

^{vi}Dietista-nutricionista o técnico en dietética.

SUBPROCESO 3: EMPLATADO

Definición funcional: método por el que se monta la bandeja de comida de cada paciente, verificándose que los platos incluidos coinciden con la información transmitida desde dietética.

- Propietario: responsable de la Unidad de Nutrición y Dietética.
- Proveedor: Servicio de Hostelería.

- Entrada: cinta de emplatado lista para comenzar el montaje de las bandejas.
- Salida: colocación de todas las bandejas en los carros de distribución.
- Destinatario: Servicio de Hostelería, equipo asistencial a cargo del paciente.
- Participantes: personal de Nutrición y Dietética y de Hostelería.

CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio de calidad 3.1

El emplatado SE corresponde CON la prescripción dietética.

- *Objetivo clave 3.1.a:* las bandejas de comida que se sirven se corresponden con la dieta prescrita y validada por Nutrición y Dietética.
 - Indicador 1: porcentaje de bandejas de comida concordantes con la prescripción respecto al total de servicios.
 - Estándar: > 95%.
 - Medición: trimestral.
 - Método: observación directa de una muestra aleatoria de servicios y comparación con la prescripción de cada uno.
 - Indicador 2: porcentaje de incidencias^{vii} en la cinta de emplatado con cambios en la dieta del paciente.
 - Estándar: < 5%.
 - Medición: trimestral.
 - Método: registro de incidencias de Hostelería y/o Nutrición y Dietética.

^{vii}Se refiere a cambios en la composición de las bandejas durante el proceso de emplatado que tienen lugar por motivos forzados, que pueden ser validados por Dietética, pero que la comida codificada y prevista para esa dieta.

Criterio de calidad 3.2

Seguridad de las comidas destinadas a los pacientes.

- *Objetivo clave 3.2.a:* las bandejas de comida que se sirven no contienen sustancias de riesgo (alérgenos especificados) para pacientes con alergias e intolerancias alimentarias.
 - Indicador: porcentaje de bandejas de comida libres de alimentos no permitidos en pacientes con alergias e intolerancias alimentarias.
 - Estándar: 100%.
 - Medición: anual.
 - Método: observación directa de las bandejas servidas a pacientes con alergias e intolerancias alimentarias en el día de referencia.
- *Objetivo clave 3.2.b:* control de incidencias en pacientes con alergias e intolerancias alimentarias.
 - Indicador: incidencias^{viii} relacionadas con alergias e intolerancias alimentarias conocidas, comunicadas a la Unidad de Dietética respecto al total de servicios anuales.

- Estándar: 0%.
- Medición: anual.
- Método: registro de incidencias de la Unidad de Nutrición y Dietética.
- *Objetivo clave 3.2.c:* control microbiológico de los alimentos destinados a pacientes.
 - Indicador: porcentaje de muestras positivas en los controles microbiológicos a alimentos.
 - Estándar: 0%.
 - Medición: anual.
 - Método: registro de resultados microbiológicos.
- *Objetivo clave 3.2.d:* control de incidencias microbiológicas.
 - Indicador: incidencias^{viii} por toxiinfección alimentaria por la alimentación hospitalaria respecto al total de servicios anuales.
 - Estándar: 0%.
 - Medición: anual.
 - Método: registro de incidencias de la Unidad de Nutrición y Dietética.

^{viii}Estas incidencias deberán ser comunicadas a la Unidad de Calidad para la correspondiente evaluación de riesgos.

SUBPROCESO 4: DISTRIBUCIÓN Y RECOGIDA

Definición funcional: servicio de la bandeja de comida al paciente en las circunstancias apropiadas de tiempo, temperatura y presentación y retirada de las bandejas para su limpieza y desinfección.

- Propietario: responsable de Hostelería.
- Proveedor: Servicio de Hostelería.
- Entrada: momento en que los carros de distribución están listos para el reparto.
- Salida: regreso de los carros de distribución tras el servicio en las plantas de hospitalización.
- Destinatario: Servicio de Hostelería, equipo asistencial a cargo del paciente.
- Participantes: personal de distribución y enfermería de hospitalización.

CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio de calidad 4.1

Presentación de los servicios de comida satisfactoria para el usuario.

- *Objetivo clave 4.1.a:* la valoración que hacen los usuarios respecto a la dieta es positiva.
 - Indicador: porcentaje de encuestas de satisfacción con la alimentación hospitalaria^x valoradas positivamente por los usuarios del total de encuestas contestadas.
 - Estándar: > 80%.
 - Medición: mínimo anual.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.

^{ix}Las encuestas de satisfacción explorarán de forma independiente aspectos claramente evaluables por parte del usuario, como la presentación, la temperatura, el sabor y la variedad de la dieta. Para una correcta interpretación de los resultados y un mejor aprovechamiento de la encuesta, se tendrá en cuenta el tipo de dieta que lleva cada paciente. En el momento de diseñar la encuesta se especificará el límite que define una valoración positiva de la dieta.

- *Objetivo clave 4.1.b:* llegada de los platos calientes al paciente a la temperatura adecuada.
 - Indicador: porcentaje de bandejas con todos sus platos calientes a la temperatura convenida^x respecto al total de servicios examinados.
 - Estándar: > 90%.
 - Medición: mínimo anual.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.
 - Método: medición de temperatura directa de una selección aleatoria de platos calientes testigos en el día de referencia (por ejemplo, en una unidad de hospitalización).

^xSe precisa una temperatura superior a 65 °C para evitar contaminaciones.

- *Objetivo clave 4.1.c:* los usuarios tienen posibilidad de elegir los platos que van a comer.
 - Indicador: existencia de menú opcional al menos para la dieta basal.
 - Estándar: sí.
 - Medición: anual.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.

Criterio de calidad 4.2

Distribución de las comidas acorde con un horario establecido.

- *Objetivo clave 4.2.a:* llegada de los carros de distribución a las unidades de hospitalización dentro del horario estipulado.
 - Indicador: porcentaje de repartos dentro del horario estipulado^{xi} respecto al global de servicios del centro.
 - Estándar: > 90%.
 - Medición: mínimo anual.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.
 - Método: observación directa.

^{xi}Se considerará un margen de flexibilidad de diez minutos antes o después de la hora estipulada.

SUBPROCESO 5: EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA INGESTA

Definición funcional: uso de métodos para la valoración de la ingesta de alimentos de la dieta por parte de los pacientes.

- Propietario: dirección de enfermería (área de hospitalización).
- Proveedor: equipo asistencial a cargo de paciente.
- Entrada: prescripción de alimentación oral.

- Salida: finalización de la prescripción dietética.
- Destinatario: equipo asistencial a cargo del paciente.
- Participantes: equipo de enfermería.

CRITERIOS DE CALIDAD

Criterio de calidad 5.1

Realización del control de ingestas.

- *Objetivo clave 5.1.a:* selección de un método validado de control de ingestas.
 - Indicador: selección de un sistema de control de ingestas^{xii} unificado para su uso en todo el centro.
 - Estándar: sí.
 - Medición: anual.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.

^{xiii}Para la selección del método de registro se recomienda tener en cuenta la carga de trabajo que supone su uso así como la complejidad y utilidad de la información que pueda aportar. Los métodos semicuantitativos y con representaciones visuales de los platos son los más usados.

- *Objetivo clave 5.1.b:* formación para el correcto uso del método de control de ingestas por el personal responsable.
 - Indicador: existencia de un plan de formación e información para el uso adecuado del método de registro de ingestas.
 - Estándar: sí.
 - Medición: anual.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.

Criterio de calidad 5.2

Control de ingestas vinculado a un plan de cribado para la detección precoz de la desnutrición relacionada con la enfermedad.

- *Objetivo clave 5.2.a:* la realización del control de ingestas se hace en el contexto de un plan de cribado nutricional.
 - Indicador: existencia en el centro de un plan de cribado nutricional que incluye el control de ingestas como parte integrante del mismo.
 - Estándar: sí.
 - Medición: anual.
 - Fuente: documentación de la Comisión de Nutrición u organismo delegado por la dirección del centro para llevar a cabo el cribado nutricional.

Criterio de calidad 5.3

Plan de actuación en casos de pacientes con ingesta de alimentos insuficiente.

- *Objetivo clave 5.3.a:* disponer de un plan de actuación para llevar a cabo en pacientes con ingestas deficitarias.

- Indicador: plan de actuación^{xiii} para pacientes con ingestas escasas disponible para el personal asistencial del centro.
- Estándar: sí.
- Medición: anual.
- Fuente: documentación de la Comisión de Nutrición u organismo delegado por la dirección del centro para llevar a cabo el cribado nutricional.

^{xiii}El plan de actuación deberá incluir una definición clara de ingesta insuficiente, adaptada al método de recogida. Entre las actuaciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la ingesta de nutrientes, se contemplarán medidas para la optimización de la dieta, un algoritmo para un uso juicioso de los suplementos nutricionales y la valoración directa por personal especializado.

Criterio de calidad 5.4

Adecuación y tiempo necesario para la ingesta por parte del paciente.

- *Objetivo clave 5.4.a:* los pacientes disponen del tiempo necesario para realizar la ingesta.
 - Indicador: porcentaje de pacientes con finalización de la ingesta dentro de un margen adecuado a sus necesidades.
 - Estándar: > 90%.
 - Medición: mínimo anual.
 - Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética.
 - Método: observación directa.

SUBPROCESO 6: FINALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN ORAL

Definición funcional: interrupción de la prescripción de la dieta hospitalaria por circunstancias clínicas o finalización del ingreso del paciente.

- Propietario: responsable de la Unidad de Dietética.
- Proveedor: equipo asistencial a cargo del paciente.
- Entrada: paciente con dieta oral que se toma la decisión de finalizar.
- Salida: situación de nutrición artificial total, alta o *exitus* del paciente.
- Destinatario: Unidad de Nutrición y Dietética.
- Participantes: personal asistencial a cargo de cada paciente.

Criterio de calidad 6.1

Recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria.

- *Objetivo clave 6.1.a:* existencia de un catálogo de recomendaciones nutricionales para dar a los pacientes que lo precisen en el momento del alta hospitalaria.
- Indicador: catálogo de recomendaciones nutricionales actualizado y accesible para el personal asistencial del centro.

- Estándar: sí.
- Medición: cada 3-4 años.
- Fuente: documentación de la Unidad de Nutrición y Dietética, intranet.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDYCES study. *Nutr Hosp* 2012;27:1049-59. DOI: 10.3305/nh.2012.27.4.5986.
2. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003;22:235-9.
3. Council of Europe. Committee of Ministers. Resolution RESAP(2003)3 on food and nutritional care on hospitals. 2003. Disponible en: <https://rm.coe.int/16805de855>
4. García de Lorenzo A, Álvarez J, Burgos R, Cabrerizo L, Farrer K, García Almeida JM, et al. Modelos de gestión en nutrición clínica. Puntos débiles y puntos fuertes. *Nutr Hosp* 2009;24(2):135-7.
5. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Proceso de Nutrición Clínica. Guía de autoevaluación. Disponible en: http://senpe.com/documentacion/grupos/gestion/PROCESO_DE_NUTRICION_CLINICA.pdf
6. Martín-Folgueras T. Gestión en Nutrición Clínica. *Nutr Hosp* 2015;31(Supl. 5):5-15. DOI: 10.3305/nh.2015.31.sup5.9127