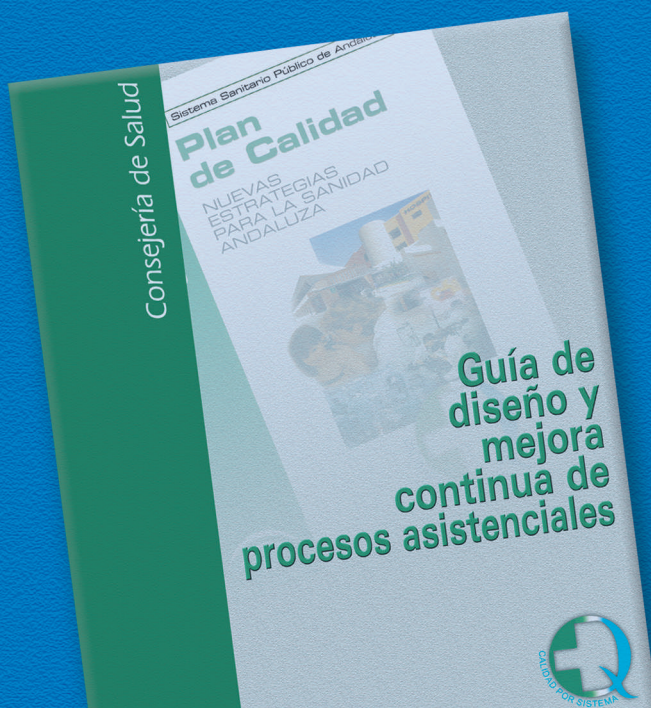


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO DE SOPORTE PROCESO DE SOPORTE DE SOPORTE

NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA



PROCESO DE SOPORTE

**NUTRICIÓN CLÍNICA
Y DIETÉTICA**



NUTRICIÓN clínica y dietética : proceso de soporte. – [Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]

169 p. ; 24 cm + 1 CDROM

1. Evaluación nutricional 2. Dietética
3. Terapia nutricional 4. Calidad de la atención de salud 5. Pautas prácticas

I. Andalucía. Consejería de Salud
WB 400

NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Depósito Legal: S-96-2006

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento



EQUIPO DE TRABAJO

Juana M^a Rabat Restrepo (Coordinadora); M^a Ángeles Andrés Carretero; Rosa Damas Mateo; José Luis Fenoy Macías; Pedro Pablo García Luna; Florencio González Márquez; Isabel Rosa Jiménez Moguer; M^a José Martínez Ramírez; M^a Carmen Mellado Pastor; Raquel Meseguer Segura; Gabriel Oliveira Fuster; Isabel Rebollo Pérez; Juan José Silva Rodríguez; Clara Silván Vime.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	25
4. COMPONENTES	33
Descripción general	33
Profesionales. Actividades. Características de calidad	39
Recursos. Características generales. Requisitos	61
Unidades de soporte.....	67
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	69
Arquitectura del procesos nivel 1	70
Arquitectura del procesos nivel 2	71
Arquitectura del procesos nivel 3	74
6. INDICADORES	77
ANEXOS	
Anexo 1. Patologías que cursan con malnutrición o con riesgo de malnutrición ...	83
Anexo 2. Método de cribada para la detección de la malnutrición en adultos (must)...	87
Anexo 3. Guía para dar consejo dietético en pacientes con sospecha de malnutrición (adaptado del Consejo Mínimo Dietético para Atención Primaria).....	93
Anexo 4. Enriquecedores de la dieta.....	95
Anexo 5. Manual de dietas	97
Anexo 6. Sistema de autocontrol.....	103
Anexo 7. Datos mínimos para la valoración de nutrición enteral domiciliaria...	109
Anexo 8. Herramientas de valoración nutricional: valoración global subjetiva (vgs) y mini-nutricional assessment (mnna)	113
Anexo 9. Pruebas analíticas complementarias	115
Anexo 10. Algoritmo sobre indicación de soporte nutricional.....	117
Anexo 11. Clasificación de diagnósticos nutricionales	119
Anexo 12. Plan de cuidados de enfermería	121
Anexo 13. Clasificación de las fórmulas de nutrición enteral.....	131
Anexo 14. Elaboración y control de las unidades de nutrición parenteral.....	137
Anexo 15. Nutrición enteral, indicaciones y seguimiento.....	139
Anexo 16. Seguimiento del paciente con nutrición parenteral	143
Anexo 17. Instrucciones para el manejo de la nutrición enteral domiciliaria	145
Anexo 18. Informe justificativo de la indicación de tratamiento de nutrición enteral domiciliaria	159
Glosario	161
Bibliografía	163

1 INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la desnutrición en los hospitales españoles oscila entre el 20% y el 50%, similar a la detectada en otros países desarrollados. Esta situación nutricional alterada, presente en muchos casos ya desde el ingreso, no siempre es identificada como tal, lo cual conduce a un agravamiento de la misma con el consiguiente aumento de la duración de la estancia hospitalaria, tiempo de rehabilitación, calidad de vida, costes, etc. Las causas de esta desnutrición están relacionadas tanto con la enfermedad de base como con los procedimientos terapéuticos (cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplantes, etc.).

La valoración del riesgo nutricional es el primer paso en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con la malnutrición. La identificación de los pacientes en riesgo nutricional debe realizarse de forma rutinaria en caso de ingreso hospitalario y en Atención Primaria (AP) debe aplicarse a todo paciente con sospecha de malnutrición y a grupos de población vulnerables. En este proceso se propone reconocer la malnutrición aplicando un sistema de cribado nutricional (MUST) que permita su detección a fin de implementar con rapidez un plan de acción.

Integradas en la estructura hospitalaria, las Unidades de Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD) llevan a cabo múltiples actividades tales como el control y seguridad alimentaria en las comidas ofrecidas diariamente en los centros hospitalarios y la atención clínica a pacientes en riesgo de malnutrición o malnutridos, tanto hospitalizados como ambulatorios o domiciliarios.

Las UNCYD son, por tanto, un área obligada a la cooperación interservicios e inter-niveles para su correcto funcionamiento ya que en colaboración con ellas trabajan un alto número de profesionales. Sin embargo la principal dolencia actual en la gestión de las Unidades de Nutrición Clínica u otras entidades con similares funciones, es la necesidad de coordinación con los demás servicios hospitalarios y con AP, en la atención hospitalaria para la detección temprana de pacientes malnutridos o en riesgo de malnutrición y su adecuada asistencia y en AP por ser el destino de la mayoría de los pacientes atendidos en ellas. Por ello a lo largo de este proceso se han incluido actividades realizadas por o en coordinación con profesionales tanto de centros hospitalarios como de AP.

La legislación actual referida a la actividad desarrollada está bien definida, temas como la seguridad alimentaria, la contratación de proveedores, la garantía de demora en las listas de espera o la privacidad del paciente tienen que adaptarse de manera inflexible a estas normas. Por ello se ha revisado y ajustado el proceso a la legislación vigente. La evolución de la normativa podría hacer obsoleto algún punto, por lo que este aspecto estará sometido a revisión continua.

Proponer un proceso de nutrición clínica y dietética tiene la doble misión de fijar las características de calidad que imponen las expectativas de los usuarios y por otro disponer de unas normas generales de actuación que sirvan de guía a los profesionales de AP y hospitalarios para conseguir unas pautas de trabajo normalizadas que disminuyan la variabilidad existente en la actualidad, teniendo en cuenta también las expectativas de los profesionales.

Hemos procurado integrar a la amplia variedad de profesionales que intervienen. Este documento es más bien una secuencialización de cómo se deben hacer “correctamente las cosas correctas”. Es necesario saber qué hacemos, quién lo hace, dónde y cómo se hace, qué resultado obtenemos y, sobre todo, si lo vamos haciendo cada vez mejor y de manera más eficiente.

Ha sido inevitable apostar por las tecnologías de la información ya que sus ventajas compensan con creces la dificultad que supone su implantación. El acceso a un soporte informático eficaz proporciona la herramienta necesaria para gestionar todo el proceso: las listas de espera, la gestión de los menús, el aprovisionamiento de alimentos, materiales fungibles y fórmulas, el control de proveedores y el seguimiento del paciente a través del circuito asistencial, sin olvidar la puesta al día en los conocimientos de todos los profesionales y además, poder explotar la información para evaluar la eficacia y eficiencia del proceso.

El objetivo final de este proceso es el establecimiento de un sistema de prevención, detección precoz, asistencia y control de la malnutrición en la población hospitalizada y de AP.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional:

Conjunto de actividades encaminadas a preservar o alcanzar el correcto estado de nutrición, mediante la prevención, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas afectas de malnutrición o en riesgo de la misma, tanto en Atención Primaria (AP) como hospitalaria.

Límite de entrada:

Demanda de atención por cualquier patología que curse con malnutrición o riesgo de malnutrición independientemente del dispositivo asistencial donde se manifieste. La entrada puede producirse a través de múltiples vías: consultas programadas en AP, dispositivos de urgencias de AP (DCCU-AP), consultas externas (CCEE), plantas de hospitalización o servicios de urgencias de hospital (SCCU-H).

Límite final:

En patologías agudas o subagudas, por alta médica sin malnutrición o riesgo de la misma. En patologías crónicas que cursan con malnutrición o riesgo de malnutrición, no tienen salida del proceso.

Límites marginales:

Aquellos aspectos relacionados con la salud pública y nutrición comunitaria, embarazo y componentes éticos y sociales de la nutrición.

La nutrición pediátrica, que por sus características específicas hemos considerado que merece un proceso independiente.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTE

- Que se me apliquen las técnicas y tratamientos nutricionales más adecuados a mi enfermedad.
- Que se disponga de suplementos nutricionales variados, con buen sabor, entre los que pueda elegir.
- Que si necesito alimentación artificial sea la más apropiada a mi edad, estado de salud, comodidad y autonomía.
- Que si necesito nutrición artificial reciba adiestramiento en su manejo con esquemas que ayuden a su comprensión y me enseñen a resolver los problemas básicos que puedan aparecer en mi domicilio.
- Que me informen del tiempo aproximado que durará mi tratamiento y su evolución.
- Que haya coordinación entre todos los profesionales que me atienden evitando informaciones contradictorias.
- Que el mobiliario del hospital y Centro de Salud sea cómodo, y esté en buen estado.

- Que me programen las revisiones que necesite en función de mi edad o mi enfermedad.
- Que se me incluya en las visitas programadas de enfermería en el Centro de Salud o en mi domicilio si no me puedo desplazar.
- Que reciba atención psicológica, si la preciso.
- Que si estoy hospitalizado:
 - Los menús sean nutritivos y se adapten a mi edad y situación clínica.
 - Pueda elegir menú y se tengan en cuenta mi religión, mis costumbres y preferencias particulares.
 - La comida sea apetitosa, segura y mantenga condiciones óptimas de higiene y presentación y llegue a la temperatura adecuada (caliente o fría) cuando vaya a consumirla.
 - El horario de comidas se adapte a mis costumbres.
 - Los utensilios de comer sean de fácil uso, estén adaptados a mis necesidades y me permitan comer con autonomía.
 - En caso de necesitarlo pueda disponer de ayuda física para comer.
 - El ambiente durante las comidas sea confortable, que no existan olores desagradables.
 - Pueda disponer de bebidas (agua, zumos) durante las comidas.
 - Si necesito suplementos nutricionales, sean variados, agradables y adaptados a mi edad, necesidades y gusto.
 - No se me interrumpa a las horas de las comidas con pruebas diagnósticas, visitas de sala, etc.
 - Tras cirugía, dieta absoluta y ayunos obligados debido a pruebas diagnósticas, vuelva a comer lo antes posible.
 - Exista un buzón de sugerencias.
- Que si soy paciente ambulatorio o domiciliario:
 - Las consultas estén en un lugar cercano a mi domicilio, se cumpla el horario de citas y se ajuste a mis necesidades familiares y laborales.
 - Las consultas no estén masificadas y me dediquen el tiempo necesario.
 - Pueda recibir ayuda para los desplazamientos a la consulta, pruebas complementarias, etc.
 - Desde mi Centro de Salud se puedan pedir las analíticas para controlar la evolución de mi enfermedad.
 - Los problemas y dudas que se generen, se puedan resolver en mi Centro de Salud y pueda disponer de un teléfono de referencia.
 - Que en las consultas se disponga de material para educación nutricional y para el adiestramiento en nutrición artificial.
 - Las salas de espera sean adecuadas con espacio para camillas y sillas de ruedas.

- Sea atendido en mi propio domicilio cuando lo requiera y pueda obtener fácilmente el material necesario en caso de nutrición artificial.
- Que se simplifiquen los trámites para las citas de consultas con el médico especialista y para la obtención de los productos dietoterápicos y del material necesario.
- Que pueda contactar con el médico especialista en el menor tiempo posible y telefónicamente en caso necesario.

CUIDADOR/FAMILIARES

- Que pueda conocer el nombre y categoría de los profesionales que atienden al paciente.
- Que el trato de todo el personal sea humano, cercano, amable y respetuoso, que sean capaces de entender mis problemas, me escuchen y consideren mi opinión.
- Que no exista masificación en los hospitales y Centros de Salud.
- Que se respeten los horarios de las citas y se ajusten a mis necesidades y a las del paciente.
- Que se simplifiquen los trámites, siendo los propios centros los que se encarguen de facilitar las citas de consulta especializada y de pruebas de forma rápida, eficiente y cordial.
- Que las consultas se lleven a cabo en el lugar más cercano a la población del paciente y si la situación lo requiere, en el propio domicilio.
- Que el mobiliario del hospital y Centro de Salud sea cómodo y esté en buen estado.
- Que haya salas de espera adecuadas, con espacio para camillas y sillas de ruedas.
- Que pueda acompañar al paciente a las consultas, y estar presente en las exploraciones y actuaciones médicas, siempre que se pueda.
- Que utilicen un lenguaje sencillo, que aclaren mis dudas y me expliquen lo que no entienda.
- Que me informen de palabra y por escrito sobre el diagnóstico y tratamiento nutricional, incidiendo en el pronóstico.
- Que los consejos dietéticos se expliquen detenidamente, haciendo hincapié en la forma de preparación de las comidas.
- En caso de nutrición artificial, que los cuidados sean explicados de forma sencilla, con esquemas que ayuden a su comprensión y me enseñen a resolver los problemas básicos que puedan aparecer en el domicilio.
- Que pueda contactar con el médico especialista en el menor tiempo posible y telefónicamente en caso necesario.
- Que disponga de material para la nutrición artificial con los mínimos trámites.
- Que se derive correctamente y a tiempo al hospital.

- Que haya coordinación entre todos los profesionales implicados en el tratamiento evitando informaciones contradictorias y repeticiones de pruebas.
- Que en caso de ingreso hospitalario, la comida que recibe el paciente sea suficiente, apetitosa e higiénica y adecuada a su edad y situación.
- Que me informen sobre las posibilidades de recibir manutención.
- Que pueda disponer de sillones cómodos y lugares adecuados para la higiene personal cuando esté acompañando al paciente en el hospital.
- Que me faciliten los justificantes de asistencia que necesite.
- Que se incluya al paciente en las visitas programadas de enfermería.
- Que se me preste la adecuada atención, ayuda y si es preciso se facilite la asignación de cuidadores institucionales.
- Que me proporcionen teléfonos de contacto con grupos de apoyo y asociaciones de afectados.
- Que reciba atención psicológica si la preciso.

PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Que la consulta tenga los medios suficientes y adecuados para realizar una valoración y tratamiento nutricional básicos y adaptados a las distintas edades.
- Que existan medios de comunicación (teléfono directo, correo electrónico, FAX, etc.) ágiles con el nivel hospitalario.
- Que disponga de tiempo suficiente para atender al paciente, tanto en consulta como en su domicilio.
- Que tenga acceso a cursos de formación y actualización de conocimientos relacionados con la nutrición clínica y dietética.
- Que se nos facilite el acceso a medios formativos y de actualización como internet, revistas en papel, “on line”, etc.
- Que nos comuniquen por escrito o vía informática los diagnósticos y tratamientos nutricionales prescritos desde el hospital e informe de continuidad de cuidados para seguimiento.
- Que se establezcan las vías necesarias para conseguir que las decisiones sean lo más consensuadas posible entre los profesionales de AP y asistencia hospitalaria.
- Que desde el hospital se le haga ver al paciente la importancia que tienen los profesionales de AP en su tratamiento y seguimiento.
- Que se garantice la coordinación y cooperación de las enfermeras de enlace con las enfermeras de AP y hospitalaria a fin de desarrollar o continuar con el plan de cuidados y seguimiento.

- Que se establezcan los mecanismos más eficaces para facilitar el acceso al material fungible que se necesite
- Que se garantice la elaboración, difusión y aplicación de protocolos de actuación y plan de cuidados, consensuados entre AP y hospitalaria para la atención nutricional.
- Que se elabore un consejo mínimo dietético para AP adecuado a las diversas edades y patologías.
- Facilitar la participación de las enfermeras de enlace en grupos de apoyo de cuidadores.
- Que se facilite la organización de talleres educativos interniveles a paciente y cuidador.
- Participar en sesiones clínicas, estimulando la implicación de los profesionales de enfermería.
- Que se establezcan circuitos asistenciales claramente definidos en relación a los recursos disponibles tanto humanos como materiales y que sean conocidos por parte de todos los profesionales.

PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA

Médicos

- Que existan Unidades de Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD) en todos los hospitales de la red pública andaluza y los médicos asignados a ellas tengan dedicación completa a la nutrición en todas sus facetas.
- Disponer de las condiciones de tiempo, espacio, técnicas diagnósticas y terapéuticas avanzadas y recursos humanos y materiales suficientes para la correcta atención al paciente.
- Que estén accesibles las historias clínicas.
- Facilidad de acceso a medios formativos como internet, revistas en papel, “on line”, etc.
- Recibir formación continuada relacionada con la nutrición clínica y dietética.
- Que exista un sistema de registro de actividad unificado para uso de todos los profesionales.
- Que la actividad clínica desarrollada en la UNCYD quede reflejada en los diagnósticos y procedimientos recogidos por el Servicio de documentación clínica en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y en el informe de alta hospitalaria.
- Que se tenga en cuenta la mejor evidencia científica en las actuaciones, siguiendo criterios de eficiencia.
- Que se implante un sistema eficaz de derivación de pacientes a la UNCYD desde otros servicios hospitalarios y desde AP que incluya un informe clínico actualizado.

- Que exista un sistema de comunicación fácil, rápido y fluido entre los diferentes niveles asistenciales y entre los diferentes profesionales sanitarios que permita una correcta explotación de los datos.
- Facilidades para acceder a toda la variedad de fórmulas de nutrición básica adaptada, enteral, parenteral y de material fungible según criterios clínicos.
- Que las pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos se realicen con la máxima rapidez.
- Que se establezcan técnicas de screening nutricional en todos los hospitales y que se deriven a la UNCYD los pacientes desnutridos o en riesgo que no hayan respondido al tratamiento inicial.
- Disponer de tiempo para llevar a cabo actividades docentes, de formación y de investigación relacionadas con nuestra actividad.
- Que los profesionales implicados trabajen de forma coordinada, con criterios de actuación homogéneos y consensuados para garantizar la continuidad asistencial.
- Adiestramiento del personal de plantas de hospitalización sobre la monitorización de la ingesta de alimentos y planificación de cursos de formación para que puedan proporcionar ayuda y consejo a los pacientes.
- Que las UNCYD elaboren e implanten protocolos de actuación dirigidos a la atención de pacientes que necesiten soporte nutricional: oral, enteral y parenteral.

Enfermeras

- Disponer de tiempo, espacio y recursos humanos suficientes para la correcta atención.
- Que exista dotación de personal subalterno para cubrir las necesidades asistenciales cotidianas.
- Que se garantice la calidad de los cuidados mediante un sistema de comunicación eficaz con otros profesionales, fundamentalmente con enfermeras de enlace, de AP y de plantas de hospitalización a fin de desarrollar o continuar con el plan de cuidados y el seguimiento.
- Que se elaboren y apliquen los protocolos y planes de cuidados consensuados con AP que garanticen la continuidad de cuidados.
- Que existan protocolos y procedimientos que garanticen la calidad del servicio y la necesaria seguridad frente a posibles requerimientos jurídicos.
- Asistencia a actividades de formación y perfeccionamiento externo.
- Que se garantice que todas las UNCYD cuenten con enfermeras con dedicación completa a la nutrición en todas sus facetas.
- Que se garantice la creación, apoyo y dotación de consultas de enfermería para llevar a cabo el plan de cuidados de enfermería y que se incluya en los informes y registros al alta del paciente.

- Tener acceso a la historia clínica.
- Que los informes clínicos y de enfermería estén correctamente cumplimentados y actualizados.
- Participar en sesiones clínicas, estimulando la implicación de las enfermeras.
- Que se garantice el trabajo en equipo con carácter multidisciplinar, para que sean escuchadas las aportaciones de las enfermeras.
- Participar en el desarrollo de actividades de docencia, formación, e investigación.
- Que se promueva que los profesionales de otros servicios adquieran conocimientos para la detección del riesgo nutricional en sus primeras fases.
- Que se establezcan programas de formación y adiestramiento en nutrición artificial a los pacientes y cuidadores.
- Que se organicen programas de actuación con las familias, grupos de apoyo familiar y/o grupos de apoyo de cuidadores informales.
- Que se garantice la comunicación directa con el cuidador.
- Que se aplique el uso de las modernas tecnologías y sistemas de comunicación, para evitar desplazamientos innecesarios a los usuarios.
- Que se establezcan circuitos asistenciales claramente definidos en relación a los recursos disponibles tanto humanos como materiales y que sean conocidos por parte de todos los profesionales.
- Participar en la definición y establecimiento de los objetivos y recursos de las UNCYD.
- Poder acceder a información de tipo profesional como revistas, internet, etc. relacionadas con la nutrición.

Técnicos especialistas en dietética y nutrición

- Disponer de tiempo, espacio y recursos humanos y materiales suficientes para planificar dietas colectivas y personalizadas y para entrevistar a los pacientes.
- Que se garantice que todas las UNCYD cuenten con técnicos especialistas en dietética y nutrición y puedan desarrollar todas sus competencias.
- Que exista un soporte informático moderno y actualizado que permita una comunicación fácil, rápida y fluida entre las diferentes unidades de hospitalización, la UNCYD y el Servicio de alimentación.
- Que podamos conocer en todo momento el número de pacientes ingresados en el hospital, las dietas prescritas y sus cambios.
- Que todos los médicos conozcan el código de dietas y las prescriban ateniéndose a él y a las necesidades de cada paciente.
- Que el cambio de dieta que se instaure se pueda producir en la siguiente comida que se sirva.

- Que se establezcan protocolos de trabajo consensuados entre el Servicio de alimentación, la UNCYD y las plantas de hospitalización.
- Posibilidad de acceso a información de tipo profesional como revistas, libros, internet, etc.
- Que se garantice la formación continuada, especialmente para el personal de nuevo ingreso.
- Que podamos realizar encuestas de satisfacción a los usuarios para evaluar la aceptación o desagrado de los alimentos servidos.
- Que podamos supervisar el proceso de elaboración, condimentación y distribución de las comidas.
- Que podamos evaluar anualmente el contenido nutricional y tamaño de las raciones servidas.
- Facilidades para desarrollar y validar métodos sencillos de registro de la ingesta de alimentos que nos permita valorarla.
- Que el Servicio de alimentación supervise la recogida de las bandejas, evalúe y registre el desperdicio de los alimentos servidos.
- Que exista una variedad suficiente de alimentos dietéticos, suplementos, fórmulas de alimentación adaptada y nutrición enteral (NE).
- Que los suplementos nutricionales sean prescritos teniendo en cuenta la edad, las necesidades del paciente y el contenido de la dieta oral y se registre su ingesta.
- Que se respeten en las plantas de hospitalización las indicaciones dietéticas establecidas por la UNCYD para cada dieta prescrita, evitando alimentos distintos de los permitidos.
- Que se preste atención a la formación continuada en nutrición del personal no sanitario implicado en la alimentación del paciente.
- Que se organicen reuniones periódicas de la UNCYD con otros servicios como el de alimentación.
- Participar en las actividades de la UNCYD dirigidas a la promoción de una alimentación saludable, prevención de la malnutrición y en tareas docentes e investigadoras.

Bromatólogos

- Que en todas las UNCYD existan profesionales bromatólogos dedicados a la higiene y seguridad alimentaria.
- Disponer de espacio físico suficiente, soporte informático y recursos materiales adecuados.
- Disponer de material e instrumentos necesarios para hacer el control bromatológico a lo largo de todo el proceso de elaboración de comidas.

- Facilidades y medios suficientes para el desarrollo de la actividad docente y de investigación.
- Facilidad de acceso a la documentación relacionada con la actividad, artículos científicos, internet.
- Acceso a actividades de formación continuada.
- Adiestramiento y formación a personal sanitario y no sanitario en higiene y seguridad alimentaria.
- Participación en las actividades de la UNCYD.
- Acceso a medios de comunicación rápidos para intercambio rápido de información en alertas alimentarias, consultas técnico-sanitarias, etc.
- Que la elaboración de alimentos se realice en el turno de trabajo en que van a ser consumidos.
- Que nuestra actividad sea recogida en la memoria del hospital.
- Que existan comisiones de alimentación y que la dirección y otros servicios hospitalarios colaboren en ellas.
- Posibilidad de acceso al paciente y cuidador ante sugerencias y reclamaciones sobre la calidad higiénico-sanitaria de los alimentos recibidos.
- Participar en la elaboración del pliego de prescripciones técnicas en las comisiones de compra de alimentos y todos los productos fungibles relacionados, productos de limpieza y menaje.
- Que se aplique el sistema de autocontrol sanitario en el Servicio de alimentación basado en la aplicación del análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC).
- Que se garantice el acceso a un laboratorio de control alimentario para dar cumplimiento al plan de análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC).
- Que se cumpla el código de buenas prácticas de elaboración durante todo el proceso de la alimentación.
- Que se apliquen las recomendaciones derivadas de la normativa higiénico-sanitaria vigente.

PROFESIONALES SANITARIOS DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

- Que las dietas hospitalarias sean adecuadas a las patologías que atendemos.
- Que nos faciliten herramientas sencillas para poder detectar al paciente con riesgo nutricional.
- Que se establezca un sistema de comunicación fácil y fluida con la UNCYD ante la identificación de una persona con malnutrición o riesgo de la misma y existan protocolos de actuación inicial, guías de práctica clínica y de derivación.

- Que dispongamos de informes sobre el diagnóstico, valoración, tipo y características del soporte nutricional de los pacientes con nutrición artificial.
- Que se definan criterios de selección de productos de nutrición artificial o dietoterápicos, adecuados a las diferentes patologías, que posibiliten su uso racional.
- Que el paciente reciba lo antes posible el tratamiento nutricional instaurado o la dieta prescrita.
- Que tengamos acceso a actividades docentes y de investigación relacionadas con la nutrición, en colaboración con la UNCYD.

PROFESIONALES NO SANITARIOS

Unidades de Atención al Usuario

- Que se establezcan con claridad los circuitos para garantizar la continuidad asistencial y que sean conocidos por los profesionales implicados.
- Que se instaure un sistema de priorización de las demandas según indicación clínica.
- Que los profesionales implicados conozcan la reglamentación que regula los productos de nutrición y obtención del visado.
- Que todas las prescripciones de los productos dietoterapéuticos para nutrición enteral domiciliaria (NED) sean realizadas en la UNCYD y no en otros servicios.
- Que el informe justificativo de la indicación de tratamiento de NED (R.S.C. 31/99) venga perfectamente cumplimentado en todos sus apartados.

Personal del Servicio de alimentación

- Disponer de instalaciones adecuadas y suficientemente dotadas, conforme a la legislación higiénico-sanitaria vigente.
- Que los procedimientos de trabajo estén por escrito y adecuadamente detallados.
- Que existan recursos materiales adecuados a las técnicas culinarias empleadas y al número de platos.
- Que los recursos humanos sean adecuados y suficientes para la capacidad del hospital.
- Formación continuada en hostelería hospitalaria, higiene y seguridad alimentaria.
- Que se disponga de los alimentos necesarios para la elaboración de los menús.
- Que participemos en la toma de decisiones en todo lo referente a la alimentación hospitalaria.
- Existencia de un sistema informático integrado entre plantas de hospitalización, UNCYD y cocina que posibilite la gestión de las dietas durante las 24 horas del día y que además permita información puntual a cocina de cualquier incidencia. Información

disponible en tiempo real del número de pacientes ingresados, dietas y total de platos a preparar.

- Que exista un manual de dietas.
- Que se respete el horario establecido para comunicar los cambios de dietas, bajas e ingresos.
- Que la UNCYPD proporcione con la mayor antelación posible el número de dietas personalizadas previstas y que tengan bien definidos los alimentos que la componen.
- Supervisión por parte de la UNCYPD de todas las dietas servidas por el Servicio de alimentación.

Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Cribado nutricional siguiendo el sistema MUST, dirigido a la detección precoz de malnutrición en consultas de AP o especializada en ingreso hospitalario.
- Asistencia nutricional integral en pacientes hospitalizados, ambulatorios y domiciliarios a través de las UNCYPD, asegurando la continuidad del control y cuidados nutricionales tras el alta hospitalaria.
- Existencia en todos los niveles de atención de un profesional cualificado e identificado como responsable del paciente.
- Plan de cuidados personalizado con el objeto de fomentar los autocuidados, la implicación del paciente en el tratamiento y resolución de los posibles problemas que puedan aparecer.
- En los centros hospitalarios existirá:
 - Manual de dietas actualizado y adecuado al nivel y tipo de hospital.
 - Dieta variada, equilibrada en energía y nutrientes, adecuada a cada circunstancia y características clínicas, culturales y religiosas, acorde con la edad del paciente, en condiciones óptimas de higiene y características organolépticas adecuadas.

- Personal formado en la ayuda a los pacientes que por su edad o por presentar dificultades físicas o mentales para alimentarse lo precisen.
- Utensilios adaptados para ayudar o facilitar una alimentación independiente, acordes con la edad y condiciones físicas de cada paciente.
- Programa de autocontrol alimentario basado en el sistema APPCC.
- Encuestas de satisfacción al paciente y cuidador.
- Existirá un sistema de identificación de todo el personal que interviene en el proceso.
- El paciente recibirá información oral y escrita en lenguaje adecuado a su nivel de comprensión.
- Los centros de AP serán el primer nivel de atención para la solución de los problemas que puedan surgir, controles analíticos etc.
- Citas periódicas programadas para seguimiento según las necesidades detectadas.
- Salas de espera con buenas condiciones de habitabilidad y confortabilidad, con espacio para camillas y sillas de ruedas.
- Contacto telefónico directo o a través de nuevas tecnologías con el personal de AP y de la UNCYD, para la resolución de dudas, problemas e inquietudes planteados a lo largo del tratamiento.
- Programa de educación nutricional.
- Material educativo sobre consejo dietético básico y avanzado.
- Inclusión del paciente con NAD en un programa riguroso de educación, entrenamiento y cuidados.
- Documentación complementaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) con información sobre la patología y recomendaciones para su cuidado.
- Apoyo psicológico si sus circunstancias lo requieren y acceso a tratamiento especializado si fuera preciso.
- Acceso a grupos de autoayuda y asociaciones de afectados y a los recursos sociales disponibles.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Recibirán un trato amable y respetuoso e información con lenguaje claro y comprensible.
- Existencia de un sistema de identificación de todo el personal que interviene en el proceso.
- Salas de espera con buenas condiciones de habitabilidad y confortabilidad, con espacio para camillas y sillas de ruedas.
- Los accesos no tendrán barreras arquitectónicas y estarán debidamente señalizados.
- En caso de ingreso hospitalario se le comunicará de las circunstancias para poder recibir también menú diario.
- Programas de educación nutricional y adiestramiento en la administración y cuidados en nutrición artificial.
- Los centros de AP serán el primer nivel de atención para la solución de los problemas que puedan surgir.
- Citas periódicas programadas, respetando sus necesidades familiares y laborales. Se facilitarán los justificantes necesarios.
- Contacto telefónico directo o a través del uso de nuevas tecnologías con los profesionales de AP y de la UNCYD.
- Suministro de todo el material fungible en caso de NAD y gestión del visado de recetas de NED de forma fácil y rápida.
- Tipo de atención sensible a las necesidades del cuidador. Participación de las enfermeras de enlace en programas con grupos de apoyo de cuidadores y familiares.
- Acceso al trabajador social en caso de problemas sociales: soledad, dificultad económica, etc.

DESTINATARIO: PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

FLUJOS DE SALIDA: ADECUACIÓN DE RECURSOS, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Dotación adecuada de instalaciones, recursos humanos y materiales para la atención.
- Tiempo suficiente para la atención, tanto en consulta (mínimo 10 minutos) como en su domicilio (mínimo 20 minutos).
- Documento sobre sistema MUST para su aplicación y documento sobre consejo mínimo dietético.
- Informe completo elaborado en la UNCYD en papel o en soporte informático con el diagnóstico, tratamiento y cuidados.
- Protocolos de actuación consensuados entre AP y hospitalaria para la atención de personas con NAD.
- Garantía de acceso directo a la UNCYD del médico de familia o enfermera, mediante comunicación telefónica o a través de internet, para resolver las situaciones y dudas planteadas.
- Coordinación de la enfermera de UNCYD con las enfermeras de enlace o de AP mediante el informe de continuidad de cuidados.
- Sesiones clínicas en las que participen todos los profesionales.
- Formación continuada sobre nutrición clínica y dietética.
- Acceso a internet y conexión con la biblioteca de publicaciones periódicas de referencia, hospitalaria y de Distrito.

DESTINATARIO: MÉDICOS DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA

FLUJOS DE SALIDA: ADECUACIÓN DE RECURSOS, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Las UNCYD serán el referente para el estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la malnutrición hospitalaria, ambulatoria y domiciliaria.
- Adecuación de las instalaciones, recursos humanos y materiales adaptados a la cartera de servicios que la UNCYD desarrolla en el hospital.

- Criterios consensuados para la derivación de pacientes desde AP y hospitalizada.
- Protocolos de cribado nutricional al ingreso en el hospital y en cualquier nivel de asistencia.
- Protocolos consensuados con los servicios requeridos para pruebas diagnósticas o técnicas invasivas para la administración de nutrición artificial.
- Participación e implicación de los médicos de la UNCYD en comisiones de nutrición, farmacia, hostelería y otras.
- Sistema de registro codificado de la actividad clínica, accesible a todos los profesionales implicados.
- Sesiones clínicas intra e interservicios.
- Formación continuada y acceso a medios formativos como internet, “on line”, revistas, etc.
- Actividades docentes y de investigación relacionadas con la nutrición clínica y dietética dirigidas a otros profesionales.

DESTINATARIO: ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA

FLUJOS DE SALIDA: ADECUACIÓN DE RECURSOS, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Sistema de trabajo en equipo de carácter multidisciplinar con definición, objetivos y recursos de la UNCYD.
- Protocolos y procedimientos para normalizar la calidad del servicio.
- Comunicación directa con enfermeras de plantas de hospital para el seguimiento del paciente y con enfermeras de enlace y de AP para la continuidad del plan de cuidados.
- Plan de cuidados e informe de continuidad de cuidados de enfermería.
- Acceso a la historia clínica.
- Programas de actuación con el cuidador, familia y grupos de apoyo.
- Actividades de formación y perfeccionamiento externo, revistas profesionales, internet, etc.
- Participación en sesiones clínicas.
- Actividades de docencia e investigación.

DESTINATARIO: **TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN DIETÉTICA Y NUTRICIÓN**

FLUJOS DE SALIDA: **ADECUACIÓN DE RECURSOS, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Sistema de trabajo en equipo de carácter multidisciplinar que incluya la definición, objetivos y recursos de la UNCYPD.
- Programas de actuación dirigidos a conocer la satisfacción de los usuarios respecto a la dieta hospitalaria.
- Sistema de registro para valorar la ingesta de alimentos.
- Difusión en los servicios hospitalarios de las actualizaciones en el código de dietas.
- Protocolos y procedimientos de trabajo consensuados entre el Servicio de alimentación, UNCYPD y plantas de hospitalización.
- Soporte informático para comunicación rápida y fluida entre las diferentes plantas de hospitalización, la UNCYPD y el Servicio de alimentación.
- Actividades de formación y perfeccionamiento externo, revistas profesionales, internet, etc.
- Actividades de docencia e investigación.

DESTINATARIO: **BROMATÓLOGOS**

FLUJOS DE SALIDA: **ADECUACIÓN DE RECURSOS, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Sistema de trabajo en equipo de carácter multidisciplinar con definición, objetivos y recursos de la UNCYPD.
- Participación en sesiones clínicas, comisiones de alimentación y comisiones de compras de alimentos y productos fungibles.
- Protocolos y procedimientos de trabajo consensuados entre el Servicio de alimentación y la UNCYPD.
- Soporte informático para el intercambio rápido de información en alertas alimentarias y consultas técnico-sanitarias.

- Soporte laboratorial para la verificación del sistema APPCC.
- Actividades de formación continuada y perfeccionamiento externo, revistas profesionales, internet, etc.
- Actividades docentes para profesionales sanitarios y no sanitarios

DESTINATARIO: PROFESIONALES SANITARIOS DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

FLUJOS DE SALIDA: ADECUACIÓN DE RECURSOS, COORDINACIÓN Y FORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Manual de dietas.
- Sistema de cribado MUST para la valoración de la malnutrición hospitalaria.
- Guías de uso de fórmulas de NE, NP y productos dietoterápicos adaptadas a cada centro.
- Protocolos de derivación de pacientes malnutridos o en riesgo de malnutrición consensuados con la UNCYD.
- Informe clínico emitido por la UNCYD que incluya valoración, diagnóstico y tratamiento prescrito a los pacientes derivados.
- Protocolos consensuados entre plantas de hospitalización, UNCYD, Servicio de alimentación y Servicio de farmacia.
- Programas de formación continuada en nutrición clínica, dietética e higiene alimentaria.

DESTINATARIO: PROFESIONALES DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO

FLUJOS DE SALIDA: COORDINACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Canales de comunicación fluida entre el médico de referencia, las Unidades de Atención al Usuario (UAU) y la UNCYD.
- Sistema de clasificación para priorizar las citas.
- Información actualizada dirigida a los profesionales implicados sobre listado de productos de NE y dietoterápicos financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS).

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Instalaciones, espacio y recursos humanos y materiales adecuados a las técnicas culinarias empleadas y al número de platos.
- Protocolos y procedimientos de trabajo consensuados entre el Servicio de alimentación, la UNCYD y las plantas de hospitalización.
- Código de buenas prácticas de elaboración sobre manipulación higiénica de los alimentos, abarcando todas las fases que se realizan en el Servicio de alimentación.
- Manual de dietas con definición de menús y fichas técnicas de los platos que los componen.
- Soporte informático para comunicación rápida y fluida entre las plantas de hospitalización, la UNCYD y el Servicio de alimentación.
- Participación de representantes del Servicio de alimentación en comisiones de alimentación y compras de alimentos y fungibles relacionados.
- Participación con la UNCYD para la elaboración de los menús y la implantación del sistema de autocontrol APPCC.
- Encuestas de satisfacción al usuario sobre el horario y características organolépticas de las comidas servidas.
- Actividades de formación y perfeccionamiento en hostelería hospitalaria.
- Cursos de formación para manipuladores de alimentos en materia de higiene y seguridad de alimentos.

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	DETECCIÓN DE PACIENTES CON MALNUTRICIÓN O RIESGO DE MALNUTRICIÓN
QUIÉN	Médico de Familia/Médico de Hospital/Médico de la UNCYPD/Enfermera
CUÁNDO	1º
DÓNDE	Consulta de AP. Plantas de hospitalización. Consulta externa hospitalaria. Visita a domicilio
CÓMO	Sistema de cribado MUST

QUÉ	ASIGNACIÓN DE DIETA AL PACIENTE
QUIÉN	Médico de Familia/Médico de Hospital
CUÁNDO	2º
DÓNDE	Consulta de AP. Consulta de AE. Domicilio. Plantas de hospitalización
CÓMO	Recomendaciones nutricionales y dietéticas. Manual de dietas vigente. Nutrición artificial

QUÉ	PLANIFICACIÓN, ELABORACIÓN, DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE DIETAS EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS
QUIÉN	Médico de la UNCYP/Bromatólogo/Técnico especialista en dietética y nutrición/Personal del Servicio de alimentación
CUÁNDO	3º
DÓNDE	UNCYP. Servicio de alimentación
CÓMO	Manual de dietas. Sistema de autocontrol (APPCC) y planes generales de higiene (PGH)

QUÉ	DERIVACIÓN A LA UNCYP
QUIÉN	Médico de Familia/Médico de Hospital
CUÁNDO	4º
DÓNDE	Consulta de AP. Consulta externa hospitalaria. Plantas de hospitalización. Domicilio
CÓMO	P111. Informe médico. Informe de valoración de la indicación de la NED. Informe de enfermería. Hoja de interconsulta

QUÉ	SOLICITUD DE PRIMERA CITA A LA UNCYP
QUIÉN	Personal administrativo de la UAU-AP/UAU-H/Médico de Familia/Médico de Hospital
CUÁNDO	5º
DÓNDE	UAU-AP. UAU-H. Consulta de AP. Plantas de hospitalización
CÓMO	P111. Sistema "on line". DIRAYA. Hoja de interconsulta

QUÉ	VALORACIÓN DE LA PRIORIDAD PARA PRIMERA CITA EN LA UNCYPD
QUIÉN	Médico de la UNCYPD
CUÁNDO	6º
DÓNDE	UNCYPD
CÓMO	P111. Hoja de interconsulta

QUÉ	PRIMERA VISITA A LA UNCYPD
QUIÉN	Médico de la UNCYPD
CUÁNDO	7º
DÓNDE	Consulta de la UNCYPD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Historia clínico-dietética. Exploración física. Herramientas diagnósticas

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y REVISIÓN EN LA UNCYPD
QUIÉN	Médico de la UNCYPD/Personal administrativo de UAU-Hospital
CUÁNDO	8º
DÓNDE	UNCYPD. UAU-H
CÓMO	Documento de solicitud de pruebas complementarias. Hoja de interconsulta. DIRAYA. Sistema "on line"

QUÉ	REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	Facultativo especialista/TEL/TER/Enfermera
CUÁNDO	9º
DÓNDE	UNCYPD. Servicio de laboratorio. Servicio de radiología. Servicio de endoscopia digestiva. Servicio de anatomía patológica. Servicio de medicina nuclear
CÓMO	Manuales de procedimientos. Protocolos de seguridad. Consentimiento informado

QUÉ	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL Y PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL PERSONALIZADO
------------	---

QUIÉN	Médico de la UNCYPD
CUÁNDO	10º
DÓNDE	UNCYPD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Guías de práctica clínica. Protocolos

QUÉ	DERIVACIÓN A OTROS ESPECIALISTAS Y SERVICIOS CLÍNICOS
------------	--

QUIÉN	Médico de la UNCYPD
CUÁNDO	11º
DÓNDE	Consulta de la UNCYPD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Hoja de interconsulta. Sistema "on line"

QUÉ	VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
------------	--

QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	12º
DÓNDE	Consulta de la UNCYPD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Valoración según necesidades básicas de Virginia Henderson o patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Plan de cuidados de enfermería

QUÉ	CONFECCIÓN DEL TRATAMIENTO DIETOTERÁPICO PERSONALIZADO
------------	---

QUIÉN	Técnico especialista en dietética y nutrición
CUÁNDO	13º
DÓNDE	UNCYPD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Protocolos de dietoterapia

QUÉ	PLANIFICACIÓN DE LA NUTRICIÓN ARTIFICIAL
QUIÉN	Médico de la UNCYD/Enfermera
CUÁNDO	14º
DÓNDE	UNCYD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Protocolos

QUÉ	ELABORACIÓN Y CONTROL DE LAS UNIDADES DE NUTRICION PARENTAL (NP)
QUIÉN	Farmacéutico
CUÁNDO	15º
DÓNDE	Servicio de farmacia
CÓMO	Protocolos

QUÉ	SEGUIMIENTO INTRAHOSPITALARIO
QUIÉN	Médico de la UNCYD/Enfermera/Técnico especialista en dietética y nutrición
CUÁNDO	16º
DÓNDE	UNCYD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Guías de práctica clínica. Protocolos de cuidados

QUÉ	PROGRAMACIÓN DE LA NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA (NAD)
QUIÉN	Médico de la UNCYD/Enfermera
CUÁNDO	17º
DÓNDE	Consulta de la UNCYD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Informe clínico. Informe de continuidad de cuidados. Programa de educación y entrenamiento

QUÉ	PRESCRIPCIÓN DE LA NAD Y/O MODIFICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN PREVIA
QUIÉN	Médico de la UNCYD
CUÁNDO	18º
DÓNDE	Consulta de la UNCYD. Plantas de hospitalización
CÓMO	Informe justificativo de la prescripción. Emisión de las primeras recetas. Protocolos

QUÉ	VISADO DE RECETAS DE PRODUCTOS DIETOTERÁPICOS Y DE NUTRICIÓN ENTERAL
QUIÉN	Personal de las UAU de AP y H/Farmacéutico de Distrito Sanitario
CUÁNDO	19º
DÓNDE	UAU-AP y UAU-H
CÓMO	Normativa vigente

QUÉ	SEGUIMIENTO COORDINADO UNCYD/AP
QUIÉN	Médico de la UNCYD/Médico de Familia/Enfermera de la UNCYD/Enfermeras de enlace y de AP
CUÁNDO	20º
DÓNDE	Consulta de la UNCYD. Consulta de AP. Domicilio
CÓMO	Informe clínico con recomendaciones nutricionales y pauta de revisiones en la UNCYD/AP. Informe de continuidad de cuidados. Informe de alta de la UNCYD

QUÉ	SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRAS ALTA DE LA UNCYD
QUIÉN	Médico de Familia/Enfermeras de enlace y de AP
CUÁNDO	21º
DÓNDE	Consulta de AP. Domicilio
CÓMO	Protocolos consensuados con la UNCYD. Plan de cuidados



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Médico de Familia/Médico de Hospital/Médico de la UNCYD/Enfermera	
Actividades	Características de calidad
1º Detección de pacientes con malnutrición o riesgo de malnutrición	<p>1.1. A todos los pacientes con patología que curse con malnutrición o riesgo de la misma (Anexo 1) y a los ingresados se le registrará en la historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Peso actual, peso habitual, pérdida de peso involuntaria en los últimos meses, talla e IMC. Para ello se dispondrá de báscula y tallímetro homologados y calibrados y cinta métrica inextensible en todas las consultas de AP, atención especializada y plantas de hospitalización.• Estimación de la ingesta de la última semana.• Presencia de enfermedad aguda o patologías que cursen con malnutrición.• Se aplicará el sistema de cribado nutricional MUST 1,2,3,4,5,6 (Anexo 2) en consultas de AP, atención especializada y a cada paciente al ingreso hospitalario⁷. <p>1.2. El documento de cribado nutricional se incluirá en la historia clínica, quedando en ella registrada la valoración obtenida y la asignación del individuo a uno de los siguientes niveles de riesgo global de malnutrición:</p> <ul style="list-style-type: none">• 0 puntos: riesgo bajo• 1 punto: riesgo medio• 2 puntos: riesgo alto <p>1.3. En aquellos hospitales que dispongan de aplicación informática para cribado en base a la determinación de un perfil nutricional bioquímico (albúmina y/o proteínas totales, colesterol y linfocitos totales)^{8,9,10} se realizará éste de forma concomitante al sistema MUST al ingreso. Se valorará diariamente por la UNCYD la información generada y desde ella se coordinarán las actuaciones con el servicio responsable a través de protocolos locales⁷.</p> <p>1.4. La respuesta dependerá del riesgo asignado: En caso de riesgo bajo se aplicarán cuidados clínicos rutinarios:</p>

- En centros hospitalarios: se asignará dieta y se aplicará el sistema MUST semanalmente.
- En pacientes con atención domiciliaria: se realizará consejo dietético básico^{11,12,13,14} (Anexo 3) y se repetirá el sistema MUST al mes.
- En pacientes ambulatorios: consejo dietético básico y en grupos especiales (mayores de 75 años, drogodependientes...) se repetirá la aplicación del sistema MUST anualmente.

En caso de riesgo medio se controlará:

- En pacientes hospitalizados o con atención domiciliaria se valorará la ingesta total de los 3 días anteriores. Si la ingesta es adecuada o mejora, no procede ninguna actuación adicional y se le asigna riesgo bajo. Si es inadecuada o empeora, se tratará como de riesgo alto.
- En pacientes ambulatorios se impartirá consejo dietético específico y se repetirá el cribado a los 2-3 meses.

En caso de riesgo alto:

- En pacientes ambulatorios y domiciliarios se iniciará el tratamiento con consejo dietético específico y estrategias para enriquecer la dieta con alimentos ordinarios (Anexo 4). Se reevaluará en un plazo de 2 semanas: si no se han conseguido los objetivos marcados, se derivará a la UNCYD.
- En pacientes hospitalizados, se iniciará el tratamiento con dieta específica y aportes nutricionales adicionales y/o derivación a la UNCYD.

- 1.5. La valoración del riesgo nutricional y la monitorización se incluirán en los estándares de acreditación de todos los hospitales.
- 1.6. En la evaluación prequirúrgica el anestesista o cirujano incluirán la valoración nutricional^{16,17}, siguiendo protocolos consensuados con la UNCYD.
- 1.7. En los centros de salud y servicios clínicos hospitalarios existirá material educativo sobre consejo dietético básico (Anexo 3), acceso a internet y conexión con la biblioteca de publicaciones periódicas de referencia (hospitalaria o de distrito sanitario) para los profesionales.

Médico de Familia/Médico de Hospital

Actividades	Características de calidad
2º Asignación de dieta al paciente	<p>2.1. En caso de paciente ambulatorio y domiciliario, el médico de familia o de hospital:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si el riesgo es bajo, le dará información básica y recomendaciones nutricionales, dietéticas y de hábitos de vida (consejo dietético básico).• Para riesgo medio, se añadirá a lo anterior consejo dietético específico.• En riesgo alto, iniciará el tratamiento con consejo dietético específico y estrategias para enriquecer la dieta con alimentos ordinarios (Anexo 4). Reevaluará en un plazo de 2 semanas: si no se han conseguido los objetivos marcados, derivará a la UNCYD y si la evolución es favorable, se revisará mensualmente hasta la consecución de los objetivos. <p>2.2. En caso de ingreso, el médico de hospital asignará a todos los pacientes dieta oral según manual de dietas^{17,18,19,20} (Anexo 5), suplementación y/o nutrición artificial o solicitará interconsulta a la UNCYD.</p> <p>2.3. Los regímenes de “nada por boca”, los ayunos nocturnos y los protocolos de limpieza intestinal con restricciones no se utilizarán de forma rutinaria⁷.</p> <p>2.4. Se reducirán al mínimo las interrupciones de las comidas debidas a visitas de sala, procedimientos de formación y diagnóstico.⁷</p> <p>2.5. Se monitorizará diariamente la aceptación y tolerancia de la dieta asignada.</p>

Médico de la UNCYD/Bromatólogo/Técnico especialista en dietética y nutrición/ Personal del Servicio de alimentación

Actividades	Características de calidad
3º Planificación, elaboración, distribución y control de las dietas en los centros hospitalarios	<p>3.1. En cada centro hospitalario existirá un Manual de dietas elaborado por la UNCYD (Anexo 5).</p> <p>3.2. El Manual de dietas o Guía dietética constará de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Código de dietas, con las definiciones cualitativa y cuantitativa de cada una de ellas, sus indicaciones y recomendaciones higiénico-dietéticas.

- Código de menús adaptado a las características gastronómicas de la zona y a los procedimientos seguros desde un punto de vista higiénico-sanitario.
 - Definición de las fichas técnico-sanitarias de platos (ingredientes, valoración, diagramas de flujo, puntos de control crítico).
 - Menú opcional, como mínimo para las dietas basales.
 - Planificación de dietas personalizadas y adaptadas a los gustos y preferencias a los pacientes que precisen pautas dietéticas complejas, con anorexia importante o aversiones alimentarias condicionadas por la enfermedad o el tratamiento médico y a aquellos de larga estancia.
 - Rotación estacional de menú.
- 3.3. El Manual de dietas estará disponible en todos los servicios clínicos, unidades de hospitalización y Servicio de alimentación.
 - 3.4. En cada centro se establecerá una base de datos con el contenido nutricional de las comidas/menús y el tamaño de las raciones que permita valorar la idoneidad nutricional de los menús y monitorizar la ingesta de alimentos de los pacientes⁷.
 - 3.5. El horario de las comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena) se adaptará a las costumbres locales y se garantizará que haya tiempo suficiente para permitir la ingesta de tentempiés entre comidas por la mañana y antes de dormir. Las comidas se servirán con la presentación y temperatura adecuadas.
 - 3.6. Todos los pacientes tendrán la posibilidad de solicitar alimentos adicionales, según su situación clínica y se les informará de esta posibilidad.
 - 3.7. Todos los pacientes tendrán la posibilidad de recibir un menú acorde con su edad, su religión y sus antecedentes culturales.
 - 3.8. El paciente y/o familiares serán informados sobre las características de la dieta prescrita, las ventajas de la adhesión a la misma, el porqué de las limitaciones, la supresión de determinados alimentos o la modificación de ciertos hábitos.
 - 3.9. Establecimiento de sistemas de monitorización de la ingesta de los pacientes durante la estancia hospitalaria y de evaluación del grado de satisfacción de los pacientes y/o cuidadores.

3.10. El bromatólogo confeccionará un documento de autocontrol de calidad alimentaria²¹⁻³⁹ (Anexo 6) para el control sanitario de todo el circuito alimentario del hospital, desde compras de materias primas, hasta la entrega de la comida a los usuarios. Este sistema de autocontrol sanitario consta de:

- Aspectos generales del sistema de autocontrol sanitario.
- Planes generales de higiene (PGH), que estarán recogidos por escrito y que como mínimo constan de:
 - Plan de control del agua potable apta para consumo humano.
 - Plan de limpieza y desinfección (L+D).
 - Plan de control de plagas: desinsectación y desratización(D+D).
 - Plan de mantenimiento de instalaciones y equipos.
 - Plan de trazabilidad.
 - Plan de formación de manipuladores.
 - Especificaciones sobre suministros y certificación a proveedores.
 - Guía de prácticas correctas de higiene.
 - Plan de eliminación de residuos y aguas residuales.
- Plan de análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC).

3.11. Todo el personal del Servicio de alimentación seguirá las indicaciones del sistema de autocontrol en la elaboración y distribución diaria de las comidas.

3.12. La adquisición de las materias primas, utensilios o cualquier otro producto relacionado con la alimentación oral se realizará siguiendo el pliego de cláusulas administrativas particulares y el pliego de prescripciones técnico-sanitarias para proveedores, elaborado conjuntamente por el bromatólogo de la UNCYPD y el Servicio de alimentación respetando obligatoriamente las características del Manual de dietas del hospital.

3.13. Se dispondrá en los centros hospitalarios de un Manual de dietas terapéuticas para pacientes ambulatorios, elaborado por UNCYPD de acuerdo con el resto de servicios clínicos del hospital.

Médico de Familia/Médico de Hospital

Actividades	Características de calidad
<p>4º Derivación a la UNCYD</p>	<p>Será derivado a la UNCYD, según protocolos de derivación:</p> <p>4.1. Desde plantas de hospitalización y consultas externas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aquel paciente con una puntuación del sistema MUST (Anexo 2) igual o superior a 2 o en el que tras un tratamiento inicial no se consigan los objetivos nutricionales marcados, independientemente de la enfermedad que justifique la atención.• Aquel paciente que requiera exploraciones o pruebas complementarias específicas dirigidas a la valoración de su estado nutricional.• Cualquier paciente que requiera soporte nutricional artificial especializado y/o que presente complicaciones derivadas de la nutrición artificial que no puedan ser resueltas por su médico de referencia.• Cualquier paciente que requiera planificación de dieta terapéutica específica y/o recomendaciones dietéticas específicas.• Cualquier paciente candidato a nutrición artificial domiciliaria antes del alta hospitalaria. <p>4.2. Desde AP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aquel paciente desnutrido o en riesgo de desnutrición, con una puntuación del sistema MUST (Anexo 2) igual o superior a 2, en el que tras un tratamiento inicial con consejos dietéticos y aportes nutricionales adicionales no se consigan los objetivos marcados, independientemente de la enfermedad que justifique la atención.• Cualquier paciente que requiera exploraciones o pruebas complementarias específicas dirigidas a la valoración de su estado nutricional.• Cualquier paciente que requiera soporte nutricional artificial.• Cualquier paciente que requiera planificación de dieta terapéutica específica que no pueda realizarse en el Centro de Salud.• Paciente al que se indique por primera vez una vía invasiva para el aporte nutricional adicional o específico (NE o NP), independientemente de la enfermedad que la justifique.• Aquel paciente que necesite un cambio en la prescripción de nutrición artificial.

4.3. En todo caso se cumplimentarán los documentos de derivación:

- Desde AP el documento P111, con los datos que justifiquen la derivación, incluyendo la valoración del sistema MUST. En caso de pacientes con dificultades para trasladarse a la UNCYD, mediante P111 complementado con el informe para la valoración de la indicación de NED (Anexo 7) y valoración integral enfermera. A la cita acudiré preferentemente el cuidador principal.
- Desde consulta externa especializada, hoja de interconsulta.
- En paciente hospitalizado, hoja de interconsulta y será atendido en un plazo máximo de 72 horas.

Personal Administrativo de la UAU-AP/UAU-H/Médico de Familia/Médico de Hospital

Actividades	Características de calidad
<p>5º Solicitud de primera cita a la UNCYD</p>	<p>5.1. Existirá un sistema de clasificación que diferencie entre citas normales, preferentes y urgentes.</p> <p>5.2. Presencia de estrategias, preferiblemente métodos informáticos directos, que faciliten el envío fluido y sin demora a la UNCYD.</p> <p>5.3. Se potenciarán las consultas de alta resolución o de acto único en pacientes ambulatorios.</p> <p>5.4. Se tratará de que sea siempre el mismo especialista el que atienda al paciente.</p>

Médico de la UNCYD

Actividades	Características de calidad
<p>6º Valoración de la prioridad para primera cita en la UNCYD</p>	<p>6.1. Canales de comunicación fluidos entre el médico de referencia (de AP u hospital), las UAU y la UNCYD para establecer las prioridades.</p> <p>6.2. La asignación de cita se realizará de acuerdo con la prioridad clínica, tras la valoración de la información disponible en los documentos de derivación.</p>
<p>7º Primera visita a la UNCYD</p>	<p>Se realizará valoración nutricional que incluirá:</p> <p>7.1. Historia clínico-dietética:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales y familiares relevantes. • Historia de problemas médicos o quirúrgicos que afecten al estado nutricional.

- Historia dietética incluyendo un recuerdo de ingesta de la última semana.
- 7.2. Exploración física general, específicamente orientada a la detección de signos indicativos de malnutrición instaurada o desnutrición subclínica. Se aplicarán herramientas diagnósticas para clasificar la malnutrición o riesgo de la misma^{40,41,44,45,46} como valoración global subjetiva (VGS)⁴² y cuestionario Mini Nutritional Assessment (MNA)⁴³ (Anexo 8).
 - 7.3. Estimación de la composición corporal:
 - Peso, talla y el IMC.
 - En función de la clínica, otras medidas antropométricas como longitud talón-rodilla, longitud del antebrazo, circunferencias braquial, de pantorrilla o cintura y plicometría.
 - Impedanciometría bioeléctrica y DEXA.
 - Pruebas funcionales: dinamometría, calorimetría indirecta.
 - 7.4. Estudio de pruebas complementarias: valoración de las pruebas realizadas previamente y/o solicitud de nuevas pruebas. Contemplará el conjunto de datos nutricionales mínimos específico para la patología de base y una determinación de albúmina (Anexo 9).
 - 7.5. Juicio clínico, que debe reflejar en todos los casos la existencia o no de malnutrición, tipo y grado de la misma.
 - 7.6. Plan de tratamiento: se instaurará un tratamiento nutricional inicial. La preferencia terapéutica será por este orden: nutrición oral, enteral y parenteral.
 - 7.7. En la historia clínica del paciente quedará constancia de la valoración inicial realizada por la UNCYD y del plan de tratamiento recomendado.
 - 7.8. Se indicará alta, fecha de revisión en consulta y seguimiento hospitalario o extrahospitalario conjunto con AP.

Médico de la UNCYD/ Personal Administrativo de UAU-Hospital

Actividades	Características de calidad
<p>8^e Gestión de cita para pruebas complementarias y revisión en la UNCYD</p>	<p>8.1. En caso de paciente ambulatorio, la fecha y hora se adaptarán a las necesidades del paciente y familiares.</p> <p>8.2. Se utilizará un lenguaje comprensible verificando que la información aportada sea entendida.</p> <p>8.3. El trato será amable y respetuoso.</p>

- 8.4. Se dará la información necesaria acerca de la preparación previa requerida para las pruebas complementarias.
- 8.5. Posibilidad de acceso telefónico por parte del paciente para cambios en la fecha y hora.

Facultativo especialista/TEL/TER/Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>9º Realización de pruebas complementarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> 9.1. Cumplimiento y puntualidad de las citas programadas. Respeto al paciente. 9.2. Seguimiento de protocolos para salvaguardar la seguridad del paciente. 9.3. Se informará previamente al paciente y cuidador sobre la prueba a que va a ser sometido. 9.4. Información oral, clara y comprensible previa al consentimiento informado en aquellas pruebas que lo requieran. 9.5. Garantía de recepción de los resultados de las pruebas a la hora y fecha previstas.

Médico de la UNCYD

Actividades	Características de calidad
<p>10º Diagnóstico nutricional y prescripción del tratamiento nutricional personalizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> 10.1. El diagnóstico nutricional debe reflejar la existencia o no de malnutrición, tipo y grado de la misma según CIE vigente. 10.2. El cálculo de los requerimientos energéticos^{46,47,48,49,50}, proteicos y de nutrientes específicos^{51,52,53,54,55,56,57}, será personalizado y quedará registrado en la historia clínica. 10.3. El plan de tratamiento se realizará en base a la mejor evidencia científica disponible, siguiendo guías de práctica clínica^{58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70}. 10.4. La preferencia terapéutica será por este orden: nutrición oral, NE y NP, indicándose cada una de ellas cuando la anterior quede descartada o insuficiente, sin olvidar la opción de la nutrición mixta (Anexo 10). En general la elección dependerá de: <ul style="list-style-type: none"> • Si la deglución está conservada, existe apetito y tracto gastrointestinal funcional se prescribirá dieta oral.

- Si es posible la dieta oral pero existe anorexia, problemas mecánicos o neurológicos para la ingesta o requerimientos especiales de energía y/o nutrientes, se prescribirá dieta oral modificada y/o suplementada⁷¹:
 - Dietas terapéuticas codificadas o personalizadas.
 - Dieta oral + enriquecedores (alimentos y/o módulos).
 - Dieta oral + modificadores de textura.
 - Dieta triturada de alto valor nutricional y/o modificadores de textura.
 - Si solo es capaz de cubrir 2/3 de los requerimientos con la dieta oral, se administrarán suplementos orales, en caso contrario se administrará NE completa oral. Se deben utilizar como suplementos preparados diseñados con tal fin o bien fórmulas de NE con olor y sabor agradables.

10.5. Se indicará soporte nutricional artificial invasivo en aquel paciente en que se prevea una ingesta inferior al 50% de sus requerimientos calóricos en el plazo de 7-10 días en paciente normoalimentado y de 5 días en paciente desnutrido.

- Si el tracto gastrointestinal es funcional y accesible se administrará NE completa por sonda^{72,73}. Si se prevé una duración < 4-6 semanas se aplicará mediante sonda nasogástrica o nasoentérica y para una duración > 4-6 semanas se realizará una gastrostomía o yeyunostomía.
- Si el tracto digestivo no es funcional o accesible se prescribirá NP. Si la duración prevista es > 7 días se realizará mediante una vía central (NPT).

10.6. Ningún paciente recibirá soporte nutricional artificial sin una completa valoración de las indicaciones, los riesgos, beneficios y planificación del seguimiento.

10.7. En el caso de colocación de sonda de gastrostomía percutánea radiológica (PRG), gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), yeyunostomía endoscópica percutánea (PEJ), gastrostomía y yeyunostomía quirúrgica y canalización de vías venosas centrales será necesaria la obtención del consentimiento informado correspondiente, para ello el paciente y cuidador recibirán información en lenguaje comprensible sobre la desnutrición, sus consecuencias y las distintas alternativas de tratamiento nutricional.

10.8. Se garantizará la disponibilidad de fórmulas de nutrición enteral y parenteral adecuadas a la edad y situación clínica del paciente.

	<p>10.9. En todos los centros hospitalarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se garantizará que el tratamiento y seguimiento de la malnutrición diagnosticada sea realizado por médicos de la UNCYD. • Se administrará soporte nutricional artificial preoperatorio durante 7-14 días^{74,75} en todo paciente con malnutrición moderada o severa que va a ser sometido a cirugía mayor gastrointestinal siempre que la intervención pueda ser pospuesta de forma segura^{15,16}. <p>10.10. Se incluirá el diagnóstico y tratamiento nutricional codificados en todos los documentos de alta hospitalaria y en el CMBD (Anexo 11).</p> <p>10.11. Los médicos de la UNCYD participarán en las comisiones de nutrición, farmacia u hostelería, con capacidad decisoria respecto de los productos, fármacos y fungibles relacionados con la nutrición.</p> <p>10.12. Se solicitará la implicación de las comisiones hospitalarias de ética asistencial en el comienzo o final de la nutrición artificial para casos concretos.</p>
<p>11^o Derivación a otros especialistas y servicios clínicos</p>	<p>11.1. Se garantizará el cumplimiento de los circuitos de derivación establecidos.</p> <p>11.2. Implementación de mecanismos de coordinación y protocolos consensuados con los servicios de radiología para colocación de PRG, digestivo en caso de PEG, PEJ, cirugía para gastrostomía y yeyunostomía quirúrgica y servicios responsables de la canalización de vías centrales.</p> <p>11.3. Implementación de mecanismos de coordinación y protocolos consensuados con los servicios que participan en el tratamiento de patologías que requieren abordaje multidisciplinar.</p> <p>11.4. Se informará puntualmente al paciente y cuidador de todo lo relativo a la derivación.</p> <p>11.5. Todo paciente o cuidador que lo requiera será derivado para valoración de tratamiento psicológico.</p>

Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>12º Valoración y cuidados de enfermería</p>	<p>12.1. A todos los pacientes derivados a la UNCYD se les realizará, para garantizar la continuidad de los cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una valoración integral según necesidades básicas de Virginia Henderson o patrones funcionales de salud de Marjory Gordon^{76,77,78,79} (Anexo 12). • Un plan de cuidados estandarizado que incluya (Anexo 12): <ul style="list-style-type: none"> – Conocimientos sobre la enfermedad, sobre las características del tratamiento nutricional prescrito y el adiestramiento del paciente y cuidador en su manejo y prevención de complicaciones. – Educación nutricional con el objetivo de fomentar los autocuidados, la implicación en el tratamiento y la mayor autonomía posible del paciente. – Soporte emocional y apoyo psicológico si sus circunstancias lo requieren. – Necesidades del cuidador principal. <p>12.2. El plan de cuidados se incluirá en la historia clínica y registros al alta hospitalaria.</p> <p>12.3. En todo caso se garantizará que el paciente reciba un informe de continuidad de cuidados al alta de enfermería.</p>

Técnico especialista en dietética y nutrición

Actividades	Características de calidad
<p>13º Confección del tratamiento dietoterápico personalizado</p>	<p>Siguiendo la prescripción médica se procederá a:</p> <p>13.1. Realización de la historia dietética que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimación de la ingesta habitual. • Existencia o no de desequilibrios cualitativos o cuantitativos en la dieta. • Aporte de líquidos. • Tamaño habitual de las porciones de alimento que consume. • Horario de la alimentación. • Entorno social en las comidas. • Alergias, intolerancia, agrado o desagrado de determinados alimentos o preparaciones culinarias.

- Valor que el paciente concede a la alimentación en su vida.
- Grado de motivación y de conocimiento de las consecuencias de no realizar un tratamiento dietético adecuado para su situación.
- Quién realiza la compra, cocina y para cuántos se cocina.
- Se tendrán en cuenta otros aspectos como: horario de trabajo, ejercicio físico que realiza y nivel de estudios.

13.2. Confección de la dieta:

- Se tendrá en cuenta el aporte nutricional que suministran los suplementos nutricionales enterales y parenterales prescritos.
- Se definirán las características nutricionales de la dieta, determinando los aspectos cualitativos y cuantitativos.
- Se calculará el valor nutricional de la dieta confeccionada.
- Se establecerán las raciones y su reparto horario en el transcurso del día.
- Se elaborará en forma de documento para entregar al Servicio de alimentación en caso de paciente hospitalizado.
- Se explicará la dieta para conseguir la mejor adhesión a las pautas dietéticas y reforzar las estrategias de tratamiento.

13.3. Seguimiento y evaluación:

- Se llevará un registro alimentario.
- Se valorará la adhesión a la dieta.
- Control antropométrico.
- Se realizarán los cambios requeridos según prescripción médica.

13.3. Al alta hospitalaria y a aquellos pacientes ambulatorios se les entregará por escrito la dieta confeccionada que podrá incluir varios o todos de los siguientes apartados:

- Denominación de la dieta.
- Valor nutricional.
- Lista de alimentos de consumo libres.
- Lista de alimentos para consumir con moderación.
- Lista de alimentos desaconsejados.
- Recomendaciones sobre formas de cocción, bebidas y condimentos.

- Tablas de equivalencias.
- Menús orientativos.
- Fórmulas culinarias adaptadas al caso.
- Consejos generales de hábitos alimentarios saludables.

Médico de la UNCYD/Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>14º Planificación de la nutrición artificial</p>	<p>14.1. El médico de la UNCYD diseñará la nutrición artificial teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las necesidades energético-proteicas y de micronutrientes^{80,47,48,49,50,51,54,55,56,57}. • La elección de las fórmulas más apropiadas a cada patología, siguiendo la mejor evidencia científica disponible ^{62,63,64,65,66,80,87}. <p>14.2. En caso de nutrición enteral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se determinará la forma de administración más adecuada en función de la vía de acceso, de la tolerancia digestiva, de la patología de base, de la disponibilidad de recursos y del confort del paciente. • En caso de NE por vía oral, se tendrán en cuenta los gustos y preferencias del paciente, se dispondrá de una amplia variedad de fórmulas con presentación, sabor y olor agradables^{87,88,89,90,91}. • En caso de NE por sonda se utilizará fórmulas químicamente definidas, en exclusiva y se evitará la utilización de triturados de alimentos naturales ^{72,87,88,89,90,91} (Anexo 13). • Solo se utilizarán fórmulas modulares cuando no se puedan cubrir los requerimientos del paciente con fórmulas completas. • En la preparación, transporte y administración de las fórmulas no listas para su uso (modulares/liofilizadas/suplementadas) se respetará las normas generales de higiene. • Se utilizarán sondas de silicona o poliuretano. • En caso de sonda nasogástrica la enfermera comprobará su colocación mediante radiología y cuando no sea posible por al menos dos técnicas de enfermería antes de iniciar la infusión de NE.

	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de paciente hospitalizado el suministro de dietas enterales y suplementos se realizará mediante un sistema de unidosis⁸⁸. • La preparación y organización de la distribución de la NE intrahospitalaria la realizarán los técnicos especialistas en dietética y nutrición siguiendo las indicaciones del médico y/o enfermera de la UNCYPD. <p>14.3. En caso de nutrición parenteral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El médico de la UNCYPD, en colaboración con el médico responsable del paciente, elegirá la vía de acceso en función de la situación clínica, patología de base, disponibilidad de recursos y confort del paciente. • En caso de NP por vía central se canalizará por orden de preferencia: vena subclavia, vena yugular, drum con punta de catéter en tercio inferior de cava superior y por último vena femoral. Se podrá utilizar un acceso venoso periférico cuando se prevea una duración del soporte inferior a 7 días.
--	---

Farmacéutico	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">15º</p> <p>Elaboración y control de las unidades de nutrición parenteral (NP)</p>	<p>15.1. La preparación de las fórmulas se realizará en campana de flujo laminar para asegurar la máxima asepsia y la formulación corresponde al farmacéutico, en base a la prescripción médica, siguiendo los protocolos específicos de NP.</p> <p>15.2. Se realizarán controles^{85,86} para garantizar la seguridad de la preparación (Anexo 14):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Físicos: cambios de color, precipitación, partículas visibles, turbidez, rotura de la emulsión, pH y osmolaridad. • Bacteriológicos, sobre muestras tomadas aleatoriamente semanalmente y de la esterilidad de la cabina de flujo al menos mensualmente. • Químicos: estabilidad química de los componentes.

Médico de la UNCYD/Enfermera/Técnico especialista en dietética y nutrición

Actividades	Características de calidad
<p>16º Seguimiento intra-hospitalario</p>	<p>16.1. La UNCYD coordinará la atención nutricional de aquellos pacientes con patologías que cursan con malnutrición o riesgo de la misma mediante protocolos establecidos.</p> <p>16.2. La UNCYD realizará el seguimiento de todo paciente derivado desde otro servicio hospitalario, evaluará la eficacia nutricional de la prescripción y la aparición de posibles complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none">• En el seguimiento de pacientes con dieta oral personalizada o NE vía oral se realizará al menos 3 veces por semana:<ul style="list-style-type: none">– Valoración de la ingesta.– Tolerancia a la dieta.– Modificación de la pauta según resultados.• En el seguimiento de los pacientes con NE por sonda u ostomía se valorará (Anexo 15):<ul style="list-style-type: none">– Diariamente:<ul style="list-style-type: none">- Constantes vitales y balance hídrico.- Glucemia capilar en casos de personas con diabetes o hiperglucemia de estrés.- Aspirado de residuos gástricos y control del aporte real de nutrientes suministrado.- Factores que modifican las necesidades de agua y nutrientes como complicaciones cardíacas, insuficiencia renal, fiebre, infección, pérdidas digestivas, pérdidas extradigestivas.- Número de deposiciones y características de las mismas.- Estado de hidratación: edemas y signos de deshidratación.- Alteraciones de la función digestiva como dolor o distensión abdominal, meteorismo, ileo paralítico, gastroparesia, vómitos, regurgitaciones o diarrea.– Al inicio y semanalmente:<ul style="list-style-type: none">- Controles analíticos: hemograma y bioquímica (glucosa, urea, creatinina, iones, pruebas de función hepática, triglicéridos, colesterol, albúmina, prealbúmina, calcio, fósforo y magnesio).- En pacientes con malnutrición severa se determinará cada 24-48 horas: glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, magnesio y fósforo.

- En el seguimiento de los pacientes con NP se valorará diariamente (Anexo 16):
 - Constantes vitales y balance hídrico.
 - Glucemia capilar cada 8 horas el primer día hasta alcanzar requerimientos, posteriormente según la evolución clínica.
 - Control del aporte real de nutrientes suministrado.
 - Factores que modifican las necesidades de agua y nutrientes como complicaciones cardíacas, insuficiencia renal, fiebre, infección, pérdidas digestivas y extra-digestivas.
 - Estado de hidratación: edemas y signos de deshidratación.
 - Controles analíticos:
 - Al inicio cada 24-48 horas hasta estabilización clínica y posteriormente al menos una vez a la semana: determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, magnesio y fósforo.
 - Al inicio y semanalmente: hemograma y bioquímica general (pruebas de función hepática, colesterol, albúmina, prealbúmina) y estudio de coagulación.
 - Es indispensable una determinación de triglicéridos séricos previa a la infusión de NP, tras la 1ª dosis y después semanalmente.
 - En función de la situación clínica y patología de base se realizarán otras determinaciones analíticas específicas.
- Para controlar la eficacia del tratamiento nutricional, se valorará semanalmente:
 - Signos físicos de malnutrición energético-proteica.
 - Control de peso y medidas antropométricas dependiendo de la patología de base y situación clínica.
 - Adecuación de los aportes nutricionales reales a los requerimientos energéticos y proteicos establecidos.
 - Niveles séricos de prealbumina.
- Los controles diarios de enfermería en pacientes con NE por sonda u ostomía serán (Anexo 15):
 - Verificación de que la NE unidosis corresponde a la del paciente.
 - Posición de la sonda antes de cada toma.
 - Movilización y fijación de la sonda.

- Velocidad de la administración.
- Que la sonda se limpia con agua templada antes y después de cada toma, cada 6 horas en caso de administración continua y siempre tras la administración de medicación.
- Limpieza y prevención de lesiones de piel y mucosas.
- Prevención de broncoaspiración, mediante técnicas de posicionamiento y manejo del aspirado gástrico.
- Que en la administración de fármacos se siguen las indicaciones de las guías de interacción de fármacos/nutrientes/nutrición enteral.
- Cuidados específicos de la ostomía.
- Los controles diarios de enfermería en pacientes con NP serán (Anexo 16):
 - Punto de inserción del catéter, conexiones y cuidados de la vía con técnicas asépticas.
 - Verificación de que la etiqueta de la bolsa corresponde al paciente.
 - Administración de la nutrición a temperatura ambiente.
 - Ritmo constante de la infusión, generalmente durante las 24 horas del día, mediante bomba de infusión o de sistemas reguladores en su defecto.
 - Uso de una vía venosa exclusiva siempre que sea posible para infundir la NP.
 - Que en caso de interrupción brusca de la NP, se infunda glucosa al 10%, salvo contraindicación.
 - Que la bolsa se cambie diariamente a la misma hora, anotándose la cantidad que ha sido infundida.

Actividades	Características de calidad
<p>17^a Programación de la nutrición artificial domiciliaria (NAD)</p>	<p>17.1. El paciente candidato a NAD deberá cumplir todos estos requisitos^{92,93,94}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad de cubrir las necesidades nutricionales con alimentos de consumo ordinario. • Que mediante la nutrición artificial se pueda lograr una mejoría en su calidad de vida o la recuperación de un proceso que amenace su vida. • Que la indicación se base en criterios sanitarios y no sociales. • Que los beneficios superen los riesgos. • Que se realice una valoración periódica del tratamiento. • Estado clínico que permita su traslado al domicilio. • Patología de base estabilizada. • Aceptación del tratamiento por parte del paciente o persona responsable. • Entrenamiento previo del paciente y cuidador. • Condiciones del domicilio: almacenamiento del producto, condiciones higiénicas, etc. • Pruebas de tolerancia y pauta de administración previas al alta. <p>17.2. La programación de la nutrición artificial domiciliaria incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un programa riguroso de educación y entrenamiento dirigido al paciente y cuidador, del que quedará constancia en la historia clínica y que incluya los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none"> – Conocimiento del motivo de la indicación. – Cuidados de la vía de acceso. – Relación detallada de todo el material que va a necesitar con la explicación de su utilización. – Condiciones de conservación, almacenamiento y manipulación del material, detección de posibles alteraciones y circunstancias de recambio. – Mantenimiento del equipo de administración. – Normas de infusión individualizadas. – Autocontroles. – Reconocimiento y respuesta adecuada ante complicaciones.

	<ul style="list-style-type: none"> – Estructura sanitaria de apoyo. – Información sobre asociaciones de afectados. – Reevaluación y reentrenamiento periódicos • Entrega de instrucciones para el manejo de la NED 92,93,94 (Anexo 17). <p>17.3. Se emitirá un informe de continuidad de cuidados de enfermería, complementado con un apartado referente a nutrición por parte de la enfermera de la UNCYD.</p> <p>17.4. Se elaborará un plan de revisiones periódicas con monitorización seriada del estado nutricional y clínico mediante citas programadas en el Centro de Salud o UNCYD, visitas a domicilio, contactos telefónicos y por correspondencia.</p> <p>17.5. Se facilitarán medios de contacto directo del paciente y cuidador con el personal de la UNCYD para la resolución de dudas, problemas e inquietudes (teléfono, e-mail, fax).</p> <p>17.6. El paciente y cuidador recibirán documentación del SSPA sobre su patología, así como recomendaciones en los cuidados, que será complementaria a la actividad educativa, nunca sustitutiva.</p> <p>17.7. Se entregará material fungible e información acerca del procedimiento de suministro del mismo y su canalización mediante circuito establecido con AP que garantice que el paciente lo reciba lo más cerca posible a su domicilio.</p>
--	--

Médico de la UNCYD	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">18^o</p> <p>Prescripción de la NAD y/o modificación de la prescripción previa</p>	<p>18.1. En caso de NE ^{94,95}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cumplimentará el informe justificativo de la prescripción (Anexo 18). • Se emitirán las primeras recetas, que cubran el tratamiento para la 1^a semana. <p>18.2. En caso de NP se seguirán los protocolos de cada UNCYD.</p>

Personal de UAU de AP y H/Farmacéutico de Distrito Sanitario

Actividades	Características de calidad
<p>19º Visado de recetas de productos dietoterápicos y de nutrición enteral</p>	<p>19.1. Debe realizarse a la presentación del informe justificativo (Anexo 18), que estará cumplimentado por el médico de la UNCYD.</p> <p>19.2. Se canalizará la gestión del visado para la obtención con el mínimo de trámites.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el centro hospitalario se realizará en el mismo día de la prescripción. • En AP se establecerá un sistema que garantice un plazo máximo de una semana. <p>19.3. Se mantendrá un sistema de información actualizada sobre los listados de productos de NE y dietoterápicos financiados por el SNS a los profesionales implicados.</p>

Médico de la UNCYD/Médico de Familia/Enfermera de UNCYD/Enfermeras de enlace y de AP

Actividades	Características de calidad
<p>20º Seguimiento coordinado UNCYD/AP</p>	<p>20.1. Se planificarán las revisiones periódicas a través de visitas programadas en la UNCYD y AP.</p> <p>20.2. En caso de dietoterapia específica y suplementación enteral, se priorizarán las consultas de alta resolución en la UNCYD. En ellas se emitirá un informe en papel o soporte informático que garantice la información necesaria para la continuidad de la asistencia en AP.</p> <p>20.3. En caso de NED y NPD la UNCYD planificará revisiones para evaluar el tratamiento (valoración del estado nutricional, aporte de nutrientes, valoración bioquímica y tolerancia al tratamiento) asegurando la cobertura de las necesidades nutricionales en caso de que estas cambien y resolverá los problemas que puedan aparecer. La frecuencia de estas revisiones será en principio cada 3 meses.</p> <p>20.4. Los centros de AP serán el primer nivel de atención para la resolución de los problemas que puedan surgir y el médico de familia podrá solicitar atención y consulta a la UNCYD en caso de pacientes cuya asistencia sea más compleja.</p> <p>20.5. El médico de familia dispondrá de tiempo suficiente para la atención tanto en consulta (10 minutos) como en domicilio (20 minutos).</p>

- 20.6. Se facilitarán las interconsultas desde AP en caso de pacientes con dificultades para trasladarse a la UNCYPD, mediante P111 complementado con el informe para la valoración de la indicación de NED (Anexo 7) y valoración integral enfermera. A las citas acudirá el cuidador principal.
- 20.7. Se coordinarán la enfermera de la UNCYPD y enfermera de enlace o AP para garantizar la continuidad de cuidados.
- 20.8. El programa de seguimiento garantizará la comunicación con el paciente/cuidador e incluirá contactos telefónicos y visitas a domicilio, al Centro de Salud y a la UNCYPD.

Médico de Familia/Enfermeras de enlace y de AP

Actividades	Características de calidad
<p>21º Seguimiento en AP tras alta de la UNCYPD</p>	<p>21.1. Todo paciente que reciba el alta de la UNCYPD y requiera seguimiento por AP recibirá un informe dirigido al médico de familia.</p> <p>21.2. El médico de familia realizará la valoración del estado nutricional para asegurar la cobertura de las necesidades nutricionales en caso de que estas cambien y resolverá los problemas que surjan, en caso contrario derivará a la UNCYPD.</p> <p>21.3. Se establecerán mecanismos de comunicación con enfermeras de enlace o de AP y médicos de familia para garantizar la continuidad de cuidados.</p> <p>21.4. Se establecerán sistemas de coordinación con el trabajador social para la prevención e intervención precoz ante los problemas sociales (soledad, dificultad económica...).</p>



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
Espacios	<p>Área de nutrición clínica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta externa• Sala de enfermería• Sala de educación nutricional• Despacho médico• Sala de reuniones• Almacén de productos dietoté-rápicos• Sala preparación de NE <p>Área de dietética:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sala de gestión informatizada de dietas• Despacho para los técnicos especialistas en dietética y nutrición <p>Área de bromatología:</p> <ul style="list-style-type: none">• Despacho para bromatólogo <ul style="list-style-type: none">• Área para inspección y análisis de alimentos y productos alimentarios• Aula para formación de personal manipulador de alimentos <p>Servicio de alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Despacho jefe de hostelería	<p>Dimensiones necesarias para cada actividad y fácilmente accesibles</p> <ul style="list-style-type: none">– Próxima a la cocina– Dotada con mobiliario de oficina adecuado y suficiente– Equipo informático (PC, software, programas informáticos etc.)– Teléfono, fax. <ul style="list-style-type: none">– Próxima a la cocina– Dotado con mobiliario de oficina adecuado y suficiente– Equipo informático (PC, software, programas informáticos etc.) Teléfono, fax <ul style="list-style-type: none">– Zona delimitada para control bromatológico (encimera, fregadero, frigorífico, balanza, etc.) <ul style="list-style-type: none">– Con capacidad para grupos de 15 manipuladores <ul style="list-style-type: none">– Mobiliario (sillas tipo aulario, medios audiovisuales, material de oficina...) <ul style="list-style-type: none">– Espacio suficiente para gestión y control

	<ul style="list-style-type: none"> • Despacho jefe de cocina • Despacho gobernantas • Sala de estar • Cocina • Vestuario para el personal de la UNCYD y Servicio de alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> – Zona de estar de personal, con las dimensiones necesarias – Respeto a la normativa sanitaria vigente que define los aspectos básicos de la estructura (diseño y distribución de espacios bajo el principio de “marcha hacia adelante”) para evitar cruces de circuito limpio-sucio – Áreas de recepción, almacenamiento frigorífico y no frigorífico, manipulación, salas refrigeradas, áreas de cocción, emplatado, distribución, refrigerada para residuos etc. de acuerdo al volumen y tipo de alimentos que se preparan – Espacio suficiente para producción, equipos para el cocinado, mantenimiento de los alimentos cocinados, limpieza de menaje y vajilla etc. – Sistema centralizado de distribución de comidas. Bandejas isotérmicas. – Ubicación que permita ventilación e iluminación natural directa del exterior, evitando patios interiores, sótanos etc. – Próximo a la cocina
<p>Personal</p>	<p>Personal facultativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico de Familia • Médico de la UNCYD • Bromatólogo • Farmacéutico 	<p>Uno en cada hospital y 1/400 camas</p> <p>Uno en cada hospital</p> <p>Uno en cada hospital</p>

	<p>Personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermera de planta • Enfermera de la UNCYD • Enfermera de enlace • Enfermera de AP • Auxiliar de enfermería <p>Técnico especialista en dietética y nutrición</p> <p>Personal administrativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informáticos • Administrativos • Auxiliares administrativos <p>Jefe de hostelería</p> <p>Personal del Servicio de alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jefe de cocina • Gobernantas • Pinches <p>Celadores</p> <p>Personal del Servicio de limpieza</p> <p>Personal del Servicio de mantenimiento</p>	<p>1/200 camas (mañana y tarde)</p> <p>1/200 camas (mañana, tarde y fines de semana)</p> <p>Uno en cada hospital</p> <p>Uno en cada UNCYD</p>
<p>Material de Papelería</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documento de historia clínica • Documento de valoración nutricional inicial y seguimiento • Documento de cribado nutricional • Documento de historia dietética • Documentos de solicitud de analítica • Documentos de derivación • Cartera de servicios • Cuestionario para encuesta de satisfacción 	<p>Todos los impresos deberán ser autorizados y normalizados por la Comisión de historias clínicas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado • Folletos explicativos de recomendaciones nutricionales para las distintas dietas terapéuticas • Folletos explicativos con las normas y recomendaciones de los distintos tipos de nutrición tanto oral como artificial. • Documento de consejo dietético y estilo de vida. • Manual de recomendaciones dietético-terapéuticas para pacientes ambulatorios • Manual de dietas hospitalarias • Impresos para la prescripción de preparados dietoterápicos financiados por el SSPA • Manuales de procedimientos • Documento de plan de cuidados • Documentación administrativa • Documento de sistema de auto-control • Registros y documentos de control APPCC y PGH • Manual de buenas prácticas de higiene • Impresos de solicitud de petición de análisis de alimentos • Impresos de solicitud de controles microbiológicos 	Según normativa vigente
Equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliario de consulta • Elementos auxiliares de exploración: <ul style="list-style-type: none"> – Camilla – Tallímetro y básculas para peso superiores a 150 kg – Lipocalibrador 	Todo el instrumental deberá estar homologado

	<ul style="list-style-type: none"> – Cinta métrica – Fonendoscopio y tensiómetro de dos tamaños para obesos y normales – Impedanciómetro multifrecuencia – Negatoscopio – Martillo de reflejos – Monofilamento diapasón – Calorimetría indirecta – DEXA – Glucosensores y tiras reactivas <ul style="list-style-type: none"> • Teléfono con línea exterior • Mobiliario para sala de estar (paciente, familiar, personal) 	
Recursos informáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenadores • Impresoras • Programas específicos 	Suficientes para las necesidades asistenciales, administrativas y de gestión
Sistema de información	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informático para gestión de dietas hospitalarias y dietoterapia • Intranet/internet/correo electrónico • Historia de salud electrónica 	
Material fungible	<ul style="list-style-type: none"> • Sondas nasointerales de 8,10,12 French, de poliuretano o silicona • Sondas de gastrostomía y yeyunostomía y PEG • Botones de gastrostomía • Sondas de sustitución de gastrostomías • Bolsas y líneas universales de gravedad y bomba de NE y NP • Jeringas de 20, 50 ml • Guantes • Contenedores 	Según registro de material fungible homologado en el SAS

Material de bromatología

- Frigorífico para mantenimiento de medios de cultivo y muestras de alimentos
- Balanza de precisión
- Material para recogida de muestras testigo y muestras para análisis
- Termómetros con sondas de penetración

- Kit de determinaciones rápidas:
 - de cloro libre
 - dureza de agua
 - de pH
 - de oxidación de aceites /medidor de compuestos polares
 - de control de limpieza y desinfección de superficies, útiles y equipos de cocina
 - de control microbiológico de superficies, útiles y equipos
 - de control microbiológico de alimentos y agua

Distintas sondas para alimentos sólidos, líquidos y productos congelados

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Servicio de farmacia	Campana de flujo laminar para preparación de NP
Bloque quirúrgico	– Pruebas complementarias
Servicio de endoscopia digestiva	– Implantación de sondas
Servicio de radiodiagnóstico	– Videofluoroscopia
Servicio de laboratorio clínico	
Servicio de informática	– Apoyo en software y hardware – Mantenimiento de la red
Unidades de compras, suministros y almacén	– Provisión de fungibles y papelería – Provisión de víveres y utillaje de cocina – Provisión de productos de NE, suplementos y alimentación básica adaptada – Almacenamiento que garantice: - El mantenimiento de stock - El control de caducidades - La rotación y condiciones específicas de almacenamiento
Servicio de documentación y archivo	Historias clínicas
Unidad de Atención al Usuario	– Gestión de citas e información – Visado de recetas
Unidad de electromedicina	– Asistencia técnica – Mantenimiento de bombas de NE y NP
Servicio de biblioteca	Formación continuada
Unidad de lavandería y lencería	Provisión de material
Servicio de personal	Contratación del personal
Servicio de mantenimiento	– Revisión y control de la infraestructura del Servicio de alimentación y su contenido: aparataje, mobiliario, instalaciones, etc. – Reparación de equipos – Colaboración en la implantación del PGH

Servicio de medicina preventiva/salud e higiene laboral	<ul style="list-style-type: none"> – Prevención, control y seguimiento de accidentes laborales – Controles de salud periódicos del personal – Sistema de control de riesgos laborales – Formación del manipulador de alimentos
Unidad de docencia e investigación	Plan de formación del personal y apoyo a proyectos de investigación
Unidad de calidad	Asesoramiento y apoyo para la implantación de un plan de calidad y su mejora continua
Servicio de limpieza	Provisión de servicios

5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: NUTRICIÓN CLÍNICA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA

PLAN DE CALIDAD

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CIE

NORMATIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**DETECCIÓN DEL PACIENTE CON MALNUTRICIÓN
O RIESGO DE MALNUTRICIÓN**

ASIGNACIÓN
DE RIESGO

CONSEJO DIETÉTICO
ASIGNACIÓN DE DIETA
VALORACIÓN PERIÓDICA

**CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS
DE NUTRICIÓN**

DERIVACIÓN
A UNCVD

PRESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL
TRATAMIENTO DIETOTERÁPICO

PROGRAMACIÓN
NUTRICIÓN ARTIFICIAL
DOMICILIARIA

SEGUIMIENTO
COORDINADO
UNCVD/AP

ALTA DE UNCVD

PROCESOS DE SOPORTE

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

PERSONAL

SUMINISTROS

DOCUMENTACIÓN

S^o DE FARMACIA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: NUTRICIÓN CLÍNICA. ASIGNACIÓN DE RIESGO Y DIETAS

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA

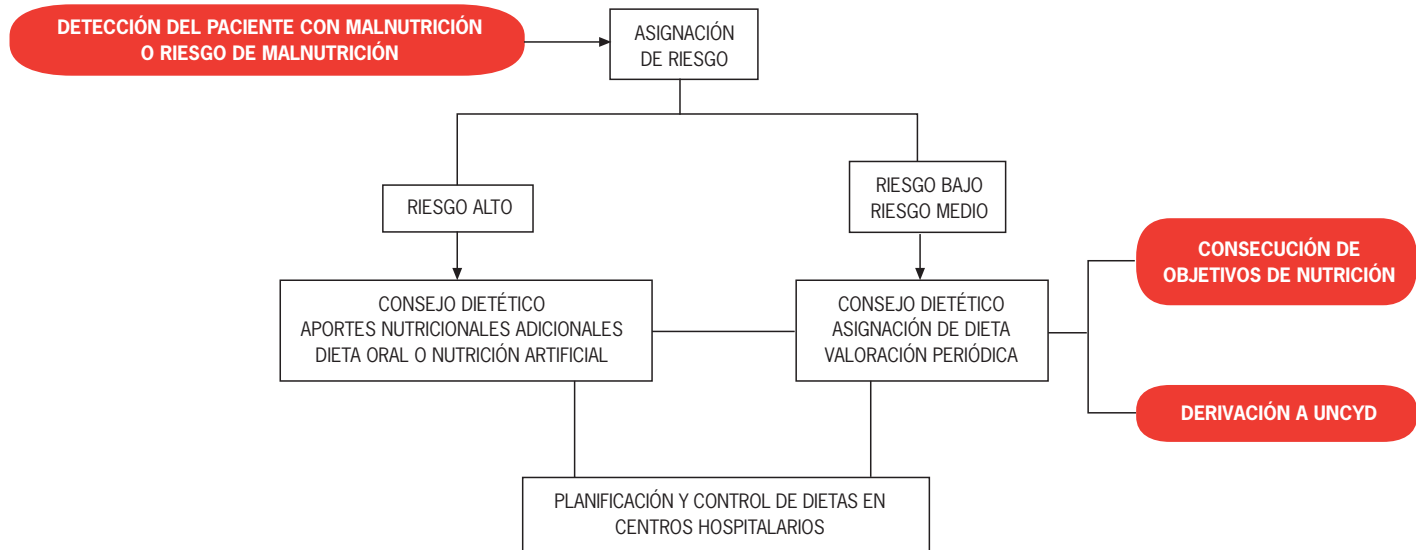
PLAN DE CALIDAD

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CIE

NORMATIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



PROCESOS DE SOPORTE

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

PERSONAL

SUMINISTROS

DOCUMENTACIÓN

Sº DE FARMACIA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: NUTRICIÓN CLÍNICA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA

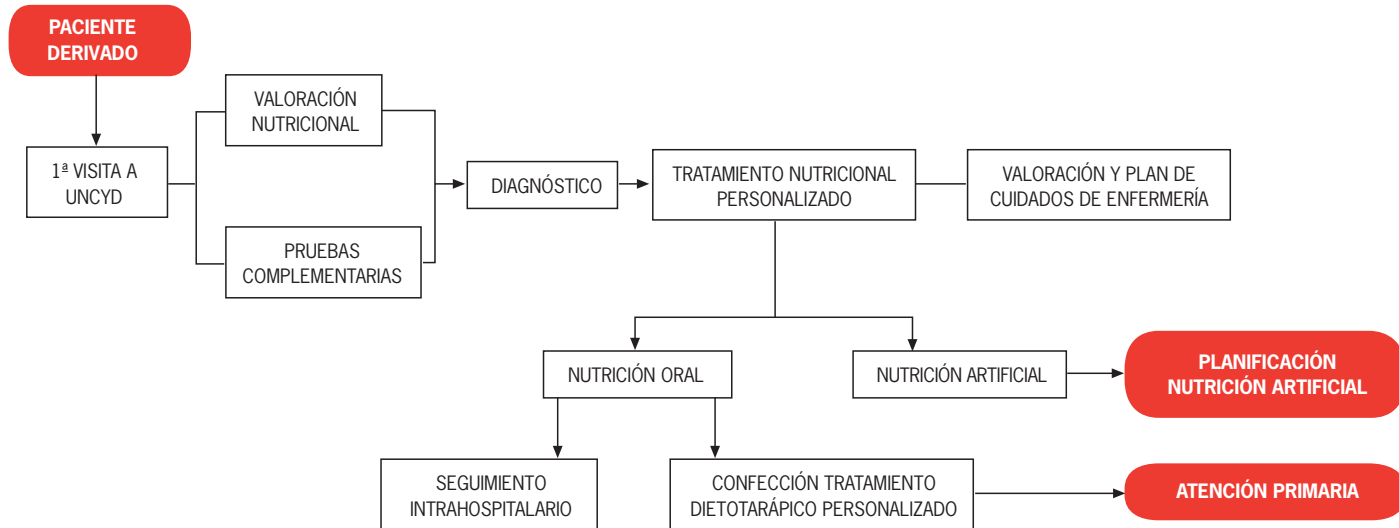
PLAN DE CALIDAD

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CIE

NORMATIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



PROCESOS DE SOPORTE

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

PERSONAL

SUMINISTROS

DOCUMENTACIÓN

Sº DE FARMACIA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: NUTRICIÓN CLÍNICA. NUTRICIÓN ARTIFICIAL

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA

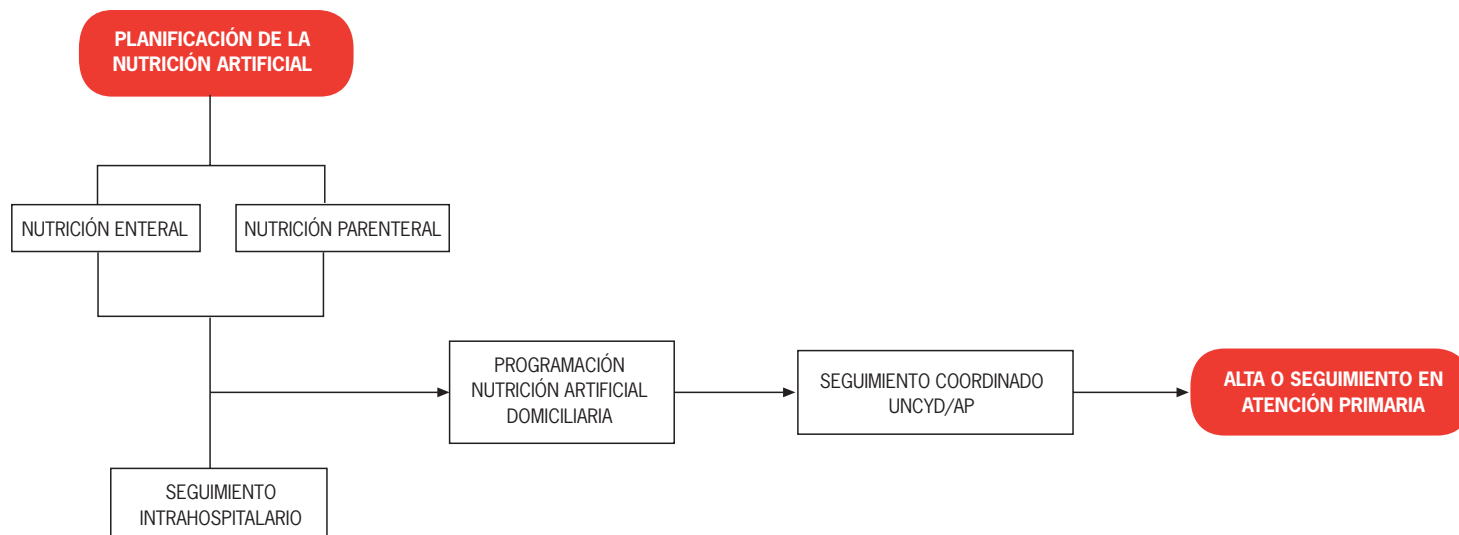
PLAN DE CALIDAD

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

CIE

NORMATIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



PROCESOS DE SOPORTE

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

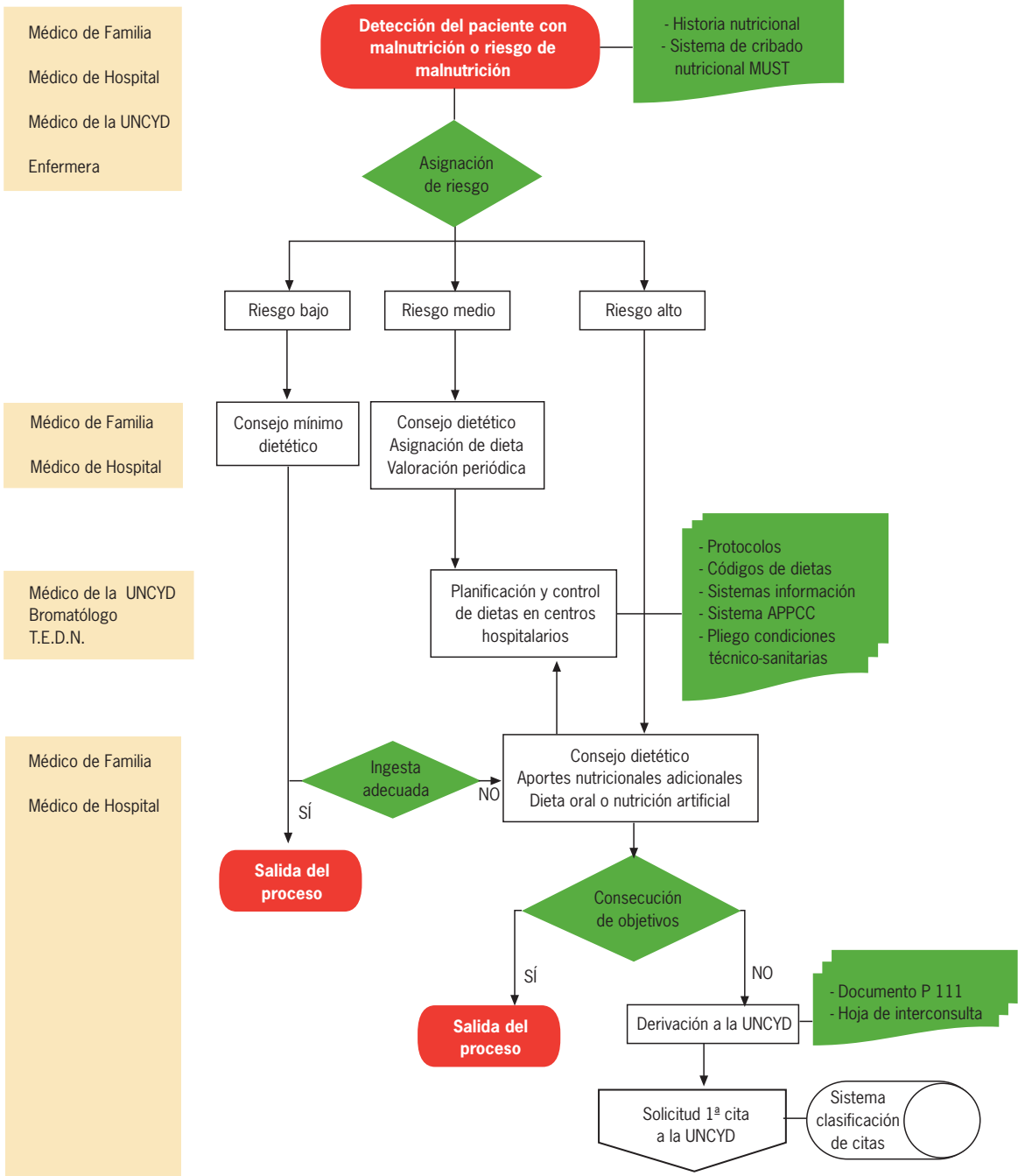
PERSONAL

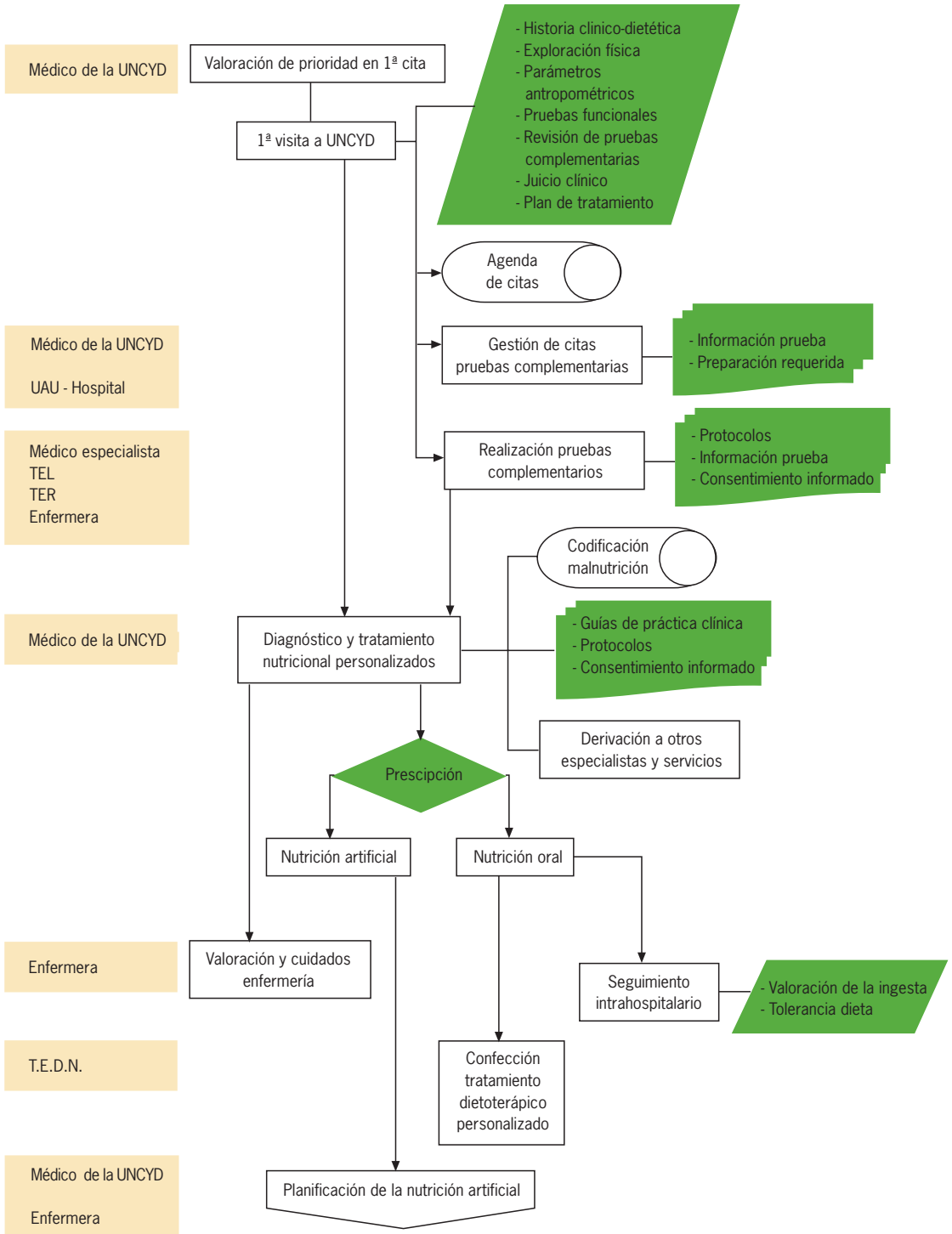
SUMINISTROS

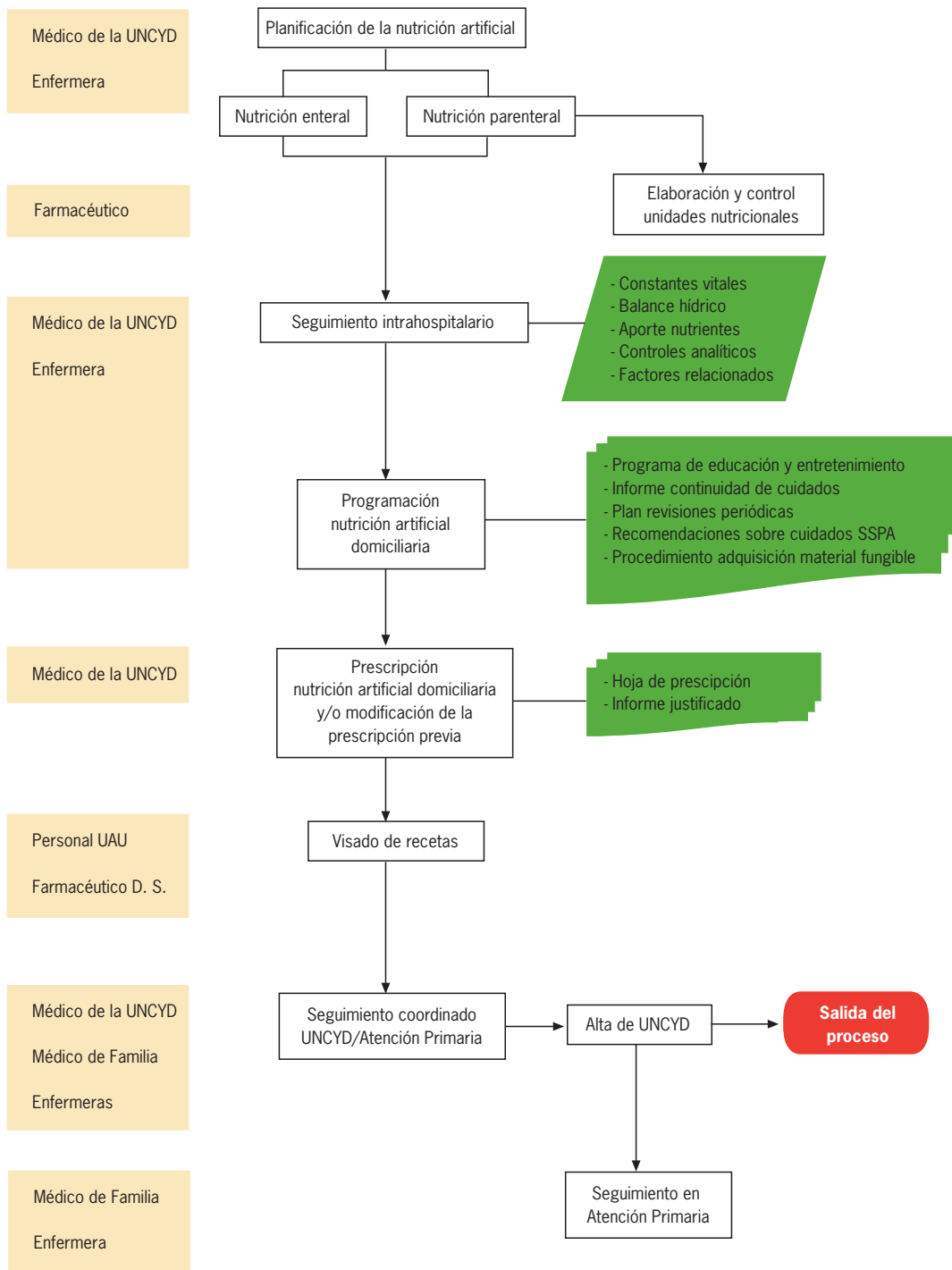
DOCUMENTACIÓN

Sº DE FARMACIA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3







6 INDICADORES

1.

Denominación	Porcentaje de historias clínicas en las que se ha incluido la hoja de cribado nutricional
Dimensión	Accesibilidad al proceso
Fundamento	Facilita la cumplimentación del cribado en pacientes ingresados
Fórmula	$\frac{\text{Nº de historias clínicas en las que se ha incluido hoja de cribado nutricional de Sistema MUST}}{\text{Nº total de historias clínicas}} \times 100$
Criterio	Cumplimentación del sistema MUST
Estándar	> 90%
Definición de términos	Hoja de cribado nutricional de Sistema MUST: documento donde se recogen los parámetros antropométricos, pérdidas de peso, presencia de enfermedad aguda e ingesta de alimentos igual o superior a 5 días
Fuente	Historia clínica
Periodicidad	Trimestral

2.

Denominación	Porcentaje de pacientes hospitalizados a los que se le ha realizado cribado nutricional
Dimensión	De proceso
Fundamento	Es preciso detectar a los pacientes malnutridos
Fórmula	$\frac{\text{Nº de personas a las que se realiza cribado nutricional}}{\text{Nº personas hospitalizadas}} \times 100$
Criterio	Cumplimentación del sistema MUST
Estándar	> 75%
Definición de términos	Sistema MUST: sistema de cribaje nutricional basado en parámetros antropométricos, pérdida de peso, presencia de enfermedad aguda e ingesta de alimentos igual o superior a 5 días
Fuente	Documento de cribado nutricional incluido en la historia clínica
Periodicidad	Trimestral

3.

Denominación	Porcentaje de pacientes vistos en AP a los que se les ha realizado cribado nutricional
Dimensión	De proceso
Fundamento	Es preciso detectar a los pacientes malnutridos en AP
Fórmula	$\frac{\text{Nº de personas a las que se realiza cribado nutricional en AP}}{\text{Nº personas atendidas en AP}} \times 100$
Criterio	Cumplimentación del sistema MUST
Estándar	5%
Definición de términos	Sistema MUST: sistema de cribaje nutricional basado en parámetros antropométricos, pérdida de peso, presencia de enfermedad aguda e ingesta de alimentos igual o superior a 5 días
Fuente	Documento de cribado nutricional incluido en la historia clínica
Periodicidad	Trimestral

4.

Denominación	Porcentaje de pacientes derivados a la UNCYPD desde AP con documento de datos mínimos que contenga alguno de los criterios de derivación
Dimensión	De proceso
Fundamento	Es preciso realizar una priorización de las citas en la UNCYPD
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con informes de derivación correctamente cumplimentados desde AP}}{\text{Nº de pacientes derivados desde AP}} \times 100$
Criterio	Derivación a UNCYPD según proceso
Estándar	90%
Definición de términos	Documento de datos mínimos: modelo con datos sobre diagnóstico, tratamiento farmacológico, ingesta de alimentos, parámetros antropométricos, pérdida de peso o necesidad de nutrición artificial.
Fuente	Documento P111
Periodicidad	Trimestral

5.

Denominación	Porcentaje de consultas externas de acto único realizadas en la UNCYPD
Dimensión	Efectividad
Fundamento	Se pueden coordinar las distintas actuaciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de consultas de acto único}}{\text{Nº total de consultas}} \times 100$
Criterio	Cita única. Los pacientes son evaluados y prescrito su tratamiento el mismo día
Estándar	20%
Definición de términos	Consulta única: incluye valoración y tratamiento en una sola visita
Fuente	Sistema de cita previa
Periodicidad	Trimestral

6.

Denominación	Porcentaje de satisfacción de los pacientes con la dieta hospitalaria basal
Dimensión	Aceptabilidad
Fundamento	La aceptación de la dieta influye en el estado nutricional del paciente.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes que califican la dieta basal recibida como buena/muy buena}}{\text{Nº total de pacientes encuestados con dieta basal}} \times 100$
Criterio	Conocer la aceptación de la dieta hospitalaria
Estándar	> 75%
Definición de términos	El grado de satisfacción con la dieta se evaluará en función de la adecuación del contenido, presentación, temperatura y adaptación a los horarios, costumbres y gustos del paciente y se clasificará en: muy deficiente/deficiente/aceptable /buena/muy buena
Fuente	Encuesta de satisfacción
Periodicidad	Semestral

7.

Denominación	Porcentaje de documentos de alta hospitalaria que incluyen diagnóstico nutricional codificado
Dimensión	Continuidad
Fundamento	Se contribuye a definir el grado de complejidad de la patología que motiva el ingreso
Fórmula	$\frac{\text{Nº documentos de alta hospitalaria que incluyen diagnóstico nutricional codificado}}{\text{Nº total de documentos de alta hospitalaria}} \times 100$
Criterio	Cumplimentación de los campos definidos en el documento de alta hospitalaria
Estándar	> 85%
Definición de términos	Diagnósticos nutricionales: definidos según CIE vigente
Fuente	Historia clínica
Periodicidad	Anual

8.

Denominación	Porcentaje de pacientes con NAD que reciben el informe de continuidad de cuidados
Dimensión	Continuidad
Fundamento	Continuidad de cuidados interniveles
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con NAD que reciben informes de continuidad de cuidados al alta}}{\text{Nº total de altas de pacientes con NAD}} \times 100$
Criterio	Cumplimentación de los campos relativos a nutrición definidos en el informe de continuidad de cuidados
Estándar	> 75%
Definición de términos	Informe de continuidad de cuidados: documento con especificaciones sobre las necesidades no resueltas del paciente
Fuente	Historia clínica
Periodicidad	Trimestral

PATOLOGÍAS QUE CURSAN CON MALNUTRICIÓN O CON RIESGO DE MALNUTRICIÓN

Alteraciones de la deglución o del tránsito intestinal debidas a:

- Tumores de cabeza y cuello
- Tumores del aparato digestivo (esófago, estómago)
- Cirugía ORL y maxilofacial
- Traumatismos craneoencefálicos
- Estenosis digestiva no tumoral
- Esclerodermia

Trastornos neuromotores que impiden la deglución normal o el tránsito como:

- Esclerosis múltiple
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Síndrome de Guillain-Barré
- Secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del sistema nervioso central
- Retraso mental severo
- Procesos degenerativos severos del sistema nervioso central
- Accidentes cerebrovasculares
- Tumores cerebrales
- Parálisis cerebral
- Coma neurológico
- Trastornos severos de la motilidad digestiva: pseudoobstrucción intestinal, gastroparesia diabética, otros trastornos motores funcionales

Requerimientos especiales de energía y/o nutrientes debidos a:

- Pancreatitis aguda
- Fibrosis quística
- Insuficiencia renal aguda y crónica
- Insuficiencia hepática aguda y crónica

- Colecistitis
- Úlceras por presión severas
- Síndromes de malabsorción severa:
 - Síndrome de intestino corto severo
 - Diarrea severa
 - Linfoma
 - Esteatorrea posgastrectomía
 - Carcinoma de páncreas
 - Pancreatitis crónica
 - Resección amplia pancreática
 - Insuficiencia vascular mesentérica
 - Amiloidosis
 - Intolerancias digestivas a grasas: enfermedad de Swaschman, linfangiectasia intestinal y deficiencia primaria de apolipoproteína B
- Pérdidas prolongadas de sustancias nutritivas:
 - Fístulas entéricas
 - Abscesos o heridas supurantes
 - Síndrome nefrótico
 - Patologías dermatológicas graves
- Aumento de las necesidades metabólicas:
 - Quemaduras extensas
 - Infección severa
 - Pacientes en UCI
 - Traumatismos
 - Postoperatorio de cirugía mayor
- Enfermedades peroxisomales hereditarias
- Alergia o intolerancia alimentaria
- Pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor programada o trasplantes

Situaciones clínicas cuando cursan con desnutrición severa:

- Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn
- Cáncer
- Mucositis moderada-severa
- Enteritis crónica por tratamientos quimioterápico y radioterápico
- Patología médica infecciosa severa

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Enfermedad celíaca

Pacientes en riesgo nutricional

- Paciente con peso exageradamente bajo: IMC < 18,5 o peso para talla por debajo del 80% del estándar
- Peso exageradamente alto: IMC > 35 o peso para talla por encima del 120% del estándar
- Pérdida del peso corporal habitual, involuntaria y reciente, superior al 5% en 3 meses o al 10% en 6 meses
- Alcoholismo
- Ausencia de ingesta oral durante más de 5 días
- Enfermedad psiquiátrica
- Pacientes institucionalizados
- Anciano frágil
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Diabetes
- Fractura de cadera
- Insuficiencia cardíaca

ANEXO 2

MÉTODO DE CRIBADO PARA LA DETECCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN EN ADULTOS (MUST)

Nombre y apellidos:

Paso 1

Puntuación por el IMC

IMC Kg/m ²	Puntos
≥ 20	= 0
18,5 - 20	= 1
≤ 18,5	= 2

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg)} / (\text{talla})^2 (\text{m})^*$$

Puntuación IMC:

Paso 2

Puntuación por pérdida de peso

Pérdida de peso** (PP) involuntaria los últimos 3-6 meses

%	Puntos
≤ 5	= 0
5 - 10	= 1
≥ 10	= 2

$$(\%PP) = \frac{\text{peso inicial} - \text{peso actual}}{\text{peso inicial}} \times 100$$

Puntuación % PP:

Paso 3

Efecto de la enfermedad aguda

Paciente con enfermedad aguda*** y que ha estado o es probable que esté sin aporte nutricional por más de 5 días.

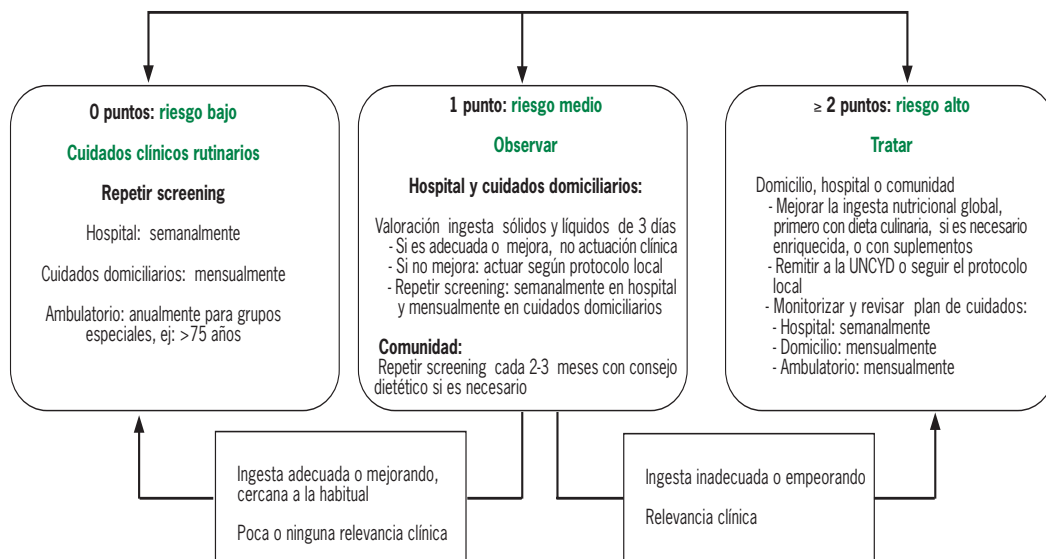
2 puntos

Puntuación:

Paso 4. Sume los puntos para calcular el riesgo global de malnutrición

Riesgo global de malnutrición:

Paso 5. Guía de Actuación



* Si es imposible tallar y/o pesar al paciente ver el reverso para medidas alternativas o utilice criterios subjetivos

** Es un factor de riesgo nutricional más importante que el IMC

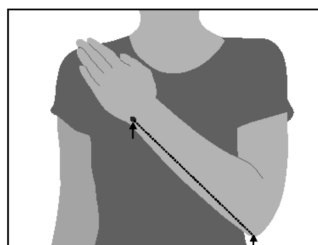
*** Incluye condiciones agudas, fisiopatológicas o psicológicas: pacientes críticos, dificultad para tragar (AVC), traumatismo craneoencefálico, cirugía gastrointestinal, etc.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL MUST

1. Talle y pese al paciente. Determine el IMC: peso (kg)/(talla)² (m)

2. Si no se puede tallar al paciente utilice la altura documentada recientemente o la altura referida por el paciente (si es fiable). Si ninguna de estas opciones es factible, calcule la altura mediante las siguientes medidas alternativas:

2.1. Longitud del antebrazo: Es la medida más fácil y rápida de obtener. Ponga el brazo izquierdo cruzando el pecho con los dedos apuntando al hombro opuesto y mida la longitud entre el codo y el punto medio más prominente de la muñeca (apófisis estiloides). Mida la longitud en centímetros redondeando en 0,5 cm

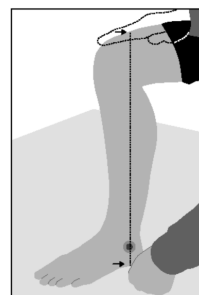


Utilice la siguiente tabla para convertir la longitud del antebrazo (cm) en altura (m):

Talla estimada a partir de la longitud del antebrazo

Talla (m)	Hombre < 65 años	1,94	1,93	1,91	1,89	1,87	1,85	1,84	1,82	1,80	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71
	Hombre > 65 años	1,87	1,86	1,84	1,82	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,67
Longitud antebrazo (cm)		32,0	31,5	31,0	30,5	30,0	29,5	29,0	28,5	28,0	27,5	27,0	26,5	26,0	25,5
Talla (m)	Mujer < 65 años	1,84	1,83	1,81	1,80	1,79	1,77	1,76	1,75	1,73	1,72	1,70	1,69	1,68	1,66
	Mujer > 65 años	1,84	1,83	1,81	1,79	1,78	1,76	1,75	1,73	1,71	1,70	1,68	1,66	1,65	1,63
Talla (m)	Hombre < 65 años	1,69	1,67	1,66	1,64	1,62	1,60	1,58	1,57	1,55	1,53	1,51	1,49	1,48	1,46
	Hombre > 65 años	1,65	1,63	1,62	1,60	1,59	1,57	1,56	1,54	1,52	1,51	1,49	1,48	1,46	1,45
Longitud antebrazo (cm)		25,0	24,5	24,0	23,5	23,0	22,5	22,0	21,5	21,0	20,5	20,0	19,5	19,0	18,5
Talla (m)	Mujer < 65 años	1,65	1,63	1,62	1,61	1,59	1,58	1,56	1,55	1,54	1,52	1,51	1,50	1,48	1,47
	Mujer > 65 años	1,61	1,60	1,58	1,56	1,55	1,53	1,52	1,50	1,48	1,47	1,45	1,44	1,42	1,40

2.2. Altura de la rodilla: Debe medirse en la pierna izquierda si es posible, con el paciente sentado sin zapatos y con la rodilla en ángulo recto. Mida la distancia entre la mano situada encima de la rodilla y el suelo siguiendo la línea recta que pasa por la prominencia del tobillo, redondeando en 0,5 cm

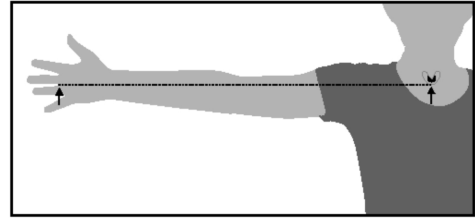


Use la siguiente tabla para convertir la altura de la rodilla(cm) en altura(m):

Talla estimada a partir de la longitud de la rodilla

T a l l a (m)	Hombre (18-59 años)	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,865	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81
	Hombre (60-90 años)	1,94	1,93	1,92	1,91	1,90	1,89	1,88	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80
	Longitud rodilla (cm)	65,0	64,5	64,0	63,5	63,0	62,5	62,0	61,5	61,0	60,5	60,0	59,5	59,0	58,5	58,0
T a l l a (m)	Mujer (18-59 años)	1,89	1,88	1,875	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,82	1,81	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76
	Mujer (60-90 años)	1,86	1,85	1,84	1,835	1,83	1,82	1,81	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76	1,75	1,74	1,73
	Longitud rodilla (cm)	65,0	64,5	64,0	63,5	63,0	62,5	62,0	61,5	61,0	60,5	60,0	59,5	59,0	58,5	58,0
T a l l a (m)	Hombre (18-59 años)	1,80	1,79	1,78	1,77	1,76	1,75	1,74	1,73	1,72	1,71	1,705	1,70	1,69	1,68	1,67
	Hombre (60-90 años)	1,79	1,78	1,77	1,76	1,74	1,73	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64
	Longitud rodilla (cm)	57,5	57,0	56,5	56,0	55,5	55,0	54,5	54,0	53,5	53,0	52,5	52,0	51,5	51,0	50,5
T a l l a (m)	Mujer (18-59 años)	1,75	1,74	1,735	1,73	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62
	Mujer (60-90 años)	1,72	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,63	1,625	1,62	1,61	1,60	1,59
	Longitud rodilla (cm)	57,5	57,0	56,5	56,0	55,5	55,0	54,5	54,0	53,5	53,0	52,5	52,0	51,5	51,0	50,5
T a l l a (m)	Hombre (18-59 años)	1,66	1,65	1,64	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,555	1,55	1,54	1,53
	Hombre (60-90 años)	1,63	1,62	1,61	1,60	1,59	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,49	1,48
	Longitud rodilla (cm)	50,0	49,5	49,0	48,5	48,0	47,5	47,0	46,5	46,0	45,5	45,0	44,5	44,0	43,5	43,0
T a l l a (m)	Mujer (18-59 años)	1,61	1,60	1,59	1,585	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48
	Mujer (60-90 años)	1,58	1,57	1,56	1,555	1,55	1,54	1,53	1,52	1,51	1,50	1,49	1,48	1,47	1,46	1,45
	Longitud rodilla (cm)	50,0	49,5	49,0	48,5	48,0	47,5	47,0	46,5	46,0	45,5	45,0	44,5	44,0	43,5	43,0

2.3. Longitud del arco del brazo: Localice y marque el punto medio de la parte superior del esternón (V en la base del cuello). Ponga el brazo horizontal con el hombro y con la muñeca recta. Mida la distancia entre el punto medio del esternón y la base del dedo más largo de la mano, redondeando en 0,5 cm.



Esta medición no es válida para enfermos encamados, con cifosis o escoliosis.

Use la siguiente tabla para convertir la longitud del arco del brazo(cm) en altura(m):

Talla estimada utilizando el arco del brazo

T a l l a (m)	Hombre (16-54 años)	1,97	1,95	1,94	1,93	1,92	1,90	1,89	1,88	1,86	1,85	1,84	1,82	1,81	1,80	1,78	1,77	1,76
	Hombre > 55 años	1,90	1,89	1,87	1,86	1,85	1,84	1,83	1,81	1,80	1,79	1,78	1,77	1,75	1,74	1,73	1,72	1,71
	Arco del brazo (cm)	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83
T a l l a (m)	Mujer (16-54 años)	1,91	1,89	1,88	1,87	1,85	1,84	1,83	1,82	1,80	1,79	1,78	1,76	1,75	1,74	1,72	1,71	1,70
	Mujer > 55 años	1,86	1,85	1,83	1,82	1,81	1,80	1,79	1,77	1,76	1,75	1,74	1,73	1,71	1,70	1,69	1,68	1,67
	Arco del brazo (cm)	99	98	97	96	95	94	93	92	91	90	89	88	87	86	85	84	83
T a l l a (m)	Hombre (16-54 años)	1,75	1,73	1,72	1,71	1,69	1,68	1,67	1,65	1,64	1,63	1,62	1,60	1,59	1,58	1,56	1,55	1,54
	Hombre > 55 años	1,69	1,68	1,67	1,66	1,65	1,64	1,62	1,61	1,60	1,59	1,57	1,56	1,55	1,54	1,53	1,51	1,50
	Arco del brazo (cm)	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66
T a l l a (m)	Mujer (16-54 años)	1,69	1,67	1,66	1,65	1,63	1,62	1,61	1,59	1,58	1,57	1,56	1,54	1,53	1,52	1,50	1,49	1,48
	Mujer > 55 años	1,65	1,64	1,63	1,62	1,61	1,59	1,58	1,57	1,56	1,55	1,54	1,52	1,51	1,50	1,49	1,47	1,46
	Arco del brazo (cm)	82	81	80	79	78	77	76	75	74	73	72	71	70	69	68	67	66

3. Si no se puede pesar al paciente, utilice un peso reciente documentado o el peso referido por el paciente (si es fiable).

Estimación del IMC:

Si la altura y el peso no pueden ser medidos u obtenidos, el IMC puede ser estimado usando la circunferencia del brazo (CB): medida obtenida mediante una cinta alrededor del brazo en el punto medio entre el acromion y el olécranon.

Si CB es < 23,5 cm, probablemente corresponda a un IMC < 20kg/m²
 Si CB es > 32,0 cm, el IMC es probablemente > 30 kg/m²

La CB puede ser también usada para estimar el cambio en el peso en un período de tiempo dado y puede ser útil en pacientes crónicos. La CB

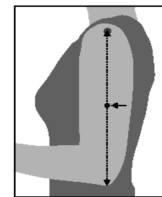


Fig. 1

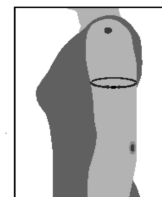


Fig. 2

debe medirse repetidamente a lo largo de un periodo de tiempo, preferiblemente tomando dos mediciones en cada ocasión y usando la media.

Cambios de CB de al menos un 10% probablemente correspondan a cambios de peso y de IMC del 10% o más.

4. Si nada de lo anterior es factible obtenga una impresión global del riesgo de malnutrición: (bajo, medio, alto) usando las siguientes referencias:

En sustitución del IMC: impresión clínica (delgado, normal, sobrepeso). Haga especial hincapié si está muy delgado (caquéctico) o es obeso.

Para la pérdida de peso valorar: ropas y accesorios más holgados de lo habitual, historia de disminución de la ingesta, pérdida de apetito o disfagia por encima de 3-6 meses o bien enfermedad y discapacidad psicológica o física que puedan causarla.

5. Consideraciones especiales en determinadas situaciones clínicas:

- Alteración de los líquidos corporales:
 - Un IMC bajo es más significativo de malnutrición en caso de presencia de edemas. Se pueden restar 2-3 kilos sobre el peso medido aunque en edema severo el exceso de peso puede ser hasta 10 kilos
 - Puede usarse la CB si hay ascitis o edemas en miembros inferiores o tronco pero no en los brazos.
 - La pérdida de peso puede estimarse mediante una historia de pérdida de apetito y la presencia de condiciones clínicas que conducen a un cambio en el peso en el contexto de una evaluación subjetiva del riesgo de malnutrición.
- Pacientes portadores de férulas de yeso:
 - En los brazos, considerar un peso menor o igual a un kilo.
 - En miembros inferiores y espalda, considerar un peso entre 0,9 y 4,5 kg, según el material y el sitio de colocación.
- Pacientes sometidos a amputaciones, se debe ajustar el peso corporal a partir del peso conocido de los miembros amputados:
 - Miembro superior: 4,9% (brazo 2,9%, antebrazo 1,6% y mano 0,6%)
 - Miembro inferior: 15,6% (muslo 9,7%, pierna 4,5% y pie 1,4%)

EN TODAS LAS CATEGORÍAS DE RIESGO NUTRICIONAL:

- Trate la enfermedad de base
- Dé consejo dietético sobre alimento e ingesta de líquidos
- Registre la categoría de malnutrición
- Registre la necesidad de dieta especial o siga los protocolos locales

EN CASO DE DETECCIÓN DE OBESIDAD:

- Registre la presencia de la misma
- Trate en primer lugar la enfermedad aguda antes de instaurar tratamiento de la obesidad

GUÍA PARA DAR CONSEJO DIETÉTICO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE MALNUTRICIÓN (ADAPTADO DEL CONSEJO MÍNIMO DIETÉTICO PARA ATENCIÓN PRIMARIA)

OBJETIVOS

GENERAL

- Reducir la morbimortalidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo

OPERATIVOS

- Formar en hábitos de vida saludables: alimentación equilibrada y actividad física y ofertar recursos educativos
- Informar sobre los riesgos para la salud derivados de estilos de vida no saludables: alimentación inadecuada, sedentarismo y sobrepeso u obesidad
- Ofrecer consejo dietético individualizado según patología
- Realizar seguimiento de las personas incluidas en el Consejo
- Reforzar los cambios conseguidos
- Evaluar el impacto de las intervenciones

POBLACIÓN DIANA:

- Consejo dietético básico: personas con patología que cursa con malnutrición o riesgo de la misma clasificadas como de riesgo bajo tras la aplicación del Sistema MUST en asistencias ambulatoria y domiciliaria
- Consejo dietético específico: personas con patología que cursa con malnutrición o riesgo de la misma clasificadas como de riesgo medio en pacientes ambulatorios y en cualquier nivel de asistencia en riesgo alto tras la aplicación del Sistema MUST

FORMATO

La inclusión en el programa será realizada por los profesionales sanitarios en todos los niveles de asistencia

Se ofrecerá:

- Consejo básico: sobre alimentación equilibrada y actividad física
- Consejo específico: consejo individualizado según patología y/o estrategias específicas para enriquecer la dieta con alimentos ordinarios (enriquecedores de la dieta). Se trata de un consejo de mayor intensidad, llevado a cabo preferentemente por enfermeras siguiendo el modelo de proceso enfermero, con la colaboración de otros profesionales sanitarios en caso necesario. Constará como mínimo de:
 - Entrevista dirigida a identificar las barreras (de comportamientos, creencias y actitudes) para el cumplimiento de la dieta recomendada
 - Historia dietética: estimación de la ingesta habitual, tamaño de las porciones, ingesta de líquidos y funcionalidad del tracto gastrointestinal (capacidad de masticación, deglución, etc.)
 - Oferta de consejos dietéticos individualizados en función de las barreras identificadas y de la patología subyacente
 - Fijación de objetivos de cambio mediante consenso, abordaje según prioridades y seguimiento de los cambios
 - Evaluación de la consecución de los objetivos nutricionales marcados
- Material educativo de apoyo

¿QUIÉN/QUIÉNES IMPARTEN EL CONSEJO?

MÉDICO:

- Detecta y evalúa al paciente
- Refuerza estilos de vida saludables
- Establece la necesidad del cambio dietético y estilo de vida
- Imparte consejo dietético básico o específico
- Establece objetivos finales

ENFERMERA:

- Detecta y evalúa al paciente
- Refuerza estilos de vida saludables
- Valora integralmente a la persona y establece objetivos iniciales
- Imparte consejo dietético básico o específico
- Refuerza cambios conductuales

HERRAMIENTAS ESPECÍFICAS

- Peso, talla, IMC, pérdida de peso
- Sistema MUST
- Valoración de la ingesta habitual
- Hábitos de vida: nivel de actividad física, consumo de tóxicos
- Tensión arterial
- Glucemia en ayunas
- Lipidograma
- Valoración de la motivación a cambios del estilo de vida

OTROS PARÁMETROS A CONSIDERAR

- Ingesta de suplementos de vitaminas/minerales u otros suplementos dietéticos sin prescripción facultativa
- Realización de dietas de adelgazamiento recientes u otro tipo de dietas alternativas

RECOMENDACIONES ADICIONALES

- Establecer horarios de comidas regulares
- Abandono de hábito tabáquico
- Programa de actividad física regular según capacidad y patología
- Moderar/suprimir el consumo de alcohol
- Reducir el estrés

GUÍA DE ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA PARA ADULTOS

Esta guía le ayudará a mejorar su estado de nutrición, mediante la elección de alimentos saludables. Encontrará consejos generales que pueden seguir todos los adultos. Consulte con su médico o enfermera para pautas dietéticas específicas.

- Equilibre la ingesta habitual y la actividad física para mantener un peso estable.
- Favorezca la ganancia o pérdida según su situación.
- Consuma una amplia variedad de alimentos. Evite restricciones innecesarias.

Elija una dieta baja en grasa:

- Reduzca el consumo de grasa saturada contenida en alimentos procedentes de animales terrestres y derivados: fiambre y charcutería, manteca, tocino y patés.
- Limite el consumo de grasa láctea, utilice variedades descremadas o semidesnatadas de leche y otros productos como leches fermentadas y reduzca el consumo de mantequillas.
- Disminuya el consumo de alimentos ricos en colesterol: vísceras, grasa de la carne, embutidos, mantecas, yema de huevo, mantequilla, quesos curados, moluscos (calamar, sepia y pulpo), crustáceos y productos de pastelería y bollería.
- Limite el consumo de todos aquellos productos de pastelería, bollería y heladería que contienen grasa saturada del tipo de aceites tropicales (coco y palma).
- Evite o reduzca el consumo de ácidos grasos trans contenidos en grasas hidrogenadas: margarinas, algunas salsas comerciales y precocinados.
- Limite el consumo de alimentos fritos.

Utilice para cocinar preferentemente aceite de oliva virgen extra y con moderación.

Consuma suficiente cantidad de proteínas, manteniendo un razonable equilibrio entre las fuentes alimentarias animales y vegetales:

- Limite el consumo de carnes rojas a 1-2 veces por semana seleccionando preferentemente las porciones más magras.
- Asegure el consumo de pescado al menos 3-4 veces por semana (una como mínimo de pescado azul).
- Consuma legumbres 2-3 veces por semana.
- Consuma de 3-4 huevos por semana.
- Tome frutos secos o semillas una vez por semana (salvo en caso de sobrepeso/obesidad).

Aumente el consumo de fibra:

- Consuma más de 3 raciones al día de frutas, una de ellas que sea un cítrico.
- Consuma más de 2 raciones de verduras y hortalizas, una de ellas en forma de ensalada.
- Tome de 4-6 raciones de cereales al día, preferentemente integrales.
- Recuerde que las legumbres y los frutos secos contienen cantidades importantes de fibra.

Mantenga una adecuada ingesta de calcio:

- Consuma de 2-4 raciones al día de lácteos y derivados: leche, yogur o queso bajos en grasa.

Consuma menos calorías, pero suficientes cantidades de vitaminas y minerales. Limite el consumo de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes:

- Alimentos procesados ricos en grasa, almidón, azúcares (chocolate, helados o productos de repostería).
- Bebidas azucaradas como refrescos y zumos de frutas comerciales.
- Azúcares simples como azúcar, miel, siropes, caramelos y golosinas.
- Snacks salados.

Limite el consumo de sal y consuma preferentemente sal yodada

Haga 3 comidas principales y 2 pequeños colaciones al día

Tome suficiente cantidad de líquidos: de 6 a 8 vasos de agua al día

Modere el consumo de alcohol

¿A qué equivale una ración de cada grupo de alimentos?

CEREALES: 4-6 raciones/día

Una ración equivale a:

- 1 rebanada de pan
- 1 taza de cereales
- 1/2 taza de arroz, pasta cocida
- 4 galletas

VERDURAS Y HORTALIZAS: 2 o más raciones/día

Una ración equivale a:

- 1 taza de verduras de hojas verdes crudas
- 1/2 taza de otros vegetales cocidos o crudos troceados

FRUTAS: 3 o más raciones/día

Una ración equivale a:

- 1 pieza mediana de naranja, melocotón, plátano, manzana, pera
- 1 tajada de melón o sandía
- 1/2 taza de frutas pequeñas o troceadas
- 1/4 de taza de frutas desecadas
- 3/4 taza de zumo natural

CARNE/PESCADO/HUEVOS/LEGUMBRES/FRUTOS SECOS: 2 raciones/día

Una ración equivale a:

- 60-90 gramos carne roja magra/ aves/ pescado
- 1/2 taza* de legumbres cocidas, 1 huevo o 1/3 de taza de frutos secos equivale a 30 gramos de carne

LÁCTEOS: 2-4 raciones/día

Una ración equivale a:

- 1 vaso de leche (250ml)
- 2 yogures de 125 ml
- 45 gramos de queso curado, queso fresco o requesón

* Se refiere a un volumen de 240 ml

ENRIQUECEDORES DE LA DIETA

Son alimentos que, al ser añadidos en la elaboración de los platos, mejoran sus características nutricionales. Los más frecuentemente utilizados son:

Leche especial: Se utiliza como bebida y en cocciones. Se añade a la leche en polvo entera o descremada (10 cucharadas de leche en polvo por litro de leche). Puede utilizarse en la preparación de batidos (con fruta fresca o en almíbar), postres, sopas y purés (agregando una cucharada de leche en polvo), con cereales, con cacao en polvo o jarabes de fruta y también añadiendo salsa bechamel a platos como verduras, pastas o patatas.

Queso: Fundido (en tortillas, en puré de verduras, etc.), rallado (en sopas, cremas, purés, pastas, tortilla, suflés, crepes, etc.), troceado en ensaladas o en bocadillos.

Yogur: Se utiliza en la preparación de batidos con frutas, en desayunos con cereales, frutos secos y azúcar, también suele añadirse a salsas para ensaladas. Puede enriquecerse con leche en polvo o condensada.

Huevo: Troceado en ensaladas, sopas o verduras, batido en purés de patata, sopas, cremas, salsas, batidos de leche o helados. Se pueden incorporar claras batidas o huevo entero batido a rellenos de tartas de verduras, bechamel, etc., y también claras a postres como flan o natillas.

Carne y pescado: Troceados en platos de verdura, ensaladas, guisos, salsas o sopas. Como relleno en tortillas, patatas al horno, berenjenas, calabacines, etc. En potajes, cocidos de legumbres, etc.

Aceite y grasas: Se utiliza nata, crema de leche y mantequilla, mayonesa y otras salsas y se añaden a purés de todo tipo (verduras, cereales, carne, pescados, huevos), a salsas y a postres.

Frutos y frutas secas: Troceados, como complemento en salsas, guisos y ensaladas.

Azúcar y miel: Con zumos, batidos y postres en general.

Cacao en polvo y chocolate: Agregados a batidos y postres en general.

Galletas: Se consumen enteras o troceadas principalmente en desayunos y meriendas.

MANUAL DE DIETAS

Cada centro hospitalario clasifica, sistematiza y denomina sus propias dietas con arreglo a criterios científicos y de máxima aplicabilidad. Para garantizar la calidad nutricional y gastronómica de los menús ofrecidos, la planificación de las dietas se realiza de manera conjunta por la UNCYD y el Servicio de alimentación.

El Manual de dietas es el documento en el que se registran todas las dietas disponibles en cada centro. Las dietas que lo integran deben particularizarse según las peculiaridades y experiencias de uso de cada centro. Incluye las dietas basales de uso habitual, las dietas terapéuticas de uso frecuente y otras que aún siendo menos comunes son convenientes para facilitar la preparación y unificación con el resto de la alimentación siendo posible abordar las peticiones con rapidez y competencia, y sin aumentos excesivos de trabajo y coste. Constará de:

- Código de dietas, que incluirá:
 - Definiciones cualitativa y cuantitativa de cada dieta.
 - Indicaciones de cada dieta.
 - Recomendaciones higiénico-dietéticas.
- Código de menús, adaptado a la gastronomía local y a los procesos seguros desde el punto de vista sanitario.
- Definición de las fichas técnico-sanitarias de platos (ingredientes, valoración, diagramas, puntos de control).
- Será apto para facilitar la elaboración de dietas individualizadas y adaptadas a los gustos y preferencias a los pacientes que precisen pautas dietéticas complejas, a los pacientes con anorexia importante o aversiones alimentarias condicionadas por la enfermedad o el tratamiento médico y a los pacientes de larga estancia.
- Rotación de menús.
- Modificación estacional de menú.

CÓDIGO DE DIETAS

Es el abanico de opciones dietéticas programadas en una institución sanitaria con pacientes ingresados que precisan recibir alimentación durante un tiempo más o menos prolongado.

Abarca todas aquellas dietas de uso habitual, con la finalidad de que la solicitud y su puesta en práctica sean entendidas fácilmente por todos. Con cada una de estas dietas se persigue un objetivo preventivo, diagnóstico o terapéutico o simplemente proporcionar durante el ingreso una alimentación completa y equilibrada.

Por muy amplio que sea un código de dietas, es prácticamente imposible cubrir todas las necesidades dietoterapéuticas requeridas, siempre se plantearán situaciones clínicas que exijan el diseño de dietas terapéuticas no codificadas, que debido a su escasa demanda no se incluyen en el código de peticiones ordinarias.

Los grupos de dietas integrantes de cada centro se pueden definir de la siguiente manera:

1. Dieta basal: Es la indicada para cualquier persona sana y tiene como objetivo mantener el buen estado nutricional y evitar situaciones de riesgo de enfermedad por una inadecuada alimentación. Este grupo incluye las apropiadas a personas en diferentes etapas de la vida y las que se recomiendan en situaciones que precisan diferentes aportes de energía y nutrientes como el embarazo y la lactancia.

1.1. Dieta basal de adulto: Dirigida a aquellos pacientes adultos cuya patología no precisa modificación dietética ni en cuanto al contenido de nutrientes ni de alimentos. Debe cumplir los siguientes objetivos:

- Cubrir los requerimientos calórico-proteicos de las RDA (Recommended dietary allowances) para un adulto.
- Cumplir las recomendaciones generales para la población sana en cuanto a frecuencia de consumo de cada uno de los grupos de alimentos en un periodo semanal.
- Respetar las costumbres culinarias locales en cuanto a la elaboración de los platos que componen la dieta.

1.2. Dieta basal pediátrica: Se establecerán una serie de dietas basales adaptadas a cada rango de edad pediátrica.

- La consistencia de las dietas es especialmente importante entre el año y los tres primeros años de vida.
- El aporte calórico y proteico de la dieta ha de adecuarse a los períodos de crecimiento rápido de la primera infancia, de crecimiento estable de la edad preescolar y escolar y a la fase de aceleración del crecimiento.
- Los menús deben incluir todos los alimentos introducidos comúnmente para cada rango de la edad pediátrica, cumpliendo con la “frecuencia de consumo por tipos de alimentos” y el volumen ha de ser adecuado al que puede consumir un niño sano de la edad a la que va dirigido.

2. Dieta terapéutica: Es el plan alimentario prescrito a una persona determinada, con modificación de algunos parámetros en relación con la dieta basal.

Su objetivo es ayudar a la recuperación de la salud del paciente y a la consecución del estado nutricional adecuado a su situación patológica.

La alimentación se modifica como parte del tratamiento de la enfermedad, puede ser la base fundamental del tratamiento o coadyuvante al mismo.

La filosofía que rige la confección de una dieta terapéutica responde a dos líneas generales: La primera se centra en la educación del paciente en cuanto a los principios de una nutrición adecuada, mientras que la otra consiste en proporcionar alimentos que el pacien-

te pueda comer y resulten agradables. Suele llegarse a un compromiso entre ambas tendencias, teniendo en cuenta que:

- Han de cubrirse las necesidades energéticas y de nutrientes según la situación clínica.
- Ha de proveer una dieta lo suficientemente amplia y variada.
- Representará una función gratificante.
- Debe tener una presentación agradable.
- Se tendrán en cuenta las costumbres del paciente, sus gustos, creencias religiosas y cualquier otro factor que pueda influir en la aceptación o rechazo de la dieta.
- Se contabilizarán los suplementos nutricionales y la nutrición enteral siempre que estén indicados.

Se utilizarán dietas de textura modificada de alto valor nutricional de tipo comercial en pacientes en los que la alimentación convencional no es suficiente para asegurar el aporte óptimo de nutrientes debido a problemas fisiológicos y/o patológicos.

2.1. Dietas terapéuticas codificadas: Constituye el conjunto de dietas de uso más habitual en cada centro, se planifican teniendo en cuenta las patologías tratadas y la carga cuantitativa que supone cada una de ellas en la asistencia médica y quirúrgica del centro. Cuanta mayor incidencia tiene una patología en el hospital, más importante es definir con precisión las dietas dirigidas a tratarla.

2.2. Dietas terapéuticas no codificadas: Son las llamadas dietas combinadas ya que para su elaboración se han empleado modificaciones de varias dietas, además de las adaptaciones dietoterápicas necesarias según las enfermedades o complicaciones asociadas que presenta el paciente. Serán elaboradas por la UNCYD y debido a que suelen precisar muchas restricciones, el dietista deberá controlar diariamente la suficiencia nutricional prestando especial atención al aporte calórico, que se ve comprometido en mayor o menor medida, y modificar la dieta según la tolerancia y la aceptación del paciente.

3. Dieta personalizada: Elaboradas específicamente para pacientes pluripatológicos que precisan pautas dietéticas complejas, pacientes de larga estancia o en aquellas circunstancias en las que sea necesario tener en cuenta varios factores como patología, edad, capacidad de masticación y deglución y apetencias particulares.

Es imprescindible ofertarla a aquellos que presentan una anorexia importante o aversiones alimentarias condicionadas por la enfermedad o tratamiento médico. La personalización de la dieta mejora la aceptabilidad por parte del usuario. Para su elaboración se requiere:

- Historia dietética, con estimación de la ingesta habitual del paciente, antecedentes de alergias o intolerancias alimentarias, agrado o no de determinados alimentos o preparaciones culinarias, aporte de líquidos y funcionalidad del tracto gastrointestinal (capacidad de masticación, deglución, posibles patologías gástricas o intestinales, etc.).
- Cálculo de las necesidades nutricionales a partir de datos antropométricos básicos y situación fisiológica.

- Control de la eficacia de la dieta elaborada mediante visita periódica a los pacientes con dietas personalizadas. Deberán ser reevaluadas al menos tres veces por semana.
- Se tendrán en cuenta todos los criterios mencionados en las dietas terapéuticas.

4. Otras dietas:

- 4.1. Dietas pretest diagnóstico.
- 4.2. Dietas para enfermos inmunodeprimidos, en las que se debe prestar especial atención, fundamentalmente se asegurará una total cocción del alimento y se evitarán los alimentos crudos.
- 4.3. Dietas adaptadas a otras culturas, atendiendo a la Declaración de Ámsterdam 2004, en la que se hace referencia a un servicio hospitalario más accesible para inmigrantes y minorías étnicas.

APLICACIÓN PRÁCTICA DEL CÓDIGO DE DIETAS

Los factores que influyen en la elaboración del código de dietas son las características del centro hospitalario (centros médicos, quirúrgicos o de técnicas diagnósticas), la actividad clínica y las patologías tratadas, la estancia media, el número de camas, los medios logísticos y técnicos (capacidad de producción, instalaciones, sistemas de comunicación interna y recursos materiales) y los recursos humanos.

En cada una de las dietas incluidas se manifestará lo siguiente:

- Denominación genérica de la dieta, que deberá aludir al perfil nutricional más que a la patología específica a la que va dirigida.
- Características: se indicarán las modificaciones empleadas y se incluirá una relación de alimentos y las técnicas culinarias utilizadas.
- Objetivos: se expondrá el fin que persigue la dieta.
- Indicaciones: las distintas situaciones clínicas y/o patologías en las que la dieta deberá estar presente.
- Variantes dietoterápicas: cualquier dieta codificada podrá ser solicitada sin sal y sin sacarina.

Para la elaboración de los menús de las dietas hospitalarias se requiere un análisis previo de:

- Cultura y costumbres gastronómicas de la zona, así como hábitos alimentarios del colectivo.
- Colectivos étnicos (variantes en el menú).
- Presupuesto destinado a tal fin.
- Número y tipo de dietas demandadas.
- Disponibilidad de alimentos e información de su composición.
- Infraestructura y recursos del centro.

La planificación de los menús comienza con la elaboración del menú de la dieta basal, que servirá de referencia como dieta saludable y de ella derivarán las dietas terapéuticas con las modificaciones requeridas, que podrán ser:

- Cualitativas (se relacionarán los alimentos que deben ser evitados o aconsejados).
- Cuantitativas, respecto a cambios en el aporte calórico, proteico, mineral, etc.
- En textura y consistencia.

En una misma dieta se emplearán todas aquellas modificaciones que se requieran y quedarán perfectamente reflejadas como características de la dieta.

PLAN ALIMENTARIO

La UNCYD, en estrecha colaboración con el Servicio de alimentación, elaborará el plan alimentario, que incluye la alimentación normal o basal y la especial, adecuado a las necesidades del centro y en él se fijará:

- La composición de cada comida.
- La frecuencia en la rotación de los alimentos.
- Las diferentes preparaciones.

Alimentación normal o basal: En pacientes que no requieren modificaciones especiales en su alimentación, es el menú de la dieta básica hospitalaria y sus variantes. Las normas para la planificación de estos menús son:

- Aporte suficiente de calorías.
- Equilibrio de nutrientes.
- Variación en los alimentos.
- Organolépticamente adecuada.
- Condiciones óptimas de higiene.
- Temperatura adecuada.
- Buena presentación.

Alimentación especial: Abarca todas las dietas terapéuticas codificadas, las no codificadas y las personalizadas. Derivan del menú basal del hospital debido a que conlleva las siguientes ventajas:

- Simplificación del trabajo de cocina.
- Posibilidades de variación del menú.
- Disminución de costes.
- Evita el intercambio de platos entre pacientes.
- El paciente sometido a dieta especial ve que su comida no es tan diferente a la de los demás.

Existirá un menú opcional y si fuese posible a la carta, para mejorar así la aceptabilidad por parte del usuario. Según postula la Asociación Dietética Americana (ADA): “La liberación en la

dieta en los centros de larga estancia mejora el estado nutricional y la calidad de vida de los residentes”. Este postulado es perfectamente asumible como recomendación global y resume acertadamente el espíritu con el que abordar la política nutricional en los centros hospitalarios.

Las normas para la planificación de los menús de las dietas terapéuticas y personalizadas son:

- Aporte suficiente de calorías.
- Equilibrio de nutrientes.
- Variación de los alimentos.
- Organolépticamente adecuada.
- Condiciones óptimas de higiene.
- Temperatura adecuada.
- Buena presentación.
- Restricciones plenamente justificadas.
- Seguridad de una ingesta adecuada.

Uso de alternativas dietéticas en la adaptación de la dieta como enriquecedores de la dieta (alimentos ordinarios) o mediante alimentación adaptada tradicional (modificaciones de textura y consistencia de alimentos ordinarios con o sin enriquecedores de la dieta) o alimentación adaptada comercial (dietas completas de textura modificada de alto valor nutricional o espesantes y bebidas de textura modificada).

ALIMENTACIÓN ADAPTADA

Hay situaciones en que la alimentación se modifica para hacerla apta a diferentes condiciones clínicas o discapacidades, permitiendo así, además de nutrir, mantener el placer de comer y facilitar la ingesta en personas que tienen dificultades para hacerlo.

Puede ser de dos tipos:

Alimentación adaptada tradicional, empleando modificaciones de textura y consistencia en alimentos ordinarios (purés de legumbres, verduras con carne/pescado/huevo, gelatinas, natillas, maizenas, etc.). Se puede utilizar junto con enriquecedores de la dieta.

Alimentación adaptada comercial, cuando la alimentación tradicional adaptada es insuficiente o inviable para asegurar el aporte óptimo de nutrientes.

- Dietas de textura modificada de alto valor nutricional, adaptadas a las necesidades de nutrientes de un adulto. Son purés listos para su uso y purés salados y dulces en polvo para disolver en platos principales, en desayunos, meriendas y postres.
- Espesantes y bebidas de textura modificada, son productos que ayudan a hidratar y a nutrir al paciente con dificultades de masticación y/o con disfagia, disminuyendo así el riesgo de aspiración.

SISTEMA DE AUTOCONTROL

Aspectos generales de un Sistema de Autocontrol

Un sistema de autocontrol incluye un conjunto de actuaciones, procedimientos y controles que, de forma específica y programada, se realizan en todas las empresas del sector alimentario para asegurar que los alimentos, desde el punto de vista sanitario, son seguros para el consumidor. Los servicios de alimentación de los centros sanitarios y todas las empresas que le suministren productos alimentarios han de tener elaborado y puesto en práctica un sistema de autocontrol.

El sistema de autocontrol deberá estar reflejado en un documento y lo integran unos planes generales de higiene (PGH) y un plan de análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC).

En el documento ha de aparecer:

- Nombre de la empresa, con datos de identificación (titular de la empresa, domicilio social, domicilio industrial, teléfono, fax, e-mail y nº de RSA), actividades que desarrolla, ámbito de aplicación del sistema de autocontrol, productos y fases a las que se aplicará, fecha de finalización del documento inicial y número y fecha de cada revisión del documento.
- Índice, en página aparte, identificando el orden de los distintos capítulos, documentos o planes.
- Equipo responsable: nombre del responsable en la empresa de la aplicación práctica del sistema y nombre de las personas y el tipo de responsabilidad que tienen en el diseño e implantación del sistema de autocontrol.
- Aparecerán señalados los principios metodológicos, los términos y conceptos empleados en la elaboración y aplicación del sistema de autocontrol. Se seguirán preferentemente las indicaciones establecidas por el Codex Alimentarius.
- Fichas técnicas de los productos: su correcta elaboración puede facilitar multitud de labores posteriores, ya que permite averiguar la trazabilidad del producto y de las materias primas que lo forman, predecir lo que va a ocurrir al alimento en cuanto a su composición, conservación, duración, caducidad, etc., y definir claramente cada producto, presentación, composición, estado, conservación, proveedor, condiciones de transporte, etc.

Se realizarán tantas fichas técnicas como productos o tipo de productos se almacenen, elaboren o distribuyan. En ellas constará al menos:

- Denominación comercial
- Clasificación según la legislación vigente y la dada por la propia industria
- Marca comercial bajo la que se produce, elabora, transforma o envasa

- Categoría comercial
- Composición cualitativa y cuantitativa incluidos aditivos
- Descripción del procesado con tiempos, temperatura, etc.
- Presentación
- Envasado: características específicas del envase, tamaño o peso de las unidades comerciales de venta, número de piezas por envase, etc.
- Etiquetado: características y/o resumen de la información que consta
- Condiciones de almacenamiento
- Condiciones de transporte
- Destino final previsto para el producto: cómo y por quién va a ser consumido
- El equipo responsable del sistema de autocontrol definirá y acotará el uso esperado del producto, identificando los grupos y tipos de consumidores. Si entre ellos hay alguno que se considere “sensible” hay que adaptar el producto a él, ya sea con avisos en la etiqueta o con cambios en la composición o procesado de elaboración, etc.
- Número de lote, indicando el sistema seguido para el loteado
- Fecha de consumo preferente (CP), fecha de caducidad (FC), fecha de envasado (FE), fecha de fabricación (FF), etc.
- Tiempo de durabilidad estimado por la empresa
- Valor nutricional
- Modo de empleo: instrucciones que deben aparecer en el etiquetado para que el consumidor no tenga dudas a la hora de preparar y consumir el producto
- Flujos del producto sobre plano, con el objetivo de plasmar documentalmente la dirección del proceso de producción evitando la posibilidad de contaminación cruzada. Se realiza partiendo de un plano de planta a escala, legible, con las dependencias identificadas, con toda la maquinaria y con la dotación necesaria para la correcta higiene y manipulación de los alimentos. Se trazarán líneas direccionales (flechas) que vayan indicando cada uno de los pasos que sigue el producto desde su inicio hasta el final, los flujos de materias primas, productos intermedios y final, envases, embalajes, personal y residuos

Planes generales de higiene (PGH)

Tienen como objetivo establecer procedimientos operativos sistemáticos sobre aspectos básicos de la higiene y sobre las actividades con incidencia directa o indirecta en la seguridad y salubridad de los alimentos.

Los PGH mínimos que deben estar implantados en un Servicio de alimentación son:

- Plan de control de agua para consumo humano
- Plan de limpieza y desinfección
- Plan de control de plagas: desinsectación y desratización
- Plan de mantenimiento de instalaciones, equipos y útiles

- Plan de trazabilidad o rastreabilidad
- Plan de formación de manipuladores
- Plan de eliminación de residuos y aguas residuales
- Plan de control de proveedores

Deben estar recogidos por escrito de manera completa y detallada indicando al menos los siguientes aspectos:

- Responsable del plan: deberá ser una persona identificada, que conozca el establecimiento, los procedimientos, las actividades, los objetivos del plan y los registros
- Procedimiento de ejecución o descripción, que contempla:
 - Quién lleva a cabo la actividad
 - Cuándo y con qué frecuencia
 - Cómo: mecanismo concreto, con descripción de las actividades, productos y medios utilizados
 - Dónde se registrarán las actuaciones realizadas
- Procedimiento de vigilancia y acciones correctoras: comprobación de que se está realizando todo lo especificado en el procedimiento y establecimiento detallado de qué hacer si se manifiesta el incumplimiento de la ejecución. Se define:
 - Quién vigila la correcta ejecución del PGH
 - Cuándo se realiza la vigilancia (en qué fase del proceso o en qué horario)
 - Cómo se lleva a cabo la vigilancia (midiendo, observando, toma de muestras etc.)
 - Dónde se registran las actuaciones
 - Acciones correctoras adoptadas y su registro
- Procedimiento de verificación: se pretende comprobar que el plan se ejecuta conforme a lo acordado y se cumple el objetivo perseguido. También se especificará:
 - Quién comprueba el cumplimiento, que ha de ser una persona distinta a las hasta ahora contempladas
 - Cuándo y frecuencia
 - Cómo se comprueba que el plan es eficaz

Plan de análisis de peligros y puntos de control críticos (APPCC):

Su estudio y aplicación en el proceso productivo se hará de acuerdo a los métodos propuestos por el Codex Alimentarius. Consta de 7 principios que esbozan cómo establecer, llevar a cabo y mantener un procedimiento de autocontrol. Estos principios están aceptados internacionalmente y publicados en el CODEX y normativa europea.

Principio 1: Análisis de peligros: elaboración de la relación de las etapas del proceso en las que pueden aparecer peligros significativos, sus causas y las medidas preventivas para cada peligro descrito. Deberá tenerse en cuenta:

- La probabilidad de aparición del peligro y su gravedad
- La supervivencia o proliferación de microorganismos implicados
- La producción o persistencia de toxinas en los alimentos
- Condiciones que puedan generar lo anterior
- Se describirán qué medidas preventivas se aplicarán en cada caso

Principio 2: Identificación de los puntos de control críticos (PCC): deben establecerse los lugares de la cadena de producción donde es posible la contaminación y/o proliferación de gérmenes de manera indeseable y en ellos se aplicarán las medidas preventivas definidas. La elección de un PCC lleva consigo que cuando un peligro no pueda ser controlado haya incluso que modificar el proceso o alguna fase del mismo.

Principio 3: Establecimiento de los límites críticos para cada PCC y son los valores o criterios que debe cumplir cada medida de control establecida en ese PCC, definiendo la frontera entre lo aceptable y lo no aceptable. Normalmente se expresan mediante parámetros observables y/o mensurables que puedan demostrar fácilmente la situación del PCC.

Principio 4: Vigilancia o monitorización para demostrar que se está dentro de los límites críticos establecidos. Es una parte muy importante del sistema y garantiza que el producto se elabora de manera segura continuamente. La vigilancia puede hacerse mediante observación visual, evaluación sensorial, determinaciones físico-químicas o microbiológicas. La frecuencia de la vigilancia dependerá tanto del punto crítico como del sistema de vigilancia empleado. Todos los registros y documentos relacionados con la vigilancia de los PCC deben quedar firmados por la persona que efectúa la vigilancia.

Principio 5: Establecimiento de medidas correctivas cuando la vigilancia indica que un determinado PCC no está bajo control, debido a la existencia de una desviación fuera de los límites críticos o a una tendencia a la desviación que se acerca al límite crítico. Las medidas correctoras pueden ser referidas a acoplar el proceso para evitar esta situación o a qué hacer con el producto elaborado fuera de los límites. En todos los casos estas medidas deben estar previamente definidas en el plan, con la identificación de las personas responsables de tomar la decisión, la descripción de acciones que ajusten de nuevo el proceso, las medidas a tomar con el producto y registro por escrito de las medidas adoptadas.

Principio 6: Verificación o establecimiento de procedimientos de comprobación para confirmar que el sistema APPCC funciona eficazmente como examen de la documentación y registros que genere el sistema, de las desviaciones y destino de los productos, confirmación de que los puntos están bajo control y muestreos aleatorios y representativos de productos intermedios y finales. Tanto las acciones de verificación como su frecuencia deben estar preestablecidas y los resultados deberán archivararse.

Principio 7: Establecimiento de un sistema de documentación y registro sobre todos los procedimientos y registros del sistema (procedimientos que describen el análisis de peligros, la determinación de los límites críticos, las actividades de vigilancia de los PCC, las desviaciones con las medidas correctivas asociadas y las modificaciones introducidas en el sistema). Todos estos procedimientos y registros deben ser gestionados siguiendo un sistema previamente establecido que sea fácil de manejar incluyendo dónde se guardan y cada cuánto tiempo y deben estar firmados y fechados.

Criterios mínimos para la inclusión de proveedores:

Documentación sanitaria:

- Documentación de la autorización de funcionamiento y de registro sanitario de industrias alimentarias (Nº R.S.) para la actividad que realiza y/o de los productos que oferte.
- Sistema de autocontrol establecido en la industria: PGH y sistema APPCC.
- Copia del documento emitido en la última visita de control realizada a las instalaciones por representantes del cuerpo de inspectores del Servicio Andaluz de Salud.
- Copia de documento emitido en la última visita de control realizada a sus proveedores.
- Si se trata de un centro logístico donde el proveedor centraliza su stock será presentada toda la documentación sanitaria del establecimiento.

Otra documentación:

- Informe de suministros del proveedor a otros centros.
- Listado de proveedores y categorías comerciales de alimentos así como datos técnico-sanitarios de todos ellos.
- Las condiciones que ha de reunir cada producto están fundamentadas en la legislación alimentaria en vigor, teniendo en cuenta la calidad comercial y los caracteres organolépticos establecidos a tal fin, en el pliego de especificaciones técnico-sanitarias. Si se producen variaciones en la legislación o sea necesario el cambio de producto por razones higiénico-sanitarias y/o funcionales, el proveedor deberá adaptarse a tales modificaciones.

Auditoría a proveedores: La dirección-gerencia del centro se reserva la potestad de efectuar por mediación de su bromatólogo las inspecciones y controles técnico-sanitarios que estime pertinentes de todos aquellos productos que sean suministrados y de las industrias proveedoras para poder comprobar in situ el correcto funcionamiento de la industria. Del resultado de estas auditorías derivarán las medidas correctoras a aplicar, incluyendo la rescisión del contrato de suministro.

Código de buenas prácticas de higiene o guías de prácticas correctas de higiene. Son documentos que se ajustan a la normativa sanitaria vigente y recogen las pautas de trabajo más adecuadas para garantizar la salubridad final de los alimentos manipulados. Su contenido se adecuará a las instalaciones y al tipo de preparaciones realizadas en cada centro.

DATOS MINIMOS PARA LA VALORACIÓN DE LA INDICACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

Nombre y apellidos del paciente:

NHC: Fecha nacimiento:.....

Nº SS: Activo: Pensionista:

Dirección:

Localidad:.....

Teléfono:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA (especificar patología que justifica la indicación de nutrición enteral domiciliaria)

TRATAMIENTO MÉDICO:

Si diabetes especificar tratamiento con: DIETA: ADO: INSULINA:

HISTORIA NUTRICIONAL

INGESTA DE LA ÚLTIMA SEMANA:

Nada Muy poco Insuficiente Normal

CAPACIDAD DEGLUTORIA/MASTICATORIA

No disfagia Disfagia a líquidos Solo tolera líquidos Solo tolera purés

Portador SNG Portador gastrostomía Portador yeyunostomía

NÁUSEAS/VÓMITOS DIARREA ESTREÑIMIENTO

¿Ha sido tratado previamente por una Unidad de Nutrición Clínica y Dietética? especificar producto, pauta y tolerancia:

EXPLORACIÓN GENERAL:

ASPECTO: Muy delgado Delgado Normal Sobrepeso/ obesidad

EDEMAS: ULCERAS POR PRESIÓN (Nº Y GRADO):

ANTROPOMETRÍA

Talla (cm): *Distancia talón/rodilla (cm) (si no se conoce la talla):
Peso (kg): *Longitud del antebrazo (cm) (si no se conoce la talla):
Peso habitual (kg): Circunferencia del brazo (cm):
Pérdida de peso/ tiempo: Circunferencia pantorrilla (cm):

ANALÍTICA RECIENTE Fecha:

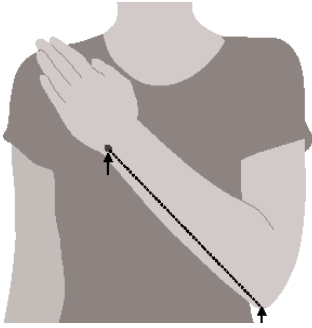
Hematíes: Hemoglobina: Hematocrito: Linfocitos:
Glucosa: Urea: Sodio: Potasio: Albúmina: Otros:

OBSERVACIONES:

En.....a.....de.....de.....

Firma y sello del médico responsable

LONGITUD DEL ANTEBRAZO



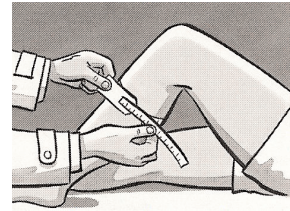
Ponga el brazo izquierdo cruzando el pecho con los dedos apuntando al hombro opuesto y mida la longitud entre el codo y el punto medio más prominente de la muñeca (apófisis estiloides). Mida la longitud en centímetros redondeando en 0,5 cm

DISTANCIA TALÓN-RODILLA



Debe medirse en la pierna izquierda si es posible, con el paciente sentado sin zapatos y con la rodilla en ángulo recto. Mida la distancia entre la mano situada encima de la rodilla y el suelo siguiendo la línea recta que pasa por la prominencia del tobillo, redondeando en 0,5 cm

CIRCUNFERENCIA DE LA PANTORRILLA



Hacer la medición en la zona más ancha de la pantorrilla, sin presionar con el metro.

CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL

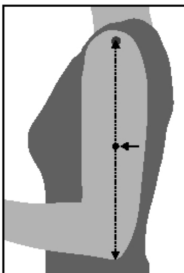


Fig. 1

Localización del punto medio: el brazo del paciente deberá estar pegado al cuerpo, formando un ángulo recto con el antebrazo; la cinta métrica se colocará verticalmente entre el acromion de la escápula y el olécranon del codo. Marcar a mitad de la distancia entre estos dos puntos.

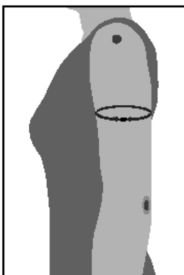


Fig. 2

Medida: Se extenderá el brazo del paciente a lo largo del cuerpo y se rodeará con la cinta métrica, a la altura del punto medio, sin efectuar excesiva presión.

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN NUTRICIONAL: VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA (VGS) Y MINI-NUTRICIONAL ASSESSMENT (MNNA)

VALORACIÓN SUBJETIVA GLOBAL

Paciente:			
Edad:		FECHA:	
Cama:		Nº Hª:	
DIAGNÓSTICO:			
PÉRDIDA DE PESO en los últimos SEIS MESES:			
En las últimas DOS SEMANAS: Incremento <input type="checkbox"/> No cambio <input type="checkbox"/> Descenso <input type="checkbox"/>			
Interferencia de ascitis y edemas <input type="checkbox"/>			
MODIFICACIÓN EN LA DIETA: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DURACIÓN SEMANAS: MESES:			
ALIMENTACIÓN:			
Sólida subóptima <input type="checkbox"/> Semisólida <input type="checkbox"/> Líquida completa <input type="checkbox"/> Líquida hipocalórica <input type="checkbox"/> Ayuno <input type="checkbox"/>			
SÍNTOMAS DIGESTIVOS (> dos semanas)			
DISFAGIA <input type="checkbox"/> NÁUSEAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/>			
DOLOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> ANOREXIA <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/>			
CAPACIDAD FUNCIONAL Sin disfunción <input type="checkbox"/> Con disfunción <input type="checkbox"/> Duración: Semanas			
Trabajo limitado <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Encamado <input type="checkbox"/>			
ESTRÉS METABÓLICO			
No estrés <input type="checkbox"/> Estrés bajo <input type="checkbox"/> Estrés moderado <input type="checkbox"/> Estrés alto <input type="checkbox"/>			
EXPLORACIÓN BÁSICA			
Pérdida grasa subcutánea (tríceps tórax) <input type="checkbox"/>		Masa muscular (cuadriceps, deltoides) <input type="checkbox"/>	
Edemas maleolares <input type="checkbox"/> Edema sacro <input type="checkbox"/>		Ascitis <input type="checkbox"/>	
VALORACIÓN SUBJETIVA GLOBAL			
NORMONUTRIDO <input type="checkbox"/>		DESNUTRICIÓN MODERADA <input type="checkbox"/>	
		SEVERA <input type="checkbox"/>	

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL (Mini Nutritional Assessment MNA*)

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Peso en Kg: _____ Talla en cm: _____ Altura talón-rodilla: _____

I.- ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS	III.- PARÁMETROS DIETÉTICOS
<p>1.- Índice de masa corporal IMC = peso/talla² en Kg/m² <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p> <p>2.- Circunferencia braquial (CB en cm)</p> <p>0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 <input style="float: right;" type="checkbox"/> , <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1,0 = CB > 22</p> <p>3.- Circunferencia de la pierna (CP en cm)</p> <p>0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>4.- Pérdida reciente de peso (< 3 meses)</p> <p>0 = Pérdida de peso > a 3 Kg <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg 3 = No ha habido pérdida de peso</p>	<p>11.- ¿Cuántas comidas completas realiza al día? <input style="float: right;" type="checkbox"/> (equivalente a dos platos y postre)</p> <p>0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas</p> <p>12.- ¿El paciente consume?</p> <p>-.Productos lácteos al menos 1 vez al día sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -.Huevos o legumbres 1 ó 2 veces por semana sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> -.Carne, pescado o aves diariamente sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>0,0 = Si 0 ó 1 sí 0,5 = Si 2 síes <input style="float: right;" type="checkbox"/> , <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1,0 = Si 3 síes</p> <p>13.- ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día?</p> <p>0 = no 1 = sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>14.- ¿Ha perdido al apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación, en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = Anorexia severa 1 = Anorexia moderada <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2 = Sin anorexia</p> <p>15.- ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza...)</p> <p>0,0 = Menos de 3 vasos 0,5 = De 3 a 5 vasos <input style="float: right;" type="checkbox"/> , <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1,0 = Más de 5 vasos</p> <p>16.- Forma de alimentarse</p> <p>0 = Necesita ayuda 1 = Se alimenta solo con dificultad <input style="float: right;" type="checkbox"/> 2 = Se alimenta solo sin dificultad</p>
II.- EVALUACIÓN GLOBAL	IV.- VALORACIÓN SUBJETIVA
<p>5.- ¿El paciente vive en su domicilio?</p> <p>0 = no 1 = sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>6.- ¿Toma más de 3 medicamentos por día?</p> <p>0 = no 1 = sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>7.- ¿Ha Habido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = no 1 = sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>8.- Movilidad</p> <p>0 = De la cama al sillón <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1 = Autonomía en el interior 2 = Sale del domicilio</p> <p>9.- Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = Demencia o depresión severa <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1 = Demencia o depresión moderada 2 = Sin problemas psicológicos</p> <p>10.- ¿Úlceras o lesiones cutáneas?</p> <p>0 = no 1 = sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>	<p>17.- ¿El paciente se considera a sí mismo bien nutrido? (problemas nutricionales)</p> <p>0 = Malnutrición severa <input style="float: right;" type="checkbox"/> 1 = No lo sabe o malnutrición moderada 2 = Sin problemas de nutrición</p> <p>18.- En comparación con las personas de su edad ¿cómo encuentra su estado de salud?</p> <p>0,0 = Peor <input style="float: right;" type="checkbox"/> , <input style="float: right;" type="checkbox"/> 0,5 = No lo sabe 1,0 = Igual 2,0 = Mejor</p>
<p>*Ref: Guíroz Y.,Vellas B. And Garry P.J. 1994. Mini Nutritional Assessment of elderly patients. Facts and research in Gerontology.Supplement#2: 15-59.</p>	
<p>TOTAL (máximo 30 puntos) <input style="float: right;" type="text"/> <input style="float: right;" type="text"/> , <input style="float: right;" type="text"/></p>	
<p>Estratificación: ≥ 24 puntos: estado nutricional satisfactorio 17-23,5 puntos: riesgo de malnutrición < 17 puntos: mal estado nutricional</p>	

PRUEBAS ANALÍTICAS COMPLEMENTARIAS

Para realizar una correcta evaluación del estado nutricional es preciso conocer parámetros analíticos generales dirigidos al conocimiento y control global de la patología de base que causa la desnutrición y la determinación de otros parámetros para la valoración del estado nutricional propiamente dicho.

Parámetros bioquímicos generales:

- Glucemia
- Función hepática
- Función renal
- Perfil lipídico
- Ionograma (sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio, fósforo)
- Hemograma completo: hematíes, Hb, Htco, VCM, HCM, CHCM, leucocitos, fórmula leucocitaria y plaquetas
- Proteínas totales

Parámetros nutricionales básicos:

- Proteínas plasmáticas: albúmina y prealbúmina
- Recuento de linfocitos
- Colesterol

Parámetros nutricionales específicos:

Dependiendo de la situación clínica del paciente se pueden requerir otras determinaciones como niveles plasmáticos de:

- Sideremia
- Ferritina
- Índice de saturación
- Transferrina
- Vit B12
- Ácido fólico

- Vit B1
- Vit B6
- Vit D
- Vit A
- Vit E
- Vit K (actividad de protrombina), PIVKA (Protrombina inducida por la ausencia de vitamina k) o estudio de coagulación
- Zinc
- Selenio
- Cobre

Otras determinaciones:

- PTH
- TSH
- Cortisol en plasma y en orina de 24 horas
- Urea y creatinina en orina de 24 horas
- Proteína C reactiva
- Oxaluria de 24 horas
- Grasa en heces de 24 horas

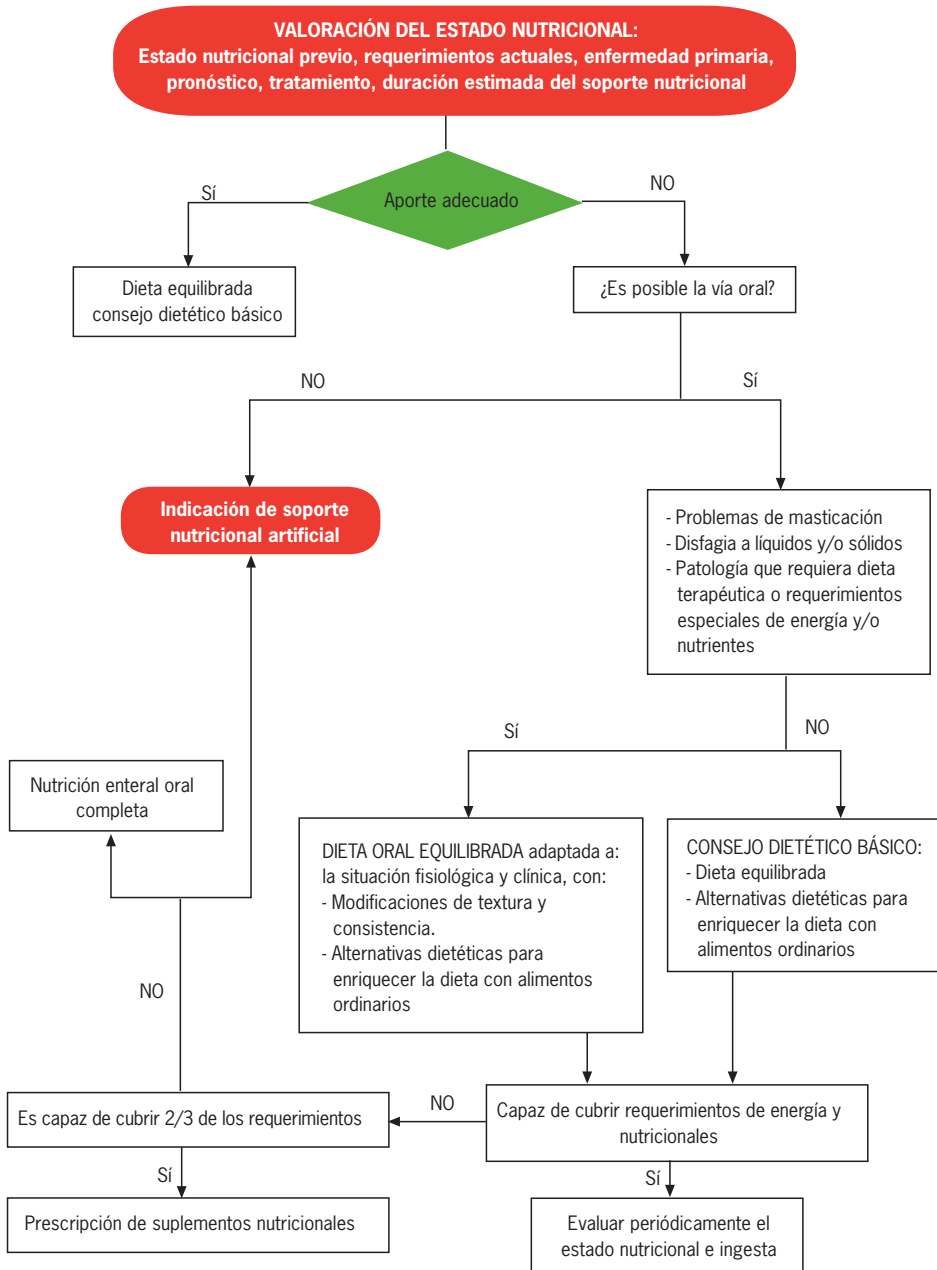
Índices pronósticos nutricionales

Permiten valorar el riesgo de complicaciones ligadas a la malnutrición, generalmente en pacientes quirúrgicos. Estos índices se basan en medidas antropométricas, marcadores bioquímicos y pruebas inmunológicas.

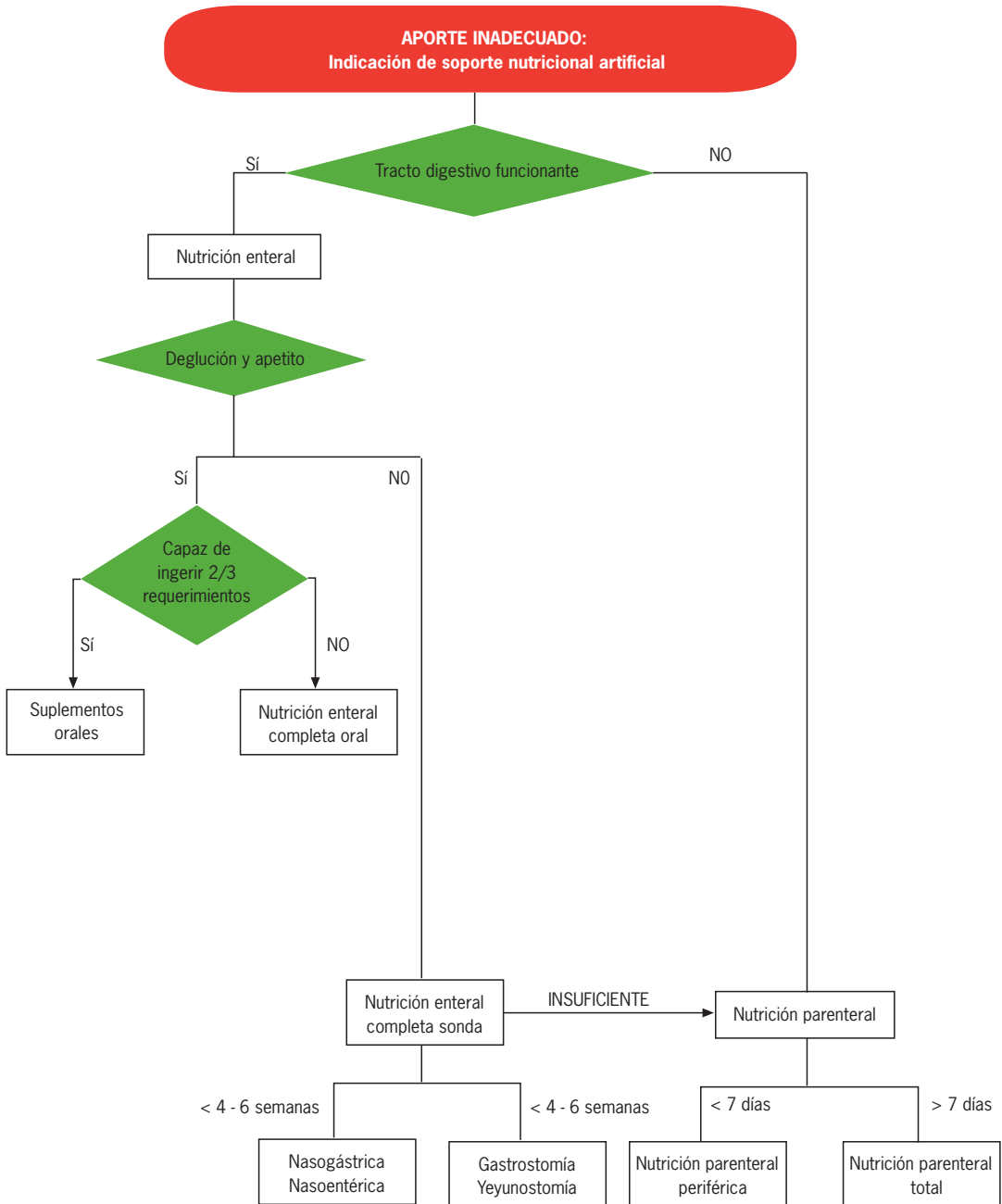
Su aplicación permite identificar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento nutricional. El más utilizado es el Índice de Riesgo Nutricional (IRN)

$$\text{IRN} = (1,519 \times \text{seroalbúmina en g/l}) + 0,417 \times (\text{peso actual/peso habitual}) \times 100$$

ALGORITMO SOBRE INDICACIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL



ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN NUTRICIÓN ARTIFICIAL



CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS NUTRICIONALES

El diagnóstico de desnutrición, su comorbilidad, mortalidad asociada y el procedimiento terapéutico utilizado para revertirla, implican gran complejidad en los ingresos y un coste económico para los centros hospitalarios que, en ocasiones, no es bien gestionado ya que no se recoge ni codifica en los informes.

Con el objetivo de mejorar la codificación de la desnutrición hospitalaria, deberá adjuntarse al INFORME DE ALTA que se envía al Servicio de documentación una hoja con el diagnóstico nutricional y los procedimientos nutricionales seguidos para que sea valorada por el codificador.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

- 260. Kwasiorkor:** Edema nutritivo con despigmentación de la piel y del pelo
- 261. Marasmo nutritivo:** Atrofia nutritiva. Carencia calórica grave. Definida por pérdida de peso >20% y < 80% peso ideal con valores normales de albúmina
- 262. Otras desnutriciones proteico-calóricas graves:** Edema nutritivo sin mención de despigmentación de piel y pelo. Definida por pérdida de peso >15% y valores de albúmina < 2 gr/dl
- 263. Otras formas de malnutrición energético-proteica no especificada**
- 263.0. Desnutrición grado moderado.** Definida por pérdida de peso del 10-15% y valores de albúmina entre 2 y 2,5 gr/dl
- 263.1. Desnutrición de grado leve.** Definida por pérdida de peso < 10% y valores de albúmina entre 2,5 y 3,5 gr/dl
- 263.2. Detención del desarrollo consecutivo a desnutrición proteico-calórica**
Enanismo nutritivo
Retraso físico por desnutrición
- 263.8. Otras desnutriciones proteico-calóricas:** La enfermedad de base o el sometimiento a procedimientos diagnósticos o intervenciones terapéuticas condicionan la desnutrición y precisan de procedimientos de soporte nutricional como la nutrición enteral y parenteral para su manejo clínico
- 263.9. Desnutrición proteico-calórica no especificada**
Distrofia por desnutrición
Desnutrición calórica NEOM. Excluye carencia nutritiva NEOM (269.9)+
- 579.3. Otras definiciones de absorción postoperatoria no especificada.** Desnutrición e hipoglucemia después de cirugía gastrointestinal

PROCEDIMIENTO NUTRICIONAL

99.15. Nutrición parenteral total o periférica

96.6. Nutrición enteral administrada por sonda nasogástrica, a través de gastrostomía o yeyunostomía, o por vía oral tanto como dieta completa o como suplemento si es mayor de 1000 Kcal/día

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El siguiente plan de cuidados ha sido elaborado pensando en los problemas que con más frecuencia presentan los pacientes incluidos en el proceso de nutrición clínica y dietética. Se ha desarrollado al completo, hemos seleccionado criterios de resultados, indicadores para estos criterios, intervenciones y actividades.

Todo ello debe entenderse como una propuesta de trabajo de la que partir, cada enfermera deberá adaptar el plan a cada paciente y cuidador utilizando todo o parte del plan sugerido y completarlo con sus propias aportaciones.

La valoración se presenta siguiendo el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson y el de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y están focalizadas para pacientes incluidos exclusivamente en el Proceso de Nutrición. Hemos seleccionado aquellos ítems imprescindibles para valorar este tipo de pacientes, sin olvidar que se trata de una propuesta que puede ser ampliada por cada profesional según su criterio.

Las enfermeras abordan de forma diferente los problemas de salud dependiendo del nivel de atención en el que se encuentran. Por ello hemos creído conveniente especificar en qué situaciones se aconseja tratar como diagnóstico enfermero el problema de salud que presenta el paciente. Para ello nos basamos en la interpretación que realiza M^a Teresa Luis Rodrigo del modelo de Virginia Henderson, actualmente el más utilizado por las enfermeras del Servicio Andaluz de Salud. Dependiendo del nivel de atención, algunos de estos problemas se deben abordar como problemas de colaboración.

Hemos seleccionado intervenciones y actividades orientadas hacia los cuidadores puesto que asumen la responsabilidad de los cuidados domiciliarios cuando el estado del paciente lo permite.

En la elaboración del Plan de Cuidados han participado enfermeras comunitarias y hospitalarias de enlace y enfermeras de Atención Especializada. Con este consenso se pretende garantizar la continuidad asistencial y la coordinación interniveles.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Valoración mínima específica de enfermería

Hemos realizado una valoración focalizada en aspectos relacionados o que pueden influir en la alimentación, por ello hay necesidades que no se han especificado.

- 5 Edemas
- 9 Depresión de reflejos de náuseas y tos
- 11 Frecuencia cardíaca
- 12 Tensión arterial
- 14 Alimentación / Nutrición

- 15 Necesidad de ayuda para alimentarse
- 16 Problemas de dentición
- 17 Problemas de la mucosa oral
- 18 Sigue algún tipo de dieta
- 19 Total de consumo de líquidos diarios (1 vaso = 250 cc)
- 20 Enumera lo que comes en un día
- 21 Apetito
- 22 Náuseas
- 23 Vómitos
- 24 Expresa insatisfacción con su peso
- 145 Peso
- 146 Talla
- 147 IMC
- 25 Incapacidad realizar por sí mismo actividades de uso del WC
- 26 Número y frecuencia de deposiciones
- 27 Incontinencia fecal
- 28 Tipo de heces
- 29 Presencia en heces de...
- 30 Cambios en hábitos intestinales
- 31 Ayuda para la defecación
- 34 Gases
- 35 Síntomas urinarios
- 36 Sondas urinarias
- 37 Problemas en la menstruación
- 38 Otras pérdidas de líquido
- 39,3 Encamado
- 40 Nivel funcional para la actividad/ movilidad
- 41 Actividad física habitual
- 42 Pérdida de fuerza
- 43 Inestabilidad en la marcha
- 47 Ayuda para dormir...
- 48 Nivel de energía durante el día...
- 49 Estímulos ambientales nocivos
- 52 Temperatura
- 56 Estado de piel y mucosas
- 57 Valoración de pies
- 150 Higiene general
- 58 Presencia de alergias...
- 60 Nivel de conciencia...
- 61 Nivel de orientación...
- 62 Dolor...
- 68 No sigue el plan terapéutico
- 68,3 Se automedica
- 72 El hogar no presenta condiciones de habitabilidad
- 74 Alteraciones sensorceptivas...

- 75 Dificultad en la comunicación
- 77 Su cuidador principal es...
- 78 Su cuidador no proporciona apoyo, consuelo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo
- 80 Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas de cuidador
- 82 Problemas familiares
- 83 Manifiesta carencia afectiva
- 85 Embarazos
- 93 Es religioso
- 95 Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales
- 97 No se adapta usted a esos cambios
- 98 Describa su estado de salud...
- 99 No da importancia a su salud
- 100 No acepta su estado de salud
- 101 No participa en aspectos relacionados con su enfermedad
- 103 Expresa desagrado con su imagen corporal
- 105 Temor expreso
- 106 Problemas emocionales...
- 108 No conoce los recursos disponibles de la comunidad
- 115 Nivel de escolarización...
- 116 Presenta dificultad para el aprendizaje
- 117 Pérdidas de memoria
- 118 Tiene falta de información sobre su salud...

Cuestionarios de apoyo a la valoración enfermera

Proponemos utilizar los siguientes cuestionarios en cada patrón.

Patrón 02: NUTRICIONAL – METABÓLICO

Escala de Norton

Escala de Braden

Patrón 04: ACTIVIDAD – EJERCICIO

Índice de Barthel

Escala de Lawton y Brody

Patrón 06: COGNITIVO – PERCEPTIVO

Test de Pfeiffer

Test de Isaacs

Patrón 07: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

Escala de Goldberg

Test de Yesavage

Patrón 08: ROL – RELACIONES

Cuestionario de Zarit

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	RESULTADOS ENFERMERÍA (C.R.E) E INDICADORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (C.I.E)	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
<p>00001.- Desequilibrio nutricional: por exceso</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta en aquellas circunstancias en las que la obesidad se deba a un desajuste de la dieta y sea posible reducir el peso controlando la ingesta y modificando la pauta de ejercicios</p>	<p>1612.- Control de peso</p> <p>01. Supervisa el peso corporal 02. Mantiene una ingesta calórica diaria óptima 03. Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica 07. Mantiene un patrón alimentario recomendado</p> <p>1008.- Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos</p> <p>01. Ingesta alimentaria oral 04. Ingesta hídrica</p> <p>1009.- Estado nutricional: ingesta de nutrientes</p> <p>01. Ingesta calórica 02. Ingesta proteica 03. Ingesta de grasas 04. Ingesta de hidratos de carbono 09. Ingesta de micronutrientes</p> <p>1802.- Conocimiento: dieta</p> <p>01. Descripción de la dieta recomendada 02. Explicación del fundamento de la dieta recomendada 04. Establecimiento de objetivos para la dieta 08. Interpretación de las etiquetas alimentarias 12. Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios</p>	<p>1100.- Manejo de la nutrición</p> <p>1120.- Terapia nutricional</p> <p>5614.- Enseñanza: dieta prescrita</p> <p>1280.- Ayuda para disminuir el peso</p> <p>0200.- Fomento del ejercicio</p> <p>4360.- Modificación de la conducta</p> <p>8100.- Derivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente y su deseo/ motivación para reducir el peso - Establecer unas metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de conductas alimenticias y pérdida de peso - Control semanal del peso - Si procede, desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada pero baja en grasas y calorías - Conocer los gustos y aversiones alimenticios del paciente así como su estilo de vida para individualizar la dieta - Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada - Planificar un programa de ejercicios - Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares y los esfuerzos realizados - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación a otro profesional
<p>00002.- Desequilibrio nutricional: por defecto</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta únicamente en los casos en los que sea posible recuperar una correcta nutrición aumentando o modificando la ingesta oral</p>	<p>1612.- Control de peso</p> <p>01. Supervisa el peso corporal 02. Mantiene una ingesta calórica diaria óptima 05. Utiliza complementos nutricionales cuando es necesario</p> <p>1008.- Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos</p> <p>01. Ingesta alimentaria oral 02. Ingesta alimentaria por sonda 04. Ingesta hídrica</p> <p>1009.- Estado nutricional: ingesta de nutrientes</p> <p>01. Ingesta calórica 02. Ingesta proteica</p>	<p>1100.- Manejo de la nutrición</p> <p>1120.- Terapia nutricional</p> <p>1240.- Ayuda para ganar peso</p> <p>5614.- Enseñanza: dieta prescrita</p> <p>1056.- Alimentación enteral por sonda</p> <p>1874.- Cuidados de la sonda gastrointestinal</p> <p>8100.- Derivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar las posibles causas del bajo peso y los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer - Fomentar y enseñar el aumento de ingesta de calorías, controlando el consumo diario - Control del peso si la situación del paciente lo permite - Considerar las preferencias alimenticias del paciente para poder seleccionar a su gusto los alimentos de mayor valor calórico - Proporcionar alimentos adecuados y asequibles económicamente al paciente: dieta general, de fácil masticación - Crear un ambiente relajado y agradable antes de las comidas

	<p>03. Ingesta de grasas 04. Ingesta de hidratos de carbono 09. Ingesta de micronutrientes</p> <p>1802.- Conocimiento: dieta</p> <p>01. Descripción de la dieta recomendada 02. Explicación del fundamento de la dieta recomendada 04. Establecimiento de objetivos para la dieta 12. Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios</p> <p>2403.- Función sensitiva: gusto y olfato</p> <p>09. Alteración del gusto 10. Alteración del olfato</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente y a la familia una planificación adecuada de comidas - Enseñar al paciente y cuidador nociones básicas de nutrición enteral en relación a formas de administración - Valorar la necesidad de suplementos nutricionales - Valorar la necesidad de alimentación por SNG - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación a otro profesional
<p>00011.- Estreñimiento</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta cuando se pueda mejorar la evacuación intestinal modificando los hábitos higiénico-dietéticos</p>	<p>0501.- Eliminación intestinal</p> <p>01. Patrón de eliminación en el rango esperado 13. Control de la eliminación de las heces 24. Ingesta de líquidos adecuada 25. Ingesta de fibra adecuada 26. Cantidad de ejercicio adecuada</p>	<p>0440.- Entrenamiento intestinal</p> <p>0450.- Manejo del estreñimiento/ impactación</p> <p>8100.- Derivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar dieta y establecer volumen de líquidos y fibras adecuado - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento - Pedir al paciente/ cuidador registro de frecuencia, consistencia, volumen y color de las heces - Identificar los factores que pueden ser causa o que contribuyan al estreñimiento - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, salvo contraindicaciones - Explicar la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento - Instruir al paciente/cuidador acerca del uso correcto de medicamentos (explicar efectos adversos del uso continuado de laxantes) - Fomentar ejercicios de movilización activa/pasiva, salvo contraindicación - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación a otro profesional

<p>00015.- Riesgo de estreñimiento</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona o cuidador que puedan ser modificadas, o en factores externos sobre los que sea posible actuar</p>	<p>0501.- Eliminación intestinal</p> <p>01. Patrón de eliminación en el rango esperado 13. Control de la eliminación de las heces 24. Ingesta de líquidos adecuada 25. Ingesta de fibra adecuada 26. Cantidad de ejercicio adecuada</p>	<p>0440.- Entrenamiento intestinal</p> <p>0450.- Manejo del estreñimiento/impactación</p> <p>8100.- Derivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar dieta y establecer volumen de líquidos y fibras adecuado - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento - Pedir al paciente/cuidador registro de frecuencia, consistencia, volumen y color de las heces - Identificar los factores que pueden ser causa o que contribuyan al estreñimiento - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, salvo contraindicaciones - Explicar la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento - Instruir al paciente/ cuidador acerca del uso correcto de medicamentos (explicar efectos adversos del uso continuado de laxantes) - Fomentar ejercicios de movilización activa/ pasiva, salvo contraindicación - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación a otro profesional
<p>00025.- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona o cuidador que puedan ser modificadas, o en factores externos sobre los que sea posible actuar</p>	<p>0602.- Hidratación</p> <p>01. Hidratación cutánea 02. Membranas mucosas húmedas 05. Ausencia de sed anómala</p>	<p>4120.- Manejo de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar factores de riesgo de desequilibrio en el volumen de líquidos - Vigilar el peso - Realizar un registro preciso y control de ingresos y egresos - Vigilar el estado de hidratación

<p>00039.- Riesgo de aspiración</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona o cuidador que puedan ser modificadas, o en factores externos sobre los que sea posible actuar</p>	<p>1918.- Control de la aspiración</p> <p>01. Identifica factores de riesgo 02. Evita factores de riesgo 03. Se incorpora para comer o beber 04. Selecciona comida según su capacidad deglutoria 05. Se coloca de lado para comer y beber</p>	<p>3200.- Precauciones para evitar la aspiración</p> <p>1860.- Terapia de deglución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener permanentemente al paciente sentado o con elevación de la cabecera de la cama - Colocar la cabecera de la cama elevada durante la administración de la dieta y hasta una hora después de la ingesta - Valorar el nivel de conciencia, reflejos tusígenos y capacidad deglutiva - Dar la alimentación en pequeñas cantidades y espesar los líquidos si fuera necesario - Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución - En caso de alimentación por sonda ver anexos de instrucciones domiciliarias y anexo de terapias de deglución
<p>00046.- Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta cuando la conducta de la persona o cuidador favorezca la persistencia de los factores causantes o coadyuvantes a la lesión cutánea o cuando haya factores externos sobre los que sea posible incidir</p>	<p>1103.- Curación de la herida por segunda intención</p> <p>01. Granulación 02. Epitelización 06. Resolución de la secreción serosanguinolenta 09. Resolución de la piel alterada circundante 10. Resolución de las ampollas cutáneas 12. Resolución de la necrosis 17. Resolución del olor de la herida 18. Resolución del tamaño de la herida</p>	<p>3500.- Manejo de presiones</p> <p>3520.- Cuidados de las úlceras por presión (UPP)</p> <p>3584.- Cuidados de la piel: tratamientos tópicos</p> <p>3590.- Vigilancia de la piel</p> <p>3660.- Cuidados de las heridas</p> <p>8100.- Derivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la cura local de las UPP según guía de práctica clínica - Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante - Asegurar una nutrición adecuada - Valorar la necesidad de suplementos nutricionales - Vigilar y evitar fuentes de presión y fricción - Aconsejar y adiestrar a los cuidadores en los cambios posturales y uso de dispositivos de alivio de presión - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación a otro profesional
<p>00047.- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona o cuidador que puedan ser modificadas, o en factores externos sobre los que sea posible actuar</p>	<p>1101.- Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>04. Hidratación en el rango esperado 07. Coloración en el rango esperado 10. Ausencia de lesión tisular</p> <p>1004.- Estado nutricional:</p> <p>01. Ingesta de nutrientes 02. Ingesta alimentaria y de líquidos 04. Masa corporal</p> <p>0204.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</p> <p>01. Úlceras por presión 11. Disminución de la fuerza muscular</p>	<p>3500.- Manejo de presiones</p> <p>3540.- Prevención de UPP</p> <p>3584.- Cuidados de la piel: tratamientos tópicos</p> <p>3590.- Vigilancia de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida (Braden/ Norton) - Evitar la humedad excesiva en la piel - Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión - Asegurar una nutrición adecuada - Valorar la necesidad de suplementos nutricionales - Vigilar y evitar fuentes de presión y fricción - Aconsejar y adiestrar a los cuidadores en los cambios posturales y uso de dispositivos de alivio de presión

	<p>14. Alteración del movimiento articular</p> <p>0502.- Continencia urinaria</p> <p>12. Ropa interior seca durante el día</p> <p>13. Ropa interior o de la cama seca durante la noche</p>		
<p>00108.- Déficit de autocuidado: baño/higiene</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta cuando sea posible ayudar a la persona a desarrollar nuevas habilidades para reducir o compensar el déficit</p>	<p>0305.- Cuidados personales: higiene</p> <p>05. Mantiene la nariz limpia</p> <p>06. Mantiene la higiene bucal</p>	<p>1710.- Mantenimiento de la salud bucal</p> <p>3500.- Manejo de presiones</p> <p>1800.- Ayuda al autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una rutina de cuidados bucales - Aplicar lubricante para humedecer labios y mucosa oral si es necesario - Abstenerse de aplicar presión sobre las fosas nasales con la SNG - Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad en la piel y/o mucosas - Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes - Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia - Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada
<p>0102.- Déficit de autocuidado: alimentación</p> <p>Se aconseja usar esta etiqueta cuando sea posible ayudar a la persona a desarrollar nuevas habilidades para reducir o compensar el déficit</p>	<p>0303.- Cuidados personales: comer</p> <p>01. Prepara la comida</p> <p>03. Maneja utensilios</p> <p>10. Coloca la comida en la boca</p> <p>12. Mastica la comida</p> <p>13. Deglute la comida</p> <p>14. Finaliza la comida</p>	<p>1803.- Ayuda de autocuidados: alimentación</p> <p>1860.- Terapia de deglución</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la dieta prescrita - Crear un ambiente agradable durante la comida y mantener la intimidad - Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo si fuera necesario (comida en bandeja, utensilios de asas largas, pajita para beber, etc.) - Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas si procede - Colocar al paciente en una posición cómoda - Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución - Explicar fundamento del régimen de deglución al paciente/cuidador

<p>00126.- Conocimientos deficientes: nutrición</p> <p>Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando las nuevas experiencias o los cambios en el estilo de vida o de salud requieran que la persona y cuidadores adquieran conocimientos amplios y estructurados con la finalidad de manejar con competencia la situación nutricional</p>	<p>1802.- Conocimiento: dieta</p> <p>01. Descripción de la dieta recomendada 15. Descripción de las posibles interacciones de los medicamentos con la comida</p> <p>1813.- Conocimiento: régimen terapéutico</p> <p>02. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual 09. Descripción de los procedimientos prescritos 13. Selección de comidas recomendadas en la dieta</p>	<p>5606.- Enseñanza: individual</p> <p>5614.- Enseñanza: dieta prescrita</p> <p>5612.- Enseñanza: actividad/ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las necesidades de enseñanza del paciente - Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender si procede - Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente - Conocer los sentimientos y actitud del paciente/cuidador acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado - Explicar la dieta: fundamento y propósito - Informar al paciente sobre posibles interacciones fármacos-comida - Remitir al paciente a la UNCYD, si es preciso - Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio
<p>00149.- Temor al cambio en la situación de salud</p> <p>Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando la persona puede identificar claramente la amenaza o la fuente del temor que experimenta</p>	<p>01302.- Superación de problemas</p> <p>03. Verbaliza sensación de control 05. Verbaliza aceptación de la situación 06. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento 07. Modifica el estilo de vida cuando se requiere 12. Utiliza estrategias de superación efectivas 15. Busca ayuda profesional de forma apropiada</p>	<p>5230.- Aumentar el afrontamiento</p> <p>5380.- Potenciación de la seguridad</p> <p>4920.- Escucha activa</p> <p>5880.- Técnica de relajación</p> <p>8100.- Derivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad y crear un ambiente que inspire confianza - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico - Escuchar con atención y tratar de comprender la perspectiva del paciente - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación - Realizar una evaluación continua para determinar la necesidad de la derivación a otro profesional

CLASIFICACIÓN DE LAS FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL

Los criterios seguidos para clasificar las fórmulas enterales son la composición y la utilización que con ellas se haga:

COMPOSICIÓN:

Aporte completo o no de nutrientes

- Dietas nutricionalmente completas
- Módulos nutricionales
- Suplementos

Forma en que se aportan las proteínas

- Poliméricas: Proteínas enteras o péptidos grandes
- Oligomonoméricas: Péptidos pequeños o aminoácidos libres

Porcentaje proteico

- Normoproteicas: <18% del VCT
- Hiperproteicas: >18% VCT

Densidad calórica

- Hipocalóricas: < 1 kilocaloría/ml
- Isocalóricas: 1 kilocaloría/ml
- Hipercalóricas: > 1 kilocaloría/ml

Contenido y tipo de fibra

- Sin fibra
- Con fibra: fermentable, no fermentable y mezcla

Osmolalidad/osmolaridad mOsm/kg mOsm/l

- Isotónicas: 350 mOsm/kg (300 mOsm/l)
- Moderadamente hipertónicas: 350 a 550 mOsm/kg (300 a 400 mOsm/l)
- Hipertónicas: > 550 mOsm/kg

UTILIZACIÓN:

General: Fórmulas con características variables de composición diseñadas para cubrir las necesidades nutricionales de la mayoría de los pacientes.

Específica: Fórmulas diseñadas para una determinada patología y que pretenden no sólo actuar como fuente alimenticia sino modificar el curso evolutivo y/o pronóstico de la enfermedad.

I. DIETAS NUTRICIONALMENTE COMPLETAS

1. Fórmulas de uso general

1.1 Fórmulas poliméricas. En ellas las proteínas se encuentran en su forma molecular intacta. Se clasifican en normoproteicas e hiperproteicas y su utilización requiere intestino funcionante, capacidad digestiva adecuada y absorción suficiente. Son las más utilizadas en la clínica y se presentan con fibra y sin fibra.

Pueden ser:

- Hipocalóricas
- Normocalóricas
- Hipercaleóricas

1.1.1. Fórmulas poliméricas normoproteicas

Porcentaje proteico	11 a 18 (%)		
Densidad calórica (kcal/ml)	Hipocalórica < 1	Isocalórica 1 a 1,4	Hipercaleórica ≥ 1,5
Kcal no proteicas / gN ₂	> 120		
Fuente proteica	Caseína, lactoalbúmina, soja, mezcla de ellas		
Fuente hidrocarbonada	Polímeros de glucosa, mono-disacáridos		
Fuente lipídica	LCT y/o MCT		
Contenido en fibra	Con fibra o sin fibra		
Tipo de fibra	Fermentable / no fermentable / mezcla		
Osmolalidad (mOsm/l)	140 a 250	250 a 400	300 a 500
Presentación	Líquido o polvo Botella, lata o envase flexible		
Uso	Oral (saborizadas) y sonda (neutras)		

1.1.2. Fórmulas poliméricas hiperproteicas

Porcentaje proteico	>18 (%)		
Densidad calórica (kcal/ml)	Hipocalórica < 1	Isocalórica 1 a 1,4	Hipercaleórica ≥ 1,5
Kcal no proteicas / gN ₂	75 a 120		
Fuente proteica	Caseína, lactoalbúmina, soja, mezcla de ellas		
Fuente hidrocarbonada	Polímeros de glucosa, mono-disacáridos		
Fuente lipídica	LCT y/o MCT		
Contenido en fibra	Con fibra o sin fibra		
Tipo de fibra	Fermentable / no fermentable / mezcla		
Osmolalidad (mOsm/l)	140 a 250	250 a 400	300 a 500
Presentación	Líquido o polvo Botella, lata o envase flexible		
Uso	Oral (saborizadas) y sonda (neutras)		

1.2. Fórmulas oligomonoméricas. En ellas las proteínas se encuentran en forma hidrolizada y/o como aminoácidos libres. Se clasifican en fórmulas peptídicas normoproteicas o hiperproteicas y en fórmulas monoméricas. Su utilización requiere capacidad de digestión y absorción muy limitadas. Su uso en clínica es muy restringido y se presentan con fibra y sin fibra.

Pueden ser:

- Hipocalóricas
- Normocalóricas
- Hipercaleóricas

1.2.1. Fórmulas peptídicas

Aportan péptidos de 2 a 6 aminoácidos y en algunos casos pequeñas cantidades de aminoácidos libres, obtenidos en la mayoría de los casos por hidrólisis de lactoalbúmina.

Según las recomendaciones actuales, y de una forma estricta, deben utilizarse en pacientes que no toleran las dietas poliméricas por estar muy mermada la capacidad de absorción intestinal (enteritis actínica), en la pancreatitis aguda, y en las primeras fases de nutrición enteral del intestino corto. En el resto de las situaciones clínicas pueden administrarse, de una forma segura, fórmulas poliméricas.

1.2.2. Fórmulas monoméricas

Su única fuente de nitrógeno son los aminoácidos libres, sintéticos o bien obtenidos por hidrólisis enzimática de proteínas enteras. A pesar de lo que se creía en un principio, la absorción intestinal de los aminoácidos libres es más lenta y costosa que la absorción de los dipéptidos o tripéptidos, y la tolerancia gastrointestinal es peor que con las fórmulas peptídicas o las poliméricas.

2. Fórmulas específicas

Se consideran especiales por haber sido diseñadas específicamente para una determinada patología y pretenden no sólo actuar como fuente alimenticia sino también modificar el curso evolutivo y pronóstico de la enfermedad para la que han sido diseñadas.

Son fórmulas poliméricas u oligomonoméricas que se apartan de la composición habitual del resto de las fórmulas de nutrición enteral, bien por alteración de la cualidad o la cantidad de algún macro o micronutriente o bien mediante adición de nutrientes especiales.

Actualmente existen fórmulas específicas para:

- Insuficiencia renal
- Hiperglucemia y diabetes mellitus
- Hepatopatía
- Insuficiencia respiratoria
- Situaciones de estrés
- Úlceras por presión
- Paciente neoplásico

II. MÓDULOS NUTRICIONALES

Constituidos por nutrientes aislados. Permiten una prescripción individualizada.

Pueden ser:

- Proteicos: proteína entera, péptidos o aminoácidos libres
- Hidratos de carbono: polisacáridos u oligosacáridos
- Lípidos: LCT, MCT
- Fibra
- Vitaminas y minerales

III. SUPLEMENTOS

Son preparados para usos nutricionales específicos, completos o no en cuanto a su composición, que complementan una dieta oral insuficiente.

Con la evidencia actual, los suplementos nutricionales sólo parecen tener un probable efecto beneficioso en aquellos pacientes que presentan riesgo de desnutrición moderado o alto.

Toda prescripción de suplementos nutricionales debe ir siempre precedida de una evaluación correcta del estado nutricional. Los criterios para una prescripción apropiada de los suplementos nutricionales son:

- Ingesta oral insuficiente.
- Que el paciente haya recibido consejos dietéticos, presente alteraciones en la deglución, capacidad de absorción alterada o circunstancias sociales que hagan difícil la modificación dietética.

Diferenciamos según tipo de nutrientes, patología específica y presentación:

Según el tipo de nutrientes:

- Energéticos o hipercalóricos: densidad calórica $\geq 1,5$ kcal/ml
- Hiperproteicos: aporte de proteínas $\geq 18\%$ VCT
- Mixtos: hipercalóricos e hiperproteicos
- Con o sin fibra

Según la patología específica:

- Diabetes
- Malabsorción de grasas
- Úlceras por decúbito

Según la presentación:

- Sabor: dulce, salado
- Consistencia: polvo, líquido, semisólido (pudding, natillas) y barritas
- Envase: brik, botella de cristal, lata, tarrinas

ELABORACIÓN Y CONTROL DE LAS UNIDADES DE NUTRICIÓN PARENTERAL

CUIDADOS EN LA ELABORACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL

En la elaboración de la nutrición parenteral es preciso contar con la infraestructura física, medios materiales, sistema informatizado y recursos humanos necesarios. Se requiere de un área aséptica separada de cualquier otra zona con cabina de flujo laminar horizontal y el establecimiento de procedimientos normalizados de trabajo, mediante protocolos elaborados por la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética en colaboración y el Servicio de farmacia del hospital.

Normas de elaboración

- Preparación diaria en la cabina de flujo laminar horizontal
- Personal convenientemente adiestrado
- Preparación de una batea con las soluciones a utilizar en cada nutrición, donde se incluirá la hoja de elaboración y la etiqueta para la bolsa a fin de evitar errores
- Se emplearán preferentemente bolsas EVA, debido a que permiten mayor estabilidad de la mezcla y mantener una concentración de los componentes de la mezcla y medicamentos incorporados
- El cálculo del volumen de nutrientes se realizará en base al aporte calórico/proteico que se precise y de las concentraciones necesarias de iones mono y divalentes
- Se establecerá un orden de llenado de la bolsa, pudiendo realizarse por distintos métodos como gravedad, bajo presión con atmósfera de nitrógeno o al vacío
- Se controlarán las incompatibilidades y estabilidad de los nutrientes y medicamentos

Terminada la elaboración de la bolsa, se colocará la etiqueta correspondiente, en la que constarán la fecha de caducidad, los datos de filiación del paciente y la composición de la fórmula preparada.

Normas de conservación

Las unidades nutrientes deben protegerse de la luz durante todo el periodo de conservación y administración y se mantendrán en nevera entre 4 a 8 °C. La caducidad se estima de 5 días excepto bolsas prefabricadas.

Se administrarán después de dos horas a temperatura ambiente, aunque este tiempo puede variar en el caso de que lleve incorporado medicamentos.

Controles de las unidades de nutrientes

Físicos: Se vigilará la presencia de cambios de color, precipitación, partículas visibles, turbidez, floculación o coalescencia de la emulsión lipídica, cambios de pH y osmolaridad.

Bacteriológicos: El Servicio de microbiología tomará muestras aleatorias semanalmente y al menos mensualmente se realizarán controles de esterilidad de la cabina de flujo.

Químicos: La estabilidad química de los componentes de la mezcla requiere de técnicas específicas para ellos.

NUTRICIÓN ENTERAL, INDICACIONES Y SEGUIMIENTO

La nutrición enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional por la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo en pacientes cuyos requerimientos de nutrientes no son cubiertos adecuadamente, actuando sobre la prevención de la malnutrición y la corrección de ésta cuando ya existe.

Indicaciones generales

Está indicada en aquellos pacientes que no pueden o no deben alcanzar unos requerimientos adecuados mediante la ingesta oral y mantienen un tracto gastrointestinal funcional y accesible.

Contraindicaciones

Cuando el tracto gastrointestinal no sea funcional ni accesible o se requiera mantener en reposo:

- Peritonitis difusa
- Ileo paralítico
- Vómitos incoercibles
- Hemorragia digestiva aguda
- Isquemia gastrointestinal
- Shock séptico o hipovolémico
- Fístulas entéricas de débito alto
- Perforación intestinal

Vías de acceso

La selección de la vía de acceso depende de la duración estimada del soporte nutricional y del funcionamiento de los distintos tramos del tubo digestivo. Puede hacerse a través de:

Vía oral

La administración se realiza a través de la boca. Este tipo de alimentación requiere la colaboración del paciente ya que precisa de su voluntad para nutrirse. Necesita pacientes estables, con reflejos de deglución conservados y que cooperen con todas las indicaciones que puedan recibir. Se utilizarán preparados que tengan olor y sabor agradables. Se utilizará para nutrición completa o bien para suplemento alimenticio si la ingesta es insuficiente.

Por sondas

La introducción de nutrientes en el organismo es independiente de la voluntad del paciente. Puede realizarse a través de:

- Sonda nasogástrica
- Sonda nasoduodenal
- Sonda nasoyeyunal
- Sonda nasogástrico-yeyunal, de doble luz, una de ellas termina en el estómago y la otra en el yeyuno, que permite simultanear la aspiración y descompresión gástrica con la nutrición a nivel intestinal.

Mediante la colocación quirúrgica, radiológica o endoscópica de una sonda para la nutrición o descompresión. Está indicada cuando se prevé un tiempo de administración de la NE superior a 4 ó 6 semanas, especialmente en nutrición enteral domiciliaria o cuando no se hallen disponibles o sea dificultoso mantener las vías nasoentéricas.

Cuidados y seguimiento de la nutrición enteral

El seguimiento de la NE tiene por objetivos evaluar la eficacia nutricional de la prescripción, detectar las posibles alteraciones mecánicas y químicas originadas por el material y las técnicas empleadas y resolver las complicaciones producidas tanto por la propia nutrición artificial como por la malnutrición energética y proteica que suelen presentar estos pacientes. Incluye controles diarios del estado nutricional y de la evolución clínica del paciente.

Los cuidados de enfermería imprescindibles en el paciente con NE son:

Selección y utilización del material

- Selección de una sonda de poliuretano de calibre adecuado (8 –14fr).
- Comprobación de la correcta posición de la sonda mediante radiografía (en su defecto por al menos dos técnicas indirectas) antes de iniciar la nutrición enteral y antes de cada toma de alimentación.
- Movilización y fijación de la sonda.
- Comprobación de la velocidad correcta de administración.
- Limpieza de la sonda con agua templada antes y después de cada toma de alimentación, de la medicación, después de la aspiración de residuos gástricos y cada 6 horas en casos de administración continua.
- Cambio de los sistemas de infusión según las indicaciones del médico.

Cuidados de piel y mucosas

- Prevención de lesiones por presión y limpieza de escaras a nivel de orificios nasales, boca y ostomías de alimentación.

Prevención de broncoaspiración

- El paciente estará sentado o incorporado a más de 30 grados mientras recibe la NE y como mínimo 30 minutos después de finalizada ésta.
- En los pacientes con riesgo se administrará la dieta en infusión continua con bomba de infusión.

- Se aspirará el contenido gástrico, al menos inicialmente, antes de la primera toma del día y cada 6 a 8 horas.
- Si el aspirado gástrico es mayor de 150 ml, se suspenderá la infusión y se volverá a comprobar después de una hora sin alimentación. Si el contenido gástrico ha disminuido se reanudará la nutrición a la mitad del ritmo prescrito. Si el aspirado gástrico sigue siendo mayor de 150 ml se suspenderá la nutrición y se avisará al médico para que valore la actuación a seguir según las características del paciente.
- Si la toma queda retrasada por cualquier motivo, no se aumentará la velocidad de infusión.

Controles

- Controles habituales del enfermo hospitalizado.
- Peso al menos una vez por semana.
- Aporte real suministrado de la dieta.
- Aporte de líquidos totales por sonda (u otras vías enterales), vía parenteral (sueros, medicación).
- Diuresis diaria, al menos al inicio.
- Deposiciones (número, tipo, volumen).
- Vómitos (número, tipo, volumen).
- Cuantificación de otras pérdidas: drenajes, fistulas.
- Control del residuo gástrico.
- Existencia de dolor o distensión abdominal.
- Existencia de edemas o signos de deshidratación.

La valoración del estado nutricional se llevará a cabo por el personal de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Se realizará al comienzo del tratamiento para determinar si existe malnutrición energético-proteica y el grado de la misma. Se repetirá con una periodicidad variable, en función de los resultados iniciales obtenidos y de la evolución clínica del paciente.

En el seguimiento médico del paciente con NE es especialmente importante la valoración clínica de los siguientes aspectos:

Estado de hidratación

- Diuresis, balance hídrico, sed, sequedad de piel y mucosas, edemas.

Factores que modifican las necesidades de agua y nutrientes

- Complicaciones cardíacas, insuficiencia renal, fiebre, infección, pérdidas digestivas (diarrea, vómitos, fistulas), pérdidas extradigestivas (drenaje pleural, exudado por ulceraciones cutáneas extensas, quemaduras, etc.).
- Prevención del síndrome de realimentación en pacientes de riesgo:
 - Tratar las alteraciones hidroelectrolíticas antes de iniciar la alimentación.
 - Determinar los niveles séricos de potasio, fósforo y magnesio, y tratar su déficit si existe.
 - Iniciar la realimentación aportando el 100% o más de las necesidades de micronutrientes (especialmente de tiamina, fósforo, potasio, magnesio y zinc) y, de forma progresiva, según tolerancia (en 48-72 horas) las necesidades en energía y macronutrientes.

- Determinar cada 24-48 horas los niveles sanguíneos de potasio, fósforo, magnesio, además de los parámetros bioquímicos de rutina.
- Controlar diariamente el balance hídrico y la aparición de signos clínicos de deshidratación, hiperhidratación e insuficiencia cardíaca.

Alteraciones de la función digestiva

- Dolor o distensión abdominal, meteorismo, íleo paralítico, gastroparesia, vómitos, regurgitaciones, diarrea.

Signos físicos de malnutrición energético-proteica

- Alteraciones en piel y faneras, masa y fuerza muscular y peso corporal.

Parámetros analíticos

- Hemograma y bioquímica general una vez a la semana.

Evolución del estado nutricional

- Parámetros antropométricos y bioquímicos semanalmente.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON NUTRICIÓN PARENTERAL

La nutrición parenteral (NP) es una técnica de soporte nutricional por la cual se aportan sustancias nutritivas a pacientes con tracto digestivo no funcionante. En el seguimiento recomendado hay que controlar:

Constantes vitales y parámetros clínicos habituales (diariamente):

- Nivel de conciencia
- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca y respiratoria
- Temperatura
- Edemas
- Signos de alergia
- En caso necesario presión venosa central

Balance hídrico (diario).

Estado de hidratación: presencia de edemas y signos de deshidratación.

Parámetros analíticos:

- Glucemia capilar cada 8 horas el primer día y hasta alcanzar requerimientos, posteriormente según evolución clínica.
- Controles analíticos:
 - Al inicio y cada 24-48 horas hasta estabilización clínica y posteriormente al menos una vez a la semana: la determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, magnesio y fósforo.
 - Al inicio y semanalmente: hemograma y bioquímica general (pruebas de función hepática, colesterol, albúmina, prealbúmina) y estudio de coagulación.
 - Es indispensable una determinación de triglicéridos séricos previo a la infusión de nutrición parenteral y tras la primera dosis y posteriormente semanalmente.
 - En función de la situación clínica y patología de base se realizarán otras determinaciones analíticas específicas como gasometría y en orina: glucosa, urea, sodio, potasio, zinc, vitaminas, selenio, hierro, ferritina, y otros.

Parámetros antropométricos:

Al inicio peso y talla y posteriormente peso una vez en semana. En caso de no poder medir y pesar al paciente utilizar otros parámetros antropométricos.

Controles bacteriológicos:

Hemocultivos seriados si existe sospecha de infección por catéter y cultivo del catéter al retirar.

Estado del punto de inserción del catéter diario y cuidados de la vía, según protocolos de enfermería.

Controles en la técnica de administración de la NP:

- En el caso de NP a través de una vía central, antes del inicio de la infusión debe controlarse mediante Rx la posición del catéter.
- Se comprobará con la etiqueta que la bolsa corresponde al paciente.
- La infusión se hará a ritmo constante, generalmente durante las 24 horas del día. Para ello es necesario el uso de bomba de infusión o de sistemas reguladores en su defecto.
- El inicio de la infusión será gradual y se irá aumentando progresivamente según tolerancia.
- Las indicaciones a enfermería (ritmo de infusión, controles, analítica, etc.) deberán quedar claramente anotadas y existirá un protocolo establecido de obligatorio cumplimiento.
- La vía venosa conviene que sea exclusivamente para infundir la NP.
- En caso de tener que interrumpir la infusión por una emergencia, se infundirá glucosa al 10% salvo contraindicación.
- La bolsa debe cambiarse todos los días a la misma hora, anotándose la cantidad que ha sido infundida.

Se debe atender diariamente a las posibles complicaciones mecánicas, infecciosas, trombóticas y metabólicas.

Se reevaluará la efectividad de la NP.

INSTRUCCIONES PARA EL MANEJO DE LA NUTRICIÓN ENETERAL DOMICILIARIA

Antes que el paciente y cuidador vuelvan a su domicilio es preciso que hayan sido incluidos por las enfermeras en un programa de educación acerca de los conocimientos necesarios sobre la enfermedad que padece y el tratamiento prescrito. Recibirán información y adiestramiento sobre cómo debe llevarse a cabo diariamente la alimentación, los posibles peligros, signos de alarma y qué hacer ante ellos.

Igualmente recibirán por escrito las instrucciones necesarias para poder desenvolverse lo mejor posible. En este apartado exponemos una muestra, dependiendo de los tipos de sonda y mecanismos utilizados en la alimentación.

- Nutrición enteral por sonda nasointestinal mediante bolos.
- Nutrición enteral por sonda nasointestinal mediante gravedad.
- Nutrición enteral por sonda nasointestinal mediante bomba de nutrición y administración continua.
- Nutrición enteral por sonda de gastrostomía mediante gravedad.
- Nutrición enteral por sonda de gastrostomía o gastroeyunostomía mediante bomba de nutrición y administración continua.
- Nutrición enteral por sonda de yeyunostomía mediante bomba de nutrición y administración continua.

NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOENTERAL MEDIANTE BOLOS

Apellidos:
Nombre:
Nº de H.C.:
Nº de S.S.:
Dirección:
Teléfono:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Fórmulas y agua:

- Nombre de la fórmula:
- Presentación:
- Volumen final a tomar cada día: _____ ml.
- Modo de administración: se administrará mediante una jeringa de 60 ml con la siguiente distribución de las tomas:

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena
Volumen de fórmula					

Agua: después de cada toma deberá **lavar la sonda con** ml. Además infundirá el agua necesaria hasta **completar un aporte de al menos** ml al día. Se lavará siempre que se interrumpa la alimentación o se administre medicación.

Fungible:

- Jeringas de 60 a 100 ml: 1 cada 7 días
- Guantes no estériles: 1 par diario
- Esparadrapo hipoalérgico

MEDIDAS HIGIÉNICAS

- Deberá lavarse las manos siempre que vaya a manipular el material.
- Los envases abiertos deben conservarse en el frigorífico, máximo 24 horas.
- La nutrición debe administrarse a temperatura ambiente. Se puede templar, nunca hervir.
- Deberá mantener **elevada la cabecera de la cama** unos 45 grados mientras le esté pasando la nutrición y hasta 30 minutos después de finalizada.
- Deberá mantener taponada la sonda entre tomas, después de haberla lavado.
- Debe movilizar la sonda levemente todos los días para evitar lesiones por presión.
- Realizará una adecuada higiene bucal y nasal.
- Recuerde la **fecha** programada para el cambio de sonda: (fecha de colocación de la última sonda:)

NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOENTERAL POR GRAVEDAD

Apellidos:
Nombre:
Nº de H.C.:
Nº de S.S.:
Dirección:
Teléfono:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Fórmulas y agua:

- Nombre de la fórmula:
- Presentación:
- Volumen final a tomar cada día: _____ ml.
- Modo de administración: pasará cada uno de los envases en un tiempo aproximado de horas, según tolerancia puede aumentarse o disminuirse la velocidad de paso de la nutrición, y los distribuirá con el siguiente horario:

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena
Volumen de fórmula					

Agua: después de cada toma deberá **lavar la sonda con** ml. Además infundirá el agua necesaria hasta **completar un aporte de al menos** ml al día. Se lavará siempre que se interrumpa la alimentación o se administre medicación.

Fungible:

- Sistema de administración mediante gravedad de la gama.....uno diario
- Jeringas de 60 ml: 1 cada 7días
- Guantes no estériles: 1 par diario
- Esparadrapo hipoalérgico

MEDIDAS HIGIÉNICAS

- Deberá lavarse las manos siempre que vaya a manipular el material.
- Los envases abiertos deben conservarse en el frigorífico con un máximo de 24 horas.
- La nutrición debe administrarse a temperatura ambiente. Se puede templar, nunca hervir.
- Deberá mantener **elevada la cabecera de la cama** unos 45 grados mientras le esté pasando la nutrición y hasta 30 minutos después de finalizada.
- Deberá mantener taponada la sonda entre tomas, después de haberla lavado.
- Debe movilizar la sonda levemente todos los días para evitar lesiones por presión.

- Realizará una adecuada higiene bucal y nasal.
- Recuerde la **fecha** programada para el cambio de sonda: (fecha colocación última sonda:....)

PRECAUCIONES

- Debe **comprobar el contenido gástrico** antes de cada toma. Si el aspirado es mayor de 150 ml, deberá suspender la alimentación durante una hora y volver a comprobar. Si el contenido ha disminuido, reiniciar la alimentación a la mitad del flujo prescrito. Si no ha disminuido suspender y consultar.
- En caso de vómitos continuados deberá suspender la alimentación y consultar.
- Si aparece diarrea (más de tres deposiciones abundantes al día) deberá consultar.
- En caso de estreñimiento es importante consultar.

MEDICACIÓN

- Debe administrarse la medicación en forma líquida. Si no fuera posible, los comprimidos deben machacarse y disolverse en agua. Debe administrarse un volumen de agua de 25 ml antes y después de la medicación.
- Nunca mezclar la alimentación con la medicación en el mismo frasco.

OTRAS OBSERVACIONES

- Recuerde sellar el informe justificativo de la prescripción de nutrición enteral por la Unidad de Atención al Usuario del hospital o por la Inspección médica de su Distrito.
- Para cualquier duda puede llamar al teléfono del hospital ().

Recibirá cita en domicilio para revisión en consulta para el día

Fdo

NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASOENTERAL MEDIANTE BOMBA DE NUTRICIÓN Y ADMINISTRACIÓN CONTINUA

Apellidos:
 Nombre:
 Nº de H.C.:
 Nº de S.S.:
 Dirección:
 Teléfono:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Fórmula y agua:

- Nombre de la fórmula:
- Presentación:
- Volumen final a tomar cada día: _____ ml.
- Ritmo de administración: ml/hora. Desde las hasta las horas.

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena
Volumen de fórmula					

Agua: **lavar la sonda con** ml cada horas hasta **completar un aporte de al menos** ml al día. Se lavará siempre que se interrumpa la alimentación o se administre medicación.

Fungible:

- Nutribomba de la gama.....
- Sistema de administración por bomba de la gama uno diario
- Jeringas de 60 ml: 1 cada 7 días
- Guantes no estériles: 1 par diario
- Esparadrapo hipoalérgico
- Contenedor de la gama.....

MEDIDAS HIGIÉNICAS

- Deberá lavarse las manos siempre que vaya a manipular el material.
- Los envases abiertos deben conservarse en el frigorífico como máximo 24 horas.
- La nutrición debe administrarse a temperatura ambiente. Se puede templar, nunca hervir.
- Deberá mantener **elevada la cabecera de la cama** unos 45 grados mientras le esté pasando la nutrición y hasta 30 minutos después de finalizada.
- Deberá mantener taponada la sonda entre tomas, después de haberla lavado.
- Debe movilizar la sonda levemente todos los días para evitar lesiones por presión.
- Realizará una adecuada higiene bucal y nasal.
- Recuerde la **fecha** programada para el cambio de sonda: (fecha de colocación de la última sonda:)

PRECAUCIONES

- En sonda nasogástrica: debe **comprobar el contenido gástrico** cada horas. Si el aspirado es mayor de 150 ml, deberá suspender la alimentación durante una hora y volver a comprobar. Si el contenido ha disminuido, reiniciar la alimentación a la mitad del flujo prescrito. Si no ha disminuido suspender y consultar.
- En caso de vómitos continuados deberá suspender la alimentación y consultar.
- Si aparece diarrea (más de tres deposiciones abundantes al día) deberá consultar.
- En caso de estreñimiento es importante consultar.

MEDICACIÓN

- Debe administrarse la medicación en forma líquida. Si no fuera posible, los comprimidos deben machacarse y disolverse en agua. Debe administrarse un volumen de agua de 25 ml antes y después de la medicación.
- Nunca mezclar la alimentación con la medicación en el mismo frasco.

OTRAS OBSERVACIONES

- Recuerde sellar el informe justificativo de la prescripción de nutrición enteral por la Unidad de Atención al Usuario del hospital o por la Inspección médica de su Distrito.
- Para cualquier duda puede llamar al teléfono del hospital (.....).

Recibirá cita en domicilio para revisión en consulta para el día

Fdo

NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA DE GASTROSTOMÍA MEDIANTE GRAVEDAD

Apellidos:
Nombre:
Nº de H.C.:
Nº de S.S.:
Dirección:
Teléfono:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Fórmula y agua:

- Nombre de la fórmula:
- Presentación:
- Volumen final a tomar cada día: _____ ml.
- Modo de administración: pasará cada uno de los envases en un tiempo aproximado de horas (según tolerancia puede aumentarse o disminuirse la velocidad de paso de la nutrición) y los distribuirá con el siguiente horario:

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena
Volumen de fórmula					

Agua: después de cada toma deberá **lavar la sonda con** ml. Además infundirá el agua necesaria hasta **completar un aporte de al menos** ml al día. Se lavará siempre que se interrumpa la alimentación o se administre medicación.

Fungible:

- Sistema de administración por gravedad de la gama uno diario
- Jeringas de 60 ml: 1 cada 7 días
- Guantes no estériles: 1 par diario
- Esparadrapo hipoalérgico
- Gasas estériles

MEDIDAS HIGIÉNICAS

- **Lavar la zona de gastrostomía con agua y jabón**, secar y aplicar solución **antiséptica** al menos durante los primeros 15 días tras la colocación (posteriormente se puede emplear sólo agua y jabón). Pasados 15 días **NO** deben colocarse vendas o gasas debajo del soporte externo.
- Se debe **girar diariamente la sonda 360º** para evitar adherencias.
- **Lavar la parte externa de la sonda diariamente con agua y jabón o solución antiséptica.**
- Deberá lavarse las manos siempre que vaya a manipular el material.
- Los envases abiertos deben conservarse en el frigorífico como máximo 24 horas.

NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA DE GASTROSTOMÍA O GASTROYEYUNOSTOMÍA MEDIANTE BOMBA DE NUTRICIÓN Y ADMINISTRACIÓN CONTINUA

Apellidos:
Nombre:
Nº de H.C.:
Nº de S.S.:
Dirección:
Teléfono:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Fórmulas y agua:

- Nombre de la fórmula:
- Presentación:
- Volumen final a tomar cada día: _____ ml.
- Ritmo de administración: ml/hora. Desde las hasta las horas.

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena
Volumen de fórmula					

Agua: **lavar la sonda con** ml cada horas hasta **completar un aporte de al menos** ml al día. Se lavará siempre que se interrumpa la alimentación o se administre medicación.

Fungible:

- Nutribomba de la gama.....
- Sistema de administración por bomba de la gama uno diario
- Jeringas de 60 ml: 1cada 7días
- Guantes no estériles: 1 par diario
- Esparadrapo hipoalérgico
- Contenedor de la gama.....

MEDIDAS HIGIÉNICAS

- **Lavar la zona de gastrostomía con agua y jabón**, secar y aplicar solución **antiséptica** al menos durante los primeros 15 días tras la colocación (posteriormente se puede emplear sólo agua y jabón). Pasados 15 días **NO** deben colocarse vendas o gasas debajo del soporte externo.
- Se debe **girar diariamente la sonda 360º** para evitar adherencias.
- **Lavar la parte externa de la sonda diariamente con agua y jabón o solución anti-séptica.**
- Deberá lavarse las manos siempre que vaya a manipular el material.
- Los envases abiertos deben conservarse en el frigorífico como máximo 24 horas.

- La nutrición debe administrarse a temperatura ambiente. Se puede templar, nunca hervir.
- Deberá mantener **elevada la cabecera de la cama** unos 45 grados mientras le esté pasando la nutrición y hasta 30 minutos después de finalizada.
- Deberá mantener taponada la sonda entre tomas, después de haberla lavado.
- Realizará una adecuada higiene bucal.
- Recuerde la **fecha** programada para el cambio de sonda: (fecha de colocación de la última sonda:)

PRECAUCIONES

- Debe **comprobar el contenido gástrico** cada horas. Si el aspirado es mayor de 150 ml, deberá suspender la alimentación durante una hora y volver a comprobar. Si el contenido ha disminuido, reiniciar la alimentación a la mitad del flujo prescrito. Si no ha disminuido suspender y consultar.
- En caso de vómitos continuados deberá suspender la alimentación y consultar.
- Si aparece diarrea (más de tres deposiciones abundantes al día) deberá consultar.
- En caso de estreñimiento es importante consultar.

MEDICACIÓN

- Debe administrarse la medicación en forma líquida. Si no fuera posible, los comprimidos deben machacarse y disolverse en agua. Debe administrarse un volumen de agua de 25 ml antes y después de la medicación.
- Nunca mezclar la alimentación con la medicación en el mismo frasco.

OTRAS OBSERVACIONES

- Recuerde sellar el informe justificativo de la prescripción de nutrición enteral por la Unidad de Atención al Usuario del hospital o por la Inspección médica de su Distrito.
- Para cualquier duda puede llamar al teléfono del hospital ().

Recibirá cita en domicilio para revisión en consulta para el día

Fdo

NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA DE YEYUNOSTOMÍA MEDIANTE BOMBA DE NUTRICIÓN Y ADMINISTRACIÓN CONTINUA

Apellidos:
Nombre:
Nº de H.C.:
Nº de S.S.:
Dirección:
Teléfono:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Fórmula y agua:

- Nombre de la fórmula:
- Presentación:
- Volumen final a tomar cada día: _____ ml.
- Ritmo de administración: ml/hora. Desde las hasta las horas.

	Desayuno	Almuerzo	Merienda	Cena	Recena
Volumen de fórmula					

Agua: **lavar la sonda con** ml cada horas hasta **completar un aporte de al menos** ml al día. Se lavará siempre que se interrumpa la alimentación o se administre medicación.

Fungible:

- Nutribomba de la gama.....
- Sistema de administración por bomba de la gama uno diario
- Jeringas de 60 ml: 1cada 7días
- Guantes no estériles: 1 par diario
- Esparadrapo hipoalérgico
- Gasas estériles
- Contenedor de la gama.....

MEDIDAS HIGIÉNICAS

- **Lavar la zona de yeyunostomía con agua y jabón**, secar y aplicar solución **antiséptica** al menos durante los primeros 15 días tras la colocación (posteriormente se puede emplear sólo agua y jabón). Pasados 15 días **NO** deben colocarse vendas o gasas debajo del soporte externo.
- **Lavar la parte externa de la sonda diariamente con agua y jabón o solución antiséptica.**
- Deberá lavarse las manos siempre que vaya a manipular el material.
- Los envases abiertos deben conservarse en el frigorífico como máximo 24 horas.

- La nutrición debe administrarse a temperatura ambiente. Se puede templar, nunca hervir.
- Deberá mantener **elevada la cabecera de la cama** unos 45 grados mientras le esté pasando la nutrición y hasta 30 minutos después de finalizada.
- Deberá mantener taponada la sonda entre tomas, después de haberla lavado.
- Realizará una adecuada higiene bucal.
- Recuerde la **fecha** programada para el cambio de sonda: (fecha de colocación de la última sonda:)

PRECAUCIONES

- En caso de vómitos continuados deberá suspender la alimentación y consultar.
- Si aparece diarrea (más de tres deposiciones abundantes al día) deberá consultar.
- En caso de estreñimiento es importante consultar.

MEDICACIÓN

- Deberá administrarse la medicación en forma líquida. Si no fuera posible, los comprimidos deben machacarse y disolverse en agua. Debe administrarse un volumen de agua de 25 ml antes y después de la medicación.
- Nunca mezclar la alimentación con la medicación en el mismo frasco.

OTRAS OBSERVACIONES

- Recuerde sellar el informe justificativo de la prescripción de nutrición enteral por la Unidad de Atención al Usuario del hospital o por la Inspección médica de su Distrito.
- Para cualquier duda puede llamar al teléfono del hospital (.....).

Recibirá cita en domicilio para revisión en consulta para el día

Fdo

INFORME JUSTIFICATIVO DE LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO DE NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

1.- DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y nombre: _____ n° Hª _____
Fecha de nacimiento: _____
Nº afiliación a la Seguridad Social: _____ Activo Pensionista

2.- DATOS DEL FACULTATIVO

Apellidos y nombre: _____
CNP: _____ Hospital _____
Servicio o Unidad: Nutrición Clínica y Dietética _____ Teléfono: _____

3.- DIAGNÓSTICO/PATOLOGÍA QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO (1)

Señalar al dorso

En caso de no utilizar sonda en las patologías del apartado 1, especificar el motivo:

4.- TRATAMIENTO

Producto: _____
Vía de acceso: Oral Nasoenteral Gastrostomía Yeyunostomía
Pauta terapéutica: _____
Fecha inicio del tratamiento: _____ Duración prevista del tratamiento: _____
Revisión: Mensual Trimestral Semestral Anual

5.- OBSERVACIONES:

Fecha y firma del facultativo:

En _____ a _____ de _____ de _____

((1): ver dorso

Fdo.: _____

(1) DIAGNÓSTICO/PATOLOGÍAS INCLUIDAS EN CADA SITUACIÓN CLÍNICA

Alteración mecánica de la deglución o del tránsito, que cursa con afagia o disfagia severa y precisa sonda:

- a.- Tumor de cabeza y cuello
- b.- Tumor de aparato digestivo (esófago, estómago)
- c.- Cirugía ORL y maxilofacial
- d.- Estenosis esofágica no tumoral

La utilización de nutrición enteral sin sonda requiere informe justificativo del facultativo responsable.

Pacientes con trastornos neuromotores que impiden la deglución o el tránsito y que precisen sonda:

- a.- Enfermedades neurológicas que cursan con afagia o disfagia severa:
 - a.1.- Esclerosis múltiple
 - a.2.- Esclerosis lateral amiotrófica
 - a.3.- Síndromes maisteniformes
 - a.4.- Síndrome de Guillain-Barré
 - a.5.- Secuelas de enfermedades infecciosas o traumáticas del SNC
 - a.6.- Retraso mental severo
 - a.7.- Procesos degenerativos severos del SNC
- b.- Accidentes cerebrovasculares
- c.- Tumores cerebrales
- d.- Parálisis cerebral
- e.- Coma neurológico
- f.- Trastornos severos de la motilidad intestinal
 - Pseudoobstrucción intestinal
 - Gastroparesia diabética

Pacientes con requerimientos especiales de energía y/o nutrición:

- a.- Síndrome de intestino corto
 - a.1.- Síndrome de intestino corto severo
 - a.2.- Diarrea intratable de origen autoinmune
 - a.3.- Linfoma
 - a.4.- Esteatorrea postgastrectomía
 - a.5.- Carcinoma de páncreas
 - a.6.- Resección amplia pancreática
 - a.7.- Insuficiencia vascular mesentérica
 - a.8.- Amiloidosis
 - a.9.- Esclerodermia
 - a.10.- Enteritis eosinófila
- b.- Intolerancia digestiva a grasas (enfermedad de Swaschmann, linfagiectasia intestinal y deficiencia de apolipoproteína B)
- c.- Enfermedad peroxisomal hereditaria
- d.- Alergia o intolerancia diagnosticada a proteínas de leche de vaca en lactantes hasta dos años si existe compromiso nutricional
- e.- Pacientes desnutridos que van a ser sometidos a cirugía mayor programada o trasplantes

Situaciones clínicas que cursan con desnutrición severa:

- a.- Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn
- b.- Caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento químico y/o radioterápico
- c.- Patología médica infecciosa que comporta malabsorción severa: SIDA
- d.- Fibrosis quística
- e.- Fístulas enterocutáneas de bajo decúbito
- f.- Insuficiencia renal infantil que compromete el crecimiento del paciente

MALNUTRICIÓN: estado de nutrición en el que una deficiencia, exceso o desequilibrio de energía, proteínas y otros nutrientes causan efectos adversos que son medibles a nivel orgánico (talla, peso, composición corporal), funcional o clínico.

SOPORTE NUTRICIONAL ARTIFICIAL: provisión de nutrientes por vía oral, enteral o parenteral con intención terapéutica.

FÓRMULA DE NUTRICIÓN ENTERAL: mezcla definida y equilibrada de macro y micronutrientes, que puede ser utilizada como única fuente de alimentación, tanto por vía oral como enteral.

SUPLEMENTO ENTERAL: fórmula químicamente definida diseñada para complementar los alimentos de consumo ordinario que son insuficientes por sí solas para cubrir las necesidades de un paciente. Son fórmulas no necesariamente completas ni necesariamente equilibradas, por lo que no deben constituir una única fuente de alimentación.

NUTRICIÓN ENTERAL (NE): es una técnica de soporte nutricional artificial por la que se proveen nutrientes directamente al tubo digestivo mediante fórmulas químicamente definidas, a través de la vía oral o mediante sondas nasointerstólicas u ostomías.

NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (NED): administración de fórmulas enterales por vía digestiva, habitualmente mediante sonda, con el fin de evitar o reconducir la desnutrición de los pacientes atendidos en su domicilio, entendiéndose por sonda tanto las nasointerstólicas como las de ostomía. La legislación actual española considera nutrición enteral cualquier aporte con fórmulas definidas que superen las 1.000 kilocalorías y/o 40 gr de proteínas en 24 horas.

ENRIQUECEDORES DE LA DIETA: alimentos que, al ser añadidos a platos caseros, mejoran las características nutricionales de estos.

NUTRICIÓN PARENTERAL (NP): provisión de nutrientes directamente en el torrente sanguíneo por vía intravenosa.

NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA (NPP): administración de nutrientes a través de una vena periférica.

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT): suplencia total de los requerimientos nutricionales de los pacientes por vía i.v., generalmente a través de una vena central.

NUTRICIÓN PARENTERAL PARCIAL HIPOCALÓRICA: administración de nutrientes por vía intravenosa que no cubren los requerimientos del paciente.

NUTRICIÓN PARENTERAL CENTRAL: administración de nutrientes por vía venosa central. Puede ser total o parcial.

NUTRICIÓN ENTERAL A DOMICILIO (NED): administración de fórmulas enterales por vía digestiva, habitualmente mediante sonda, con el fin de evitar o corregir la desnutrición de los pacientes atendidos en su domicilio.

UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA (UNCYD): unidad asistencial multidisciplinar que bajo la responsabilidad de un médico, se encarga del conjunto de actividades encaminadas a preservar o alcanzar el correcto estado de nutrición mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes afectados de malnutrición o en riesgo de la misma. El término engloba por extensión otras denominaciones, que puntualmente pudieran existir en determinados centros hospitalarios con similares funciones.

ESTADO NUTRICIONAL: grado en el cual se están cumpliendo las necesidades fisiológicas de nutrientes del individuo.

VALORACIÓN NUTRICIONAL: determinación del estado nutricional mediante el análisis de los antecedentes médicos, alimentarios y sociales de un individuo; los datos antropométricos, los datos bioquímicos y las interacciones de medicamentos y nutrientes.

ANTROPOMETRÍA: ciencia que estudia la medición del tamaño, peso y proporciones del cuerpo humano.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC): peso (kg)/ estatura (m²). Es una definición del grado de adiposidad.

1. Elia M. Guidlines for detección and management of malnutrition. Malnutrition Advisory Group (MAG), standing committee of BAPEN (ISBN 1 899 467)2000.
2. King CI, Elia M, Stroud MA, Stratton RJ. The predictive validity of the malnutrition universal screening tool (MUST) with regard to mortality and length to mortality and legth of stay in elderly inpatients. *Clinical Nutrition*. 2003; 22:suppl 1, S4.
3. Stratton RJ, Hackston AJ, Price S, Joseph K, Elia M. Concurrent validity of the newly develop "Malnutrition Universal Screening tool" (MUST) with Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment tools. *Proceeding of the Nutrition Society*. 2003.
4. Elia M. Screening for malnutrition: a multidisciplinary responsibility, Development and use of the "Malnutrition Universal Screening Tool" (MUST) for adults. MAG, a standing Comitee of BAPEN (ISBN 1 899467 70 X) 2003.
5. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415–22. www.sciencedirect.com.
6. Elia M., Stratton R.J. Correspondence: on the ESPEN Guidelines for nutritional screening 2002. *Clin. Nutr.* 2004; 23:131-132.
7. Resolution ResAP(2003) on food and nutritional care in hospitals (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th of the Minister's Deputies.
8. Ulibarry JI, Garcia de Lorenzo A, Garcia Luna PP, Marsé P, Planas M. El libro blanco de la desnutrición clínica en España (ISBN : 84- 88336-39-X) 2004.
9. Ulibarri JI, Gonzalez-Madroño A, González A, Fernandez G, Rodríguez F, Mancha A. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp* 2002, 17: 179 - 88.
10. Ulibarri JI, Picón MJ, García E, Mancha A. Detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp* 2002; 17(3): 139-46.
11. U.S. Department of Agricultura U.S. Department of Health and Human Services Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. Fourth Edition, 1995.
12. A physician's guide to NUTRITION IN CHRONIC DISEASE MANAGEMENT for older adults Copyright ©2002 by the Nutrition Screening Initiative (NSI).
13. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneve, 2003.

14. National Guideline Clearinghouse. Behavioral counselling in primary care to promote a healthy diet: Recommendations and rationales. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). *Am J Prev Med.* 2003; 24: 93-100.
15. Kudsk KA, Tolley EA, DeWitt RC, et al: Preoperative albumin and surgical site identify surgical risk for major postoperative complications *JPEN* 27:1-9, 2003.
16. Kenneth A. Kudsk, Srinevas K. Reddy, Gordon S. Sacks, Hui-Chaun Lai. Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations Guidelines: Too Late to Intervene for Nutritionally At-Risk Surgical Patients *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 27:288-290, 2003.
17. Riestra Vázquez M. Gestión de dietas en un hospital. Muñoz M En: Aranceta J, García-Jalón I. Editores. *Nutrición Aplicada y dietoterapia.* EUNSA, 2004; pg. 1107-32.
18. Garcia Unciti M., Moreno Urdiola C, Fiestas Bruno E, Muñoz Hornillos M. Dietas terapéuticas. Protocolos de actuación en las patologías más frecuentes de la población anciana. En: Muñoz M. Aranceta J. Guijarro J.L. Editores. Libro blanco de la alimentación de los mayores. Médica Panamericana. 2004; pg. 159-91.
19. Vázquez Martínez C, Ruperto López M, Garriga García M, Mascarell Martín I, Sillero Sánchez A. Planificación de restauración en Instituciones Geriátricas. En: Rubio Herrera Miguel A. Editor. *Manual de alimentación y nutrición en el anciano.* MASSON, S.A. 2002. pg. 75-89.
20. Romero Ramos H, García Luna P.P. Planteamiento del código de dietas de un Hospital. En: S. Celaya Pérez Editor. *Tratado de Nutrición Artificial.* Grupo Aula Médica S.A. 1998; pg. 37-46.
21. Grupo de Trabajo sobre Implantación de Sistemas de Autocontrol de la Dir. Gral. de Salud Pública y Participación. "Documento Orientativo de Especificaciones de Sistemas de Autocontrol" Edita: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2003. ISBN 84-8486-119-8.
22. R.D. 1945/83 de 22 de junio, por el que se regulan las infracciones y sanciones en materia de defensa del consumidor y de la producción agroalimentaria.
23. R.D. 1109/91 de 17 de julio, por el que se aprueba la norma general relativa a los alimentos ultracongelados destinados a la alimentación humana.
24. R.D. 1712/91 de 29 de noviembre, sobre Registro General Sanitario de Alimentos.
25. R.D. 930/1992 de 17 de julio, por el que se aprueba la norma de etiquetado sobre propiedades nutritivas de los productos alimenticios.
26. Reglamento (CEE) 315/93, por el que se establecen procedimientos en relación con los contaminantes presentes en los productos alimenticios.
27. R.D. 1334/1999, de 31 de julio, por el que se aprueba la Norma general de etiquetado, presentación y publicidad de productos alimenticios.
28. R.D. 140/03, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano.

29. Reglamento (CE) 178/2002, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 28 de enero de 2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria, y se fijan procedimientos relativos a la Seguridad Alimentaria.
30. R.D. 3360/83, de 30 de noviembre, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico Sanitaria de lejías. Modificación de R.D. 349/93, del 05/03/93.
31. Decreto 8/1995, de la Consejería de Salud, por el que se aprueba el Reglamento de desinfección, desinsectación y desratización sanitarias.
32. R.D. 770/99 de 7 de mayo, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de detergentes y limpiadores.
33. R.D. 1425/88, de 25 de noviembre, por el que se aprueba la Reglamentación Técnico-sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de materiales plásticos destinados a estar en contacto con productos alimenticios y alimentarios; pg. 33.
34. R.D. 397/90, de 16 de marzo, por el que se aprueban las condiciones generales de los materiales en contacto con los alimentos distintos de los poliméricos; pg. 45.
35. R.D. 1413/94, de 25 de junio, por el que se aprueban las Normas Técnico-sanitarias sobre materiales y objetos de película de celulosas regenerada para uso alimentario.
36. R.D. 293/03, de 7 de marzo, relativo a la utilización de determinados derivados epoxídicos en materiales y objetos destinados a entrar en contacto con los alimentos.
37. R.D. 12/2005, de 14 de enero, por el que se modifica el R.D. 293/03, de 7 de marzo, relativo a la utilización de determinados derivados epoxídicos en materiales y objetos destinados a entrar en contacto con los alimentos.
38. Reglamento (CE) nº 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios.
39. Reglamento (CE) nº 853/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, por el que se establecen normas específicas de higiene de los alimentos de origen animal.
40. Planas M, Pérez-Portabella C, Virgili N. Valoración del estado nutricional en el adulto. Nutrición en el adulto. Obra: Gil A (ed); tomo III Culebras JM, García de Lorenzo A, León M, Sánchez de Medina F, Planas M (eds). Tratado de Nutrición. Madrid. Editorial Acción Médica, 2005: 117-148.
41. Oliveira G (director). Manual de Nutrición Clínica. Madrid: Díaz de Santos, 2000.
42. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987 Jan-Feb;11(1):8-13.
43. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clin Geriatr Med. 2002 Nov;18(4):737-57.

44. Lee Robert, Nieman David: Nutritional assessment. Editor: WCB Brown & Benchmark. ISBN 0-697-13452-0, 1993.
45. Buzby GP, Mullen JL, Matthews DC, Hobbs ChL, Rosato EF. Prognostic Nutritional Index in Gastrointestinal Surgery. *Am J Surg* 1980;139:160-167.
46. ASPEN Board of Directors and The Clinical Guidelines Task Force. Nutrition assessment - adults en: Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. *JPEN* 2002 Jan-Feb;26(1 Suppl): 9SA-12SA.
47. Long CL, Schaffel N, Geiger JW, et al. Metabolic response to injury and illness: Estimation of energy and protein needs from indirect calorimetry and nitrogen balance. *JPEN* 1979; 3:452-456.
48. Kushner RF, Wall-Alonso E, Alverdy J. Obesity. In *The ASPEN Nutrition Support Practice Manual*. Merritt RJ, Rombeau JL (eds). ASPEN, Silver Springs, MD, 1988: 21/1-21/11.
49. Barak N, Wall-Alonso, Sitrin MD. Evaluation of Stress Factors and Body Weight Adjustments Currently. *JPEN* 2002; 26:231-238.
50. Glynn CC, Greene GW, Albina JE. Predictive versus measured energy expenditure using limits-of-agreement analysis in hospitalized, obese patients. *JPEN* 1999; 23: 147-150.
51. Food and Nutrition Board. Washington, DC, USA. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients) <http://books.nap.edu/catalog/10490.html>.
52. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías alimentarias para la población española. ISBN: 84-7867-169-2. Madrid, IM&C, SA, 2001.
53. Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense. Ingestas recomendadas para la población española. Madrid, Universidad Complutense, 1994.
54. Food and Nutrition Board. Washington, DC, USA Institute of Medicine. Dietary reference intakes for Calcium, Phosphorous, Magnesium, Vitamin D and Fluoride., National Academy Press, 1997.
55. Food and Nutrition Board. Washington, DC, USA. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamina K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc., National Academy Press, 2001.
56. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for vitamin C, vitamina E, selenium and carotenoids. Food and Nutrition Board. Washington, DC, USA, National Academy Press, 2000.
57. Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. Food and Nutrition Board. Washington, DC, USA, National Academy Press, 2004.
58. Bellido D, Ballesteros MD, Álvarez J, del Olmo D (coordinadores). Nutrición basada en la evidencia (Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición). *Endocrinol Nutr* 2005; 52 (suppl 2). 1-114.

59. American Gastroenterological Association medical position statement: parenteral nutrition. *Gastroenterology* 2001 Oct;121(4):966-9.
60. National Guideline Clearinghouse. [www. guideline.gov](http://www.guideline.gov) Specific guidelines for disease - adults. *JPEN* 2002 Jan-Feb;26(1 Suppl):61SA-96SA .
61. National Guideline Clearinghouse. [www. guideline.gov](http://www.guideline.gov) Administration of specialized nutrition support. *JPEN* 2002 Jan-Feb;26(1 Suppl):18SA-21SA.
62. Busturia P, Clapés J, Culebras J, García de Lorenzo A, Martínez-Tutor MJ, Paró JB, Planas M, Sabin P, Varea D, Schwartz S.: PROTOCOLOS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL(I) Documento 2-A-EP-1998 (parte 1) edita: Grupo de Trabajo de Estandarización y Protocolos. SENPE. <http://www.senpe.com>.
63. Busturia P, Clapés J, Culebras J, García de Lorenzo A, Martínez-Tutor MJ, Paró JB, Planas M, Sabin P, Varea D, Schwartz S. PROTOCOLOS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL(II) Documento 2-A-EP-1998 (parte 2) edita: Grupo de Trabajo de Estandarización y Protocolos. SENPE. <http://www.senpe.com>.
64. Busturia P, Clapés J, Culebras J, García de Lorenzo A, Martínez-Tutor MJ, Paró JB, Planas M, Sabin P, Varea D, Schwartz S. PROTOCOLOS PARA LA PRESCRIPCIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL(III) Documento 2-A-EP-1998 (parte 3) edita: Grupo de Trabajo de Estandarización y Protocolos. SENPE. <http://www.senpe.com>
65. Montejo JC, Zarazaga A., López-Martínez J, “ Inmunonutrition in the intensive care unit. A systematic review and consensus statement”. *Clinical Nutrition* 2003 22(3): 221-233.
66. Heyland, K. Canadian clinical practice for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patient. *JPEN* 2003 vol 27, nº 5: 355-373.
67. Bozzetti F; Braga M; Gianotti L; Gavazzi C; Mariani L. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomised multicentre trial. *The Lancet*; Nov 3, 2001; 358, 9292; pg. 1487.
68. Marik P. and Zaloga G. Gastric versus post-pyloric feeding: a systematic review. *Critical Care* June 2003 Vol 7 No 3.
69. Kudsk K A, Reddy S K, Sacks G. S. and Hui-Chaun Lai. Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations. Guidelines: Too Late to Intervene for Nutritionally At-Risk Surgical Patients. *JPEN* vol 27: 288-290. 2003.
70. Abraham A, Nisim, MD, Alexander D, Allins, MD. Enteral Nutrition support. *Nutrition* 21 pg. 109-112. 2005. www.elsevier.com/locate/nut.
71. Wouters-Wesseling, C. Vanhooijdonk, L. Wagenaar, J.B Indels, L.de Groot, W.Vanstaveren. The effect of a liquid nutrition supplement on body composition and physical functioning in elderly people. *Clinical Nutrition* (2003) 22(4): 371-377.
72. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). ISBN 1-903982-08-1. Enero 2005. www.crestni.org.uk.
73. Rebollo I, Muñoz Carmona D, Nutrición Enteral en el paciente neoplásico. Nutrientes específicos: Manual práctico de nutrición en el paciente onco-hematológico. Editor: Rebollo I. ISBN:84-85395-65-4 2005.

74. Veterans Affairs Total Parenteral Nutrition Cooperative Study Group: Perioperative total parenteral nutrition in surgical patients. *N Engl J Med* 325:525-532, 1991.
75. Klein S, Kinney J, Jeejeebhoy K, et al: Nutrition support in clinical practice: Review of published data and recommendations for future directions. *JPEN* 21:133-156, 1997.
76. McCloskey B. Clasificación de intervenciones de Enfermería. NIC. Proyecto de intervenciones Iowa. University of Iowa. Mosby: College of Nursing, 2001.
77. Johnson, Maas, Moohead. Clasificación de resultados de Enfermería. NOC. Proyecto de Resultados Iowa. University of Iowa. Mosby: College of Nursing, 2000.
78. Luis Rodrigo, M.T. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson, 2005.
79. Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Masson, 2004.
80. ASPEN Board of Directors and The Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the Use of Parenteral and Enteral Nutrition in Adult and Pediatric Patients. *JPEN* 2002; 26 (Suppl 1): 22SA-32SA.
81. American Medical Association Department of Foods and Nutrition, 1975: Multivitamin preparations for parenteral use: a statement by the nutrition advisory group. *JPEN* 1979; 3:258-262.
82. Rombeau JL. Rollandelli RH. Nutrición Clínica. Nutrición Parenteral. Tercera Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. ISBN: 970-10-3733-2 2002.
83. Rombeau JL. Rollandelli RH. Nutrición Clínica. Nutrición Enteral. Tercera Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. ISBN: 2002.
84. Celaya Pérez S y cols (eds.). Tratado de Nutrición Artificial. Grupo Aula Médica, S.A. 1998. ISBN:84-7885-176-3.
85. Hardy G, Reilly C. Technical aspects of trace element supplementation. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 1999 Jul;2(4):277-85.
86. Mirtallo J, Canada T, Johnson D, Kumpf V, Petersen C, Sacks G, et al. Safe Practices for Parenteral Nutrition. *JPEN* 2004; 28: s39-s70.
87. D. Del Olmo, M.A. Koning, T. López, V. Alcázar, P. Martínez, de Icaya y C. Vázquez. Utilización de las fórmulas especiales de nutrición enteral: recomendaciones basadas en la evidencia. *Endocrinol. Nutr* 2002; 49 (supl2): 9-14.
88. Oliveira G, García García-Doncel L, Carral F, Domenech I, Arencibia T, Manzano MV. Dispensación de los productos dietoterapéuticos mediante dosis unitarias en un Hospital Universitario: efectos sobre el consumo y costes. *Nutr Hosp* 2000; XV: 58-63.
89. Rabat R. JM. "Suplementos Nutricionales". Nutrición en Atención Primaria. Capítulo 11, pg. 129. Jarpyo Editores. Madrid 2001.
90. Planas Vilá M (coord.) Nutrición oral y enteral. Programa de formación multimedia. Novartis Consumer Health. Barcelona 2004.

91. Vázquez C, De Juana P, Del Olmo D, Koning MA. Nutrición enteral. En: Vázquez C, Santos Ruiz MA (eds). Vademécum de nutrición artificial, 6º ed. Grafinat. Madrid 2004.
92. Grupo NADYA. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Manual de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria. ISBN: 84-605-5913.
93. Home Artificial Nutrition Working Group ESPEN. Moreno J.M., Shaffer J., Staun M., Hebuterne F., Bozzetti F., Pertkiewicz M., Thul P., Vangossum. I Survey on legislation and funding of Home Artificial Nutrition in different european countries clinical nutrition (2001) 20(2): 17±123.
94. Consejo Interterritorial del SNS. Guía de práctica clínica de NED. Ministerio de Sanidad y Consumo (ISBN: 84-7670-488-7) 1998.
95. Orden Ministerial del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2 de junio de 1998.

