

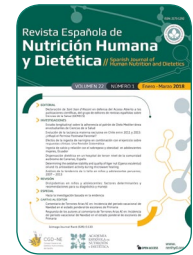
Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics



CrossMark
click for updates

www.renhyd.org



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Dispensación dietética en un hospital de tercer nivel de la comunidad autónoma de Canarias, España

Néstor Benítez Brito^{a,*}, Irina Delgado Brito^a, Eva María Herrera Rodríguez^b

^aDepartamento de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España.

^bUnidad de Nutrición, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España.

*nbenitez@ull.es

Editora Asignada: Manuela García de la Hera. Universidad Miguel Hernández. Elche, España.

Recibido el 8 de mayo de 2017; aceptado el 13 de enero de 2018; publicado el 15 de marzo de 2018.

➤ Dispensación dietética en un hospital de tercer nivel de la comunidad autónoma de Canarias, España

PALABRAS CLAVE

Dieta;
Dietoterapia;
Terapia Nutricional;
Planificación de Menú;
Desnutrición;
Hospitales.

RESUMEN

Introducción: El 90% de la demanda alimentaria ofertada en un hospital corresponde a la nutrición por vía oral. Sin embargo, son pocos los trabajos que evalúan la prescripción dietética que se realiza en los centros hospitalarios.

Objetivo: Describir las características del total de dietas dispensadas a pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal para pormenorizar el total de dietas distribuidas en un centro hospitalario provincial durante el período de informatización del programa de dispensación de dietas (2003-2015). Las variables recogidas son: tipo de dieta y año. Se analiza el total de dietas prescritas en el período estudiado utilizando el programa SPSS 19.0.

Resultados: Total dietas dispensadas en el período estudiado: 12.189.344,00. Prescripción por tipo de dieta: absoluta (931.457; 7,64%), basal (3.335.219; 27,36%), basal pediátrica (493.476; 4,05%), metabólica 1.000kcal (40.109; 0,33%), metabólica 1.500kcal (1.738.229; 14,26%), metabólica 2.000kcal (1.157.076; 9,49%), metabólica 3.000kcal (3.718; 0,03%), dietas de progresión o postquirúrgicas (861.238; 7,07%), túrmix (1.145.400; 9,40%), túrmix pediátrico (250.820; 2,06%); blanda masticación (633.997; 5,20%), fácil digestión (236.835; 1,94%), astringente (167.943; 1,38%), protección bilio-pancreática (573.026; 4,70%), nefrológicas (108.674; 0,89%), baja carga bacteriana (70.526; 0,58%), sin gluten (16.587; 0,14%), rica en fibra (156.234; 1,28%), total vegetarianas (75.851; 0,62%), especiales (12.910; 0,11%).

Conclusiones: Las dietas terapéuticas son las más prescritas. Dentro de esta pauta, las dietas metabólicas reciben la mayor parte de la prescripción. Sin embargo, una dieta de 1.500kcal no debería ser la que mayor prescripción recibe ya que los requerimientos nutricionales de los pacientes hospitalizados son elevados. Se debe corregir esta prescripción, además de reducir el código de dietas.

➤ **Dietary dispensing in a third level hospital of the autonomous community of the Canary Islands, Spain**

KEYWORDS

Diet;
Diet Therapy;
Nutrition Therapy;
Menu Planning;
Malnutrition;
Hospitals.

ABSTRACT

Introduction: 90% of the food demand offered in a hospital corresponds to oral nutrition. However, only few studies evaluate the diets prescribed in hospitals.

Objective: To describe the characteristics of the total of diets dispensed to hospitalized patients in a tertiary hospital.

Material and Methods: The total of the diets prescribed in our hospital center during computerization of the medical histories (2003-2015) was detailed in the framework of a descriptive, cross-sectional study. The study variables consisted of the type of diet and the year. The SPSS 19.0 program was used for analysis.

Results: In the course of the study, 12,189,344.00 diets were prescribed. Prescriptions of the following types of diet were: absolute fasting (931,457; 7.64%), basal (3,335,219; 27.36%), basal pediatric (493,476; 4.05%), metabolic 1,000kcal (40,109; 0.33%), metabolic 1,500kcal (1,738,229; 14.26%), metabolic 2,000kcal (1,157,076; 9.49%), metabolic 3,000kcal (3,718; 0.03%), diet of progression or post-surgery (861,238; 7.07%), electric blender (1,145,400; 9.40%), pediatric electric blender (250,820; 2.06%); soft (633,997; 5.20%), easy digestion (236,835; 1.94%), astringent (167,943; 1.38%), biliopancreatic protection (573,026; 4.70%), nephrologic (108,674; 0.89%), low bacterial load (70,526; 0.58%), gluten-free (16,587; 0.14%), fiber-rich (156,234; 1.28%), all types of vegetarian (75,851; 0.62%), and special diets (12,910; 0.11%).

Conclusions: Most of the diets prescribed in our center are therapeutic. Within this group, metabolic diets constitute the most frequently prescribed ones. However, the 1,500kcal diet should not be the reference metabolic diet because nutritional requirements of the patients are high. This prescription must be corrected. Moreover, the hospital dietary program should be scaled down.

CITA

Benítez Brito N, Delgado Brito I, Herrera Rodríguez EM. Dispensación dietética en un hospital de tercer nivel de la comunidad autónoma de Canarias, España. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2018; 22(1): 42-51. doi: 10.14306/renhyd.22.1.405

INTRODUCCIÓN

En la última década han trascendido ininidad de estudios acerca de la Desnutrición Hospitalaria (DH)¹⁻³. La mayoría de éstos se centran en la identificación precoz de los pacientes que se encuentran desnutridos o en riesgo de desnutrición. No obstante, son escasos los trabajos que evalúan la prescripción dietética que se lleva a cabo en los hospitales teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes ingresados tienen indicada la vía oral^{4,5}.

La prescripción dietética es el procedimiento que permite establecer la dieta que necesita un paciente durante el proceso de hospitalización. Se han de tener en cuenta las necesidades calóricas y proteicas, intolerancias o alergias

alimentarias, la patología de base o las posibles comorbilidades que presente, además de contar con sus preferencias o aspectos socio-culturales, de manera que la adecuación terapéutica a través de la dieta sea apropiada⁶. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, difícilmente se consigue establecer un patrón terapéutico estandarizado a la hora de realizar dicha prescripción, por no mencionar que en contadas ocasiones se determina las necesidades nutricionales del paciente^{4,5}.

Las recomendaciones sobre las distintas dietas que debe contener el Código de Dietas (CD) de un hospital son bien conocidas⁶. Su diversidad dependerá del tipo de hospital, de las patologías que atiende, del tipo de cocina que disponga, así como de los profesionales que les compete dicha función. No obstante, en la actualidad, es habitual que la

alimentación del paciente hospitalizado no se contemple como un proceso de atención clínica, sino que se considera un servicio más de la hospitalización, incluso antes que formar parte de las acciones terapéuticas^{6,7}.

Desde tiempo atrás, la clasificación del CD hospitalario se ha enfocado en relación al diagnóstico médico. Esta organización dietética se ha llevado a cabo tradicionalmente atendiendo a las patologías más habituales, aunque actualmente, las dietas terapéuticas comienzan a sistematizarse y denominarse de acuerdo a valores nutricionales que se han de modificar⁸.

El objetivo del presente trabajo se centra en describir el total de dietas dispensadas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) durante los últimos doce años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectúa un estudio descriptivo de corte transversal para pormenorizar el total de dietas dispensadas en todas las plantas de hospitalización del complejo hospitalario HUNSC durante el período de informatización del programa (2003-2015).

Se incluye en el estudio el cómputo total de dietas que han sido prescritas a lo largo del período citado, independientemente de la patología de base del paciente. No se incluyen datos en relación a las características de los pacientes. La recogida de datos se realiza a través del programa actual de dispensación de dietas (DIETOOLS)[®]. Las variables principales recogidas han sido: tipo de dieta y año.

El HUNSC es un complejo hospitalario provincial de tercer nivel de la comunidad autónoma de Canarias. Tiene asignada una población de 451.922 habitantes (datos obtenidos a 31 de diciembre de 2014), y atiende tanto servicios médicos como quirúrgicos, siendo además referente en la comunidad para varias especialidades. El total de ingresos en el año 2015 ascendió a 26.699 pacientes, con una estancia media de 8,07 días.

El servicio de alimentación con el que cuenta el centro es un servicio propio, no externalizado, compuesto por una cocina centralizada de línea caliente. La rotación de menús que se

ofrece es quincenal y no existe posibilidad de elección en el menú. Las comidas diarias que se realizan son cuatro (desayuno, comida, merienda y cena), y se distribuyen a partir de la cinta de emplatado mediante carros y bandejas (ambos isotérmicos). La supervisión de la cinta es responsabilidad de un técnico superior en dietética del Departamento de Nutrición Clínica y Dietética.

El total de dietas codificadas que conforman el CD de este centro hospitalario se puede observar en la Tabla 1 (treinta en total). A su vez, determinadas dietas admiten una serie de variantes (astringente, baja en grasa, blanda masticación, fácil digestión, baja en potasio y baja en fósforo) para tener en cuenta una mayor adecuación terapéutica.

La prescripción dietética hospitalaria es competencia del médico responsable. Éste especifica cuál es la dieta idónea para el paciente y, posteriormente, el personal de enfermería transcribe dicha prescripción al programa de dispensación de dietas. Se efectúa un análisis descriptivo de las variables descritas anteriormente. Se detalla el total de dietas distribuidas en el período citado estratificando por año. Los resultados para las variables de escala se expresan con frecuencias absolutas y relativas (%). El análisis estadístico se efectuó utilizando el programa SPSS 19.0 (versión en español).

RESULTADOS

Un total de 12.189.344 dietas fueron ofertadas en el período analizado. El promedio por año asciende a 937.645 dietas. La evolución anual del total de dietas dispensadas se observa en la Tabla 2.

En la Figura 1 se representa un evolutivo de la prescripción total de dieta basal frente a la dieta terapéutica. La prescripción de dieta absoluta es de 931.457 (7,64%).

La dieta basal (3.335.219; 27,36%), la dieta metabólica de 1.500kcal (1.738.229; 14,26%), y la dieta metabólica de 2.000kcal (1.157.076; 9,49%) son las más ampliamente prescritas en relación al cómputo total.

Las dietas metabólicas en su conjunto reciben la segunda mayor prescripción dietética en el centro (3.019.997; 24,78%) (Figura 2), seguidas de las dietas de consistencia modificada (2.074.618; 17,02%) (Figura 3).

Tabla 1. Código de dietas del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

CÓDIGO DE DIETAS

10	BASAL : Dieta normal
20-I	POST-OPERATORIA FASE-1: Dieta líquida
20-II	POST-OPERATORIA FASE-2: Dieta semilíquida
20-III	POST-OPERATORIA FASE-3: Dieta semiblanda
30	TURMIX ADULTO: Dieta molida con dos boles
31	CONSISTENCIA MIXTA: Dieta de transición de la dieta 30 a la 60
40	TURMIX PEDIÁTRICO: Dieta molida para niños, con un solo bol
41	TURMIX DISFAGIA: Dieta para disfagia con un turmix liofilizado (1 sólo puré)
50	PEDIÁTRICA: Dieta normal para niños de 4 a 14 años
60	BLANDA MASTICACIÓN: Dieta normal con alimentos blandos
80	BLANDA/FÁCIL DIGESTIÓN: Dieta normal de fácil digestión
90	ASTRINGENTE: Dieta sin residuos, con escaso aporte de fibra, de protección intestinal
100	PROTECCIÓN BILIOPANCREÁTICA: Dieta en enfermedades biliopancreáticas
110	HIPOPROTEICA DE 60 GR DE PROTEÍNAS: Dieta indicada para ERC en diálisis
120	HIPOPROTEICA DE 40 GR DE PROTEÍNAS: Dieta indicada para ERC sin diálisis
140	METABÓLICA 1000 Kcal: Dieta hipocalórica indicada en Diabetes y Dislipemias.
150	METABÓLICA 1500 Kcal: Dieta hipocalórica indicada en Diabetes y Dislipemias
160	METABÓLICA 2000 Kcal: Dieta normocalórica indicada en Diabetes y Dislipemias
170	METABÓLICA 2500 Kcal: Dieta normocalórica indicada en Diabetes y Dislipemias
180	PRUEBA SANGRE OCULTA EN HECES: Dieta para prueba exploratoria
250	METABÓLICA 3000 Kcal: Dieta hipercalórica indicada en DM con altos requerimientos
270	SIN GLUTEN: Dieta exenta de Trigo, Avena, Centeno y Cebada
280	RICA EN FIBRA: Dieta con alto contenido en fibra procedente de frutas y verduras
310	BAJA CARGA BACTERIANA: Dieta indicada en neutropenia
320	LÁCTEA: Dieta indicada en mucositis, ORL
LACTOV	LACTOVEGETARIANA
OVOLAC	OVOLACTOVEGETARIANA
VEGET	VEGETARIANA Estricta

Nota: todas las dietas poseen variantes principales, sin sal y sin azúcar. Además, las dietas metabólicas, poseen variantes de fácil masticación, fácil digestión y astringente.

Las dietas que reciben menor prescripción fueron: basal pediátrica (493.476; 4,05%), dieta metabólica de 1.000kcal (40.109; 0,33%), dieta metabólica de 3.000kcal (3.718; 0,03%), dietas de progresión ó post-quirúrgicas (861.238; 7,07%), túrmix (1.145.400; 9,40%), túrmix pediátrico (250.820; 2,06%); blanda masticación (633.997; 5,20%), fácil

digestión (236.835; 1,94%), astringente (167.943; 1,38%), protección bilio-pancreática (573.026; 4,70%), nefrológicas (108.674; 0,89%), baja carga bacteriana (70.526; 0,58%), sin gluten (16.587; 0,14%), rica en fibra (156.234; 1,28%), vegetarianas (75.851; 0,62%), especiales (12.910; 0,11%).

Tabla 2. Evolución anual del total de dietas dispensadas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria entre los años 2003 y 2015.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total periodo	Total periodo (%)
Absoluta	53.612	67.652	60.910	72.842	59.157	70.234	71.630	71.387	76.346	90.595	81.258	84.918	70.916	931.457,00	7,64%
10 (Basal)	322.865	336.544	313.307	316.138	293.751	305.166	292.159	195.062	209.748	201.783	196.098	178.517	174.081	3.335.219,00	27,36%
20.F1 (Postoperatorio)	25.100	29.310	26.089	28.277	28.882	31.071	30.740	28.695	33.006	27.140	27.988	27.139	25.516	368.953,00	3,03%
20.F2 (Postoperatorio)	10.493	11.076	10.486	11.830	11.079	12.328	11.340	11.595	14.061	12.329	13.086	13.043	14.246	156.992,00	1,29%
20.F3 (Postoperatorio)	21.242	24.626	25.907	27.681	25.078	26.022	26.843	26.415	31.288	29.155	25.577	22.707	22.752	335.293,00	2,75%
30 (Túrmix adulto)	80.339	101.584	99.648	114.739	120.017	107.381	108.597	69.461	66.453	69.874	71.244	65.247	70.816	1.145.400,00	9,40%
31 (Consistencia modificada)				830	1.458	2.905	2.421	2.258	2.402	1.253	2.394	5.405	6.100	27.426,00	0,22%
40 (Túrmix pediátrica)	22.582	20.530	19.305	16.192	19.079	13.270	19.137	21.632	29.816	23.206	16.051	16.185	13.835	250.820,00	2,06%
41 (Específica disfagia)											4.294	5.241	7.440	16.975,00	0,14%
50 (Basal pediátrica)	36.382	39.503	46.029	47.419	44.164	43.004	42.686	31.147	37.909	31.100	29.492	30.594	34.047	493.476,00	4,05%
60 (Blanda masticación)	36.768	42.883	44.626	51.469	45.681	45.306	44.641	42.772	53.909	55.759	56.579	52.761	60.843	633.997,00	5,20%
80 (Fácil digestión)	21.927	22.817	20.539	21.517	17.894	17.330	18.901	16.287	18.067	16.664	16.389	13.194	15.309	236.835,00	1,94%
90 (Astringente)	9.757	10.582	10.871	13.046	12.207	12.892	15.360	14.119	14.591	12.398	12.507	15.096	14.517	167.943,00	1,38%
100 (Protección biliopancreática)	33.671	38.915	39.470	39.450	36.700	36.834	48.950	42.109	47.962	41.817	48.946	61.238	56.964	573.026,00	4,70%
110 (Nefrológica 60g proteína)	3.072	3.960	5.428	5.048	5.607	4.446	4.895	5.014	5.667	5.056	2.955	2.792	3.587	57.527,00	0,47%
120 (Nefrológica 40g proteína)	5.402	6.854	8.083	5.792	4.993	2.705	2.333	2.035	3.221	1.754	1.526	2.097	920	47.715,00	0,39%
130 (Nefrológica 20g proteína)	190	324	426	672	355	159	483	57	73	140	120	99	334	3.432,00	0,03%
140 (Metabólica 1.000kcal)	3.793	5.944	5.580	5.298	3.848	3.703	4.598	3.184	1.659	1.543	226	396	337	40.109,00	0,33%
150 (Metabólica 1.500kcal)	112.874	122.195	127.071	123.673	127.422	123.800	136.981	121.420	214.342	213.782	174.492	110.878	29.299	1.738.229,00	14,26%
160 (Metabólica 2.000kcal)	71.602	91.171	96.682	105.544	104.444	107.039	95.577	85.717	34.040	24.008	51.951	103.192	186.109	1.157.076,00	9,49%
170 (Metabólica 2.500kcal)	5.728	5.934	3.875	5.066	4.637	3.548	3.614	3.454	3.067	7.920	7.647	11.522	14.853	80.865,00	0,66%
250 (Metabólica 3.000kcal)	185	71	233	14	172	14	9	477	700	604	280	215	744	3.718,00	0,03%
180 (Prueba sangra oculta heces)	1.439	1.426	1.068	1.143	2.098	2.190	2.234	1.146	1.115	417	191	323	436	15.226,00	0,12%
270 (Sin gluten)	645	463	585	677	1.262	1.222	1.357	1.361	1.651	1.048	1.973	1.965	2.378	16.587,00	0,14%
280 (Rica en fibra)	8.859	9.661	10.480	11.756	12.178	14.036	16.125	14.484	12.140	12.530	10.900	10.846	12.239	156.234,00	1,28%
310 (Baja carga bacteriana)	3.777	3.402	5.082	4.983	5.883	5.223	5.138	5.728	6.507	5.232	7.810	6.018	5.743	70.526,00	0,58%
320 (Láctea)	1.301	1.097	893	859	1.244	1.738	2.584	2.553	2.963	3.809	5.238	4.286	4.580	33.145,00	0,27%

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total periodo	Total periodo (%)
LACTEOVEGETARIANA	637	867	970	984	482	368	530	271	714	729	739	579	937	8.807,00	0,07%
OVOLACTEOVEGETARIANA	5.924	3.786	5.592	4.023	3.535	4.919	2.534	2.212	3.096	2.982	3.166	2.495	3.267	47.531,00	0,39%
OVOLACTEOFARINACEOS	587	557	170	272	85	270	146	69	90	17	33	18	16	2.330,00	0,02%
VEGETARIANA (Estricta)	1.670	1.445	1.060	1.169	1.357	1.345	1.018	727	1.040	1.688	1.361	1.340	1.963	17.183,00	0,14%
190 (Exploración urológica)	34	13	21	38	2	17	8	9	17					159,00	0,00%
260 (Hiposódica)	771	481	930	92	615	184	96	17	41					3.227,00	0,03%
DIETA ESPECIAL	2.804	1.238	967	1.643	1.285	375	230	344	363	407	682	1.080	1.492	12.910,00	0,11%
210 (Exploración apar. digestivo)	570	393	188	606	174	228	303	42	67					2.571,00	0,02%
240 (750kcal)	204	25	16	54	21	41	46	1	6	11				425,00	0,00%
Total/año	906.806	1.007.329	992.587	1.040.836	996.846	1.001.313	1.014.244	823.261	928.137	896.750	873.193	851.426	856.616	12.189.344,00	100,00%

Figura 1. Evolutivo de la prescripción de dieta basal vs. dieta terapéutica.

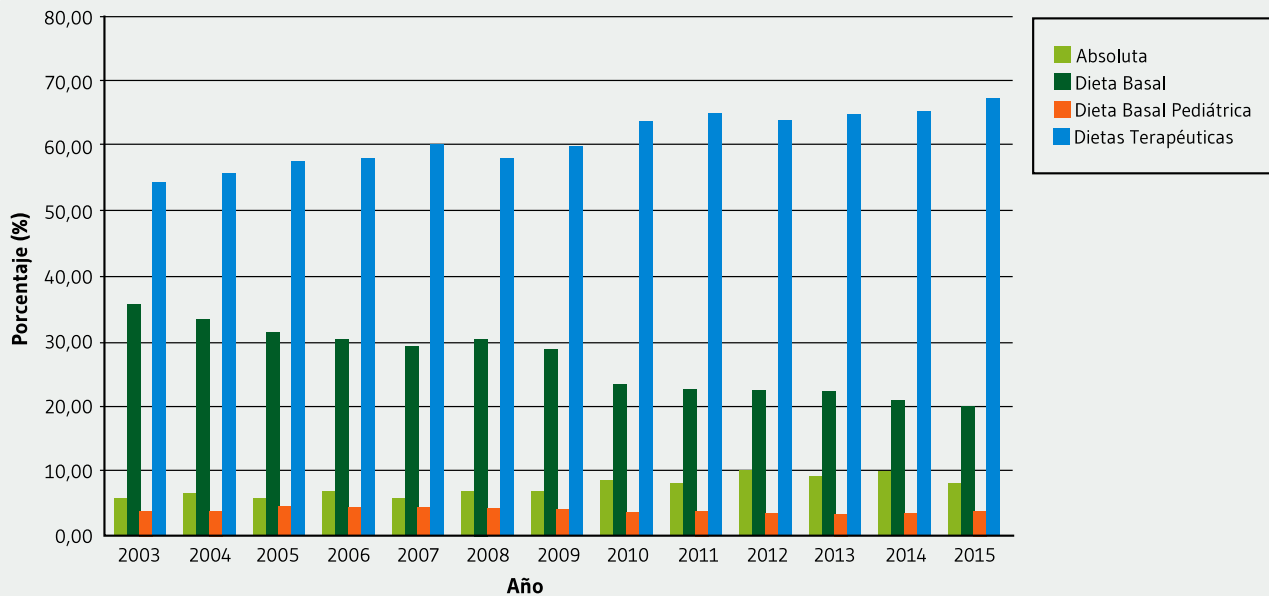


Figura 2. Representativo de la evolución de dietas metabólicas.

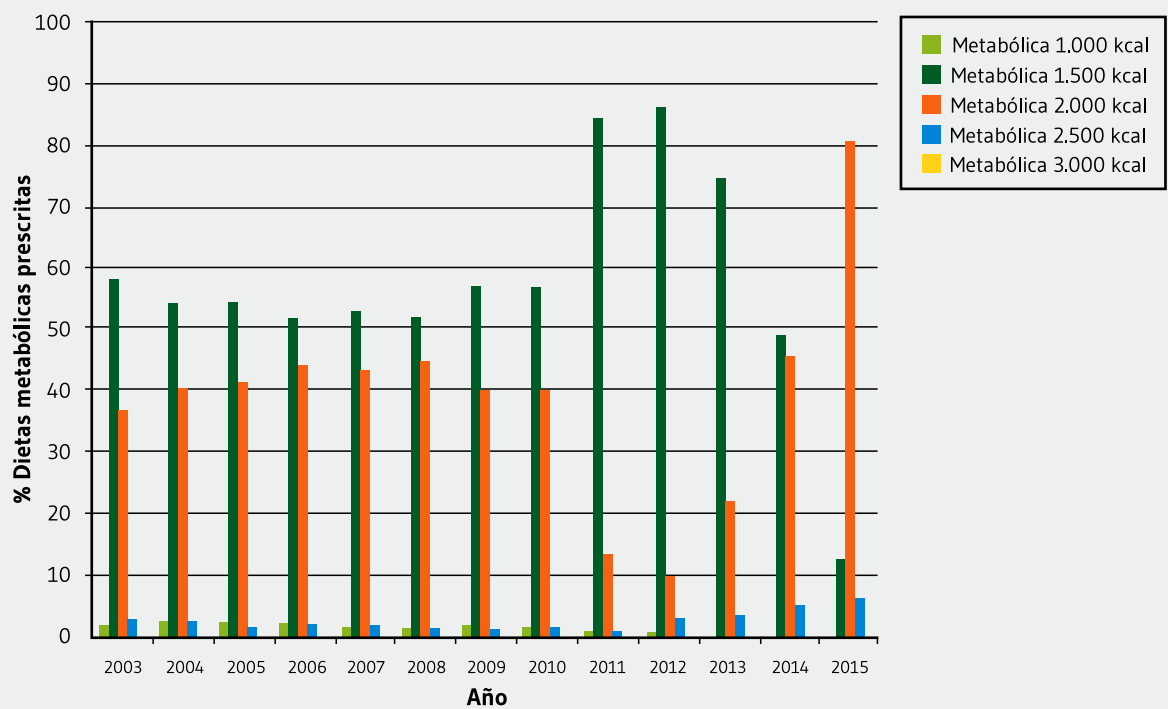
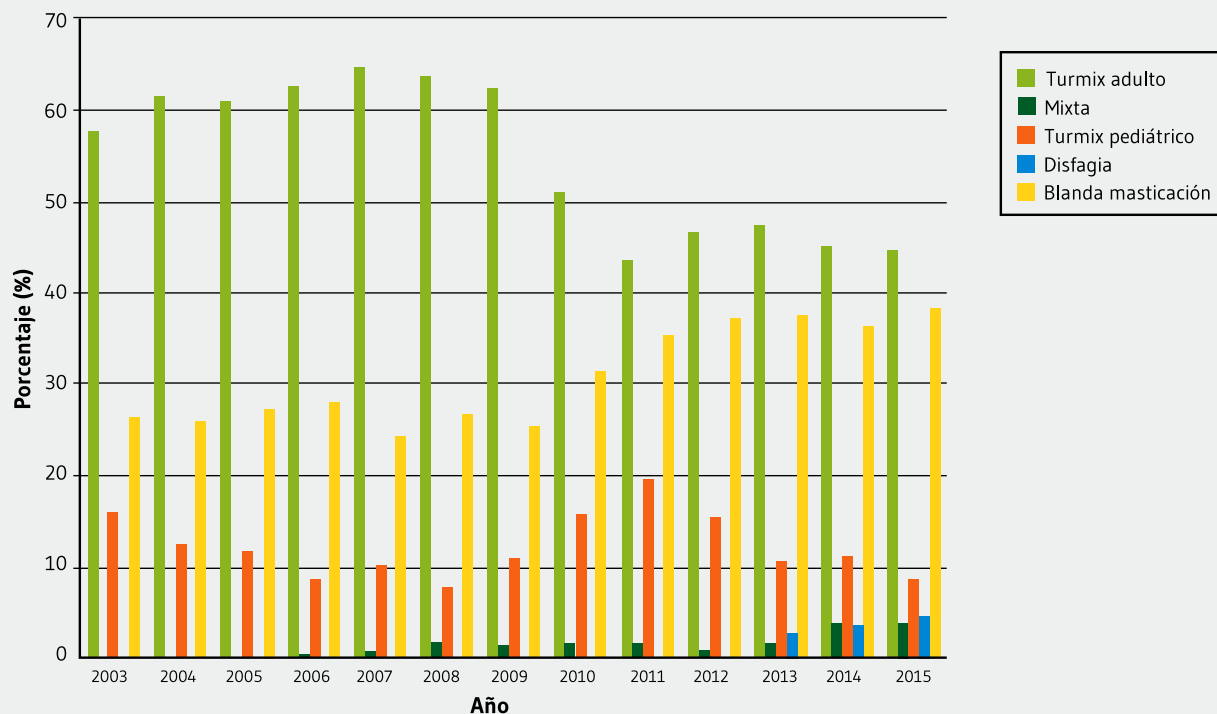


Figura 3. Representativo de la prescripción de dietas de consistencia modificada.

DISCUSIÓN

En este trabajo se presenta la dispensación de dietas que se ha realizado en los últimos años en un hospital de tercer nivel. La utilidad principal es conocer y transmitir qué tipo de dietas son las más demandadas, y observar cuál ha sido el comportamiento a lo largo de estos últimos años para permitir la toma de nuevas decisiones en función de datos observacionales.

En general, se puede observar cómo el número de dietas dispensadas se mantiene estable a lo largo de los doce años, apreciando así que existe cierta regularidad en el servicio de alimentación ofertado por el propio hospital.

Cualquier CD hospitalario parte de la premisa de contemplar en su planificación dos tipos de dietas: dietas basales o normales, y dietas terapéuticas. En nuestro caso en concreto, se observa que las dietas más dispensadas en el centro hospitalario son las dietas terapéuticas en su conjunto. La mayoría de pacientes ingresados en un hospital precisan menús que requerirán ciertas modificaciones dietéticas, y que serán necesarias para adaptarse a las necesidades nutricionales y patológicas del paciente. Así se detalla también en la reciente revisión de Restrepo, donde se destaca

que más del 50% de los pacientes ingresados precisarán una dieta oral con modificaciones dietéticas⁸.

Dentro del abanico de dietas terapéuticas, las dietas metabólicas fueron las que mayor dispensación recibieron en nuestro centro. En concreto, el HUNSC dispone de tres dietas metabólicas principales que se diferencian únicamente en las necesidades calóricas que ofrecen (1.500kcal, 2.000kcal, y 2.500kcal). En cierto sentido, y teniendo en cuenta la prevalencia de diabetes entre la población canaria, estos resultados podrían estar justificados, y se podría interpretar como coherente esta alta prescripción⁹. No obstante, tras la pormenorización pertinente, se puede percibir que la dieta más ampliamente demandada entre éstas presenta unas necesidades calóricas escasas (1.500kcal) teniendo en cuenta que los pacientes hospitalizados suelen tener incrementadas sus necesidades energéticas y proteicas⁴⁻⁶.

Por defecto, ante un nuevo ingreso hospitalario en el centro, y siempre que tuviera indicada la vía oral, se le asigna una dieta metabólica al paciente de manera rutinaria. Concretamente, la dieta asignada es la dieta metabólica de 1.500kcal, y de ahí también se puede extrapolar esta alta dispensación.

No obstante, son varios los estudios que advierten de que la mayoría de pacientes hospitalizados no cubren sus requerimientos nutricionales a través de la ingesta hospitalaria^{10,11}. Basándonos en este aspecto, y siendo conscientes de que una dieta de 1.500kcal podría ser deficitaria para el paciente hospitalizado, se puede apreciar un cambio en la tendencia de dispensación de dietas metabólicas a partir del año 2014 (Figura 3). En ese entonces, el departamento de nutrición modificó la asignación rutinaria de dieta ante un ingreso hospitalario, estableciendo la dieta de 2.000kcal como la dieta de referencia para el paciente recién hospitalizado. De esta manera se persiguió aportar unos requerimientos más idóneos que sirvieran de referencia ante cualquier ingreso hospitalario.

Las dietas basales o normales se prescriben en aquellos pacientes que no presentan ninguna comorbilidad asociada o cuyo diagnóstico no requiera de un tratamiento nutricional específico. Nuestro hospital dispone de una dieta basal genérica y de otra dieta basal diseñada específicamente para pediatría. En este sentido, se puede observar que existe una reducción en la prescripción de la dieta basal en el período analizado. No obstante, se percibe una tasa elevada de dispensación en los primeros años que parece no estar en consonancia con la literatura, ya que la mayoría de pacientes que ingresan en un hospital presentan alguna condición que exige una adecuación terapéutica^{6,7,12}. Sin embargo, observando la evolución de la dieta basal a lo largo de los años sí se objetiva una reducción de hasta un 50% que parece adaptarse más a la actualidad descrita en la literatura⁸.

Tal y como recogen Moreno y Cols.¹³, la presencia de dietas de consistencia modificada también es fundamental en cualquier CD hospitalario, aunque habitualmente suelen ser las dietas más deficitarias¹⁴. La dieta túrmix o triturada es la más extendida, al igual que la dieta de blanda masticación. Sin embargo, en nuestro trabajo resalta la escasa prescripción que se realiza de dietas específicas para disfagia. Esta baja prescripción se podría justificar por el tiempo de instauración, ya que las dietas específicas de disfagia y de consistencia mixta (dieta de transición entre disfagia y blanda masticación), se instauraron en el hospital a partir del año 2013. Aún así, teniendo en cuenta la prevalencia de disfagia descrita en el medio hospitalario, se debería realizar un análisis más preciso de este punto y situar dicha prescripción en relación a las patologías más prevalentes¹⁵.

La pauta que se realiza del resto de alternativas dietéticas es mínima, si se compara con las citadas anteriormente. En su mayoría son dietas que, a pesar de su baja prescripción,

son imprescindibles en cualquier CD que se preste en un hospital de tercer nivel (postquirúrgicas, protección renal, astringente, entre otras)⁶⁻⁸.

Ahora bien, un número determinado de dietas presentes en el CD del HUNSC (y probablemente en la mayoría de centros hospitalarios) se podría simplificar notoriamente. En nuestro caso en concreto, si se tienen en cuenta la dieta basal, las tres dietas metabólicas más prescritas, además de otras dos dietas metabólicas de 1.000kcal y 3.000kcal, se están contemplando en total seis dietas dentro del CD que podrían simplificarse en cuatro. Partiendo de la base que la dieta metabólica debería ser idéntica a la dieta basal, sería más recomendable contar con cuatro dietas con las mismas características, pero que se diferenciases únicamente en sus necesidades energéticas (1.500kcal, 2.000kcal, 2.500kcal, 3.000kcal). De nuevo, no sólo se facilitaría la prescripción dietética sino que se ahorraría costes atribuibles principalmente al gasto en materia prima y preparación. Así lo recoge uno de los pocos estudios que analiza los costes ocasionados en una unidad de alimentación pública, donde, entre las actividades que más coste generan se encuentra la visita de pacientes a planta por parte de dietistas, la materia prima y la preparación de las dietas¹⁶.

El presente estudio cuenta con serias limitaciones que deben ser planteadas. Se trata de un estudio descriptivo que únicamente ha tenido en cuenta los datos de dispensación dietética de un hospital en concreto, con sus características intrínsecas en este ámbito. Además, es de reflejar que no se ha revisado si esta prescripción dietética se adecúa a las características nutricionales de cada paciente, cuestión que sería fundamental para conocer si se cubren las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. No obstante, en la actualidad sería inviable realizar una valoración nutricional del cómputo total de pacientes, aunque sí debería realizarse a aquellos que dieran positivo ante un cribado nutricional. Del mismo modo, no se ofrece una prescripción que se relacione con el motivo de ingreso, de manera que se identifique si la dieta se adecúa a las patologías o comorbilidades que presente el paciente. Por otro lado, tampoco se ofrece la estancia media por paciente y dieta.

Una de las principales ventajas con las que cuenta el trabajo es que el CD hospitalario del HUNSC ha sufrido escasas variaciones desde su creación en el año 2003, confirmando por tanto una mayor precisión a los datos obtenidos. Además, el gran volumen de dietas servidas, así como la diversidad de patologías que ingresan en este hospital, pueden orientar y priorizar las necesidades actuales de los códigos de dietas hospitalarios.

CONCLUSIONES

Las dietas más prescritas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria son las dietas terapéuticas. No obstante, al igual que otros centros hospitalarios, un número importante de dietas presentes en el código de dietas no cubren las necesidades nutricionales teóricas que necesitan los pacientes hospitalizados. La simplificación de las dietas ofertadas dentro del código del hospital permitiría realizar una prescripción más adecuada.

FINANCIACIÓN

Los autores del estudio declaran que no han recibido ninguna financiación para el desarrollo del trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

NBB es editor de la revista Española de Nutrición Humana y Dietética. Además, es miembro y coordinador del Grupo de Especialización en Nutrición Clínica y Dietética de la Academia Española de Nutrición y Dietética. Al mismo tiempo declara ser miembro de la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral, y vicepresidente de la Asociación Canaria de Dietistas-Nutricionistas. IDB es Dietista-Nutricionista, y miembro de la Academia Española de Nutrición y Dietética. EMHR es Técnico en Dietética y miembro de la Academia Española de Nutrición y Dietética.

REFERENCIAS

- (1) Álvarez-Hernández J, Planas M, León-Sanz M, García A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp.* 2012; 27(4): 1049-59.
- (2) Sorensen J, Kondrup J, Prokopowicz J, Schiesser M, Krähenbühl L, Meier R, et al. EuroOOPS: an international, multicentre study to implement nutritional risk screening and evaluate clinical outcome. *Clin Nutr.* 2008; 27(3): 340-9.
- (3) Suárez JP, Benitez N, Oliva JG, Pereyra-García F, López MA, García A, et al. Introducción de un método mixto de cribado nutricional (CIPA) en un hospital de tercer nivel. *Nutr Hosp.* 2014; 29(5): 1149-53.
- (4) García A, Álvarez J, Planas M, Burgos R, Araujo K, multidisciplinary consensus work-team on the approach to hospital malnutrition in Spain. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp.* 2011; 26(4): 701-10.
- (5) Calleja A, Vidal A, Cano I, Ballesteros MD. Adecuación del código de dietas a las necesidades nutricionales del paciente hospitalizado. *Nutr Hosp.* 2016; 33(1): 80-5.
- (6) Zugasti A, Martínez M, Cotovad L, Bellido D. Planificación de la dieta hospitalaria. En: de Luis DA, Bellido D, García PP, editores. *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2010. p. 91-104.
- (7) Muñoz M, Zazpe I. Diseño y planificación de dietas. La planificación dietética hospitalaria. En: Martínez JA, Cuervo M, Bustos A, editores. *Alimentación hospitalaria.* Madrid: Diaz de Santos; 2004. p. 103-17.
- (8) Rabat JM. ¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales? *Nutrición Clínica en Medicina.* 2017; 9(1): 9-25.
- (9) Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria.* 2006; 20(Suppl 1): 15-24.
- (10) van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Roosemalen MM, Weijjs PJM, Langius JAE. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutr Clin Pract.* 2012; 27(2): 274-80.
- (11) Leandro-Merhi VA, Srebernich SM, Gonçalves GMS, de Aquino JLB. In-hospital weight loss, prescribed diet and food acceptance. *Arq Bras Cir Dig.* 2015; 28(1): 8-12.
- (12) García A, Mateos A, Álvarez J, Calvo MV. Capítulo 4. Requerimientos nutricionales en situaciones patológicas. En: Gil Á, editor. *Tratado de nutrición Tomo IV.* 2ª ed. Madrid: Médica-Panamericana; 2010. p. 75-93.
- (13) Moreno C, García MJ, Martínez C, Grupo de Estudio de la Alimentación del Mayor. Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. *Nutr Hosp.* 2006; 21(1): 26-31.
- (14) Hedman S, Nydahl M, Faxén-Irving G. Individually prescribed diet is fundamental to optimize nutritional treatment in geriatric patients. *Clin Nutr.* 2016; 35(3): 692-8.
- (15) Carrión S, Cabré M, Monteis R, Roca M, Palomera E, Serra-Prat M, et al. Oropharyngeal dysphagia is a prevalent risk factor for malnutrition in a cohort of older patients admitted with an acute disease to a general hospital. *Clin Nutr.* 2015; 34(3): 436-42.
- (16) Neriz L, Núñez A, Ramis F. A cost management model for hospital food and nutrition in a public hospital. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14: 542.