

## II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

# AVANCES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y GESTIÓN ROL DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA



www.renhyd.org



5 DE OCTUBRE DE 2018  
GESTIÓN DE RESTAURACIÓN  
EN COLECTIVIDADES  
PONENCIA 2



### Laboratorio nutricional: procedimiento tradicional versus línea fría. Ventajas y desventajas

Gemma Navarro Cano<sup>1,\*</sup>, Eva Torres<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dietética y Alimentación, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

<sup>2</sup>Arcasa-Sant Pau, Barcelona, España.

\*jalfmtz@unav.es

Desde el colectivo de médicos, dietistas-nutricionistas y otros trabajadores de la salud, existe una clara preocupación por la desnutrición hospitalaria. Multitud de estudios muestran no sólo la gran preocupación por la situación, sino que presentan también las preocupantes cifras de dicha desnutrición y de los efectos negativos que de esta se derivan.

Los estudios realizados en los últimos años concluyen que la desnutrición hospital afecta a aproximadamente un 25-50% de personas hospitalizadas. Globalmente, los pacientes desnutridos tienen un aumento de la morbilidad, mortalidad, mayor índice de readmisiones de hospital, menor calidad de vida y mayor necesidad de rehabilitación y, en última instancia, mayores costos sociales. Actualmente se sabe que el diagnóstico precoz de la desnutrición y la intervención nutricional son claramente rentables.

La Resolución ResAP (2003)<sup>3</sup> sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales incide de forma taxativa en

el inaceptable número de pacientes desnutridos en los hospitales, analizando los efectos negativos que conlleva esta situación (duración de la estancia hospitalaria, tiempo de rehabilitación, calidad de vida, costes).

Entre otras consideraciones menciona:

#### Alimentación "ordinaria"

- La alimentación ordinaria por vía oral deberá ser la primera opción para corregir o prevenir la desnutrición de los pacientes.
- Se deberá estudiar y documentar una buena práctica para garantizar la ingesta de alimentación ordinaria por los pacientes. La práctica de documentar y evaluar la ingesta de alimentación ordinaria en pacientes identificados como poseedores de riesgo nutricional es esencial.
- La nutrición por sorbos o bebida no se deberá utilizar para sustituir a una adecuada ingesta de alimentos

ordinarios, y sólo se empleará cuando existan indicaciones médicas evidentes.

- El soporte nutricional artificial sólo se deberá instaurar cuando la alimentación ordinaria no sea posible o sea inadecuada.

A menudo recurrimos a estrategias de nutrición que implican un súper coste, nutrición artificial, módulos de suplementos, y un sinnúmero de estrategias para impedir la desnutrición y/o rehabilitar a nuestros pacientes.

Como responsables de la alimentación ordinaria deberíamos plantearnos qué alternativas tenemos para poder mejorar las ingestas de los pacientes, si tenemos sistemas de producción que sean eficientes a las demandas nutricionales y alimentarias, si somos capaces de tener sistemas documentales que permitan la trazabilidad de la alimentación en nuestros hospitales.

Nuestra propuesta es un cambio de concepción del modelo productivo:

El paso de un sistema productivo tradicional basado en la cocina de producción inmediata obligada a un estrés continuo y diario que puede inducir a error, un modelo que se basará básicamente en los trabajadores, más que en los procesos.

El cambio será el paso a un sistema productivo basado en la definición de procesos, en la planificación, estandarización de labores y productos, definición de calidad y seguimiento de trazabilidad.

Objetivo: Obtención del producto final basado en la excelencia y adaptación al entorno implementado.

Para poder alcanzar dicho objetivo, resulta imprescindible un buen análisis de las necesidades del centro, así como una definición exhaustiva de los procesos productivos. A nivel alimentario y nutricional.

En el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, se valoró la necesidad de este cambio productivo, y se concluyó que podíamos atender e incrementar la seguridad alimentaria y nutricional y la satisfacción de nuestros pacientes, implementando la línea fría.

Este modelo productivo, nos permite atender a más de 600 pacientes, a una cafetería de público y a otra de personal.

Se confeccionan 2.000 comidas diarias con gran complejidad de dietas (800 combinaciones posibles) con menú de elección para TODAS las dietas.

Se puede elegir entre 4 primeros, 3 segundos, 5 postres y 3 tipos de pan.

Todo ello no ha generado más estrés, al contrario, la planificación nos ha aportado seguridad nutricional, alimentaria y laboral.

#### DEFINICIÓN DE LÍNEA FRÍA

Consiste en la producción de los alimentos de manera tradicional, añadiendo un proceso más, el enfriamiento.

Éste debe ser de forma rápida, desde más 65 °C hasta 4 °C en menos de 3,5 horas.

#### Objetivos básicos

- Cumplir la normativa legal / trazabilidad
- Cumplir requisitos medio ambientales
- Satisfacer las necesidades nutricionales y alimentarias
- Satisfacer unas necesidades productivas
- Innovación tecnológica
- Mejora laboral
- Visión de futuro

#### Consideraciones esenciales

Un cambio productivo a línea fría comporta un cambio "cultural" en los procesos productivos:

- Re-diseño de circuitos
- Planificación de la producción con días de antelación al servicio
- Adecuación de la maquinaria a:
  1. Procesos productivos de línea fría (abatidor)
  2. Producciones más grandes
  3. Más espacio de almacenaje para producto cocinado y distribución (bandejas/carros)
  4. Elección del sistema de regeneración o Retermalización

El sistema de regeneración que se utiliza determinará en gran medida la calidad organoléptica final del producto. Será una de las claves de la aceptación de la alimentación por parte de los pacientes.

El modelo de regeneración ha de cumplir las siguientes premisas:

- Ha de garantizar la regeneración microbiológicamente segura de los alimentos
- Ha de permitir poder elaborar cocina que nos es propia: cocina mediterránea
- Ha de permitir adaptarnos a los horarios que necesita cada unidad de hospitalización, deben comer cuando se quiera, no al contrario
- Ha de permitir una regeneración organolépticamente impecable
- Ha de ser un sistema energéticamente sostenible

Existen varias opciones de retermalización: Inducción, Termo contacto y Convección.

#### REGENERACIÓN POR INDUCCIÓN

- Reducción de riesgos higiénicos
- Permite el mantenimiento del alimento a temperaturas adecuadas
- Preservación calidad de los alimentos (proceso en 3 fases)

- El calor se transmite directamente al alimento gracias a la vajilla especial
- Permite adaptar los horarios de los diferentes servicios
- Evita riegos por quemaduras por las bandejas
- Bajo consumo de energía

- Mejora en la satisfacción de nuestros usuarios
- Horarios de las comidas más adecuados
- Dietas más personalizadas
- Más variedad de platos
- Mejores condiciones laborales
- Industrialización de los procesos

#### NUESTRA EXPERIENCIA

Una experiencia positiva que avala un resultado de éxito:

- Informatización de las instalaciones
- Control en la materia prima (costes y trazabilidad)
- Más orden y control en las manipulaciones y procesos
- Circuitos más definidos
- Eliminación del estrés que provoca el servicio

Lo más importante, una mejora alimentaria, dietética y nutricional para nuestros pacientes.



#### CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras expresan que no hay conflictos de interés al redactar el manuscrito.

## II CONGRESO DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

