

CONSEJO DE EUROPA COMITE DE MINISTROS

Resolución ResAP(2003)3 Sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales

*(Aprobado por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003
durante la reunión número 860 de los representantes de los ministros)*

1. El Comité de Ministros, cuya composición se encuentra restringida a los representantes de Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido, estados miembros del Acuerdo Parcial en el Ámbito Social y de Salud Pública,
2. Referente a la Resolución (59) 23 del 16 de noviembre de 1959 sobre la ampliación de las actividades del Consejo Europeo en cuestiones sociales y culturales;
3. Teniendo en cuenta la Resolución (96) 35 del 2 de octubre de 1996, que revisó las estructuras del Acuerdo Parcial y determinó proseguir, de acuerdo con las normas revisadas que sustituyen a las establecidas en la Resolución (59) 23, las actividades realizadas y desarrolladas hasta la fecha en virtud de dicha resolución y cuyos propósitos principales fueron:
 - a. aumentar el nivel de protección sanitaria de los consumidores en su sentido más amplio, incluyendo una contribución constante a la armonización –en el campo de los productos con un impacto directo o indirecto en la cadena alimentaria humana y en el campo de los pesticidas, fármacos y cosméticos– legislación, normativas y prácticas referentes, por una parte, a los controles de calidad, eficiencia y seguridad de los productos y, por otra parte, a la manipulación segura de productos tóxicos o nocivos;
 - b. integrar en la comunidad a las personas discapacitadas: definiendo y contribuyendo a la aplicación a nivel europeo de un modelo de política coherente para las personas discapacitadas, teniendo en cuenta los principios de ciudadanía completa y estilo de vida independiente; contribuyendo a la eliminación de todas las barreras que impidan la integración, ya sean de índole psicológica, educativa, familiar, cultural, social, profesional, económica o arquitectónica;
4. Dado que el objetivo del Consejo de Europa es conseguir una mayor unidad entre sus miembros y así facilitar su progreso económico y social;
5. Dado que el acceso seguro y garantizado a los alimentos es un derecho humano fundamental
6. Teniendo en cuenta los efectos beneficiosos que un servicio de alimentación y una atención nutricional hospitalarios adecuados tienen en la recuperación de los pacientes y de su calidad de vida;
7. Teniendo en cuenta el número inaceptable de pacientes hospitalizados desnutridos en Europa;
8. Teniendo en cuenta que la desnutrición de los pacientes hospitalizados se asocia con estancias hospitalarias más largas, una rehabilitación prolongada, una menor calidad de vida y costes sanitarios innecesarios;
9. Teniendo en cuenta la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria (Parliamentary Assembly Recommendation) 1244 (1994) sobre nutrición y salud;
10. En referencia al Primer plan de acción sobre política alimentaria y nutricional (First Action Plan for Food and Nutrition Policy) de la región europea de la OMS (2000 – 2005),
11. Recomienda que los gobiernos de los estados miembros del Acuerdo parcial en los ámbitos sociales y de salud pública (Partial Agreement in the Social and Public Health Field), de acuerdo con sus

estructuras constitucionales, sus circunstancias nacionales, regionales o locales, y sus condiciones económicas, sociales y técnicas específicas:

a. preparen y apliquen las recomendaciones nacionales sobre alimentación y atención nutricional hospitalarias, siguiendo los principios y las medidas descritas en el apéndice de la presente resolución;

b. promuevan la aplicación y hagan lo necesario para la aplicación de los principios y medidas descritas en el apéndice, en aquellas áreas que no sean responsabilidad directa de los gobiernos pero en que las autoridades públicas tengan un cierto poder o desempeñen algún papel;

c. garanticen la máxima divulgación de esta resolución en todas las partes implicadas, en especial las autoridades públicas, el personal hospitalario, el sector de la atención primaria, los pacientes, los investigadores y las organizaciones no gubernamentales activas en este campo.

Apéndice de la Resolución ResAP(2003)3

1. Valoración y tratamiento nutricional en los hospitales

1.1 Monitorización del riesgo nutricional

i. La valoración del riesgo nutricional deberá tener en cuenta el estado nutricional y la gravedad de la enfermedad.

ii. El método de monitorización del riesgo nutricional se deberá basar en la evidencia para así asegurar la identificación de aquellos pacientes que puedan beneficiarse del soporte nutricional.

iii. El método de monitorización del riesgo nutricional deberá ser fácil de emplear y de entender.

iv. La influencia de la edad, la talla y el sexo se deberá tener en cuenta al determinar el riesgo nutricional del paciente.

v. El riesgo nutricional de todos los pacientes se deberá evaluar de forma rutinaria antes de la hospitalización o en el mismo momento de ésta. Dicha evaluación se deberá repetir con regularidad (en intervalos que dependerán del grado de riesgo nutricional) durante la hospitalización.

vi. Se deberán realizar estudios que desarrollen y validen métodos sencillos de monitorización, que se utilizarán tanto en hospitales como en centros de atención primaria.

vii. Tras la identificación de un paciente con riesgo nutricional se deberá realizar una valoración nutricional exhaustiva, un plan de tratamiento que incluya los objetivos dietéticos, la monitorización de la ingesta de alimentos y del peso corporal, y el ajuste del plan de tratamiento.

viii. Se deberán desarrollar estándares de valoración y monitorización del riesgo/estado nutricional tanto a nivel nacional como a nivel europeo.

1.2 Identificación y prevención de las causas de desnutrición

i. En cada paciente siempre se deberán tener en cuenta todas las causas de desnutrición relacionada con la enfermedad.

ii. El uso de medicamentos y combinaciones con efectos secundarios como anorexia, náusea y otros síntomas gastrointestinales, interacciones entre fármacos y alimentos o alteraciones del gusto y del olfato deberá estar bien justificado y se evitará tanto como sea posible, al tiempo que los médicos y las enfermeras deberán ser conscientes de dichos efectos secundarios.

iii. Los regímenes de "nada por boca" ("Nil-by-mouth"), los ayunos nocturnos y los protocolos de limpieza intestinal con restricciones dietéticas no se deberán utilizar de forma rutinaria; se deberá revisar la literatura con el fin de evaluar qué procedimientos pueden requerir dichos regímenes, y en investigaciones/procedimientos que requieran restricciones dietéticas se deberá establecer la duración exacta de las mismas.

iv. La definición de desnutrición relacionada con la enfermedad se deberá aceptar de forma universal y utilizar como diagnóstico clínico, y en consecuencia se tratará como tal.

1.3 Soporte nutricional

i. Se considerará de manera sistemática que el soporte nutricional forma parte del tratamiento de los pacientes.

ii. El plan de tratamiento nutricional se deberá revisar y ajustar al menos una por semana, basándose en la información sobre la ingesta nutricional, las variaciones de peso y otras variables nutricionales y clínicas del paciente.

iii. El soporte nutricional se deberá personalizar correctamente a cada paciente. Se deberán anotar cuidadosamente los volúmenes de nutrición artificial administrados y los desechados.

iv. Ningún paciente deberá recibir soporte nutricional artificial sin una adecuada valoración de las indicaciones, los riesgos y beneficios, sin el consentimiento informado del paciente y sin un control estricto de los efectos secundarios.

v. El uso de fórmulas inmunomoduladoras específicas se deberá limitar a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de las mismas de acuerdo con los ensayos aleatorizados disponibles.

vi. Los pacientes que requieran soporte nutricional deberán recibir dicho tratamiento antes de la hospitalización (siempre que sea posible), con la mayor brevedad posible durante la estancia hospitalaria, y después de que se le haya dado el alta.

vii. Los registros médicos y de enfermería sobre el ingreso, el alta y las visitas ambulatorias deberán incluir información relativa al estado nutricional de cada paciente, así como sobre su estado físico y mental en relación con la ingesta de alimentos.

viii. Los especialistas en nutrición clínica deberán llevar a cabo ensayos aleatorizados y revisiones sistemáticas para evaluar los efectos del soporte nutricional sobre el estado nutricional, el resultado clínico final, y el estado físico y mental.

ix. Se deberá otorgar la máxima prioridad a aquellos ensayos aleatorizados que evalúen el efecto de la alimentación ordinaria sobre el resultado clínico final.

x. Se deberán desarrollar estándares nacionales para la valoración y el tratamiento dietético de pacientes con disfagia, según convenga, así como parámetros descriptivos nacionales para la modificación de texturas.

1.4 Alimentación ordinaria

i. La alimentación ordinaria por vía oral deberá ser la primera opción para corregir o prevenir la desnutrición de los pacientes.

ii. 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.

iii. 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.

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

1.5 Soporte nutricional artificial

i. Se deberán desarrollar estándares nacionales y europeos para la instauración, administración segura, técnicas asépticas de manipulación, pautas de tratamiento, monitorización y conclusión de soporte nutricional artificial.

ii. Se deberán desarrollar estándares para la instauración, preparación, educación, suministro de equipos, administración segura y monitorización de pacientes con alta médica y enviados a casa con soporte nutricional.

2. Personal de atención nutricional

2.1 Distribución de las responsabilidades de la atención nutricional en los hospitales

i. El ministerio de Sanidad, las autoridades regionales y las direcciones de los hospitales deberán saber cuáles son sus responsabilidades referentes a los sistemas de atención nutricional, el soporte nutricional y el servicio de alimentación.

ii. La dirección del hospital, los médicos, los farmacéuticos, los enfermeros, los dietistas y el personal del servicio de alimentación deberán trabajar en equipo para proporcionar atención nutricional, mientras que la dirección del hospital deberá prestar la atención adecuada a dicha cooperación.

iii. Se deberán delimitar con claridad las responsabilidades de los diferentes departamentos en relación con la atención nutricional, el soporte nutricional y el servicio de alimentación.

iv. Los hospitales deberán crear estructuras adecuadas para el establecimiento de estándares para la atención nutricional y el soporte nutricional, en especial en lo que se refiere a costes, especificaciones contractuales, monitorización del riesgo nutricional y auditorías, y para la aplicación de dichos estándares por medio del control, la supervisión y la auditoría de la atención nutricional y el soporte nutricional.

v. La monitorización y valoración del riesgo nutricional se deberá incluir en los estándares de acreditación de los hospitales.

2.2 Comunicación

i. Se deberán realizar estudios organizativos con el objeto de valorar y mejorar la cooperación entre los diferentes departamentos.

ii. El personal del servicio de alimentación, el personal de las salas y los pacientes deberán desarrollar, probar y utilizar formularios de solicitud de menús.

iii. Se deberán establecer contactos regulares entre el personal de las salas y el del servicio de alimentación.

iv. Se designará a uno o más representantes de cada sala y de la cocina cuya principal responsabilidad será la comunicación y la información acerca de cuestiones relacionadas con la nutrición.

v. Se deberán establecer contactos regulares entre hospitales y centros de atención primaria.

2.3 Educación y conocimientos nutricionales a todos los niveles

i. Se deberá aplicar un programa de formación continua sobre nutrición general y técnicas de soporte nutricional a todo el personal implicado en la alimentación de los pacientes.

ii. Se deberá incluir a la nutrición clínica en los programas educativos de formación universitaria y de postgrado en medicina.

iii. Se deberán establecer cátedras en nutrición clínica.

iv. Las facultades de medicina deberán reconocer como especialidad a la nutrición clínica de adultos y niños. La formación deberá abarcar los aspectos preventivos y terapéuticos de la atención nutricional y el soporte nutricional.

v. Se deberá mejorar la formación en nutrición clínica del personal de enfermería, prestando especial atención a la valoración del riesgo nutricional, la monitorización y las técnicas de alimentación.

- vi. La formación universitaria de dietistas generales y clínicos a nivel nacional deberá alcanzar el mayor nivel posible a fin de permitir que todos los dietistas europeos desempeñen un papel más relevante en la atención nutricional y el soporte nutricional.
- vii. La formación de los dietistas administrativos se deberá mejorar, en especial en lo referente a la gestión.
- viii. La formación de los directores/gerentes de los servicios de alimentación de los hospitales deberá ser diferente de la formación proporcionada a directores de hoteles, con el objeto de prepararles para servir comida a enfermos.
- ix. Se deberá prestar una atención especial a la formación nutricional del personal no médico (por ejemplo, cuidadores a tiempo parcial y encargados de salas) y a las definiciones de sus ámbitos de responsabilidad.
- x. Se deberá insistir especialmente en la formación e información de la opinión pública (incluyendo a los pacientes) sobre la importancia de una buena nutrición.
- xi. Se deberán fomentar las iniciativas europeas relativas a la formación en nutrición clínica.
- xii. Se deberá ampliar la cooperación entre las asociaciones de nutrición clínica de los diferentes países.

3. Prácticas del servicio de alimentación

3.1 Organización del servicio de alimentación del hospital

- i. Se deberán delimitar con claridad las responsabilidades en nutrición hospitalaria de los profesionales sanitarios y la dirección del hospital.
- ii. Se deberá adoptar y aplicar una política de servicio de alimentación a nivel regional o a nivel de cada centro.
- iii. La dirección del hospital deberá prestar una atención especial a la política del servicio de alimentación y al soporte nutricional.
- iv. Todo el personal del hospital (tanto sanitario como no sanitario) deberá entender que el servicio de alimentación es una parte importante del tratamiento y la atención de los pacientes.

3.2 Contrato del servicio de alimentación

- i. Se deberán desarrollar pautas y estándares para el establecimiento de un servicio de alimentación hospitalaria a domicilio.
- ii. Los contratos deberán estar suficientemente detallados y deberán abarcar dietas especiales asociadas a indicaciones médicas y personales, menús de alto contenido energético o proteico, y el suministro de tentempiés y/o comidas en o cerca de las salas. También deberán abarcar menús con texturas modificadas para el tratamiento de la disfagia.
- iii. El contrato deberá especificar el coste de una monitorización adecuada de su cumplimiento.
- iv. El Servicio/Departamento de Nutrición Clínica, el Comité Directivo de Nutrición, el Equipo de Soporte Nutricional o una persona cualificada serán los responsables de garantizar que los estándares de nutrición se detallan en el contrato.

3.3 Servicio de comidas y entorno

- i. El sistema del servicio se deberá ajustar a las necesidades de los pacientes, teniendo en cuenta el estado físico y mental de los mismos. A menudo esto precisa el establecimiento de varios métodos de servicio.
- ii. Todos los pacientes deberán tener la posibilidad de elegir el entorno en el que comen.

- iii. Todos los pacientes deberán tener la posibilidad de sentarse a la mesa para las principales comidas del día.
- iv. El entorno hospitalario de las comidas deberá ser mejorado, prestando especial atención al ambiente, a la presencia de personal y a la ausencia olores desagradables.
- v. Se deberá disponer de personal con la formación adecuada para ayudar a los pacientes con dificultades físicas/mentales para alimentarse, así como de equipos modificados para ayudar o facilitar una alimentación independiente.

3.4 Temperatura e higiene de los alimentos

- i. Todos los pacientes deberán recibir comida de hospital, que se almacenará, preparará y transportará de modo que se garantice la higiene, la seguridad, el sabor, la gastronomía, y el contenido nutricional de los alimentos.
- ii. Todas las comidas caliente se deberán servir a una temperatura de 60-70°C.
- iii. El Comité Directivo de Nutrición, el Equipo de Soporte Nutricional o una persona cualificada serán los responsables de las cuestiones referentes a la higiene en el servicio de alimentación.
- iv. El personal de la cocina y de las salas deberán recibir una formación adecuada en higiene de los alimentos, al tiempo que se deberá utilizar el control higiénico de la producción de comida de hospital para involucrar a la dirección del hospital en el concepto más amplio de la nutrición hospitalaria.

3.5 Mejoras específicas en las prácticas de los servicios de alimentación para prevenir la desnutrición

- i. Se deberán desarrollar estándares para los sistemas de servicio de alimentación que se basen más en las necesidades de los pacientes que en las del hospital.
- ii. Independientemente del sistema de servicio utilizado, se requiere una estrecha colaboración entre paciente, familiares y personal de enfermería, dietistas y personal del servicio de alimentación para lograr que el paciente coma.
- iii. El suministro de comidas deberá ser flexible e individualizado. Todos los pacientes deberán tener la posibilidad de solicitar comida o alimentos adicionales en cualquier momento, y se deberá informar al paciente de dicha posibilidad.
- iv. Los menús deberán estar dirigidos específicamente a las diferentes categorías de pacientes.
- v. Se deberán proporcionar equipos adecuados para facilitar la nutrición.
- vi. Se deberán divulgar cuáles son las medidas que previenen la desnutrición.

4. Comida de hospital

4.1 Menús de hospital y dietas según indicaciones médicas

- i. Se deberá establecer una buena práctica durante el desarrollo de pautas y estándares nacionales para el suministro de alimentos en hospitales con el fin de cubrir las necesidades de todas las categorías de pacientes, incluyendo dietas según indicaciones médicas y menús vegetarianos, de textura modificada, y de alto contenido energético y proteico.
- ii. Se deberán realizar estudios para evaluar el efecto de los menús de alto contenido energético y proteico sobre la ingesta de alimentos y en el resultado clínico final del paciente.
- iii. Cada hospital deberá disponer de una variedad de platos de alto contenido energético y proteico para pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad.
- iv. El médico deberá conocer el estado nutricional de los pacientes en todo momento y sólo deberá recetar dietas con efectos comprobados científicamente.

- v. El personal sanitario deberá conocer el uso de “dietas alternativas” por los pacientes y las influencias que éstas puedan tener sobre el estado nutricional.
- vi. Se deberá fomentar la interacción inmediata entre los pacientes y el personal de cocina y de la sala en relación con la aceptación o desagrado de los alimentos servidos.
- vii. El contenido nutricional, el tamaño de las raciones y el despilfarro de los alimentos se deberán auditar anualmente.
- viii. La suficiencia nutricional de un menú se deberá documentar ya en la fase de planificación. El Servicio/Departamento de Nutrición Clínica, el Comité Directivo de Nutrición, el Equipo de Soporte Nutricional o una persona cualificada serán los responsables de garantizar que el menú cumple los estándares nutricionales.
- ix. En cada departamento de servicio de alimentación se deberá establecer una base de datos con el contenido nutricional de las comidas/menús y el tamaño de las raciones. Se deberá tener acceso a dicha base de datos para valorar la idoneidad nutricional de los menús y monitorizar la ingesta de alimentos de los pacientes.
- x. Se deberán realizar investigaciones con el fin de obtener datos más fiables acerca de la pérdida de nutrientes en diferentes sistemas de servicio de alimentación.

4.2 *Patrón de las comidas*

- i. Se deberán revisar las horas de las comidas para garantizar de que haya tiempo suficiente para permitir la ingesta de tentempiés entre comidas por la mañana, por la tarde y a últimas horas de la tarde.
- ii. Las comidas se deberán repartir con el fin de abarcar la mayoría de las horas de vigilia de los pacientes.
- iii. Se deberán reducir al mínimo las interrupciones de las comidas de los pacientes debido a visitas de sala, procedimientos de formación y de diagnóstico.
- iv. Tanto los tentempiés como las bebidas nutritivas se deberán ofrecer entre comidas siempre que sea apropiado, y deberán estar disponibles en todas las salas.
- v. Cuando proceda, se fomentará la participación de los familiares a la hora de servir la comida a los pacientes.
- vi. La nutrición por sorbos o bebida se deberá utilizar de forma adecuada, y se deberá preparar y aplicar un protocolo para su distribución y supervisión.

4.3 *Monitorización de la ingesta de alimentos*

- i. Se formará al personal de las salas sobre cómo monitorizar la ingesta de alimentos.
- ii. La ingesta de alimentos por los pacientes se deberá registrar utilizando un sistema semicuantitativo.
- iii. La recogida de las bandejas se supervisará cuidadosamente con el fin de permitir la monitorización de la ingesta de alimentos por los pacientes.
- iv. El nivel de ingesta de alimentos servirá para evaluar la necesidad de soporte nutricional de los pacientes.
- v. La ingesta de alimentos de los pacientes con riesgo nutricional y que reciban soporte nutricional se deberá anotar por medio de registros dietéticos.
- vi. El personal de la sala deberá disponer de los datos sobre el tamaño de las raciones y el contenido energético de la comida de hospital, procedentes de la cocina y de la base de datos nutricionales de los menús, para así facilitar la monitorización de la ingesta de alimentos por los pacientes.

vii. La información sobre la ingesta de alimentos por los pacientes se deberá utilizar para desarrollar menús específicos adecuados para grupos concretos.

viii. Se deberán realizar estudios para desarrollar y validar métodos sencillos de registro de la ingesta de alimentos.

4.4 Información e implicación del paciente

i. El papel positivo que juega la nutrición en el tratamiento deberá ser comunicado a la opinión pública para así fomentar la conciencia general y el apoyo.

ii. Antes o en el momento de la hospitalización, se deberá informar al paciente acerca de la importancia que tiene una buena nutrición en el éxito de su tratamiento.

iii. Los pacientes deberán recibir información adecuada oral y por escrito acerca de los platos y alimentos disponibles.

iv. Los platos se deberán describir con precisión, de modo que los pacientes tengan una idea razonable de lo que pueden esperar.

v. Los pacientes deberán recibir información sobre la composición nutricional de los diferentes alimentos y bebidas.

vi. El personal de la sala también deberá proporcionar ayuda y consejo a los pacientes en el momento de pedir las comidas.

vii. Los pacientes deberán participar en la programación de sus menús y tener cierto control sobre la selección de los alimentos.

viii. Los pacientes deberán ser capaces de recibir un menú acorde con su edad, su religión y sus antecedentes étnicos o culturales.

ix. Se deberán preparar y aplicar métodos que evalúen la satisfacción de los pacientes.

5. Economía sanitaria

5.1 Consideraciones sobre coste-efectividad y coste-beneficio

i. El cálculo de las relaciones coste-beneficio y coste-efectividad del soporte nutricional también se deberá realizar en cada hospital.

ii. Expertos en economía sanitaria deberán participar en el cálculo de las relaciones coste-beneficio y coste-efectividad del soporte nutricional.

iii. Al estimar las relaciones de coste-beneficio y coste-efectividad se deberá tener en cuenta qué soporte nutricional se ha escogido.

iv. Al estimar las relaciones de coste-beneficio y coste-efectividad del soporte nutricional, los resultados deberán incluir la capacidad funcional y la satisfacción de los pacientes.

5.2 El servicio de alimentación y los costes del despilfarro de alimentos

i. Se deberá analizar la influencia del servicio de alimentación sobre el despilfarro de alimentos.

ii. Se deberá garantizar la flexibilidad en la selección de menús y tamaño de las raciones por parte de los pacientes.

iii. Al evaluar el coste de diferentes sistemas de preparación de alimentos, se deberá tener en cuenta la satisfacción del paciente con los alimentos.

iv. El presupuesto para alimentos se deberá evaluar como parte integrante del presupuesto empleado en servicios de tratamiento y soporte clínico.

v. Al evaluar el coste de la atención y soporte nutricionales, los gerentes de los hospitales deberán tener en cuenta el coste potencial de las complicaciones y de la mayor duración de las estancias hospitalarias debido a una nutrición insuficiente.

vi. Se deberán tomar medidas para reducir el despilfarro documentado de alimentos, alimentación a sorbos y productos nutricionales artificiales.

6. Definiciones

Soporte nutricional artificial

Administración de nutrientes líquidos con una fórmula especial por medio de un tubo que va directamente a los intestinos (nutrición enteral) o a una vena (nutrición parenteral).

Dietas según indicaciones médicas

Cantidad de comida o nutrientes recetada que se suministra por vía oral y se utiliza en el tratamiento de determinadas enfermedades, como por ejemplo dietas bajas en lípidos, dieta para diabéticos y dietas de bajo contenido energético.

Desnutrición relacionada con la enfermedad

Estado de ingesta, utilización o absorción insuficiente de energía y nutrientes debido a factores individuales o sistémicos, que ocasiona una pérdida reciente o rápida de peso y cambios en el funcionamiento de los órganos, y que probablemente esté relacionado con un peor resultado final de la enfermedad o del tratamiento. Los pacientes desnutridos pueden presentar sobrepeso o ser obesos según su índice de masa corporal (IMC).

Menús de alto contenido energético y proteico

Menú con una elevada densidad de nutrientes gracias a la utilización de alimentos con un alto contenido de grasas y proteínas.

Servicio de alimentación

Sistema en que se preparan y sirven comidas y a pacientes hospitalizados dentro de un contexto profesional. El sistema incluyen las instalaciones del servicio, los medios de producción y distribución, y los recursos humanos implicados en la dirección, la producción, la distribución y el servicio.

Comida de hospital

Las comidas que se sirven en los hospitales – se incluyen las dietas según indicaciones médicas.

Valoración nutricional

Valoración exhaustiva del *estado nutricional* que incluye al menos uno de los siguientes: historial médico, historial dietético, exploración física, mediciones antropométricas y datos analíticos.

Atención nutricional

La tarea básica de proporcionar comida y bebidas y/o nutrición artificial apropiadas y adecuadas a los pacientes.

Riesgo nutricional

Riesgo de padecer complicaciones en la enfermedad o en el tratamiento relacionado con la nutrición.

Monitorización del riesgo nutricional

Proceso de identificación de las características que se sabe están asociadas a complicaciones relacionadas con la nutrición. El objetivo consiste en detectar a los pacientes de riesgo que puedan experimentar un mejor resultado clínico con la administración de soporte nutricional.

Comité Directivo de Nutrición (CDN)

Comité asesor formado por personal multidisciplinar, incluyendo la dirección implicada en la atención nutricional del paciente.

Soporte nutricional

Valoración del estado nutricional actual, estimación de las necesidades nutricionales, prescripción y suministro de la energía apropiada, macronutrientes y micronutrientes, electrolitos y líquidos (en forma de comida de hospital ordinaria (como primera opción), nutrición por sorbos y/o nutrición artificial), monitorización de dicho proceso dentro del marco del estado clínico, y garantía de que se esté utilizando siempre la vía de administración más adecuada. El soporte nutricional forma parte del tratamiento médico y su propósito es mejorar o mantener el estado nutricional del paciente y adelantar y mejorar la recuperación.

Equipo/unidad de soporte nutricional (ESN)

Equipo/unidad multidisciplinar con experiencia en nutrición que participa en el soporte nutricional y cuyas atribuciones varían de acuerdo a las circunstancias, al interés y a la disponibilidad de recursos a nivel local. Por lo general, participa activamente en el soporte nutricional y cumple funciones de control de calidad, estandarizando la práctica, recopilando nueva información y formando a otros profesionales sanitarios.