

[r e v i s i ó n]

¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales?

Juana María Rabat Restrepo

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. España.

Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. España.

>>RESUMEN

Palabras clave

dietas hospitalarias, dietoterapia, dietas terapéuticas, manual de dietas, código de dietas, dietas modificadas

Las personas enfermas, especialmente las ingresadas en un hospital, están en riesgo severo de desnutrición. La enfermedad puede producir cambios profundos en los requerimientos nutricionales de un individuo, alterar el apetito y la capacidad para comer y comunicar sus necesidades. En muchos aspectos, la nutrición es la base sobre la cual descansan la mayoría de los tratamientos y, por tanto, los servicios sanitarios deben asegurarse de que los pacientes bajo su cuidado estén bien nutridos e hidratados, suministrándoles líquidos y alimentos de buena calidad, y ofreciéndoles una adecuada atención nutricional como

una parte integral del tratamiento.

En ocasiones, la importancia clínica de la atención nutricional no se tiene en cuenta, centrándose únicamente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, olvidándose de alimentar adecuadamente a los pacientes y comprometiendo su estado nutricional y, por tanto, su evolución clínica, recuperación y calidad de vida; esta falta de atención nutricional tiene efectivamente un coste real para los pacientes y en el gasto sanitario. Sin embargo, hasta que la comida hospitalaria se incluya en la atención habitual como parte de la gestión clínica, en lugar de considerarla un problema de “servicio de hotel”, es poco probable que la situación mejore rápidamente.

Es necesario que se produzcan cambios, especialmente en la forma en que la nutrición es entendida y aplicada en el hospital, especialmente por los médicos. No basta solo con suministrar una dieta, sino que también hay que proporcionar la cantidad correcta, variedad y calidad de los alimentos y / o nutrientes ajustadas a su estado clínico, así como cubrir el 100% de sus necesidades nutricionales y, además, debe hacerse en el momento preciso. La prescripción de una dieta oral equivocada tiene consecuencias negativas sobre el paciente desde el punto de vista de la morbimortalidad y la calidad de vida.

Los cambios recientes en el paradigma de las dietas terapéuticas muy restrictivas, requiere de una visión amplia a la hora de evaluar sus beneficios y riesgos. Actualmente han surgido nuevas evidencias relacionadas con sus indicaciones en determinadas situaciones clínicas o en grupos de pacientes. Una indicación no apropiada puede privar al paciente de un aporte necesario de calorías, proteínas y nutrientes esenciales justo en el momento en que estos son más importantes. La tendencia actual es mejorar la

Correspondencia

E-mail: rabat@us.es

ingesta de alimentos mediante menús apetitosos adaptados a las necesidades nutricionales y fisiológicas y, si fuese necesario introducir restricciones dietéticas, hacerlas individualmente de acuerdo a la patología, situación clínica, necesidades nutricionales, deseos y preferencias del individuo. Los nuevos enfoques terapéuticos incluyen el estudio y desarrollo de dietas específicas y su impacto sobre la ingesta de alimentos y en el resultado clínico.

Nutr Clin Med 2017; XI (1): 9-25
DOI: 10.7400/NCM.2017.11.1.5047

>>ABSTRACT

Key words

hospital diet, diet therapy, therapeutic diets, diet manual, diet code, dietary modification

Undernutrition is a serious problem among patients at hospitals. The disease can generate deep changes in individual nutritional needs, alter appetite and ability to eat and communicate their needs. In many aspects, nutrition is the basis on which most treatments rest and therefore health services must ensure that patients under their care are well nourished and hydrated, providing them liquids and good quality food and offering adequate nutritional care as an integral part of the treatment.

Sometimes the clinical importance of nutritional care it is not taken into account, more focused on the diagnosis and treatment of the disease, forgetting to adequately feed patients, compromising their nutritional status and therefore their clinical evolution, recovery and quality of life; this lack of nutritional care actually has a real cost for patients and for health expenditure. However, unless there is no change of attitude on including hospital food in the usual care as part of clinical management, rather than being considered a hotel service problem, the situation is unlikely to improve quickly.

There is a need for changes, especially in physicians, in how nutrition is understood and applied in the hospital. It is not enough to supply a diet, but also to provide the correct amount, variety and quality of foods and / or nutrients adjusted to their clinical condition and to cover 100% of their energy and nutritional requirements. The prescription of diet should also be done at the right time. The recommendation of a misguided oral diet has negative consequences on the patient from the point of view of morbidity and mortality and quality of life.

Recent changes in the paradigm of very restrictive therapeutic diets, require a broad view when evaluating its benefits and risks. New evidences have emerged in relation to its indications in certain clinical situations or in groups of patients. An inappropriate indication can deprive the patient of a necessary supply of calories, proteins, and essential nutrients just when they are most important. The current trend is to improve food intake through appetizing menus adapted to the nutritional and physiological needs and when dietary restrictions are needed, make them individually according to the pathology, clinical situation, nutritional needs, desires and preferences of the individual. New approaches to therapy include the study and development of specific diets and their impact on food intake and clinical outcome.

Nutr Clin Med 2017; XI (1): 9-25
DOI: 10.7400/NCM.2017.11.1.5047

INTRODUCCION

La desnutrición en el paciente hospitalizado resulta de la compleja interacción entre enfermedad, alimentación y nutrición. La enfermedad es un importante elemento condicionante de la desnutrición, aunque ésta última no es inherente a la enfermedad y, por tanto, no debe ser

considerada como “no tratable”¹. Numerosos estudios han demostrado los beneficios de la intervención nutricional en términos de mejora de resultados clínicos. Las actuaciones nutricionales específicas reducen significativamente las tasas de complicaciones, la estancia hospitalaria y los reingresos, mejoran la calidad de vida y repercuten positivamente en los costes sanitarios^{2,3,4,5}.

El consejo de Europa, consciente de la gravedad del problema de la desnutrición en los hospitales europeos, aprobó en 2003 una resolución sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales⁶. En ella hace hincapié en el número de pacientes desnutridos, analizando sus causas y los efectos negativos que conlleva esta situación (duración de la estancia hospitalaria, tiempo de rehabilitación, calidad de vida, costes...). Identifica como causa de desnutrición, el uso de medicamentos y sus combinaciones con efectos secundarios como anorexia, náusea y otros síntomas gastrointestinales, interacciones entre fármacos y alimentos o alteraciones del gusto y del olfato. La utilización de forma rutinaria de los regímenes de "nada por boca" ("*Nil-by-mouth*"), los ayunos nocturnos y los protocolos de limpieza intestinal con restricciones dietéticas no se recomiendan, y aconsejan revisar sus indicaciones y establecer la duración exacta de las mismas, cuando sea estrictamente necesario prescribirlas. La Resolución incide de forma específica en la comida que se sirve en los hospitales y en las dietas hospitalarias. Alude a la obligatoriedad del médico de conocer el estado nutricional de los pacientes en todo momento y prescribir dietas con efectos comprobados científicamente e incita a 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.

DIETA ORAL Y DESNUTRICIÓN

El 90% de la demanda alimentaria de un hospital corresponde a la nutrición oral y tan sólo el 10% a nutrición artificial, de la que el 8% corresponde a la nutrición enteral y el 2% restante a la parenteral. La alimentación ordinaria por vía oral deberá ser la primera opción para corregir o prevenir la desnutrición de los pacientes. Los trabajos realizados en hospitales europeos han señalado que la falta de apetito, la baja ingesta de alimentos y la desnutrición están muy extendidas entre los pacientes ingresados^{7,8}. Los estudios realizados durante el día de la nutrición, "*Nutrition Day*", han revelado que estos factores constituyen algunas de las variables más importantes asociadas a la mortalidad intrahospitalaria, la estancia hospitalaria y reingresos. Los aspectos más destacados de estos estudios revelan que solo un tercio de los pacientes ingresados consumieron la totalidad de la comida recibida y un 40 por ciento de los que no comieron, no re-

cibieron una dieta especial, suplementación oral o soporte nutricional^{9,10,11}. Esta continua ingesta deficitaria durante los días de ingreso conlleva un deterioro del estado nutricional.

En la práctica clínica es de gran importancia, al menos desde la perspectiva de los beneficios potenciales que podrían derivarse de la intervención nutricional, investigar si las personas enfermas comen poco como consecuencia de la enfermedad y/o porque no les atrae la comida que le ofrecen en el hospital y aclarar hasta qué punto actúan sinérgicamente¹¹. Dupertuis¹² demostró que a pesar de un suministro suficiente de alimentos, un 70% de los pacientes hospitalizados no cubrían sus requerimientos nutricionales. En la mayoría de los casos, esto no estaba relacionado con la enfermedad o el tratamiento, sino más bien con el servicio de comidas. El sabor inadecuado y la imposibilidad de elegir menú fueron las principales causas. Este trabajo también puso de manifiesto que la prescripción de dietas modificadas puede interferir con una adecuada ingesta. El porcentaje de pacientes infranutridos fue mayor entre los pacientes que recibían dietas modificadas que entre los que recibían dietas normales (79% vs 69%). Otros estudios han demostrado que se puede aumentar la ingesta oral mejorando la calidad de los alimentos, aumentando la densidad energética y proteica de los platos, ofreciendo pequeñas colaciones y/o suplementos nutricionales entre comidas y mejorando la atención que reciben de los profesionales que los atienden^{13,14,15,16}.

Las investigaciones en el campo de la dietética presentan serias dificultades, no existen estudios que evalúen el grado en que enfermedad e ingesta de alimentos están relacionadas entre sí, y su contribución a la mortalidad intrahospitalaria. En cambio, sí existen ensayos clínicos controlados y aleatorizados^{17,18,19} que muestran evidencias de que un suplemento nutricional aumenta la ingesta, mejorando el aporte en energía y proteínas, disminuyendo la mortalidad, y posiblemente las complicaciones, al menos en grupos concretos de pacientes hospitalizados^{20,21}. Extrapolando estos resultados a la dieta oral, podemos suponer que una dieta equilibrada ofrecida por el servicio de alimentación del hospital, pueda ejercer los mismos efectos, si es consumida en su totalidad por el paciente.

El impacto clínico del ayuno y la subalimentación en los hospitales nos lleva a reflexiones

éticas sobre las prácticas nutricionales inadecuadas, especialmente cuando disponemos de suficientes recursos para que cada paciente reciba una alimentación apropiada. Cuando se le somete a un ayuno innecesario o se le prescribe una dieta líquida inadecuada, estamos interrumpiendo la provisión de nutrientes, estamos dejando de aplicar un tratamiento que es esencial para el sostenimiento de la vida de todo ser humano, sano o enfermo, y el empeoramiento de su estado clínico puede producirse no por su enfermedad de base, sino por la no provisión de nutrientes que conlleva a la desnutrición y sus consecuencias. Es reconocido que la nutrición óptima en el hospital es un derecho humano; durante el ingreso, las personas tienen derecho a recibir una alimentación basada en su individualidad y fisiología, pero también siguiendo el sentido común y el conocimiento científico^{22,23,24}.

PLANIFICACIÓN DE LAS DIETAS HOSPITALARIAS

Es crítico en los nuevos planteamientos asistenciales considerar elementos relacionados con la práctica clínica basada en la evidencia científica, la personalización de la asistencia y la satisfacción de los usuarios y consumidores. Eficiencia, eficacia y satisfacción están fuertemente relacionadas con la organización y coordinación dentro del hospital.

Desde esta perspectiva, la planificación de la atención nutricional y el correcto funcionamiento de la alimentación hospitalaria requieren de la cooperación entre todos los profesionales implicados, de una adecuada coordinación y comunicación entre los diferentes estamentos y situar al paciente como eje central de todas las actuaciones, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. El cumplimiento de estas exigencias requiere el análisis de tres aspectos: el manual de dietas, la justificación de las dietas terapéuticas hospitalarias y la ingesta de alimentos y satisfacción del paciente.

MANUAL DE DIETAS HOSPITALARIAS

Antecedentes: Los manuales de dietas surgen con el objetivo de normalizar la atención nutricional que se prestaba en los hospitales. Desde los primeros manuales publicados en Estados Unidos e Inglaterra (primeras décadas del siglo XX)²⁵,

éstos han sido instrumentos multidisciplinarios de comunicación, inicialmente enfocados exclusivamente a la práctica de la dietética con inclusión de dietas con múltiples restricciones y prohibiciones. A medida que otras áreas de la medicina han ido avanzando, las dietas se han ido flexibilizando y los manuales han ido incorporando referencias de evidencias científicas disponibles en cada momento. Actualmente, los manuales actúan de filtro de las investigaciones publicadas y consensos de expertos para dar directrices que puedan ser aplicadas en la práctica clínica a pie de cama. Además, en las últimas décadas, los manuales tienen un enfoque centrado en el paciente. Surge el concepto de “dieta individualizada” que tiene en cuenta las necesidades nutricionales del paciente, su situación clínica y también sus preferencias y expectativas. Incorporan recomendaciones para mejorar el aporte energético y proteico de aquellos que comen poco, mediante el aporte de suplementos o snacks entre comidas.

En muchos centros, el manual contempla las directrices para realizar el cribado nutricional, el registro de la ingesta diaria y el seguimiento nutricional durante el ingreso y las recomendaciones al alta, para asegurar la continuidad del cuidado nutricional en el domicilio. Igualmente, puede servir de referencia a todos los médicos del centro para la aplicación de la terapia médica nutricional, para un uso adecuado de cada una de las opciones disponibles para nutrir al paciente: dieta oral, suplementos nutricionales orales y soporte nutricional artificial. Realmente, han dejado de ser “manual de dietas” para convertirse en el “manual práctico de nutrición del centro”. A continuación no vamos a referir a la parte del manual que incluye exclusivamente el código de dietas.

MANUAL DE DIETAS HOSPITALARIAS Y CÓDIGO DE DIETAS

El manual de dietas (MD) es el compendio de tratamientos alimentarios o dietas que se establecen en un hospital y que se presentan de forma estructurada y de acuerdo a un plan previsto. Cada centro hospitalario debe disponer de su propio manual de dietas, consensuado entre todas las partes implicadas y es el hilo conductor para la buena práctica en la restauración hospitalaria. El manual incluye el código de dietas, donde se clasifican y denominan los grupos de

dietas programadas en el centro con arreglo a criterios científicos y de máxima aplicabilidad. Debe dar respuesta a las necesidades nutricionales, gastronómicas, culturales, religiosas y debe estar adaptado a los recursos humanos, técnicos y económicos del centro.

El objetivo del código es facilitar a los profesionales implicados en la alimentación del paciente el conocimiento de las distintas dietas, para que puedan aplicarlas adecuadamente en cada paciente, evitando prescripciones de dietas con restricciones innecesarias y optimizando las indicaciones de las dietas terapéuticas. 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 la elaboración de dietas no incluidas en el código. En la mayoría de los centros se distinguen entre codificadas y no codificadas dependiendo del número de pacientes que las requieran y la frecuencia con que estas se solicitan en el centro.

Dietas codificadas: Constituyen 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. Normalmente todas las dietas codificadas están diseñadas y sus menús programados para cada día de la semana, así tanto los platos que componen las dietas como los alimentos necesarios para prepararlas cada día son conocidos con antelación por el servicio de Alimentación.

Dietas no codificadas: Suelen ser dietas que precisan varias modificaciones dietéticas, según las enfermedades o complicaciones asociadas que presenta el paciente. Serán elaboradas por la unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCyD) que controlará diariamente la suficiencia nutricional, y la adaptará a la tolerancia y la aceptación del paciente. En este grupo se incluyen también las dietas individualizadas, destinadas a pacientes de larga estancia o en aquellas circunstancias en las que el paciente presenta una anorexia importante o aversiones alimentarias condicionadas por la enfermedad o el tratamiento médico. La personalización de la dieta mejora la aceptabilidad por parte del usuario.

El debate entre un código de dietas amplio o reducido no está cerrado. Un código de dietas amplio facilita el trabajo, reduce la improvisa-

ción, y minimiza el número de dietas individualizadas que hay que planificar diariamente; permite el ajuste más preciso a la patología del paciente, aunque reduce las opciones de ofertar dietas más adaptadas a las preferencias y gustos de los pacientes. Un Código de dietas reducido elimina aquellas dietas que no tienen utilidad, facilita la comunicación entre plantas, UNCyD, servicio de alimentación y permite una mayor variedad y rotación de los menús. La tendencia actual de la práctica en dietética es emplear criterios amplios en la programación de las dietas y correspondientes menús para que sean aplicables a la mayoría de los pacientes que las precisen, evitando restricciones innecesarias. Cada dieta ha de tener un objetivo claro para todos los que participan en la cadena y si es posible, cada menú ha de formar e informar al paciente sobre la composición de ésta.

La revisión del código de dietas deberá hacerse anual o al menos cada dos años. La inclusión o eliminación de una dieta se hará siguiendo criterios científicos mediante la revisión de la literatura y experiencia clínica, teniendo en cuenta la eficacia terapéutica de la dieta. Se valorarán otros factores propios del centro, como la frecuencia o el desuso de una dieta, análisis de las dietas individualizadas desde la última revisión, encuestas de satisfacción, etc. En la tabla I se presenta un esquema del código de dietas. En general, se pueden establecer dos grupos de dietas: Dietas Basales o Normales y las Dietas Modificadas o Terapéuticas

Dietas Basales o normales: dirigidas a los pacientes que no precisan ninguna modificación dietética y tienen como objetivo mantener el buen estado nutricional y evitar situaciones de riesgo de enfermedad por una inadecuada alimentación. Dependiendo del centro y especialmente de la población a la que atiende, 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. Además, puede incluir dietas basales que atienden a factores culturales y/o religiosos.

Debe incluir un menú variado, equilibrado y adecuado a las actuales recomendaciones dietéticas consensuadas entre las diferentes sociedades científicas. La variedad dietética y la planificación de los menús que componen la dieta debe hacerse pensando en que además del equilibrio

TABLA I. CÓDIGO DE DIETAS HOSPITALARIAS

Alimentación Normal o Dietas Basales	
Dietas Basales según edad Adulto Pediátricas Geriátricas Otras dietas basales que atienden a hábitos culturales o religiosos Ovoláctovegetariana Vegetariana Islámica Kosher	
Modificaciones ordinarias o variantes de las dietas basales: sin sal añadida, sin azúcares, sin lactosa.	
Dietas Modificadas o Terapéuticas	
Dietas Progresivas Líquida Semilíquida Semiblanda Blanda	Modificación de textura y consistencia Dieta triturada Dietas disfagia Dietas de fácil masticación
Dietas con Modificación de Energía Hipocalóricas Hipercalóricas	Dietas con Modificación de Grasas Dietas bajas en grasa Dietas con control en triglicéridos de cadena larga y con triglicéridos de cadena media
Dietas con Modificación de Proteínas y/o aminoácidos Hipoproteicas Hiperproteicas Dietas controladas en gluten	Dietas con Modificación de Minerales Dietas controladas en sodio Dietas controladas en potasio Dietas controladas en hierro Dietas controladas en calcio y fósforo
Dietas hipercalóricas e hiperproteicas	Dietas con fines diagnósticos Cuantificación de grasas Dietas y excreción de catecolaminas Dieta pobre en yodo Dietas controladas en cobre
Dietas con Modificación de Hidratos de Carbono Dietas controladas en lactosa Dietas controladas en sacarosa Dietas controladas en fructosa, sorbitol Dietas restringidas en galactosa	
Dietas con Modificación de Fibra Dietas bajo contenido en fibra Dieta con alto contenido en fibra	
Modificaciones ordinarias o variantes de las dietas basales: sin sal añadida, sin azúcares, sin lactosa	
Dietas terapéuticas en función de la patología	
Dietas en la alergia e intolerancias alimentarias Dieta en la diabetes Dieta en Dislipemias Dietas para la enfermedad renal Dietas para síndromes diarreicos Dietas para inmunodeprimidos	

nutricional, también proporcionen satisfacción y bienestar a los pacientes. Se respetarán las costumbres culinarias en cuanto a la elaboración de los platos, aportando variedad, color, diferentes texturas y temperaturas de acuerdo a la estacionalidad del año y cumplirán los criterios de

seguridad alimentaria para evitar riesgos derivados del consumo de alimentos.

Dietas modificadas o Dietas terapéuticas: la modificación dietética puede definirse como la manipulación, eliminación o introducción de com-

ponentes dietéticos para alcanzar determinados objetivos nutricionales en un individuo, grupo o población²⁶. La alimentación se modifica como parte o base fundamental del tratamiento de la enfermedad o simplemente como coadyuvante del mismo. **(Ver tabla 2, objetivos de las modificaciones dietéticas)**

Las manipulaciones de los componentes de la dieta pueden hacerse desde la modificación de textura y composición hasta la eliminación o introducción de alimentos y/o nutrientes.

Modificación de textura: Constituye una dieta general o basal modificada en textura o consistencia para facilitar la deglución y/o masticación en aquellos pacientes que presentan problemas. Suelen incluir las dietas trituradas y las de fácil masticación o también denominadas mecánicamente blandas y las dietas destinadas a pacientes con disfagia.

Modificaciones en la composición: implican modificaciones en la composición química de la dieta y la utilización en muchas ocasiones de productos dietéticos cuya composición en macronutrientes ha sido manipulada (aminoácidos, triglicéridos de cadena media). Siempre que sea posible, es aconsejable hacer ajustes cualitativos de la dieta en términos de elección de alimentos y estándares de menús. No obstante, algunos tipos de manipulaciones dietéticas requieren restricción cuantificada de nutrientes, en este caso, como en cualquier otra intervención dietética, es necesario asegurarse de que la restricción de un nutriente no lleve a la alteración de otros parámetros nutricionales importantes para el mantenimiento de la salud o el crecimiento. Los niveles de nutrientes en una dieta cuantificada suelen determinarse considerando las necesidades nutricionales individuales y las indicaciones clínicas en términos de parámetros bioquímicos, fisiológicos o sintomáticos. Cuando se hacen

modificaciones cuantitativas de los componentes de la dieta es necesario tener en cuenta el tamaño y frecuencia de las raciones.

Eliminación o introducción de componentes dietéticos: En determinadas circunstancias es necesario excluir de la dieta algún alimento o eliminar algún nutriente, como por ejemplo en los errores congénitos del metabolismo. Igualmente, es necesaria la introducción de nuevos alimentos o la reintroducción cuando previamente se han retirado, práctica habitual en las dietas de exclusión utilizadas en las alergias alimentarias.

JUSTIFICACIÓN DE LAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS

La modificación de la dieta es el núcleo central de la dietética hospitalaria, más del 50% de los pacientes ingresados en un hospital que precisan una dieta oral, requieren dietas modificadas, adaptadas a diversas necesidades nutricionales y patológicas. La terapia nutricional médica, debe formar parte del plan integral de atención al paciente y la alimentación es una parte importante del cuidado nutricional. De ahí que las modificaciones dietéticas deben basarse en el razonamiento científico, como en cualquier rama de la medicina. No obstante, realizar investigación de calidad en nutrición, es difícil y, probablemente, lo es más en el campo de la dietética.

A diferencia de un medicamento, la dieta es una combinación de varios componentes relacionados entre sí, donde los cambios en uno de ellos afectan directamente a otros, con lo que la evaluación es difícil de hacer. Por ello, las modificaciones de la dieta se han fundamentado en²⁷:

- Razonamiento científico en base a los conocimientos nutricionales, fisiológicos, anatómicos, bioquímicos.
- Evidencias científicas publicadas en revistas o en exposiciones de grupos de expertos.
- Experiencia clínica, propia o adquirida a través de la experiencia de los demás, sobre la eficacia de las diferentes terapias nutricionales.
- Juicio clínico, teniendo en cuenta todo lo anterior en una situación determinada, para decidir cuál es la dieta más apropiada y durante cuánto tiempo.

TABLA II. OBJETIVOS DE LAS MODIFICACIONES DIETÉTICAS

- Alcanzar un perfil nutricional que ofrezca mayores beneficios para la salud.
- Corregir un déficit o exceso dietético.
- Evitar el consumo de un componente dietético en particular.
- Lograr efectos metabólicos o clínicos específicos.
- Obtener un alivio de los síntomas.

Desafortunadamente, algunas dietas y usos se han difundido a través de los años sin tener evidencias y se siguen manteniendo a pesar de que nuevos estudios publicados en la literatura médica avalan actuaciones diferentes. Algunos ejemplos de estos cambios son la aplicación de las dietas progresivas en el postoperatorio, la introducción de la dieta oral en la pancreatitis leve, el uso de las dietas hipoproteicas, hipocalóricas o las restricciones de sodio en pacientes hospitalizados, la planificación de las dietas para disfagia o el abordaje de la alimentación del paciente oncológico y de los mayores institucionalizados.

Dietas progresivas

Son las dietas que se utilizan para la tolerancia digestiva inicial y progresan hacia dietas con mayor consistencia hasta alcanzar la dieta basal. La duración de cada una de las fases va a depender de la situación clínica de cada paciente; se aconseja no mantener las etapas más tiempo de lo necesario, ya que suelen ser dietas incompletas que no aseguran el aporte energético y de nutrientes, especialmente en los que se refiere a la dieta líquida.

El carácter progresivo de estas dietas implica, todavía más, la necesidad de individualizar la indicación del tránsito de uno a otro estadio, que no tiene que ser idéntico para todos los individuos ni en todas las situaciones. Para ello deberá atenderse tanto al cuadro que motive la prescripción, como a la respuesta del paciente tras la ingesta. Las indicaciones más frecuentes son: preoperatorios, postoperatorios, paso intermedio en la transición desde la nutrición artificial hacia el inicio de la alimentación oral, preparación para exploraciones intestinales que afectan al tubo digestivo, reinicio de la alimentación oral tras alteraciones agudas del aparato digestivo y patologías que cursan con malabsorción.

Por lo tanto, son dietas ampliamente utilizadas en el ámbito hospitalario, que deben entenderse no como una clasificación rígida, sino como una entidad dinámica basada en la necesidad de adecuarse a las diferentes situaciones por las que puede atravesar un paciente durante la evolución de su enfermedad.

Reintroducción de la dieta oral en el postoperatorio

En la actualidad no existen dudas sobre la necesidad de establecer un soporte nutricional artifi-

cial, enteral o parenteral, para cubrir las necesidades nutricionales del paciente cuando éste no tolera la dieta oral. Los efectos beneficiosos de la nutrición enteral precoz, en el postoperatorio, han sido bien estudiados y documentados. Hoy por hoy el debate se centra en la dieta oral: ¿suministra suficiente cantidad de calorías y proteínas para cubrir los requerimientos del paciente?, ¿qué tipos de alimentos, textura, cantidad? y ¿cuál es el momento más idóneo para introducirla?

Dietas en cirugía digestiva: Tradicionalmente, se ha iniciado la tolerancia con dieta líquida clara, una vez que se ha comprobado la funcionalidad del intestino (ruidos hidroáereos, expulsión de gases o heces) que suele ser alrededor del 2°-3° día postcirugía y se avanza progresivamente, según tolerancia, hacia una dieta habitual. Sin embargo, estos signos clínicos no son específicos para asegurar la tolerancia de la ingesta oral o la actividad del intestino²⁸. Los estudios sobre motilidad gastrointestinal postoperatoria indican que la reanudación de la función normal del intestino delgado ocurre unas horas después de la cirugía, cuando estos signos están todavía ausentes. La nutrición enteral (EN) precoz, no sólo es bien tolerada, sino que también reduce las complicaciones infecciosas postoperatorias, promueve la cicatrización de la anastomosis, disminuye la pérdida de peso, el catabolismo proteico y la estancia hospitalaria. No obstante, en cuanto a la alimentación oral, no hay suficientes evidencias que avalen la superioridad de la dieta líquida sobre la sólida^{29,30}.

La dieta líquida incluye líquidos claros a temperatura ambiente. El aporte calórico, proteico y de nutrientes es muy reducido y variará dependiendo del tipo y cantidad de líquidos administrados y consumidos por el paciente, pero en cualquier caso es insuficiente para cubrir los requerimientos nutricionales y mucho menos las demandas aumentadas del periodo postquirúrgico. Podría mejorarse con el suministro de suplementos nutricionales orales, pero rara vez están incluidos en la programación habitual de la dieta y por tanto solo se suministraran si son prescritos expresamente por el médico. Es una dieta poco apetecible y satisfactoria para el paciente. Los líquidos que incluye suelen ser hiperosmolares, muy ricos en azúcares simples y alto contenido en sodio, que pueden acelerar el vaciado gástrico y, administrados en volúmenes elevados y velocidad excesiva, pueden produ-

cir distensión abdominal, vómitos y/o diarreas (riesgo de “síndrome de dumping” postgastrectomía). Por el contrario la dieta sólida, consigue mayores beneficios nutricionales, aumentando el aporte energético-proteico y la satisfacción del paciente³¹.

Aunque existen serias dificultades para estudiar los efectos de los líquidos claros *vs* dieta sólida digerida, sobre la motilidad del intestino delgado y la absorción de nutrientes, las evidencias existentes de la reanudación temprana y relativamente normal de la motilidad del ID, después de la cirugía, hace pensar que hay muy poca diferencia. Además, no se ha demostrado que los mecanismos moleculares de la absorción de nutrientes se interrumpan en el postoperatorio. El edema y la inflamación en el intestino posquirúrgico ciertamente podrían afectar la fuerza contráctil y la capacidad de absorción; sin embargo, se ha demostrado que la NE precoz tiene efectos antiinflamatorios sobre el enterocito y tróficos sobre la mucosa intestinal, mejora el flujo sanguíneo, la absorción de nutrientes, ayudando a mantener la función de barrera e inmunológica del enterocito y del tejido linfoide asociado al intestino³². Sabemos que la función gástrica se retrasa entre 12 y 24 horas y puede asociarse con intolerancia a la ingesta oral, si se inicia antes del primer día postoperatorio, aunque esto debe ser similar con los sólidos y los líquidos²⁹.

Diferentes estudios han evaluado la introducción de diversas dietas durante el postoperatorio, desde la introducción precoz de la dieta basal hasta los estudios que permiten al paciente elegir la primera dieta después de la intervención. En este último caso, se observó que los pacientes seleccionan alimentos sólidos de consistencia blanda en lugar de alimentos líquidos. En el estudio de Yeung & Fenton³³, encuestaron a 145 pacientes con cirugía colorectal electiva, dentro de las 72 horas de la cirugía, acerca de sus preferencias por 35 alimentos comunes y sus niveles de náuseas, hambre y dolor. Los resultados que obtuvieron mostraron que los pacientes preferían los alimentos sólidos desde el primer día del postoperatorio y sus preferencias se correspondían poco con la tradicional dieta líquida. Alimentos como huevos, sopas (por ejemplo, sopa de pollo con fideos), tostadas y patatas, fueron significativamente ($p < 0,01$) más elegidos que las comidas líquidas claras como gelatina, caldo claro y bebidas carbonatadas. En general

los pacientes informaron niveles bajos de náuseas, hambre y dolor.

Existen un gran número de trabajos que no encuentran un beneficio significativo de la dieta líquida clara sobre una dieta regular en el postoperatorio y por lo tanto, muchos autores abogan por la introducción precoz (primer día postcirugía) de una dieta regular, encontrando enormes beneficios nutricionales, aumento del aporte energético y proteico, disminución de la pérdida de peso y el catabolismo proteico, menor estancia hospitalaria y una mayor satisfacción del paciente^{30,34}. No obstante, hay que tener en cuenta que un porcentaje de pacientes desarrollará morbilidad gastrointestinal o íleo prolongado, independientemente de la elección de la dieta; factores como el dolor o la inflamación sistémica van a influir en el apetito, tolerancia a la dieta y selección de alimentos. Durante el primer día post-intervención es común la anorexia y la aparición de náuseas y vómitos que se producen como consecuencia de una combinación de factores: tipo de anestesia, fármacos, cambios neurohormonales y presencia de otras comorbilidades como diabetes. El impacto exacto de éstos, la duración de su influencia y los mecanismos de contra-regulación ciertamente juegan un papel en la recuperación del apetito y la función intestinal en el postoperatorio, pero se desconoce hasta qué grado. Es probable que la investigación continua en farmacopreención, el aumento del reconocimiento de la analgesia no narcótica y regional como segura y efectiva, y el avance de la cirugía laparoscópica, con su disminución de la respuesta inflamatoria asociada, mejorará la náusea y la anorexia postoperatoria^{29,35}.

Programa ERAS y Cirugía colorectal: Tradicionalmente el manejo perioperatorio de los pacientes intervenidos de cirugía digestiva se basa en esperar la recuperación de las funciones fisiológicas modificadas por la agresión quirúrgica y farmacológica, con una mínima intervención en todo el proceso perioperatorio. Actualmente, algunos de estos procedimientos se están abandonando (el ayuno preoperatorio prolongado, la preparación mecánica del colon, el empleo de sonda nasogástrica descompresiva, el inicio tardío de la dieta oral, etc.) puesto que parecen ser factores responsables del enlentecimiento de la recuperación postoperatoria y consecuentemente del incremento de la estancia. Y todo ello gracias a la puesta en marcha del programa ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) fundamentado en el con-

senso publicado en el año 2005³⁴ donde establecen una combinación de 17 estrategias pre, intra y postoperatorias basadas en la evidencia científica, para mejorar la recuperación funcional de los pacientes tras la cirugía, minimizando la inevitable respuesta al estrés quirúrgico que supone la intervención quirúrgica. Desde el punto de vista nutricional, el protocolo ERAS establece varias medidas que han permitido establecer pautas de nutrición precoz (inicio de la ingesta, suplementos orales y movilización temprana). Algunas de estas medidas son:

- Abordaje Preoperatorio: evitar ayunos prolongados. Recientemente se ha demostrado que el ayuno preoperatorio breve junto a la ingesta de carbohidratos (con soluciones al 12,6%, 800 ml antes de media noche y 400 ml hasta las 2 horas antes de la cirugía), reduce la sensación de sed, hambre y ansiedad. Además, reduce significativamente la respuesta catabólica, disminuyendo la resistencia a la insulina.
- Abordaje postoperatorio: Existe el consenso de que los pacientes deben comenzar la ingesta de líquidos 2 horas tras la cirugía, teniendo como objetivo la ingesta de 800 ml de líquidos claros el día de la intervención (día 0), debiéndose interrumpir el aporte de sueros tan pronto como se tolere la dieta en el primer día.
- Reinicio precoz de la dieta: El inicio tardío de la dieta se basaba en que el ayuno prolongado podía disminuir el riesgo de dehiscencia. Se ha comprobado que la ingesta precoz es segura, disminuyendo las complicaciones infecciosas postoperatorias y reduciendo la estancia hospitalaria. Sin incrementar la tasa de dehiscencia. Proponiéndose el inicio de la dieta a las cuatro horas de la intervención quirúrgica, con suplementos orales nutricionales. Es necesario emplear una terapia antiemética, ya que el riesgo de vómitos se encuentra incrementado, así como el riesgo de flatulencia, y empeoramiento de la función pulmonar. En caso de desnutrición, es recomendable mantener la suplementación durante al menos 8 semanas tras la cirugía.

En resumen, se ha demostrado que la alimentación oral precoz, reduce la morbilidad y el tiempo de recuperación^{30,36,37}. Los beneficios de la alimentación oral temprana como parte del manejo multimodal también han sido bien documenta-

dos en cirugía de recto, bariátrica, gástrica, cirugía pancreatoduodenal, ginecológica, urológica y cirugía vascular.

Dieta tras cirugía esófago-gástrica: La extirpación total o parcial del esófago o estómago provocan alteraciones anatómico-funcionales que modifican la alimentación del paciente y tienen importantes consecuencias sobre el transporte y la absorción de nutrientes, especialmente en el postoperatorio. Entre las repercusiones inmediatas de la cirugía destacan, obviamente, la reducción en la capacidad del estómago para almacenar alimentos que provoca saciedad precoz, la entrada rápida de alimentos sin digerir y con elevada osmolaridad en el duodeno o yeyuno (*dumping*) y la mezcla inadecuada de secreciones bilio-pancreáticas con los alimentos (principalmente en caso de anastomosis gastroyeyunales) junto con tránsito intestinal acelerado que da lugar a mala absorción. Por lo tanto, los pacientes sometidos a estas intervenciones tienen un elevado riesgo nutricional y la terapia nutricional debe aplicarse en el perioperatorio.

Rutinariamente a los pacientes sometidos a una esofagectomía (mínimamente invasiva) se les ha mantenido en ayunas; las razones para mantener estas prácticas son diversas. A menudo se argumenta un potencial aumento del riesgo de neumonía (aspiración) y dehiscencia de la anastomosis, sin embargo, a pesar del período de ayuno oral, las tasas de dehiscencia y neumonía siguen siendo altas y varían hasta 29 y 39% respectivamente^{38,39}. Otra de las razones es que los pacientes que se someten a una esofagectomía están a corto y a largo plazo en riesgo nutricional⁴⁰ y para asegurarles una ingesta nutricional adecuada durante el posoperatorio, a menudo se decide nutrición enteral a través de una sonda nasoyeyunal o una yeyunostomía. Varios estudios han demostrado que la ingesta oral después de una esofagectomía es posible, segura y no aumenta las complicaciones. Evidentemente, hay que tener en cuenta que las complicaciones postoperatorias, si se presentan, pueden impedir la ingesta oral y se requiere tener previsto una ruta alternativa para la alimentación, en este caso, la nutrición enteral es la vía de elección. Indiscutiblemente, son necesarios más estudios controlados y aleatorizados que comparen la ingesta oral temprana con la alimentación rutinaria por sonda, que permitan determinar el papel de la ingesta oral en los protocolos de recuperación después de la esofagectomía.

En el caso de la gastrectomía hay varias publicaciones que abogan por la reintroducción precoz de la dieta oral, fundamentándose en los avances de los últimos años en técnicas quirúrgicas y en materiales de sutura. En el metaanálisis realizado por Osland⁴¹ se evaluó el impacto clínico de suministrar una dieta oral, proximal a las anastomosis, 24 horas después de cirugía gastrointestinal vs manejo postoperatorio tradicional. Se incluyeron 15 estudios con un total de 1.240 pacientes sometidos a resección del tracto gastrointestinal y que recibieron alimentación oral en las primeras 24 horas después de la cirugía. Los resultados muestran que la nutrición postoperatoria temprana se asocia a una reducción significativa en las complicaciones totales en comparación con las prácticas tradicionales de alimentación. En el estudio realizado por Hur³⁶ se analizan los resultados de 58 pacientes intervenidos de gastrectomía curativa por cáncer gástrico. El grupo de estudio comienza con líquidos el primer día y el grupo control al tercer día. Los investigadores encontraron que el inicio más precoz de la dieta se asocia con una más rápida recuperación de la motilidad intestinal, disminución de morbilidad, menor estancia y costes hospitalarios y no hubo diferencias en cuanto a complicaciones gastrointestinales. Xiaoping *et al.*⁴² en un metaanálisis en el que incluye 6 estudios con un total de 454 pacientes, concluye que la alimentación oral precoz tras cirugía por cáncer gástrico es posible y segura, incluso si se inicia el mismo día de la cirugía, independientemente de la extensión de la resección gástrica y del tipo de cirugía. Sin embargo, los investigadores apuntan la necesidad de más estudios prospectivos multicéntricos, que corroboren estos resultados. Chen XP *et al.*⁴³ publicaron una revisión sistemática sobre las evidencias de la aplicación del protocolo ERAS vs cuidado tradicional en cirugía gástrica y sugieren en su valoración global que las prácticas utilizadas en ERAS dan mejores resultados, no aumentaron las complicaciones y la estancia hospitalaria fue menor. En general, son muy limitadas las evidencias que respaldan una dieta postgastrectomía estándar, a corto o largo plazo. La manipulación de la dieta debe hacerse de forma individualizada para el alivio de los síntomas, las restricciones alimentarias deben ser mínimas para evitar un déficit calórico innecesario. Las posibles deficiencias de nutrientes deben ser monitorizadas y suplementadas en consecuencia. A medida que los síntomas gastrointestinales cambian o mejoran, se irán introduciendo las modificaciones

más adecuadas a la dieta para adaptarlas a la situación clínica del paciente, evaluando siempre su efectividad. Esto podría evitar restricciones innecesarias en la dieta, que pueden exacerbar las deficiencias de nutrientes, la pérdida de peso y la frustración por los resultados obtenidos en la realimentación oral⁴⁴. Son necesarios nuevos estudios controlados y aleatorizados que comparen los efectos en cuanto a pérdida de peso, los síntomas gastrointestinales o las deficiencias de nutrientes de una dieta oral post gastrectomía específica vs dieta normal.

Reintroducción de dieta oral en la pancreatitis aguda leve: Los pacientes que se recuperan de una pancreatitis aguda leve, tradicionalmente reciben una dieta líquida clara cuando hay una mejoría sintomática (ausencia de dolor, vómito y sensibilidad abdominal) y gradualmente se avanza hacia una dieta blanda. La planificación del alta hospitalaria se realiza en base a que el paciente tolere la alimentación oral normal. No obstante estas prácticas prolongan innecesariamente la estancia hospitalaria, aumentan los gastos y causan molestias e insatisfacción a los pacientes. Varios estudios han analizado el inicio de la alimentación con alimentos sólidos y han encontrado resultados muy favorables^{45,46,47} y se siguen manteniendo en muchas instituciones.

En el estudio intervencionista aleatorizado realizado por Rajkumar⁴⁷ en 60 pacientes hospitalizados con pancreatitis aguda, se mantuvo a los pacientes en tratamiento conservador con suero-terapia intravenosa, analgesia adecuada e ingesta nula por vía oral hasta la mejoría sintomática. Los pacientes fueron tratados con dieta líquida o dieta estándar sobre la base de la asignación de grupo. Después de iniciar la alimentación oral, los pacientes fueron evaluados para la recurrencia del dolor y la intolerancia a la dieta en forma de vómitos y diarrea. La dieta oral fue suspendida cuando desarrollaban dolor de intensidad moderada o severa o más de 2 episodios de vómito o un episodio de diarrea. Los pacientes que recibieron dieta estándar tuvieron una menor estancia hospitalaria, no hubo necesidad de detener la alimentación durante todo el período de estudio y tampoco se produjeron reingresos por recurrencia del dolor. Estos resultados son muy similares a los obtenidos en estudios previos^{48,49}. Aunque otros estudios han encontrado mayor dolor abdominal el día de la realimentación y vómitos lo suficientemente graves como para provocar el cese de la alimentación oral,

actualmente hay suficientes evidencias para recomendar iniciar la dieta oral, con una comida sólida, en cuanto disminuya el dolor y mejoren los parámetros inflamatorios.

Dieta de disfagia: La disfagia, como síntoma, dificultad para deglutir, ha sido estudiada desde muy antiguo, no obstante el reconocimiento como condición que requiere una dieta oral especializada, es relativamente reciente. El cambio de textura de los alimentos mejora la eficacia y la seguridad de la deglución. Estos cambios pueden ser temporales o permanentes en función de la causa de la disfagia y de su grado de rehabilitación.

La Asociación de Dietistas de Estados Unidos definió la dieta de disfagia ("*National Dysphagia Diet*"), con cuatro niveles de texturas para alimentos sólidos y cuatro para líquidos que sirve como referente en muchos países, entre ellos España. A pesar de esto, los descriptores de la dieta de disfagia siguen sin estar internacionalmente aceptados y desde marzo del 2015, la Iniciativa Internacional para la Normalización de la Dieta de Disfagia (*International Dysphagia Diet Standardisation* (IDDRSI) 2015) está trabajando para la estandarización internacional de la terminología a utilizar en la dieta para disfagia. Las UNCyD deben establecer en cada centro los descriptores de textura de los alimentos para la dieta de disfagia, basados en las recomendaciones actuales y haciendo una revisión periódica de los mismos, a medida que nuevos consensos y/o evidencias se publiquen. Estas directrices deben ser de obligado cumplimiento por el servicio de alimentación del hospital y formar parte de todas aquellas medidas destinadas a la seguridad del paciente, ya que el objetivo es suministrar comidas seguras a todas las personas ingresadas en el hospital o en una institución. Es necesario vigilar la suficiencia nutricional de la dieta para evitar desnutrición o déficit nutricionales.

Las dietas hipoproteicas y su aplicación en pacientes hospitalizados: El uso de dietas estandarizadas muy bajas en proteínas puede condicionar negativamente la situación nutricional de los pacientes hospitalizados, cuyo uso continuado, condiciona estados de desnutrición importantes e incluso terminar en estados caquéticos severos. Es recomendable definir el nivel de proteínas de la dieta, ajustándolo a las necesidades individuales, teniendo en cuenta patología, estadio de

la enfermedad, situación clínica, preferencias y gustos de los pacientes.

Tradicionalmente la dieta hipoproteica se ha indicado en la insuficiencia renal crónica (IRC) suministrando dietas de 20-40 gramos de proteínas, que llevaban a una pobre adherencia además de complicaciones derivadas de pérdida de peso severa y desnutrición. En las últimas décadas, a medida que se ha avanzado en el tratamiento de la IRC, la dieta se ha mejorado, para conseguir un buen estado nutricional (y, en el caso de los niños, el crecimiento) y prevenir deficiencias mediante un aporte adecuado de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. Actualmente se recomienda adecuar la dieta a la situación clínica y tipo de tratamiento. El aporte calórico dependerá de las necesidades individuales de cada paciente, se recomiendan entre 25 y 40 kcal/kg peso y día y un aporte de proteínas, en caso de pacientes en pre diálisis de 0,75 g/kg peso/día en los estadios 1-3 y para los estadios 4-5 de 0,6 g/kg peso/día. Se debe procurar planificar la dieta con alimentos y menús apetitosos que se ajusten en la medida de lo posible a los gustos y preferencias del paciente para mejorar la adherencia a la misma.

Dieta hipoproteica y enfermedad hepática avanzada: Uno de los mitos dietéticos más promovidos es el uso de dietas bajas en proteínas en la enfermedad hepática avanzada con encefalopatía (EH), sobre la base de que la disminución de productos que incrementan la producción de amonio a nivel intestinal, como las proteínas, resultaría beneficiosa. No obstante, la restricción proteica aumenta el catabolismo muscular y la liberación de aminoácidos, aumentando los niveles séricos de amonio empeorando la EH. En estos pacientes se debe evitar el ayuno, se recomiendan ingestas pequeñas y frecuentes y el consumo de un suplemento calórico a la hora de ir a dormir.

Dietas hipocalóricas: Idealmente, estas dietas deben individualizarse en base a las necesidades energéticas de cada paciente. En los casos en que es necesario codificarlas, se programaran con restricciones moderadas, alrededor de 1.200-1.500 kilocalorías al día, con un aporte proteico entre 20%-25% del Valor calórico total de la dieta (60-75 g). En dietas muy hipocalóricas es mejor calcular el aporte proteico en cantidades absolutas, para asegurar una cantidad adecuada de proteínas, no se recomiendan aportes muy bajos en hidratos de carbono, especialmente en las

personas con diabetes, éste no debe ser menos de 130 g al día en adultos. La indicación principal es en los casos de sobrepeso u obesidad, especialmente, si hay comorbilidades. No obstante, salvo que el ingreso este motivado por esta causa, no deben prescribirse dietas hipocalóricas para conseguir pérdidas de peso aprovechando el ingreso hospitalario. Durante la enfermedad el paciente estará sometido a diversas situaciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas que pueden tener un impacto negativo sobre su estado nutricional. Las dietas por debajo de 1.500 kilocalorías al día, pueden resultar insuficientes para cubrir los requerimientos proteicos y de micronutrientes durante la enfermedad.

Dietas con restricción de sodio: Es una de las más utilizadas a nivel hospitalario, todas las dietas incluidas en el código llevan las dos variantes con sal y sin sal. No obstante, en los últimos años existe preocupación por el uso de dietas muy restrictivas en sodio, con indicaciones dudosas en muchas ocasiones y que son poco aceptadas por los pacientes con consecuencias negativas sobre el estado nutricional e incluso en algunas situaciones las restricciones severas pueden tener importantes efectos adversos. En pacientes críticos, tanto la hiponatremia como la hipernatremia aumentan el riesgo de mortalidad.

Las recomendaciones actuales para la prevención de la hipertensión de las personas sensibles a este mineral, para población europea, proponen una ingesta de sal menor de 6 gramos al día (<2,4 g de sodio) y la OMS incluso reduce a menos de 2 g de sodio por día (5 g/día de sal común), estas recomendaciones están muy alejadas de las ingestas habituales de la población. En el ámbito hospitalario, las dietas con control de sodio se prescriben primariamente para la prevención y control el edema y ascitis y para control de la hipertensión. El grado de restricción varía de acuerdo a las necesidades de cada paciente y los objetivos fijados en el tratamiento. Algunos autores especifican hasta cinco niveles de restricción de sodio, que van desde restricciones ligeras de sodio con aporte de 4 g de sodio a 2 g de sodio; restricciones de sodio moderadas de 1 g de sodio; restricciones estrictas de sodio de 500 mg de sodio o muy estrictas de 250 mg de sodio. Sin embargo, una restricción por debajo de 1 gramo de sodio, es una dieta poco apetecible, debiéndose utilizar durante períodos cortos de tiempo y con una adecuada planificación para evitar deficiencias nutricionales.

La dieta sin sal, habitual en el hospital, aporta entre uno y dos gramos de sal. Además de la restricción de sal en la cocción y en la mesa, se limitan los alimentos con un contenido elevado en sodio, especialmente alimentos procesados y manufacturados que a menudo forman parte de la dieta habitual del hospital. Estas restricciones conllevan cambios importantes en los hábitos alimentarios de las personas, varios estudios han encontrado déficit energéticos y de nutrientes en las dietas con restricción de sodio⁵⁰. Nuevamente nos encontramos ante la necesidad de tener una visión global de la dieta a la hora de su planificación, especialmente en aquellos pacientes pluripatológicos que precisan múltiples modificaciones; es necesario evaluar los beneficios y riesgos de estas dietas tan restrictivas⁵¹.

LIBERALIZACIÓN DE LAS DIETAS TERAPÉUTICAS EN CENTROS HOSPITALARIOS

Las dietas basales hospitalarias deben cumplir con las recomendaciones de una dieta sana y equilibrada. Deben contener cantidades moderadas de azúcares, grasas y sodio y aportar cantidades adecuadas de fibra. Por lo tanto, a menudo las dietas terapéuticas estrictas no son necesarias para la gran mayoría de los pacientes, que pueden recibir sin problemas la dieta basal que ofrece el centro, con ligeras modificaciones (diabetes, dislipemias, etc). Las dietas restrictivas en general son poco atractivas, disminuyen el apetito, la ingesta de alimentos e interfieren con otros tratamientos al provocar desnutrición y peor calidad de vida. Por el contrario, una dieta más permisiva, mejora la satisfacción, aumenta la ingesta y por consiguiente el aporte energético y de nutrientes, mejoran el estado nutricional y la calidad de vida. Además, en general da al paciente mayor sensación de normalidad en un medio tan inhóspito como es un centro hospitalario (Tabla 3). Algunos estudios han puesto de manifiesto que en muchos centros las dietas basales no cumplen los estándares mínimos en cuanto al aporte de nutrientes⁵². Evidentemente, debe existir un control, mediante auditorias regulares, para que las dietas cumplan con los criterios de calidad nutricional establecida, tanto en las dietas basales como en las terapéuticas.

Recientemente se han publicado varios trabajos que inciden en la relación entre tipo de dieta e ingesta de alimentos, por ejemplo, en pacientes

TABLA III. DIETAS RESTRICTIVAS VS DIETAS LIBERALIZADAS

Dietas Restrictivas	Dietas Liberalizadas
Consistencia blanda Poca sal Poco atractivas Disminuyen el apetito Disminuyen la ingesta de alimentos Interfieren con otros tratamientos	Mejoran la satisfacción Mejoran la calidad de vida Mejoran el cumplimiento de la dieta Sensación de normalidad

oncológicos, aquellos con una dieta basal tienen un consumo mayor que los que tienen indicada una dieta blanda o cualquier otra dieta terapéutica. Un aspecto interesante a destacar en este grupo de pacientes es que la ingesta de “snack” con una densidad energética y proteica elevada es bien aceptada y mejoran la ingesta. Estos resultados, indudablemente dan lugar a plantearse cambios en la planificación de estas dietas y menús.

Liberalización de las dietas en geriatría: Las dietas dirigidas a pacientes mayores deben liberalizarse tanto en el hospital como en cualquier otro nivel de asistencia. La posición de la Asociación Americana de Dietética (ADA) al respecto es que el estado nutricional y la calidad de vida pueden mejorar en los pacientes, si la prescripción de dietas se liberaliza.

La dieta debe seguir las normas básicas de una alimentación saludable. No obstante, el grupo de personas mayores no es un colectivo homogéneo y, por lo tanto, resulta difícil hacer recomendaciones concretas sobre la alimentación basándose sólo en la edad de las personas. La amplia variabilidad en cuanto a requerimientos energéticos y nutricionales de las personas mayores, hace necesario la prescripción de pautas individualizadas, atendiendo a su estado nutricional, situación clínica, consumo de medicamentos, apetencias, características socioculturales y el grado de autonomía y actividad física⁵³.

En la planificación de las dietas es importante, tener en cuenta los cambios producidos durante el envejecimiento y adaptar los menús a sus posibilidades masticatorias, deglutorias y digestivas, con la finalidad de asegurar una ingesta de alimentos adecuada y por tanto, evitar la pérdida de peso y deterioro del estado nutricional. En las personas mayores predomina una menor ingesta de alimentos, fundamentalmente por disminución del apetito, aumento de la sacie-

dad, disminución en la percepción sensorial, y de las capacidades funcionales por lo que son un grupo de alto riesgo nutricional, especialmente los hospitalizados e institucionalizados. Diversos estudios han revelado que aplicando la estrategia de incluir alimentos nutritivos en forma de snack y que puedan ser consumidos con la mano, sin necesidad de cubiertos, se ha conseguido en sujetos institucionalizados un incremento en la ingesta de calorías y proteínas, pero el frecuente déficit de micronutrientes que se encuentran en las personas mayores no parece mejorar. Para la mayoría de los pacientes los menús deben incluir alimentos con una alta densidad de energética y de nutrientes en porciones de pequeñas pero frecuentes. Cuando los alimentos ordinarios no pueden cubrir las necesidades nutricionales es aconsejable la prescripción de suplementos nutricionales orales, cuyas indicaciones y efectos sobre la ingesta está ampliamente contrastada, mejorando el aporte en energía y proteínas, disminuyendo la mortalidad, y posiblemente las complicaciones en pacientes mayores hospitalizados.

CONCLUSIONES

Las intervenciones dietéticas se llevan a cabo sobre la base de que van a producir un beneficio en el paciente, pero también podemos encontrar indicaciones dietéticas cuestionables o, incluso, que no han tenido en cuenta posibles efectos negativos en el estado nutricional. Uno de los aspectos que influye en la aceptación y cumplimiento de la dieta es su palatabilidad, especialmente difícil de conseguir en las dietas muy restrictivas. Se deben realizar esfuerzos para mejorar la alimentación del paciente hospitalizado, adaptándola a sus necesidades y expectativas. El suministro de comidas debería ser flexible e individualizado. En muchos casos, la hospitalización no constituye un momento adecuado para imponer restricciones dietéticas, especialmente

si diversas modificaciones impiden que el paciente consuma las proteínas y calorías necesarias para satisfacer las necesidades nutricionales propias de la convalecencia de las enfermedades o intervenciones quirúrgicas, actualmente se cuestionan sus indicaciones en determinadas situaciones clínicas o en grupos de pacientes. La prescripción de dietas terapéuticas debe hacerse con criterios muy selectivos (en enfermedades en las que sea esencial) y teniendo en cuenta el consumo de alimentos. Existen un buen número de publicaciones que avalan el abandono de muchas de las prácticas dietéticas tradicionales que pueden tener resultados clínicos adversos entre los pacientes hospitalizados. Ejemplos de nuevas actuaciones son:

- Los beneficios de la alimentación oral temprana como parte del manejo multimodal ha sido bien documentada en cirugía digestiva.
- En la pancreatitis aguda leve se recomienda iniciar la dieta oral, con una comida sólida, en cuanto disminuya el dolor y mejoren los parámetros inflamatorios.
- Las UNCyD deben establecer en cada centro los descriptores de textura de los alimentos para la dieta de disfagia. Estas directrices deben ser de obligado cumplimiento por el servicio de alimentación del hospital y formar parte de todas aquellas medidas destinadas a la seguridad del paciente.
- Las dietas estandarizadas muy bajas en proteínas puede condicionar negativamente la situación nutricional de los pacientes hospitalizados. Es recomendable definir el nivel de proteínas de la dieta, ajustándolo a las necesidades individuales, patología, situación clínica, preferencias y gustos de los pacientes. No deben prescribirse en la enfermedad hepática avanzada con encefalopatía (EH).
- No deben prescribirse dietas hipocalóricas para conseguir pérdidas de peso aprovechando el ingreso hospitalario, salvo que este sea el objetivo del ingreso. Estas dietas pueden resultar insuficientes para cubrir los requerimientos proteicos y de micronutrientes durante la enfermedad.
- Las dietas dirigidas a pacientes mayores deben liberalizarse tanto en el hospital como en cualquier otro nivel de asistencia. Para la mayoría de los pacientes los menús deben incluir alimentos con una alta densidad de energética y de nutrientes en porciones pequeñas pero frecuentes. Cuando los alimentos ordinarios no pueden cubrir las necesidades nutricionales es aconsejable la prescripción de suplementos nutricionales orales, cuyas indicaciones y efectos sobre la ingesta está ampliamente contrastada, mejorando el aporte en energía y proteínas, disminuyendo la mortalidad, y posiblemente las complicaciones en pacientes mayores hospitalizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burgos Pelaez R. Desnutrición y enfermedad. *Nutr Hosp Supl.* 2013; 6(1): 10-23.
2. García de Lorenzo A, Álvarez J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp* 2011; 26: 701-10.
3. Kelly A, Tappenden B Q, Parkhurst M, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition (*JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013; 37: 482-497).
4. Baldwin C, Parson T.J. Dietary advice and nutrition supplements in the management of illness-related malnutrition: a systematic review. *Clin. Nutr.* 2004; 23, 1267-1279.
5. Neumayer L.A, Smout R.J, Horn H.G, Horn S.D. Early and sufficient feeding reduces length of stay and charges in surgical patients. *J. Surg. Res.* 2001; 95, 73-77.
6. Council of Europe. Committee of Ministers (2003). Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Available at http://www.nutritionday.org/cms/upload/pdf/11.resolution/Resolution_of_the_Council_of_Europe.pdf
7. Thibault R, Chikhi M, Clerc A *et al.* Assessment of food intake in hospitalised patient: a 10 year comparative study of a prospective hospital survey. *Clin Nutr* 2011; 30: 289-296.
8. Hartwell H.J, Shepherd P.A, Edward J.S.A, Johns N, What do patient value in the hospital meal experience? *Appetite* 2016; 96: 293-298.

9. Agarwal E, Ferguson M, Banks M, Bauer J, Capra S, Isenring E. Malnutrition and poor Food Intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality: Results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clin Nutr*. 2013; 33: 737-745.
10. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, et al. Decrease food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patient: The Nutrition Day survey 2006; *Clin Nutr* 2009; 28: 484-91.
11. Elia M. Nutrition, hospital food and in-hospital mortality. *Clin Nutr*, 2009; 28: 481-483.
12. Dupertius YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patient: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr*. 2003; 22(2): 115-123.
13. Kim K, Kim M., Lee K. Assessment of food service quality and identification of improvement strategies using hospital food service quality model. *Nutr Res Pract*. 2010; 4: 163-172.
14. O'Flynn J, Peake H, Hickson M, Foster D, Frost G. The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: results from three consecutive cross-sectional studies. *Clin Nutr*. 2005; 24, 1078-1088.
15. Iff S, Leuenberger M, Rosch S, Knecht G, Tanner B, Stanga Z. Meeting the nutritional requirements of hospitalized patient: an interdisciplinary approach to hospital catering. *Clinical Nutrition* 2008; 27, 666-669.
16. Navarro A, Singer P, Krause I, Boaz M, Improved meal presentation increase food intake and decrease readmission rate in hospitalized patient. *Clin Nutr* 2016; 35(5) 987-1208.
17. Beck AM, Holst M, Rasmussen HH. Oral nutritional support of older (65 years+) medical and surgical patients after discharge from hospital: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Rehabil*. 2013; 27: 19-27.
18. Del Negro RW, Testa A, Aquilani R, Tognella S, Pasini E, Barbieri A., Boschi F. Essential amino acid supplementation in patients with severe COPD: a step towards home rehabilitation. *Arch Chest Dis*. 2012; 77: 67-75.
19. Wyers CE, Reijnen PL, Evers SM, Willems PC, Heyligers IC, Verburg AD, van Helden S, Dagnelie PC. Cost-effectiveness of nutritional intervention in elderly subjects after hip fracture. A randomized controlled trial. *Osteoporos Int*. 2013; 24: 151-62.
20. Baldwin C, Weekes CE. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7; (9).
21. Stratton RJ, Elia M., A review of review: a new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practice. *Clin Nutr*. 2007; 2: 5-23.
22. Arenas Moya D., Plascencia Gaitán A. Hospital Malnutrition Related to Fasting and Underfeeding: Is It an Ethical Issue? *Nutrition in Clinical Practice* 2016; 31(3) 316-324.
23. Kondrup J. Proper hospital nutrition as human right. *Clin Nutr*. 2004; 23: 135-137.
24. De la Cruz-Castillo J, Figueredo-Grijalva R, Dugloszewski C. Declaración internacional sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutr Hosp*. 2008; 23(5): 413-417.
25. Chima C. Diet manuals to Practice Manuals. The evolution of Nutrition Care. *Nutrition in Clinical Practice* Volume 22 Number 1 february 2007; 89-99.
26. Knight A, Law K. Dietary modification. Manual of dietetic practice/edited by Joan Gandy in conjunction with The British Dietetic Association. 5th ed. Blackwell Publishing Ltd 2014. Pag. 20-38. ISBN: 978-0-470-65622-8.
27. Manual of dietetic practice/edited by Briony Thomas and Jacki Bishop in conjunction with The British Dietetic Association. 4th ed. Blackwell Publishing Ltd 2007. Pag. 41-45. ISBN: 978-1-4051-3525-2.
28. Hancock S, Cresci GA, Martindale RG. The clear liquid diet: when is it appropriate? *Curr Gastroenterol Rep*. 2002; 4(4): 324-331.
29. Warren J, Warren J, Bhalla V, Cresci G. Postoperative Diet Advancement: Surgical Dogma vs Evidence-Based Medicine. 2011. *Nutrition in Clinical Practice* Volume 26 Number 2 April: 115-125.
30. Lassen K, Kjaeve J, Fetveit T, et al. Allowing normal food at will after major upper gastrointestinal surgery does not increase morbidity: a randomized multicenter trial. 2008 *Ann Surg* 247: 721-29.
31. Gonzalez Ojeda A, Rodea Rodriguez J, Garcia Oliván J, et al. Comparative study of soft diet or clear liquids in the resumption of oral intake in the postoperative period [in Spanish]. *Rev Gastroenterol Mex*. 1998; 63(2): 72-76.
32. Peuhkuri K, Vapaatalo H, Korpela R. Even low-grade inflammation impacts on small intestinal function. *World J Gastroenterol*. 2010; 16(9): 1057-1062.
33. Yeung SE, Fenton TR. Colorectal surgery patients prefer simple solid foods to clear fluids as the first postoperative meal. *Dis Colon Rectum*. 2009; 52: 1616-1623.

34. Fearon KCH, Ljungqvist O, Von Meyenfeldt M, et al. Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patient undergoing colonic resection. *Clin Nutr*. 2005; 24: 466-477.
35. Kovac AL. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Drugs* 2000; 59(2): 213-243.
36. Hur H, Kim SG, Shim JH, et al. Effect of early oral feeding after gastric cancer surgery: A result of randomized clinical trial. *Surgery*. 2011; 149: 561-8.
37. Klappenbach RF, Yazvi FJ, Alonso Quintas F, et al. Early oral feeding versus traditional postoperative care after abdominal emergency surgery: a randomized controlled trial. *World journal of surgery* 2013; 37: 2293-99.
38. Trugeda S, Fernandez-Diaz MJ, Rodriguez-Sanjuan JC, et al. Initial results of robot-assisted Ivor-Lewis oesophagectomy with intrathoracic hand-sewn anastomosis in the prone position. *Int J Med Robot*. 2014; 10: 397-403.
39. Blencowe NS, Strong S, McNair AG, et al. Reporting of short-term clinical outcomes after esophagectomy: a systematic review. *Ann Surg* 2012; 255: 658-66.
40. Baker A, Wooten LA, Malloy M. Nutritional considerations after gastrectomy and esophagectomy for malignancy. *Curr Treat Options Oncol*. 2011; 12: 85-95.
41. Osland E, MPhil BH, Yunus R, et al. Early versus traditional postoperative feeding in patients undergoing resectional gastrointestinal surgery: a meta-analysis. *JPEN* 2011; 35(4): 473-487.
42. Liu X, Wang D, Zheng L, Mou T, Liu H, Li G. Is Early Oral Feeding after Gastric Cancer Surgery Feasible? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. 2014. PLoS ONE 9(11): e112062. doi:10.1371/journal.pone.0112062
43. Chen ZX, Liu AHJ, Cen Y. Fast-track program vs traditional care in surgery for gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2014; 20(2): 578-583. Available from: URL: <http://www.wjgnet>.
44. Rogers C. Postgastrectomy Nutrition. *Nutrition in Clinical Practice* 2011; Volume 26 Number 2 April: 126-136.
45. Sathiaraj E, Murthy S, Mansard MJ, Rao GV, Mahukar S, Reddy DN. Clinical trial: oral feeding with a soft diet compared with clear liquid diet as initial meal in mild acute pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 28: 777-781.
46. Jacobson BC, Vander Vliet MB, Hughes MD, Maurer R, McManus K, Banks PA. A prospective, randomized trial of clear liquids versus low-fat solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007; 5: 946-951.
47. Rajkuma N, Karthikeyan VS, AliSM, Sistla SC, and Kate V. Clear Liquid Diet vs Soft Diet as the Initial Meal in Patients With Mild Acute Pancreatitis: A Randomized Interventional Trial 2013. *Nutrition in Clinical Practice* 2013; Volume 28 Number 3 June: 365-370.
48. Sathiaraj E, Murthy S, Mansard MJ, Rao GV, Mahukar S, Reddy DN. Clinical trial: oral feeding with a soft diet compared with clear liquid diet as initial meal in mild acute pancreatitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 28: 777-781.
49. Moraes JM, Felga GE, Chebli LA, et al. A full solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis is safe and results in a shorter length of hospitalization: results from a prospective, randomized, controlled, double-blind clinical trial. *J Clin Gastroenterol*. 2010; 44: 517-522.
50. Jefferson K, Ahmed M, Choleva M, et al. Effect of a sodium restricted diet on intake of other nutrients in heart failure: implication for research and clinical practice. 2015. *Journal of Cardiac Failure*. 21 (12)december: 959-962.
51. Maillot M, Drewonwski A, A conflict between nutritionally adequate diets and meeting the dietary guidelines for sodium. *Am J prev Med*. 2012; 42: 174-9.
52. Moran et al. 2015 j of the american academy of nutrition and dietetics 2015; 115: 1847-1854.
53. Hedman S, Nydahl M, Faxén-Irving G. Individually prescribed diet is fundamental to optimize nutritional treatment in geriatric patients. *Clin Nutr*. 2016; 35: 692-698.