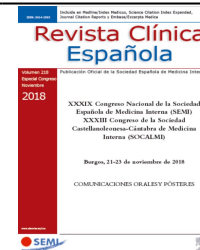




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-045 - SOBREVIVIR EN EL HOSPITAL: CÓMO EVITAR PASAR DE SOSO A INSULSO

M. Galindo Andúgar, P. Miján Caño, M. Fernández Vizcaíno, I. Espinosa Monroy, M. Cartas Verdugo, C. Montalbán Méndez, S. Álvarez López y D. Rodríguez-Bobada Caraballo

Medicina Interna. Hospital General la Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Resumen

Objetivos: La malnutrición en el paciente ingresado es un problema frecuente, complejo y multifactorial. La correcta elección de la dieta es un factor modificable que mejora la alimentación y ayuda a prevenirla. La sal es el condimento más antiguo, y su uso permite potenciar el apetito y estimular la ingesta, mejorando el sabor. En pacientes hipertensos, en cambio, limitamos su uso llegando en ocasiones a eliminarla, lo que puede abocar a una dieta con poco sabor (insulsa) y menos apetecible. El objetivo es comprobar el uso de sal en la dieta de los pacientes ingresados y las restricciones de uso, así como su relación con la hipertensión arterial.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital General La Mancha Centro el 6 de junio de 2018, en el que se recogieron todas las dietas de los pacientes ingresados ese día (exceptuando los de Pediatría y la Unidad de Cuidados Intensivos). Se recogieron variables que incluían: edad, médico responsable, hipertensión arterial (HTA) antes o durante el ingreso, tipo de dieta prescrita, restricción de sal. En nuestro hospital todas las dietas son hiposódicas, por lo que la restricción de sal equivale a dieta sin sal. Análisis con PASW Statistics 18.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes, con edades comprendidas entre 17 y 97 años (media 70), 97 hombres y 88 mujeres. La especialidad con más pacientes a su cargo fue Medicina Interna con 79 ingresos (42%). Con respecto a la DIETA, se encontraron 26 pacientes con dieta absoluta (13%), 52 con dieta sin sal (28%), y el resto con dieta hiposódica (58%). Las dietas más prescritas fueron: equilibrada en 47 (25%), seguida de la diabética en 29 (16%), diabética sin sal en 20 (11%), equilibrada sin sal en 11 (6%), triturada con sal en 11 y sin sal en 10, fácil masticación con sal en 11 y sin sal en 6, pancreatitis 3ª fase en 10, fácil digestión en 2, tolerancia líquida en 1 y celíaca en 1. En 5 pacientes se añadió preparación para disfagia y espesante para líquidos. Con respecto a la HTA, la prevalencia antes del ingreso fue del 58% (107 pacientes), y durante el ingreso tuvieron HTA mal controlada 38 pacientes (20%). Cuando comparamos los pacientes que desarrollaron hipertensión durante el ingreso, vemos que la restricción de sal no aportó ventajas añadidas para el control de la HTA, como se aprecia en la tabla. Sin embargo, el antecedente de HTA previo al ingreso sí influyó de forma significativa para eliminar la sal en la dieta ($p < 0,005$). Así, se suprimió la sal en 42 pacientes, lo que representa el 87% de los pacientes que no tuvieron sal y el 39% de pacientes hipertensos.

Relación de la dieta con la HTA antes y durante el ingreso

	No HTA antes no HTA ingreso	No HTA antes HTA ingreso	HTA antes no HTA ingreso	HTA antes HTA ingreso
Dieta absoluta	14 pacientes	1	9	2
Dieta sin sal	4	2	29	13
Dieta con sal	53	4	38	16

Discusión: Eliminar la sal de la dieta no ha demostrado diferencias significativas en cuanto al control de la HTA en el ingreso, y sí disminuye el sabor de la misma. El antecedente de HTA sí es determinante para retirar la sal, ya que el personal de enfermería de nuestro hospital suele indicar la supresión de la misma en hipertensos.

Conclusiones: La supresión de la sal no ha demostrado mejorar el control de la hipertensión arterial.