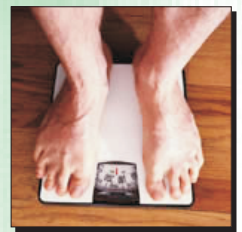


PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

CARLOS IGNACIO CUERVO VALENCIA
Viceministro de Salud y Bienestar

RICARDO ANDRÉS ECHEVERRI LÓPEZ
Viceministro de Relaciones Laborales

CLARA ALEXANDRA MÉNDEZ CUBILLOS
Secretaria General

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)



DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD DE SERVICIOS

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Director General de Calidad de Servicios (E)

MARITZA ROA GOMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad de Servicios

FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
SANDRA E. GALLEGOS M.D.
Consultores



GUILLERMO BECERRA
Gerente General

HERNAN DARIO MAILLANE
CARLOS ANDRÉS BECERRA G.
Directores del Proyecto

JENNY PAOLA BECERRA GRACIANO
MARÍA MARCELA MÁRQUEZ A.
JOSÉ EDUARDO FLOREZ
SAMUEL FRANCISCO ROJAS
Equipo Técnico



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MARCO TEÓRICO



PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

La presente instrucción está dirigida a todo el personal profesional de enfermería, médicos, nutricionistas y terapeutas, así como a los auxiliares de enfermería y todo el personal que participa directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución. Para su desarrollo, se recomienda que el instructor o capacitador del paquete “**Prevención de la malnutrición o desnutrición**” sea profesional médico y/o de enfermería que tenga experiencia en el manejo de programas de seguridad del paciente.

La metodología a implementar para el desarrollo de la instrucción, integra las principales herramientas pedagógicas utilizadas para el fortalecimiento de competencias técnicas y operativas, se desglosan en la Guía de la Sesión Educativa del presente paquete; también se presentan los ambientes y los recursos necesarios para su eficaz abordaje, es fundamental que se sigan las instrucciones que se registran para alcanzar los objetivos de formación del tema.

La seguridad del paciente es un tema en desarrollo en Colombia; este paquete recoge la revisión bibliográfica y las experiencias de instituciones nacionales, y es el punto de partida que deberá ser mejorado progresivamente de acuerdo a las experiencias de nuestras instituciones y de los avances científicos en el tema.

RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN

4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.

Se ha identificado que las fallas en la atención relacionadas con los procesos nutricionales, tanto ambulatorios como hospitalarios, pueden ser frecuentes y llevar a manejos nutricionales inadecuados, insatisfacción del paciente e incremento en los costos de la atención.

En lo hospitalario: existen varias vías para proveer soporte nutricional a los pacientes, la nutrición enteral puede ser administrada vía oral, nasal, gástrica o yeyunal. La nutrición parenteral debe ser usada cuando la enteral no es posible o su uso está contraindicado. Debe prestarse atención al tiempo de uso de la nutrición parenteral y no prolongarla si el paciente ya no la necesita. Igualmente es importante asegurar el correcto cálculo de nutrientes.

En lo ambulatorio: deben desarrollarse procedimientos para garantizar que la dieta sea individual, balanceada y equilibrada que asegure el mejoramiento del paciente evitando dietas generalizadas. Y garantizando que sea el profesional en nutrición quien explique la dieta al paciente

Se debe promover:

➤Asegurar que la información en la historia clínica sea

completa y correcta.

- Verificar que los tratamientos nutricionales estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes.
- Asegurar la educación continua al personal de nutrición y dietética.
- Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista.
- Verificar aporte de nutrientes por kilo.
- Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.
- Incluir medidas relacionadas con la definición de condiciones mínimas nutricionales para la realización de procedimientos quirúrgicos.



INTRODUCCIÓN

La desnutrición es un problema de gran importancia en el ámbito hospitalario, el estado nutricional puede variar durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las condiciones nutricionales con la que ingresa el paciente, diagnóstico, etc. La malnutrición hospitalaria continúa siendo un problema de salud pobremente

reconocido por los administradores de salud aún cuando es un hecho reconocido y aprobado por toda la comunidad científica de que la nutrición se asocia directamente con la mortalidad, la morbilidad, los costos hospitalarios, la estadía y la calidad de vida del paciente hospitalizado.

La desnutrición hospitalaria constituye uno de los principales retos dentro de la gestión de salud en

Las unidades asistenciales de alto nivel, numerosos son los estudios que demuestran que la prevalencia de desnutrición de los pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55% (1), el estado nutricional puede variar durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las condiciones nutricionales con la que ingresa el paciente, diagnóstico, etc, otro de los factores que hoy se reconocen como influyentes en la evolución nutricional del paciente hospitalizado es la calidad en los servicios que atienden a los pacientes desnutridos en las salas de hospitalización, existen estudios que demuestran que en hospitales con una incidencia de un 22% de pacientes con riesgos de desnutrición, solamente el 25% de ellos reciben una cantidad adecuada de proteínas y energía y solamente el 30% de ellos mantenían un control sistemático del peso durante su estadía hospitalaria (2).

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la malnutrición o desnutrición en los pacientes en las instituciones de salud.

Objetivos Específicos

- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de malnutrición o desnutrición en los pacientes en la institución.
- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición de malnutrición o desnutrición del paciente.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de malnutrición o desnutrición en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de la malnutrición o desnutrición en el paciente.

2. LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN COMO EVENTO ADVERSO

La desnutrición puede definirse como un estado de déficit de energía, proteínas y otros micronutrientes, que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas en el organismo, asociadas o no a la agravación del pronóstico de ciertas enfermedades y que son reversibles por una terapia nutricional.

El riesgo nutricional puede definirse como la probabilidad de mejor o peor evolución debida a factores nutricionales y que puede ser modificado mediante una intervención nutricional.

La desnutrición tiene implicaciones serias tanto para el paciente como para los sistemas de salud, pues está generalmente asociada con mayores tasas de complicación, aumento de la mortalidad, retardo en la cicatrización de heridas, incremento de los costos y días de estancia hospitalaria, sumado a esto, el estado nutricional se deteriora durante la hospitalización.

El problema de la desnutrición hospitalaria en el paciente adulto ha sido motivo de preocupación al menos durante los últimos 30 años. Desde los estudios pioneros de Bistran (3) y Hill (4) de mediados de los años setenta, en los que encontraron tasas de desnutrición entre el 45 y el 54% en pacientes ingresados en el hospital hasta la fecha, se han elaborado numerosos estudios clínicos.

Las tasas de desnutrición grave llegan hasta el 12% de los pacientes ingresados (5). En una encuesta de ámbito nacional realizada en Brasil a finales de la década pasada se encontró desnutrición en el 48,1% de los pacientes hospitalizados (6). Y, sin embargo, continúa siendo en muchas ocasiones una gran desconocida¹⁰. La desnutrición hospitalaria se asocia a un incremento de la morbimortalidad, que repercute en peor calidad asistencial (aumento de la estancia media y de la tasa de rehospitalización) e incremento del gasto económico (7,8).

La desnutrición intrahospitalaria puede presentarse

como consecuencia de la propia afección clínica (cáncer, infección o enfermedad crónica) pero también puede explicarse por otros factores como ayunos prolongados, intolerancia a la alimentación, disminución del apetito y cambio de hábitos alimentarios. Además de lo anterior, la prescripción dietética en algunos casos no es adecuada, lo cual ocasiona un desajuste entre la cantidad de energía y nutrientes ofrecida, la verdaderamente ingerida y los requerimientos nutricionales, en ocasiones incrementados por la injuria de la enfermedad. Algunos autores reportan que únicamente el 25% de los pacientes que tienen riesgo nutricional reciben una cantidad adecuada de energía y proteínas y menos de la mitad tienen un plan nutricional para manejo en casa, citando como causas principales de la inadecuada atención nutricional la falta de instrucciones para tratar estos problemas y la carencia de conocimiento básico del personal de salud respecto a los requerimientos dietéticos de los pacientes, además de aspectos relacionados con la provisión de alimentos por parte del hospital.

La incorporación del tamizaje y de la valoración nutricional como parte del cuidado de los paciente, se están reconociendo como imperativo en el desarrollo de estándares de calidad en algunos hospitales de otros países, sin embargo, no se hace de rutina y el diagnóstico del estado nutricional no se incluye en la historia clínica, limitando de esta manera una atención oportuna.

La identificación de los pacientes malnutridos o en riesgo, es el primer paso en el tratamiento de la desnutrición y debería realizarse siempre en el momento del ingreso y periódicamente durante la hospitalización. Los métodos que han resultado más confiables para evaluar el estado nutricional son la Antropometría, la Encuesta Subjetiva Global (ESG) y los exámenes bioquímicos e inmunológicos (9,10).

Los objetivos de la evaluación nutricional, además de clasificar el estado de nutrición, deben ser los siguientes:

Identificar a los pacientes que están desnutridos o en riesgo de desnutrirse durante el ingreso.

➤ Valorar el riesgo de complicaciones relacionadas con la desnutrición.

➤ Identificar a los pacientes que se beneficiarían del tratamiento nutricional.

El método ideal debería cumplir los siguientes requisitos: alta sensibilidad y especificidad, no ser fácilmente modificable por factores no nutricionales, responder de forma rápida al adecuado tratamiento nutricional y ser capaz de predecir cuando un individuo presentaría mayor morbimortalidad si no se aplicara soporte nutricional.

La desnutrición es una condición clínica frecuente en los pacientes hospitalizados. Sin embargo, su incidencia real sólo se hace aparente cuando se realiza la valoración del estado nutricional como procedimiento rutinario en todo paciente que ingresa a un servicio clínico y se realiza su seguimiento durante la hospitalización.

Valiéndonos de la revisión sobre el tema para prevenir la malnutrición o desnutrición como evento adverso y de la experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de escaras, estas son:

- Error en la prescripción del tratamiento nutricional (dieta, fórmula láctea y nutrición forzada).
- La dieta entregada al paciente no corresponde a la prescrita por el médico y calculada por la nutricionista dietista (Adultos y niños).
- Cálculo inadecuado de la dieta prescrita por parte del profesional en nutrición.
- Cálculo inadecuado en nutrición parenteral enteral en adultos y niños.
- Retardo en el inicio del soporte nutricional.
- Uso prolongado de infusiones glucosadas y salinas
- Abuso de los ayunos.
- Usos de nutrientes de forma inadecuada.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan la prevención de la malnutrición o desnutrición, pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.



3. HACIA LA IMPLEMENTACION DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PREVENIR LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video “Análisis Causal de eventos adversos”) y partiendo de la malnutrición o desnutrición como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

En el capítulo anterior se listaron las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con la malnutrición o desnutrición de los pacientes.

Sobre estas acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberían implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso la malnutrición o desnutrición. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuáles son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

El análisis causal según el Protocolo de Londres, se aplicará a las cinco (5) primeras acciones inseguras más recurrentes en la aparición de la malnutrición o desnutrición de los pacientes, a modo de ejemplo.

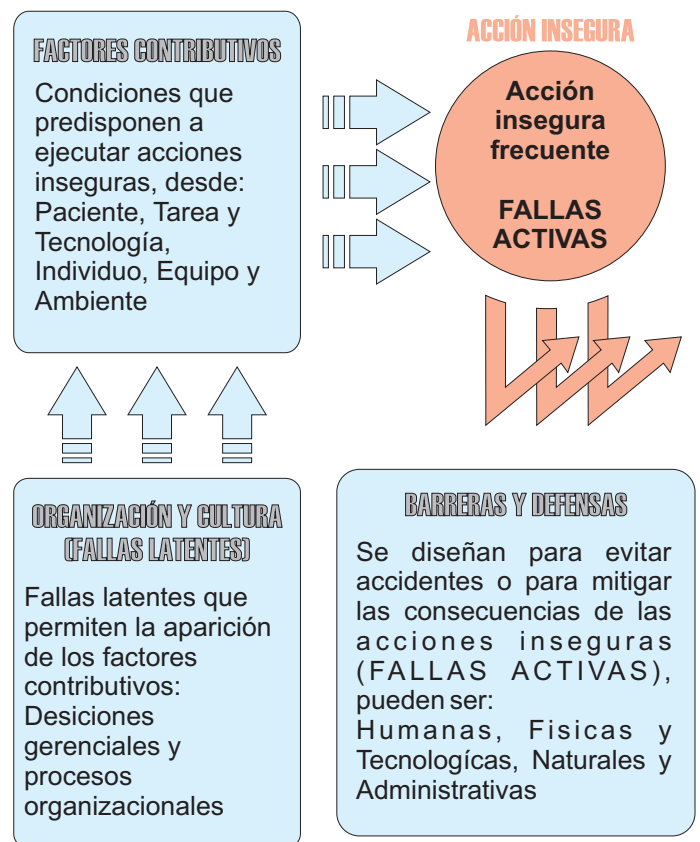
Es importante que como ejercicio didáctico, los alumnos del paquete instruccional puedan

desarrollar este análisis al resto de las causas mas frecuentes señaladas o no en el presente documento, para luego poder gestionar las acciones inseguras particulares que se le hayan presentado al interior de la Institución.

ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS

Para explicar el esquema de análisis causal desarrollado a las cinco (5) primeras acciones inseguras mas frecuentes, nos valdremos de un esquema grafico, que permita relacionar todos los elementos.

El esquema es:



ANÁLISIS CAUSAL 1

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Paciente con necesidad de nutrición especial.

Tarea y tecnología:

- Falta de guías de nutrición.

Individuos:

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza la prescripción del tratamiento nutricional, Manejo nutricional inadecuado

Equipo de trabajo:

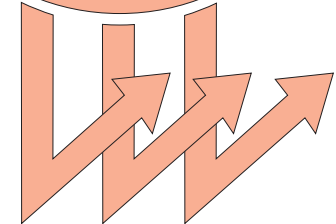
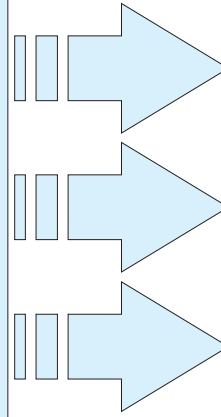
- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento.
- Problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno, no registrar cambios importantes en el paciente).
- Funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica.

Ambiente:

- sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

ACCIÓN INSEGURA

ERROR EN LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL (DIETA, FÓRMULA LÁCTEA Y NUTRICIÓN FORZADA)



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Verificar en la historia clínica la determinación del régimen nutricional oral que comprende asistencia hospitalaria por nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta adecuada al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional igual que la programación de fórmulas lácteas. Si existen dudas aclararlas con el médico tratante.
- Cumplimiento de las guías y protocolos establecidos de nutrición.

Físicas:

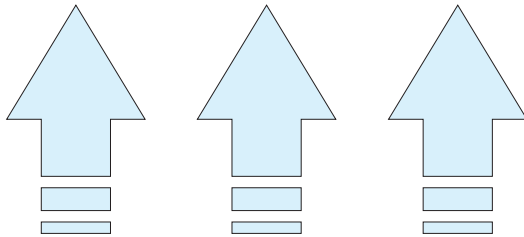
- Contar con guías y protocolos adecuados para la prescripción del tratamiento nutricional.

Administrativas:

- Diseño de guías y protocolos para la prescripción del tratamiento nutricional.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No implementación de rondas de seguridad.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos



ANÁLISIS CAUSAL 2

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Paciente con necesidad de nutrición especial.

Tarea y tecnología:

- Falta de guías de nutrición.

Individuos:

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza la prescripción del tratamiento nutricional, manejo nutricional inadecuado
- funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica.

Equipo de trabajo:

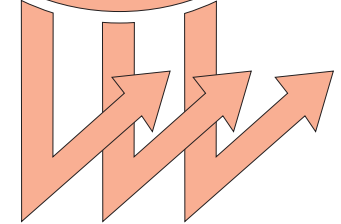
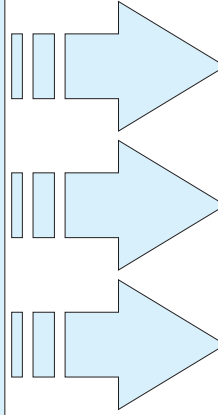
- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno, no registrar cambios importantes en el paciente).

Ambiente:

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

ACCIÓN INSEGURA

NO APLICAR SUSTANCIAS HIDRATANTES O APLICAR SUSTANCIAS INADECUADAS DURANTE LA HIGIENE DEL PACIENTE



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Verificar con el servicio de alimentación si la dieta suministrada al paciente corresponde a la prescrita.
- Cumplimiento de las guías y protocolos establecidos de nutrición.
- Constatar el nombre y número de cama del paciente.
- Constatar que todas las preparaciones estén correctamente marcadas con el tipo de dieta

Físicas:

- Contar con formatos que garanticen la entrega de la dieta correspondiente a cada paciente.

Administrativas:

- Diseño de guías y protocolos para la prescripción del tratamiento nutricional.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No implementación de rondas de seguridad.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos



ANÁLISIS CAUSAL 3

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Paciente con necesidad de nutrición especial.

Tarea y tecnología:

- Falta de guías de nutrición.

Individuos:

- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza la prescripción del tratamiento nutricional, funcionarios de otras áreas

Equipo de trabajo:

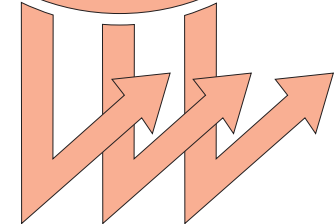
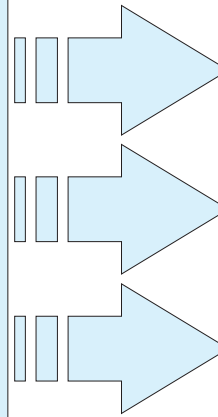
- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo.

Ambiente:

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

ACCIÓN INSEGURA

CÁLCULO INADECUADO EN NUTRICIÓN PARENTERAL ENTERAL EN ADULTOS Y NIÑOS.



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Cumplimiento de las guías y protocolos establecidos de nutrición.
- Verificar las guías de práctica clínica basada en evidencia que contenga los diagnósticos y tratamientos nutricionales.
- Coordinar con el equipo multidisciplinario de soporte nutricional para determinar la cantidad de nutrientes de la alimentación parenteral y enteral, además de determinar cómo debe iniciarse la vía oral.
- Verificar aporte de nutrientes por kilo de peso

y verificar los productos a utilizar con osmolaridad final de la mezcla.

Físicas:

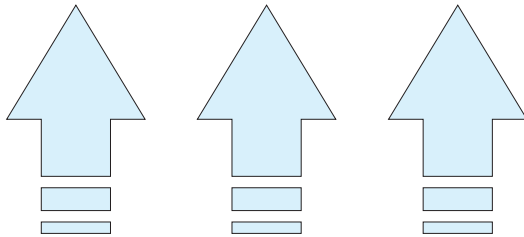
- Verificar las guías de práctica clínica basada en evidencia que contenga los diagnósticos y tratamientos nutricionales.

Administrativas:

- Definición del número de pacientes por personal asistencial.
- Asegurar la educación continua para el profesional en Nutrición y dietética

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No implementación de rondas de seguridad.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos



ANÁLISIS CAUSAL 4

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Paciente con necesidad de nutrición especial.
- Condiciones del paciente

Tarea y tecnología:

- Falta de guías de nutrición.

Individuos:

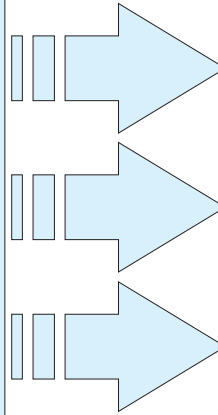
- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza la prescripción del tratamiento nutricional, funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica.

Equipo de trabajo:

- Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo (inadecuada entrega de turno, no registrar cambio importantes en el paciente)

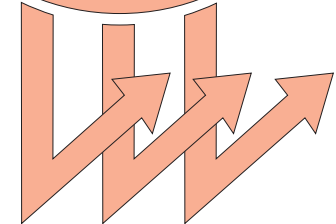
Ambiente:

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).



ACCIÓN INSEGURA

CÁLCULO INADECUADO DE LA DIETA PRESCRITA POR PARTE DEL PROFESIONAL EN NUTRICIÓN.



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

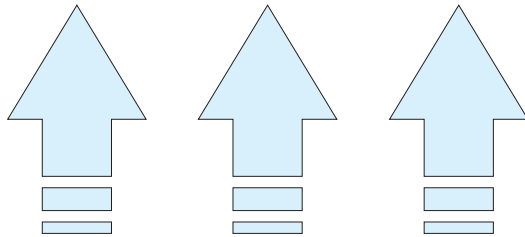
- Verificar en la historia clínica la determinación del régimen nutricional oral que comprende asistencia hospitalaria por Nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta adecuada al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional igual que la programación de fórmulas lácteas. Si existen dudas aclararlas con el médico tratante.
- Cumplimiento de las guías y protocolos establecidos de nutrición.

Físicas:

- Contar con guías y protocolos adecuados para la prescripción del tratamiento nutricional.

Administrativas:

- Diseño de guías y protocolos para la prescripción del tratamiento nutricional.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.



ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No implementación de rondas de seguridad.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos



ANÁLISIS CAUSAL 5

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Paciente:

- Condiciones del paciente al ingreso

Tarea y tecnología:

- Falta de guías de nutrición.
- No contar con los recursos necesarios.

Equipo de trabajo:

- Problemas de comunicación del equipo de trabajo

Individuos:

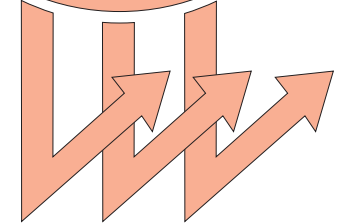
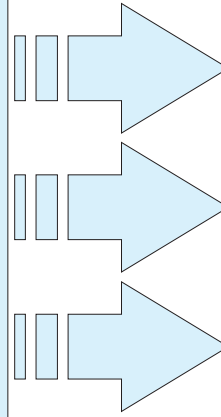
- Falta de experiencia del personal asistencial que realiza la prescripción del tratamiento nutricional, funcionarios de otras áreas laborando sin la experiencia específica.

Ambiente:

- Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

ACCIÓN INSEGURA

Retardo en el inicio del soporte nutricional



BARRERAS Y DEFENSAS

Humanas:

- Verificar con el servicio de alimentación si la dieta suministrada al paciente corresponde a la prescrita.
- Cumplimiento de las guías y protocolos establecidos de nutrición.
- Constatar el nombre y número de cama del paciente.

Físicas:

- Contar con formatos que garanticen la entrega de la dieta correspondiente a cada paciente.

Administrativas:

- Diseño de guías y protocolos para la prescripción del tratamiento nutricional.
- Definición del número de pacientes por personal asistencial.

ORGANIZACIÓN Y CULTURA (FALLAS LATENTES)

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Inadecuado plan de mantenimiento de la infraestructura de la institución
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No implementación de rondas de seguridad.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos



4. RECOMENDACIONES Y PLANES DE ACCIÓN

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se recomienda implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características particulares de cada institución:

- Las malas prácticas son corregidas cuando el paciente con riesgo nutricional es abordado con un enfoque de equipo de manera multidisciplinaria en donde la toma de decisiones sea colegiada y convenida con los administradores de salud y va desde el diagnóstico hasta la calidad y el ambiente en que se le brinda el alimento con tratamientos nutricionales que estén acordes con las guías de práctica clínica pertinentes.
- Permitir la provisión correcta de cuidados nutricionales al paciente hospitalizado con riesgo de desnutrirse y la administración de los recursos disponibles para la intervención nutricional (enteral y/o parenteral).
- Apoyar la gestión hospitalaria a partir de sus propios recursos humanos y materiales para cumplir tres funciones fundamentales que son indisolubles: la asistencia, docencia e investigación y la educación continua al personal de nutrición y dietética
- Desarrollar las acciones de salud a través de un enfoque multi, inter y transdisciplinario, evadiendo así los vicios presentes en la atención del paciente hospitalizado y que suele aparecer cuando se enfoca al desnutrido bajo el prisma de una entidad clínica restándole importancia al contexto social que rodea a toda entidad clínica desde la comunidad hasta la cama del hospital.
- Asegurar que la información en la historia clínica sea completa y correcta.
- Asegurar la coordinación con el equipo multidisciplinario.
- Verificar con el servicio de alimentación que la dieta suministrada era la ordenada por la nutricionista.
- Verificar aporte de nutrientes por kilo.
- Evitar las prescripciones nutricionales estereotipadas y no adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.

5. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN

Algunos indicadores en el Nivel de Monitoría de la Institución para hacer el seguimiento de las actividades que se implementen en los procesos para reducir la malnutrición y desnutrición hospitalaria pueden ser:

- **Proporción de valoración del riesgo de desnutrición en UCI.**

Recuerde, que en todo proceso de monitorización en implementación de indicadores de control, se debe explicitar el periodo al que hace referencia la medición.

En los anexos del paquete “La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente”, encontrará la ficha técnica de los indicadores enunciados.



6. PRÁCTICAS EXITOSAS

La prevención de la malnutrición o desnutrición es una obligación de seguridad compartida por el equipo multidisciplinario de salud.

Cuando se aplican de manera correcta las buenas prácticas de seguridad del paciente se obtienen resultados. A continuación algunos ejemplos:

PRACTICA 1

DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN NIÑOS UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA HOSPITAL «12 DE OCTUBRE»

Lugar: HOSPITAL INFANTIL «12 DE OCTUBRE»
Madrid, Noviembre y Diciembre de 2003

Objetivo:

Minimizar la incidencia y la prevalencia de

desnutrición infantil en el hospital a través de prácticas estadísticas.

Método:

Se recogieron de forma prospectiva los siguientes datos de todos los niños hospitalizados en el departamento de Pediatría entre el 15 de noviembre y el 15 de diciembre de 2003, excluyendo todos los menores de 1 mes y aquellos en los que la duración del ingreso fue inferior a 48 horas:

Edad, motivo de ingreso, peso y talla al ingreso y al alta, duración del ingreso y determinaciones analíticas.

Con el fin de obtener suficiente número de pacientes según el motivo de ingreso, éste se categorizó en:

- Enfermedad médica aguda; p.ej., una neumonía;
- enfermedad médica crónica; p.ej., epilepsia;
- cirugía urgente; p.ej., una apendicitis,
- cirugía programada; p. ej. la corrección de una malformación craneofacial.

Asimismo, se clasificó la malnutrición en moderada y grave en función de la puntuación Z para el peso. En un subgrupo de la muestra (lactantes menores de un año ingresados por una causa médica) se analizó la evolución ponderal durante el ingreso.

Resultados:

Durante el periodo de estudio, ingresaron 268 niños (150 niños y 118 niñas), con una edad media al ingreso de 4,2 años, y un intervalo entre 1 mes y 19 años. La mitad de los niños fueron ingresados por una enfermedad médica aguda, el 24% por una enfermedad médica crónica, el 14% por cirugía programada y el 12% por una cirugía urgente. La prevalencia de desnutrición fue del 17,2% en el total de la muestra.

No se encontró ninguna correlación entre los valores plasmáticos de hemoglobina y albúmina al

ingreso y la puntuación Z para el peso. En la cohorte de lactantes menores de un año, ingresados por una causa médica, pudo estudiarse la variación ponderal durante la hospitalización. La mediana de ganancia diaria de peso fue de +6 gramos, con un intervalo entre +140 y -150 g/día.

Conclusiones:

El primer paso para afrontar este problema podría plantearse con las siguientes recomendaciones:

- Medida del peso y talla (y también del perímetro craneal en los niños menores de 3 años) en todos los pacientes que ingresan en un hospital.
- Uso comprensivo de las gráficas de crecimiento.
- Intervención adecuada y mantenida cuando el peso y la estatura caen fuera de los intervalos normales.
- Reconocimiento de que el soporte nutricional forma parte de la atención global del niño enfermo.

Desde un punto de vista práctico, sería muy interesante contar con una encuesta nacional sobre la prevalencia de malnutrición en los niños hospitalizados en España. La Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica o la propia Asociación Española de Pediatría podrían ser los principales valedores de esta iniciativa.

PRACTICA 2

PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE ALTA COMPLEJIDAD.

Lugar:

INSTITUCIÓN PÚBLICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE ANTIOQUIA

Objetivo:

Determinar la prevalencia de malnutrición y evaluar la prescripción de la energía y proteínas de la dieta de los pacientes adultos hospitalizados en una institución pública de alta complejidad.

Método:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se evaluó el estado nutricional de 138 pacientes adultos hospitalizados en las primeras 48 horas de admisión, utilizando la Valoración Global Subjetiva (VGS). Se determinó el aporte de energía y proteínas de la dieta prescrita y se comparó con el requerimiento.

Resultados:

63% presentó riesgo o desnutrición, sin diferencia por edad ($p=0.12$), ni por servicio ($p=0.249$). La prescripción energética y proteica fue inadecuada en el 56% y 70% de los pacientes respectivamente, hallándose diferencias significativas según profesional ($p=0.0000$). No hubo diferencias entre la adecuación en la prescripción y el estado nutricional para energía ($p=0.42$) ni para proteínas ($p=0.23$).

El 54% de la población fueron mujeres, el 85% de los pacientes hospitalizados valoradas tuvieron más de 45 años, el servicio con mayor número de pacientes evaluados fue medicina interna, seguido de neurocirugía y cirugía: 34%, 21% y 18% respectivamente (Tabla 1).

El 62% de los pacientes manifestaron pérdida de peso durante los últimos 6 meses. En cuanto a los síntomas gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómito, diarrea), 88 pacientes (64%) manifestaron haber presentado uno o más; casi todos los pacientes (96,7%) presentaron alteración de la capacidad funcional, de los cuales el 54% deambulaba, el 35% estaba en cama y el 11% tenía limitaciones para el autocuidado.

El estado nutricional según VGS mostró que 2/3 partes de la población estudiada presentó algún

Tabla 1. Características generales de los pacientes evaluados. Institución pública de alta complejidad

Variable	Categoría	Frecuencia	
		Nº	%
Género	Masculino	64	46
	Femenino	74	54
Grupo de edad	24-45	21	15
	46-65	56	41
	66-100	61	44
Servicio	Medicina interna	47	34
	Neurocirugía	29	21
	Cirugía	25	18
	Ortopedia	21	15
	Urología	11	8
	Urgencias	5	4

grado de desnutrición; al compararlo por género, se observó que fue mayor en el grupo de mujeres (66%) que en el de los hombres (50%), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. Al hacer la comparación por grupo de edad, se encontró que el estado nutricional tanto en los grupos de 25-45 años como en el de 46-65 fue similar para todas las categorías, mientras que la desnutrición fue mucho mayor entre las personas de 66-100 años (72%), sin diferencia estadísticamente significativa. Al comparar el estado nutricional por servicio, se encontró una proporción mayor de pacientes con riesgo o desnutrición en medicina interna y neurocirugía, 20% y 16% respectivamente, sin diferencia estadística. El 77% de la muestra no tuvo interconsulta por nutrición, de estos el 58% presentaba desnutrición y el 3% exceso de peso.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio muestran la alta prevalencia de malnutrición y la inadecuada prescripción energética y proteica en los pacientes adultos hospitalizados y reafirma que a pesar de los avances en la ciencia y la tecnología, la desnutrición sigue siendo una enfermedad común, con el agravante que pasa inadvertida entre los responsables de la salud y que sólo algunos de los pacientes que necesitan atención nutricional son remitidos de manera oportuna. Además la prescripción dietética inicial es responsabilidad del médico pero es el



Nutricionista Dietista quien debe vigilar si los aportes de energía y proteínas de las dietas solicitadas son adecuados para cada paciente y actuar en casos de ayuno prolongado.

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acceso vascular: Catéter colocado directamente dentro del sistema venoso para la infusión de la fórmula de nutrición parenteral.

Alimentación transicional: Progresión de un modo de alimentación a otro mientras continuamente se administran los nutrientes requeridos.

Desnutrición: Trastorno de la composición corporal, consecutivo a una incorporación insuficiente de nutrientes, respecto a las necesidades del organismo, que se traduce frecuentemente por disminución del compartimiento graso, que interfiere con la respuesta normal del huésped frente a la enfermedad y el tratamiento. Se detecta clínicamente mediante pruebas antropométricas y bioquímicas.

Desnutrición severa: Estado patológico en el que el IMC (Índice de Masa Corporal) es inferior a 16, o el peso respecto al ideal es menor que el 75 % y / o la albúmina inferior a 2,5 gr./dl.

Se consideran excepciones a estos criterios las personas previamente obesas y aquellas cuyas cifras de albúmina están por debajo de los valores indicados a causa de patologías no relacionadas con el estado nutricional.

En riesgo nutricional: Un adulto es considerado en riesgo nutricional si presenta: Una causa actual o potencial para el desarrollo de desnutrición:

- Pérdida de peso involuntaria al 10% de su peso habitual en 6 meses ó al 5% de su peso habitual en 1 mes
- Peso actual del 20% arriba ó debajo de su peso ideal
- Presencia de enfermedad crónica o aumento de los requerimientos metabólicos.
- Alteración en la dieta o dietas inadecuadas (recibiendo nutrición parenteral total o nutrición enteral, cirugía reciente, enfermedad o trauma).
- Inadecuada ingesta de alimentos o productos nutricionales (imposibilidad de ingesta o absorción inadecuada) por más de 7 días.

Equipo o Grupo de Soporte Nutricional (ESN): equipo interdisciplinario que provee y supervisa los cuidados de los pacientes que requieren nutrición parenteral durante la hospitalización.

Evaluación nutricional: Es una comprensible evaluación para definir el estado nutricional, incluyendo la historia clínica, la historia dietética, el examen físico, las mediciones antropométricas y los datos de laboratorio.

Formulación parenteral: Está constituida por una mezcla definida de macro y micronutrientes que se administran por vía endovenosa.

Macronutrientes: Nutrientes presentes en el organismo y requeridos en gran cantidad (ejemplo: hidratos de carbono, lípidos, proteínas).

Mezcla completa de nutrientes: Es una formulación parenteral que contiene hidratos de carbono, lípidos, aminoácidos, vitaminas, minerales, elementos traza, agua, y otros aditivos en un único contenedor.

Micronutrientes: Nutrientes presentes en el organismo y requeridos cantidades pequeñas (ejemplo: vitaminas, elementos traza).

Nutrición: Es la suma de los procesos por los cuales se toman y utilizan los nutrientes.

Nutrición parenteral: es la provisión de nutrientes por vía endovenosa.

Nutrición parenteral central: es la nutrición parenteral infundida dentro de una vena de grueso calibre, generalmente la vena cava superior.

Nutrición parenteral periférica: es la nutrición parenteral infundida dentro de una vena periférica generalmente ubicada en el brazo o antebrazo.

Plan de cuidados nutricionales: Ordenes establecidas y firmadas por el médico con la prescripción de los cuidados del paciente (ejemplo: nutrientes, medicaciones, actividad, cuidados de los accesos, etc.)

Soporte Nutricional: Provisión de nutrientes y de cualquier agente terapéutico adyuvante por vía oral o a

través de la administración en estómago, intestino o mediante la infusión endovenosa con el propósito de mejorar o mantener el estado nutricional del paciente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

(1). Jiménez R, Sagaro E, Penalver R, Alvarez R, Dominguez R, Trujillo ME, Santana S. Desarrollo de una Unidad Pediátrica de Nutrición Enteral siguiendo las pautas para la creación de los Grupos de Apoyo Nutricional. *Rev Cub Alim Nutr* 2008; 18(2): 213-239

(2). Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, Andersen JR, Baerthsen H, Bunch E, Lauesen N. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002; 21:449

(3). Bistrain BR, Blackburn GL, Vitale J y cols. Prevalence of malnutrition in general medical patients. *JAMA* 1976; 235: 1.567-1.570.

(4). Hill GL, Pickford I, Young CA y cols. Malnutrition in surgical patients. *Lancet* 1977; 26: 689-692

(5). Detsky AS, Baker JP, O'Rourke K, Goel V. Perioperative parenteral nutrition: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1987; 107: 195-203

(6). Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4,000 patients. *Nutrition* 2001; 17: 575-580

(7). Reilly JJ, Hull SF, Albert N, Waller A, Bringardener S. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. *JPEN* 1988; 12: 371-376.

(8). Kyle UG, Pirlich M, Schuetz T, Lochs H, Pichard C. Is nutritional depletion by nutritional risk index associated with increased length of hospital stay? A population-based study. *JPEN*

2004; 28: 99-104

(9). Chaer Borges V, Linetzky W D, De Oliveira A, Carneiro LA, Camilo ME. Insuficiencia Hepática aguda e crónica. En: Linetzky Waitzberg D. *Nutricao oral, enteral y parenteral na pratica clínica*. Sao Paulo. Ed Atheneu, 2001: 1209-26

(10). Buyse S, Durand F. Nutritional assessment in cirrhosis: methods, limits and therapeutic involvement. *Nutrition clinique et métabolisme* 2004; 18:120-26

Bibliografía de Profundización

BIBLIOGRAFÍA:

Martín Peña G, Luna Heredia E. Malnutrición hospitalaria. Iglesias Rosado C, Gomez Candela C. "Actualización en nutrición". Ed. Sanitaria 2000, pág: 23-65. Madrid. 2004.

Marsé P, Lobo G., Cervera M. Implicaciones económicas de la desnutrición hospitalaria. De Ulibarri JL. "El libro blanco de la desnutrición hospitalaria". Ed. Acción Médica, pág. 17-25. Madrid. 2004.

Planas Vila M, Montejo, JC. Metodología aplicada en la valoración del estado de nutrición. De Ulibarri JL. *El libro blanco de la desnutrición clínica en España*. Ed. Acción Médica, pág.: 77-87. Madrid. 2004.

Ulibarri JI, González-Madroño A, González Pérez P y cols. Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp* 2002; 17: 179-188.

Galiano MJ, Alonso Díaz C, Moreno JM. Valoración nutricional en el niño hospitalizado. *MCM Pediatría* 1998; 1: 88-89.

Santana Porbén S, Barreto Penié J, Martínez González C, Espinosa Borrás A, Morales Hernández L. Control y seguimiento de la calidad en la intervención nutricional. *Acta Médica* 2003; 11:113-30.

Cabrerizo L, Romeo S, Rodríguez-Coria A, Hernández F y Baeza E: Incidencia de malnutrición en pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp*, 1986, 1:27-33

Planas M, Audivert S, Perez-Portabella C et al. Nutritional status among adult patient admitted to an university-affiliated hospital in Spain at the time of genoma. *Clin Nutr*. 2004, 23: 1016-1024.

Detsky AS, Smalley PS, Chang J. The rational clinical examination. Is this patient malnourished? Is this patient malnourished? *JAMA* 1994; 271: 54-58.

Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition*. 1996, 12 (suppl): S15-S19.

Stratton RJ, Hackston A, Longmore D et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and easy of use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults. *Br J Nutr*. 2004; 92: 799-808.

Valero MA, Diez L, El Kadaoui N, Jiménez AE, Rodríguez H, León M. Are the tools recommended by ESPEN and ASPEN comparable for assessing the nutritional status? *Nutr Hosp*. 2005; 20(4): 259-267.

DeUlibarri, JI, González Madroño A, de Villar NG et al. CONUT: a tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. *Nutr Hosp*. 2005; 20: 38-45.

De Ulibarri JI, Fernández G, Mancha A. Proyecto para la prevención, detección precoz y control de la desnutrición (proyecto CONUT). De Ulibarri JI El libro blanco de la desnutrición clínica en España. *Acción Médica*, pág. 89-101. Madrid. 2004. www.senpe.com.

Nutrition screening Initiative. *Nutrition Interventions Manual for Professionals Caring for Older Americans*. Washington DC: Nutrition Screening Initiative (2626 Pennsylvania Avenue NW, suite 301, Washington, DC 200037, 1992.

CIBERGRAFÍA:

<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-guia.html> GUÍA PARA NUTRICIÓN ENTERAL

http://www.aanep.com/downloads/normas/1/1_capitulo2.pdf NORMAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021216112005000200009&script=sci_arttext PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE REHABILITACION Y TRAUMATOLOGIA

<https://wcm.coe.int/rsi/CM/index.jsp>. RESOLUCIÓN RESAP (2003)3 SOBRE ALIMENTACIÓN Y ATENCIÓN NUTRICIONAL EN HOSPITALES. Consejo de Europa.





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DE LA SESIÓN EDUCATIVA



PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

La presente guía contiene las recomendaciones pedagógicas necesarias para abordar la temática acerca de “Prevención de la malnutrición o desnutrición”; se recomienda al instructor que profundice sobre las herramientas y estrategias pedagógicas propuestas (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).

Como instructor también debe comprender a profundidad como funciona la Guía del Alumno, para poder guiarlo en su proceso de aprendizaje.

Recuerde que como multiplicador e instructor tiene la responsabilidad de la implementación de los paquetes dentro de su institución, y de los resultados que cada uno de ellos busca.

1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR

Competencia Específica

Prevenir la malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.

Competencias Institucionales

- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

2. RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conceptualizar sobre la malnutrición o desnutrición de pacientes como evento adverso.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que generan la malnutrición o desnutrición de los pacientes.
- Analizar cuales son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan la malnutrición o desnutrición de los pacientes.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales.
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para prevenir el suceso de la malnutrición o desnutrición del paciente en la atención hospitalaria.

3. CONOCIMIENTOS

De Conceptos y Principios

- Malnutrición o desnutrición durante la estancia hospitalaria como evento adverso.
- Acciones inseguras que contribuyen a la aparición de la malnutrición o desnutrición

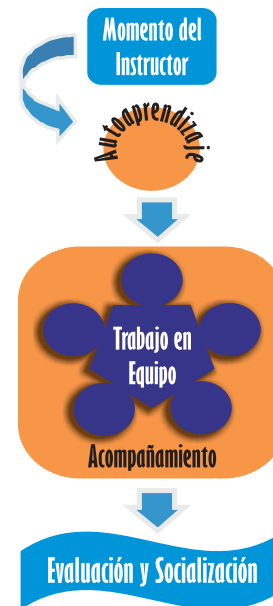
- durante la estancia hospitalaria.
- Factores contributivos de acciones inseguras hospitalarias que favorecen la malnutrición o desnutrición durante la estancia hospitalaria.
- Cultura organización y su implicación en la generación de factores contributivos para que se presente la malnutrición o desnutrición durante la estancia hospitalaria.
- Planes de acción y barreras de seguridad para prevenir la malnutrición o desnutrición durante la estancia hospitalaria.

De Procesos

- Análisis causal según el Protocolo de Londres
- Protocolos y guías de atención intrahospitalaria
- Protocolos de alimentación.
- Valoración del riesgo de malnutrición o desnutrición durante la estancia hospitalaria.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Para el desarrollo del paquete, se privilegia una estrategia metodológica que permita desarrollar las competencias del saber hacer, es decir, instrucciones de prácticas, para ello se plantea trabajar en momentos de aprendizaje que se fundamentan en el trabajo en equipo; adelante se presenta un mapa conceptual que muestra los ambientes de aprendizaje y su secuencia lógica:



Procederemos ahora a explicar detalladamente las actividades que habrá de desarrollar el instructor, en cada uno de los momentos de aprendizaje.

Momento del Instructor

Este momento se desarrollará en el 35% del tiempo destinado para cada paquete y corresponde al primer momento de instrucción teórica por parte del instructor, para el caso particular de malnutrición o denutrición estamos hablando de 85 minutos. El Instructor deberá facilitar previamente al estudiante la información sobre el tema (Marco Teórico) para la indagación y profundización con su respectiva bibliografía.

Para el abordaje de la temática, deberá orientar las siguientes fases:

Motivación:

En esta fase, el formador o capacitador busca activar la motivación, generar la expectativa sobre la temática a desarrollar, lograr un ambiente de confianza y propiciar la participación grupal.

Instalar la reunión; Informar a los participantes sobre los propósitos de la sesión y presentar de manera clara las normas de trabajo, Precisar una agenda de trabajo, donde se visualice la aplicación de cada uno de los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Ubicación:

El participante comprenderá más, si encuentra que lo que se le propone está vinculado a una problemática de su entorno, de su interés. Esta participación hay que estimularla, desarrollando preguntas que permitan identificar:

- La experiencia de los alumnos sobre este aspecto
- Genere diálogo para precisar el diagnóstico de la realidad.
- Problematic y explore necesidades y expectativas.
- Precise los objetivos de aprendizaje

Adquisición:

En esta fase el Instructor procura que el participante a la formación codifique la información a su disposición, que la reciba, clasifique y organice, según su nivel desarrollo y comprensión.

Es el momento en que el instructor valiendose de la presentación del paquete de caídas, expone al alumno todo el Marco Teórico, para ello deberá:

- Explicar los procedimientos y/o las teorías y hechos que los soportan.
- Hacer un planteamiento interdisciplinario, utilice diversos referenciales para incluir todas las actividades asignadas.
- Traducir la información según el nivel de conciencia posible del alumno y utilice su lenguaje.
- Apóyarse sobre la experiencia previa del alumno y ejemplificarla basado en su realidad.
- Preferir la pregunta problematizadora a la afirmación categórica.

Tanto en la motivación como en la ubicación, el Instructor puede valerse de la asignación de liderazgos para promocionar la participación activa de los alumnos; existen diversos roles que se pueden manejar (ver paquete instruccional “Modelo Pedagógico”).



Autoaprendizaje

Este momento, discurre paralelo al Momento del Instructor, puesto que hace referencia a la manera en que el alumno se apropia de los conocimientos impartidos, no quiere decir esto que el instructor sea incapaz de hacer actividad alguna; en este caso particular:

- Entrega al estudiante “Guía del Alumno” sobre las malnutrición o denutrición y explica el desarrollo de este documento. (ver paquete “Modelo Pedagógico”).
- Invita a participar activamente al estudiante en la sesión de formación.

Trabajo en Equipo

Este es el momento de aprendizaje que sirve de eje para nuestra propuesta pedagógica y por lo tanto el que mayor tiempo toma, estamos hablando del 50% del tiempo total, en él se privilegiará la implementación de la estrategia didáctica más pertinente para lograr los objetivos de formación de cada paquete. Para el caso particular que nos atañe, Prevención de la malnutrición o desnutrición durante la estancia hospitalaria, recomendamos desarrollar el “proceso incidente”.

Este momento lo desarrollara el instructor de la siguiente manera:

Organización:

Organiza equipos asistenciales interdisciplinarios, donde estén todos los involucrados en la atención hospitalaria (médicos, enfermeros, nutricionistas, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, camilleros, etc.).

Técnica Didáctica:

Proceso Incidente (ver anexos)

- Explica mediante un ejemplo el significado y el diseño del proceso incidente.
- Redacte sintéticamente el enunciado del incidente que se va a tratar, el mismo que será distribuido a los participantes al inicio de la reunión.
- Se propicia una decisión grupal sobre el hecho en estudio.
- Se debaten las decisiones individuales en el grupo.

Resultados:

- Analice en plenaria las opiniones de cada uno de los equipos.
- Sintetice las opiniones vertidas de los equipos.
- Póngase de acuerdo con el grupo sobre la mejor solución.

Aunque proponemos el proceso incidente para abordar el paquete, esto no imposibilita al instructor ha utilizar otra técnica (ver paquete “Modelo Pedagógico”)



Acompañamiento

Este momento es transversal en todo el tiempo en el que se desarrolla el “Trabajo en Equipo”, pues hace referencia al acompañamiento que hace el instructor durante la implementación de la técnica didáctica; en donde:

- Orienta al funcionario-estudiante en su proceso de aprendizaje individual y grupal, tanto en la sesión presencial como en el trabajo autónomo, teniendo como referencia las actividades descritas en la guía de aprendizaje entregada para tal efecto.
- Asume las funciones de tutor del capacitado en lo que tiene que ver con la aplicación práctica de lo aprendido.

Evaluación y Socialización

Este momento corresponde al 15% del tiempo total de la formación, es decir 35 minutos, y tiene que ver con el cierre; en ella el instructor:

- Reúne a los estudiantes en sesión plenaria y propone la explicación de las conclusiones grupales.
- Propone la creación de mesas de trabajo que monitoricen la implementación de las acciones encaminadas a prevenir la malnutrición o desnutrición de los pacientes.
- Invita a los alumnos a desarrollar la auto evaluación que se presente en la “Guía del Alumno”.
- Cierra la sesión, en donde participan los liderazgos entregados.

Agenda Propuesta “Prevención de la malnutrición o desnutrición”

AMBIENTE /MOMENTO	MINUTOS
MOMENTO DEL INSTRUCTOR	85
Motivación	5
Ubicación	10
Adquisición	70
TRABAJO EN EQUIPO	120
Organización	10
Técnica Didáctica	90
Resultados	20
EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN	35
Conclusiones	15
Recomendaciones	10
Auto evaluación	5
Cierre de la sesión	5
TOTAL TIEMPO	240

Ambientes de Aprendizaje

- Aula Taller.
- Centros de información y documentación.
- Entorno laboral.
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Medios y Recursos Didácticos

- Marco teórico “Prevención de la malnutrición o desnutrición”, con sus referencias bibliográficas y de profundización
- Guía del Alumno “Prevención de la malnutrición o desnutrición”
- Estudio de Caso
- Ejercicios de análisis causal según el protocolo de Londres, de las acciones inseguras más recurrentes para la presentación de la caída del paciente.
- Diapositivas del paquete “Prevención de la malnutrición o desnutrición” entregadas por el capacitador durante el momento de la instrucción.

5. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

El capacitador conceptúa si los funcionarios han logrado los resultados de aprendizaje si éstos, de manera individual o grupal:

- Expresan adecuadamente, oral o por escrito, los referentes teóricos de la prevención de la malnutrición o desnutrición, de acuerdo a la normatividad vigente y a las experiencias internacionales.
- Explican y entienden las principales acciones inseguras que están relacionadas con la malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.
- Identifican los factores contributivos que predisponen la presentación de las acciones inseguras más frecuentes, y comprende cuales de las decisiones gerenciales y procesos organizacionales son quienes las mantienen vigentes
- Proponen barreras de seguridad, basados en los factores contributivos y las buenas prácticas para prevenir la malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.

El alumno deberá presentar evidencias de conocimiento y de desempeño en las actividades de formación, tal y como aparece en la guía de aprendizaje.





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

GUÍA DEL ALUMNO



PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

La siguiente guía, tiene como función orientar al alumno durante el proceso de instrucción de cada uno de los paquetes. Es imperativo si se quieren obtener los objetivos de cada paquete, que el alumno desarrolle cada una de las responsabilidades aquí descritas, y participe colaborativamente con el instructor en el desarrollo de las técnicas didácticas.

Finalmente, es vital comprender, que a la postre, el impacto que pueden llegar a tener estos paquetes, depende de la forma en que todo el personal asistencial hospitalario se apropie de las recomendaciones aquí planteadas.

Una atención segura en salud sólo es posible si todos los profesionales asistenciales y el personal de atención en general está instruido en el desarrollo de “Buenas Prácticas de Atención en Salud”, en este caso, prácticas que prevengan la malnutrición o desnutrición de los pacientes.

1. IDENTIFICACIÓN

Modalidad de Formación

Modalidad de Formación Presencial, instruccional, con actividades recomendadas extra clases.

Competencias a Desarrollar

Prevenir la malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.

- Aplicar en su desempeño las políticas de seguridad del paciente.
- Cumplir en su trabajo cotidiano con las disposiciones establecidas a través del diseño y adopción de protocolos y guías de atención.
- Asumir el reto de trabajar y aportar en equipos interdisciplinarios, manteniendo relaciones fluidas con los miembros del grupo.

Resultados de Aprendizaje

- Conceptualizar sobre la malnutrición o desnutrición de pacientes como evento adverso.
- Identificar las acciones inseguras más recurrentes en el ámbito hospitalario que generan la malnutrición o desnutrición de los pacientes.
- Analizar cuales son los factores contributivos que determinan la existencia de acciones inseguras que generan la malnutrición o desnutrición de los pacientes.
- Argumentar la relación existente entre los factores contributivos con la cultura y los procesos organizacionales.
- Proponer barreras de seguridad y planes de acción para prevenir el suceso de la malnutrición o desnutrición del paciente en la atención hospitalaria.

2. INTRODUCCIÓN

Saber acompañar en todas las relaciones es un arte. La experiencia del aprendizaje nos lleva al desarrollo de capacidades y competencias de co-nocimiento sobre las infecciones asociadas a la atención, para trabajar en función de la apropiación y generación de los

mismos, promoviendo atenciones más seguras.

Esta guía desarrolla la problemática mencionada y además da los lineamientos sobre las prácticas más seguras que usted debe reforzar para ser más efectivo en su diario que hacer. De esta forma contribuiremos a la prevención de la malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria, a la Seguridad compartida del equipo multidisciplinario, paciente, familia y a las diferentes estrategias que surgen para la prevención, orientación y educación de los diferentes actores.

Estimado Alumno:

La desnutrición hospitalaria constituye uno de los principales retos dentro de la gestión de salud en las unidades asistenciales de alto nivel, numerosos son los estudios que demuestran que la prevalencia de desnutrición de los pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%, el estado nutricional puede variar durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las condiciones nutricionales con la que ingresa el paciente, diagnóstico, etc, otro de los factores que hoy se reconocen como influyentes en la evolución nutricional del paciente hospitalizado es la calidad en los servicios que atienden a los pacientes desnutridos en las salas de hospitalización, existen estudios que demuestran que en hospitales con una incidencia de un 22% de pacientes con riesgos de desnutrición, solamente el 25% de ellos reciben una cantidad adecuada de proteínas y energía y solamente el 30% de ellos mantenían un control sistemático del peso durante su estadía hospitalaria.

Los trabajadores asistenciales profesionales, tecnólogos y técnicos del sector salud necesitan renovar sus conocimientos constantemente para poder dar respuesta a los continuos cambios y demandas tanto sociales como sanitarias. El progresivo aumento de la complejidad de los sistemas de prestación de servicios de salud, que exige de los prestadores de servicios de salud la adopción de políticas de seguridad del paciente y la administración del riesgo en los sistemas; y el nuevo rol protagónico del usuario en todos los procesos, requieren una mejora en la formación mediante programas de estudio adaptados a esta nueva realidad. La base de esta actualización de conocimientos debe tener en cuenta la mejor evidencia científica posible y las capacidades, habilidades y destrezas de los profesionales dedicados al cuidado de la población.



Al finalizar el desarrollo de las actividades de aprendizaje propuestas, usted deberá volver a formular sus conceptos sobre estos aspectos y contrastarlos con los que construyó al inicio; esto le permitirá ser consciente de su avance en el aprendizaje.

Durante el desarrollo de la Guía, participe permanentemente en las sesiones presenciales fijadas en el cronograma de la formación. Solicite la asesoría e instrucción del capacitador encargado, interactúe con sus compañeros de estudio y de ser posible con funcionarios del Ministerio de la Protección Social; esta acción le permitirá obtener una mayor fundamentación para identificar la política de Seguridad del paciente y el Modelo de Análisis causal del Protocolo de Londres.

Finalmente, participe en la sesión de socialización programada para esta actividad y obtenga sus propias conclusiones al escuchar las experiencias presentadas por cada uno de los integrantes de los grupos de estudio.

ES USTED QUIEN PUEDE HACER MÁS SEGURA LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES.

3. PLANTEAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

A continuación le presentamos una serie de ejes temáticos y actividades mediante las cuales se contribuirá el desarrollo de competencias, habilidades y destrezas necesarias para identificar y controlar las acciones inseguras, los factores contribuyentes y las fallas latentes, del tema de malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria y las implicaciones que éstas conllevan, para poder finalmente desarrollar las buenas prácticas en torno prevenir la malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.

De su empeño y atención, dependen los resultados de la presente instrucción.

Ejes temáticos

Conceptualización:

- Reflexión sobre la información entregada y la sugerida
- Participación en la sesión de formación
- Observación y análisis de las diapositivas en la clase
- Revisar la bibliografía específica (paquete instruccional de Monitorización de aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente)
- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica
- Identifique cuáles son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Participar activamente en la técnica “proceso incidente”.
- Debate dirigido o discusión del proceso incidente

Análisis causal (protocolo de Londres) de las principales acciones inseguras en la malnutrición o desnutrición del paciente.

- Determinar las acciones inseguras más frecuentes según revisión bibliográfica
- Identifique cuales son las acciones inseguras que en su institución se presentan
- Identificar qué Factores Contributivos están asociados con las anteriores acciones
- Atender la Conferencia sobre la temática
- Participar activamente en el método de proceso incidente.

Recomendaciones y actividades preventivas para prevenir la malnutrición o desnutrición

- Proponer barreras de defensa, que eviten la malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.
- Mediante la revisión de prácticas exitosas, identifique variables comunes que puedan ser aplicables a las “buenas” prácticas de atención en salud
- Proponer modelos de monitorización para la gestión de la malnutrición o desnutrición como evento adverso.

Actividades de Aprendizaje

Sobre los ejes temáticos anteriores realice las siguientes actividades de aprendizaje:

- Participe activamente en las sesiones de clase, atendiendo las orientaciones del capacitador.
- Indague y profundice sobre el tema, revisando las referencias bibliográficas y de profundización específica del tema (ver Marco Teórico).
- Como resultado de esta indagación elabore un trabajo escrito en donde defina con sus propias palabras los términos anteriores, socialícelos con los compañeros de grupo utilizando la metodología de Plenaria bajo la coordinación de su instructor.
- Proponga el desarrollo de mesas de trabajo dentro de su institución para la óptima implementación de prácticas que prevenga la malnutrición o desnutrición de los pacientes.

4. EVALUACIÓN

Los siguientes son los criterios que le permitirán a usted, al docente y al grupo capacitado en general verificar si ha alcanzado las competencias, habilidades y destrezas en el paquete “Prevención de la malnutrición o desnutrición”, a modo de autoevaluación, preguntese si usted:

- Identifica la fundamentación teórica de la malnutrición o desnutrición de pacientes como evento adverso, antecedentes, concepto y clasificación
- Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que predisponen la malnutrición o desnutrición paciente.
- Señala los Factores Contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras.
- Propone barreras y defensas, basadas en buenas prácticas para la prevención de la malnutrición o desnutrición de pacientes en el ámbito hospitalario.
- Aplica correctamente, en el tema de caídas, el análisis causal del Protocolo de Londres.

5. EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE

De Conocimiento

Resolverá correctamente, individual o en equipo, preguntas sobre:

- Conceptualización de malnutrición o desnutrición como evento adverso
- Acciones inseguras relacionadas con malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.
- Factores Contributivos asociados a las acciones inseguras
- Recomendaciones y actividades preventivas (barreras de seguridad y defensas) para la presencia de malnutrición o desnutrición del paciente durante la estancia hospitalaria.
- Indicadores y formas de monitorizar la malnutrición o desnutrición del paciente como evento adverso.

De Desempeño

El capacitador conceptuará sobre su desempeño, a través de la observación en un proceso que utilizará para estos efectos. Se trata del método de proceso incidente.

Dentro de la institución se reducirá la malnutrición o desnutrición del paciente hospitalizado y se mitigarán sus consecuencias en caso tal que sucedan.

6. AMBIENTES DE APRENDIZAJE

- Aula Taller
- Centros de información y documentación
- Entorno laboral
- Tecnologías de la información y la comunicación “Formación en Línea”(www.ocsav.info): e-learning, Aula Virtual y Videoconferencia.

Los recursos necesarios para instruirse ya están a su disposición, del modo en que los utilice, dependerá el alcance de los propósitos de cada paquete instruccional



PRESENTACIÓN DE POWER POINT



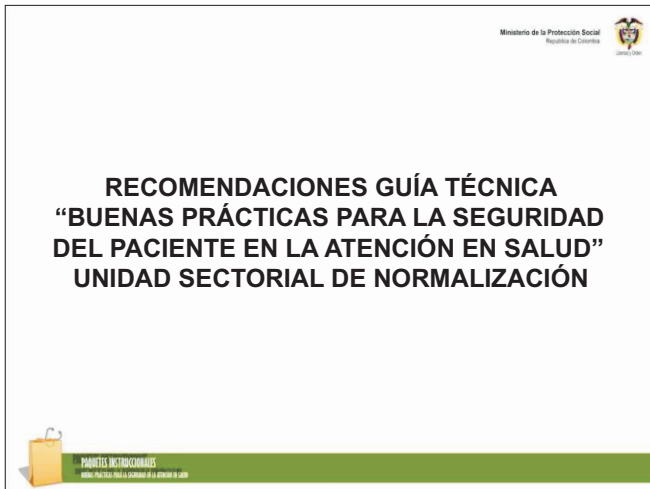
“PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN”



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

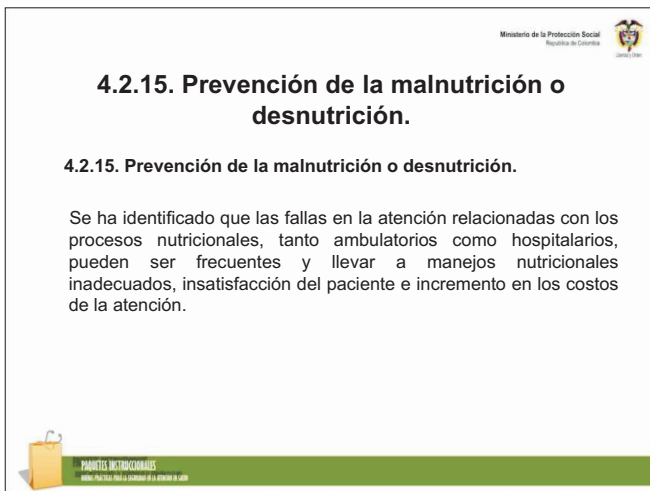
PAQUETES INSTRUCCIONALES
GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**RECOMENDACIONES GUÍA TÉCNICA
“BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”
UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN**

PAQUETES INSTRUCCIONALES
GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.

4.2.15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.

Se ha identificado que las fallas en la atención relacionadas con los procesos nutricionales, tanto ambulatorios como hospitalarios, pueden ser frecuentes y llevar a manejos nutricionales inadecuados, insatisfacción del paciente e incremento en los costos de la atención.

PAQUETES INSTRUCCIONALES
GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”




PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION

La desnutrición es un problema de gran importancia en el ámbito hospitalario, el estado nutricional puede variar durante el tiempo de hospitalización de acuerdo a las condiciones nutricionales con la que ingresa el paciente, diagnóstico, etc.



PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INTRODUCCION


La malnutrición hospitalaria continúa siendo un problema de salud pobremente reconocido por los administradores de salud aún cuando es un hecho reconocido y aprobado por toda la comunidad científica de que la nutrición se asocia directamente con la mortalidad, la morbilidad, los costos hospitalarios, la estadía y la calidad de vida del paciente hospitalizado.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir y reducir la malnutrición o desnutrición en los pacientes en las instituciones de salud.



PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social - República de Colombia



PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar cuales son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición de malnutrición o desnutrición del paciente.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de malnutrición o desnutrición en la atención del paciente.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición de la malnutrición o desnutrición en el paciente.
- Implementar buenas prácticas (políticas, administrativas y asistenciales), que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición de malnutrición o desnutrición en los pacientes en la institución.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN COMO EVENTO ADVERSO

La desnutrición puede definirse como un estado de déficit de energía, proteínas y otros micronutrientes, que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas en el organismo, asociadas o no a la agravación del pronóstico de ciertas enfermedades y que son reversibles por una terapia nutricional.

El riesgo nutricional puede definirse como la probabilidad de mejor o peor evolución debida a factores nutricionales y que puede ser modificado mediante una intervención nutricional.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN COMO EVENTO ADVERSO

- Los objetivos de la evaluación nutricional, además de clasificar el estado de nutrición, deben ser los siguientes:
- 1. Identificar a los pacientes que están desnutridos o en riesgo de desnutrirse durante el ingreso.
- 2. Valorar el riesgo de complicaciones relacionadas con la desnutrición.
- 3. Identificar a los pacientes que se beneficiarían del tratamiento nutricional.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social




PRESENTACIÓN DE POWER POINT

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ACCIONES INSEGURAS

- Error en la prescripción del tratamiento nutricional (dieta, fórmula láctea y nutrición forzada)
- La dieta entregada al paciente no corresponde a la prescrita por el médico y calculada por la nutricionista dietista (Adultos y niños)
- Cálculo inadecuado de la dieta prescrita por parte del profesional en nutrición.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ACCIONES INSEGURAS

- Cálculo inadecuado en nutrición parenteral enteral en adultos y niños.
- Retardo en el inicio del soporte nutricional
- Uso prolongado de infusiones glucosadas y salinas
- Abuso de los ayunos
- Usos de nutrientes de forma inadecuada

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social




Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

HACIA LA IMPLEMENTACION DE BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PREVENIR LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (y partiendo de la malnutrición o desnutrición como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron. Sobre estas acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberán implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso de la malnutrición o desnutrición del paciente.

PARQUES INSTRUMENTALES
Ministerio de la Protección Social







Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

ANEXOS



PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

1. SEGURIDAD DE PACIENTE EN NUTRICIÓN (ANEXO E, GUÍA TÉCNICA)

TIPO DE FALLA	EFFECTOS	BARRERAS DE
<p>Error en la prescripción del tratamiento nutricional (dieta, fórmula láctea y nutrición forzada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo nutricional inadecuado. ➤ Complicación del paciente. ➤ Aumento en estancia hospitalaria ➤ Aumento de costos de no calidad ➤ Insatisfacción del paciente. 	<p>determinación del régimen nutricional oral que comprende asistencia hospitalaria por Nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta adecuada al estado del paciente de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional igual que la programación de fórmulas lácteas. Si existen dudas aclararlas</p>
<p>La dieta entregada al paciente no corresponde a la prescrita por el médico y calculada por la nutricionista dietista (Adultos y niños)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo nutricional inadecuado. ➤ Complicación del paciente. ➤ Aumento de la estancia hospitalaria. ➤ Aumento de la insatisfacción del paciente. 	<p>Verificar con el servicio de alimentación si la dieta suministrada al paciente corresponde a la prescrita.</p> <p>Constatar el nombre y número de cama del paciente.</p> <p>Constatar que todas las preparaciones estén correctamente</p>
<p>Cálculo inadecuado de la dieta prescrita por parte del profesional en Nutrición.</p> <p>Cálculo inadecuado en nutrición parenteral enteral en adultos y niños.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo nutricional inadecuada. ➤ Complicación del paciente ➤ Insatisfacción del paciente ➤ Aumento en estancia hospitalaria ➤ Aumento en costos de no calidad 	<p>Asegurar la internación completa y correcta en la Historia Clínica.</p> <p>Verificar las guías de práctica clínica basada en evidencia que contenga los diagnósticos y tratamientos nutricionales.</p> <p>Asegurar la educación continua para el profesional en Nutrición y dietética</p> <p>Coordinar con el equipo multidisciplinario de soporte nutricional para determinar la cantidad de 7. nutrientes de la alimentación parenteral y enteral, además de determinar cómo debe iniciarse la vía oral.</p> <p>Verificar aporte de nutrientes por kilo de peso y verificar los productos a</p>

2. VALORACION DEL RIESGO DE MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

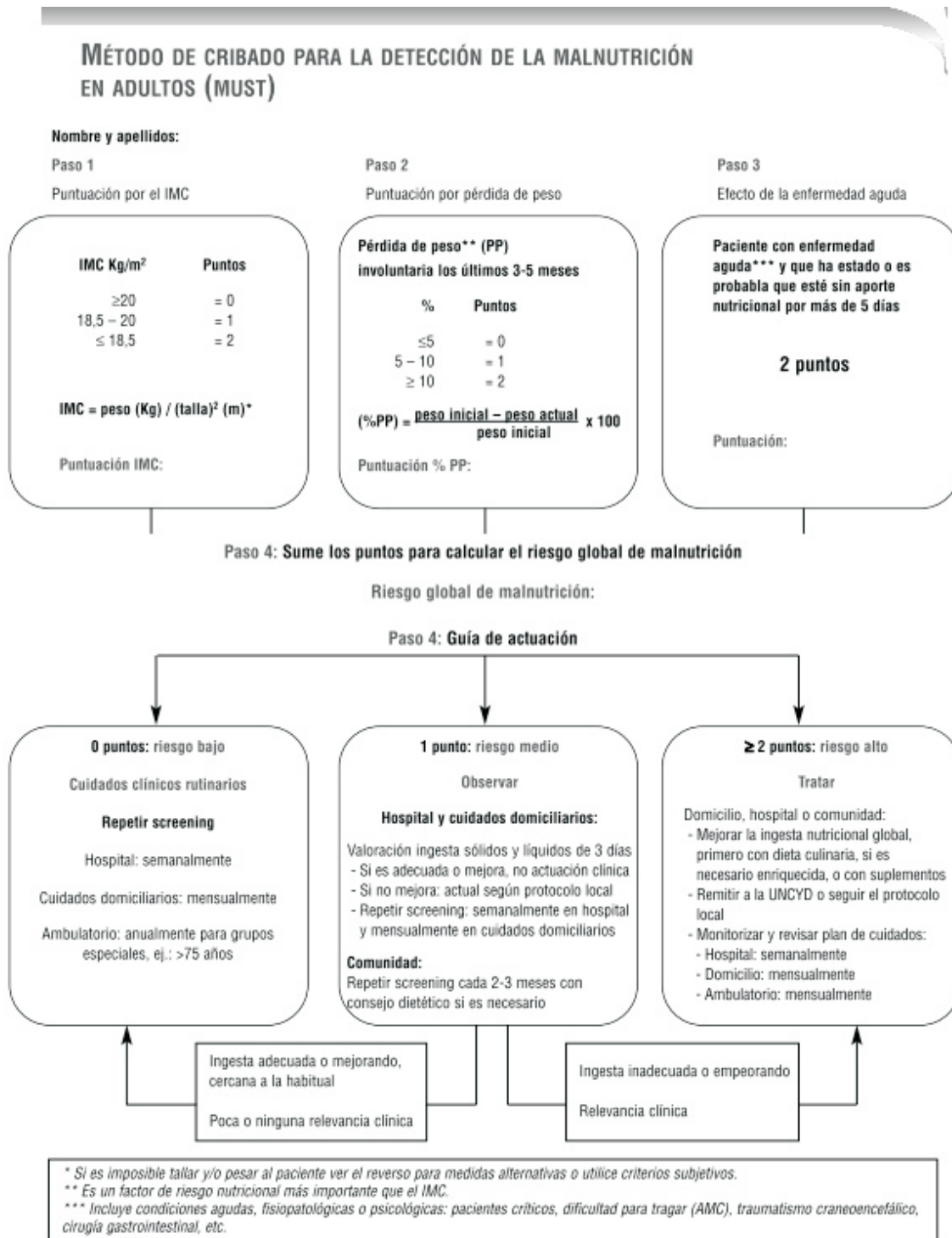


FIGURA 1 MUST for adults.
MUST: Malnutrition Universal Screening Tool.

2. VALORACION DEL RIESGO DE MALNUTRICIÓN O DESNUTRICIÓN

Screening inicial		si	no
1	IMC <20,5		
2	El paciente ha perdido peso en los últimos 3 meses		
3	El paciente ha disminuido su ingesta en la última semana		
4	Está el paciente gravemente enfermo		

Si la respuesta es afirmativa en alguno de los 4 apartados, realice el screening final (tabla 2).
Si la respuesta es negativa en los 4 apartados, reevalúe al paciente semanalmente. En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención de cirugía mayor, valorar la posibilidad de soporte nutricional perioperatorio para evitar el riesgo de malnutrición

FIGURA 2 NRS 2002. CRIBADO INICIAL.
NRS: Nutritional Risk Screening. Adaptado de Kondrup; Clin Nutr 2003, 22(4): 415-421.

ESTADO NUTRICIONAL		SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD (incrementa requerimientos)	
NORMAL Puntuación: 0	Normal	Ausente Puntuación: 0	Requerimientos nutricionales normales
DESNUTRICIÓN LEVE Puntuación: 1	Pérdida de peso >5% en los últimos 3 meses o ingesta inferior al 50-75% en la última semana	Leve Puntuación: 1	Fractura de cadera, pacientes crónicos, complicaciones agudas de cirrosis, EPOC, hemodiálisis, diabetes, enfermos oncológicos
DESNUTRICIÓN MODERADO Puntuación: 2	Pérdida de peso >5% en los últimos 2 meses o IMC 18,5-20,5 + estado general deteriorado o ingesta entre el 25%-60% de los requerimientos en la última semana	Moderada Puntuación: 2	Cirugía mayor abdominal, AVC, neumonía severa y tumores hematológicos
DESNUTRICIÓN GRAVE Puntuación: 3	Pérdida de peso mayor del 5% en un mes (>15% en 3 meses) o IMC <18-5 + estado general deteriorado o ingesta de 0-25% de los requerimientos normales la semana previa	Grave Puntuación: 3	Traumatismo craneoencefálico, trasplante medular. Pacientes en cuidados intensivos (APACHE>10).
Puntuación: +		Puntuación: = Puntuación total:	
Edad si el paciente es > 70 años sumar 1 a la puntuación obtenida = puntuación ajustada por la edad			
Si la puntuación es ≥3 el paciente está en riesgo de malnutrición y es necesario iniciar soporte nutricional.			
Si la puntuación es <3 es necesario reevaluar semanalmente. Si el paciente va a ser sometido a cirugía mayor, iniciar soporte nutricional perioperatorio.			

NOTA: Prototipos para clasificar la severidad de la enfermedad:

- Puntuación 1: Paciente con enfermedad crónica ingresado en el hospital debido a complicaciones. El paciente está débil pero no encamado. Los requerimientos proteicos están incrementados, pero pueden ser cubiertos mediante la dieta oral o suplementos.
- Puntuación 2: Paciente encamado debido a la enfermedad, por ejemplo, cirugía mayor abdominal. Los requerimientos proteicos están incrementados notablemente pero pueden ser cubiertos, aunque la nutrición artificial se requiere en muchos casos.
- Puntuación 3: Pacientes en cuidados intensivos, con ventilación mecánica, etc. Los requerimientos proteicos están incrementados y no pueden ser cubiertos a pesar del uso de nutrición artificial. El catabolismo proteico y las pérdidas de nitrógeno pueden ser atenuadas de forma significativa.

Kondrup J et al. Nutritional Risk Screening (NRS 2002); Clin Nutr, 2003.

FIGURA 3. NRS 2002. CRIBADO FINAL.
NRS: Nutritional Risk Screening. Adaptado de Kondrup; Clin Nutr 2003, 22(4): 415-421

3. TÉCNICA DIDÁCTICA: PROCESO INCIDENTE

PROCESO INCIDENTE (CASO)

Reseña del incidente:

Niño de 9 años 8 meses, con antecedente de obesidad (IPT: 139%, IMC: 23,5) y 6 episodios de **Pancreatitis Aguda (PA)**, de los cuales 2 se manejaron en forma ambulatoria. Primer episodio a los 6 años. En relación a los 3 primeros episodios de **Pancreatitis Aguda Recurrente (PAR)**, se inició estudio etiológico en que destacó: ultrasonografía (US) abdominal con vesícula sin litiasis, vía biliar intra y extrahepática no dilatadas, colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) sin hallazgos patológicos, un estudio de bilis por sondeo duodenal negativo para cristales de colesterol o microlitiasis de colesterol, pero que mostró gránulos de bilirrubinato de calcio que podrían asociarse a cálculos pigmentarios en la vía biliar.

Estando asintomático, se inició el 4º episodio de PAR con un cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal periumbilical, tipo cólico, asociado a vómitos, sin fiebre y con deposiciones normales. Se solicitaron exámenes: lipasa sérica de 7.548 U/l, amilasa sérica de 5.760 U/l, decidiéndose su hospitalización. Al ingreso el paciente se encontraba de buen aspecto general, bien hidratado y perfundido, sin tinte icterico en piel y mucosas, hemodinámicamente estable, con abdomen blando, depresible y levemente doloroso en epigastrio y región periumbilical. Entre los exámenes de laboratorio destacaron: Proteína C Reactiva 0, hematocrito 40,7%, recuento de leucocitos 19.800/mm³, con 76% de segmentados, sin desviación a la izquierda, velocidad de sedimentación de 6 mm/hr, calcio 8,8 mg/dl, nitrógeno ureico 13 mg/dl, glicemia 107 mg/dl, proteínas 7,1 mg/dl y colesterol de 116 mg/dl. Una tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis mostró aumento de tamaño difuso del páncreas asociado a aumento de la densidad del tejido adiposo peripancreático y presencia de múltiples colecciones líquidas, sin límites claros y sin zonas de necrosis, compatible con PA tipo Baltasar E, de acuerdo a la Clasificación de Baltasar-Ramson.

PREGUNTAS PARA DESARROLLAR EN GRUPO.

Partiendo del proceso incidente presentado anteriormente, concluya con su equipo de trabajo:

1. El paciente cumple con las condiciones para ser alimentado vía parenteral?
2. Cual debería de ser el tratamiento nutricional para este paciente?
3. Cuáles deberían de ser los cuidados nutricionales recomendables para este tipo de patología?
4. Bajo qué circunstancias no sería recomendable la nutrición parenteral?

VERSIÓN:

1.0

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN:

Diciembre 31 de 2009



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia