

Especialización en Administración Hospitalaria
Trabajo Final de Integración

MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCION NUTRICIONAL
EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA EN UN
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Alumno: JULIA RODRIGUEZ BUGUEIRO

Promoción: 2010-2011

Buenos Aires,
(Diciembre 2011)

INDICE

1. Resumen Ejecutivo	1
2. Introducción	2
2.1 Característica de la organización	2
2.3 Justificación del Proyecto	3
2.4 Marco Conceptual	4
2.5 Principales obstáculos a enfrentar	7
3. Problema	8
3.1 Definición	8
3.2 Descripción del problema	8
3.3 Consecuencias principales	9
3.4 Análisis de las causas	10
3.5 Análisis de los involucrados	11
4. Objetivos	12
4.1 Objetivo general	12
4.2 Objetivo específico	12
5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico: FODA	13
6. Análisis de las alternativas	14
7. Definición de actividades y cronograma	15
7.1 Actividades a desarrollar	15
7.2 Cronograma	17
8. Dirección del proyecto y mecanismo de evaluación	18
8.1 Dirección del proyecto.....	18
8.2 Mecanismo de Evaluación.....	18
9. Conclusiones	20
10. Bibliografía	21
11. Anexos	23
Tabla N°1: Proceso actual de administración alimentaria	24
Tabla N° 2: Proceso reformulado de la administración alimentaria	27
Tabla N°3: Plan de actividades del Objetivo específico N°2.....	30
Algoritmo N°1 Manejo nutricional de la diarrea.....	32
Algoritmo N°2 Manejo nutricional del residuo gástrico aumentado.....	33

1. RESUMEN EJECUTIVO

Resultados esperados

El proyecto se propone contribuir a la mejora de la atención nutricional aumentando el aporte calórico recibido por los pacientes a través de la Nutrición Enteral en la UTIA del Hospital “El Cruce”.

A finaliza el proyecto se habrá:

- Aumentado el aporte calórico recibido por el paciente de la UTIA a un 90% o más de su meta calórica.
- Incorporado el nuevo proceso de administración de la alimentación enteral para evitar causas injustificadas de suspensión alimentaria por parte del personal médico.
- Mejorado la falta de una actitud positiva por parte del personal de enfermería para actualizar los goteos de nutrición enteral, según prescripción, en tiempo y forma.

Beneficiarios

Se beneficiaran:

- En primer lugar los pacientes internados en la UTIA del Hospital “El Cruce” ya que es la población final a la cual va dirigido el proyecto.
- El equipo de salud de la UTIA: médicos de guardia, coordinadores médicos, enfermeros y nutricionista ya que se realizara un trabajo organizado y consensuado.
- Jefe de la UTIA, Jefe del Servicio de Nutrición.

Responsable del Proyecto

Jefe de Terapia Intensiva de Adultos.

Necesidades de Financiamiento

Es un proyecto que no requiere de una inversión económica significativa ya que el mismo esta orientado a la reorganización de los procesos.

Conclusiones generales

Se trata de un proyecto de intervención orientado a mejorar el procedimiento de administración alimentaria para aumentar el aporte calórico recibido por los pacientes críticos internados en la UTIA del Hospital “El Cruce” logrando así obtener resultados de gran valor para la evolución clínica de dichos pacientes, en uno de los riesgos mas frecuentes de internacion prolongada: la desnutrición.

Palabras clave: soporte nutricional- administración alimentaria- paciente crítico

2. INTRODUCCION

2.1 CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN

El Hospital “El Cruce” (HEC), Alta complejidad en red, se inauguro en el año 2007 y surge como respuesta a la necesidad de los habitantes de Florencio Varela, Berazategui, Almirante Brown y Quilmes de acceder a una atención de mayor complejidad, dado que la mayor complejidad debía derivarse a las ciudades de Buenos Aires, La Plata, o a los Hospitales de Avellaneda (Presidente Perón y Fiorito).

La creación de un hospital de alta complejidad integrado en la red asistencial en la que participan todos los niveles del Estado (Municipio, Provincia y Nación), brindando asistencia a personas originarias de todo el territorio nacional y de países vecinos constituye una opción política que muestra el camino de las soluciones del futuro en esta materia.

El Hospital El Cruce constituye un hospital de III Nivel de atención, de la Sub- Región VI conformada por los Municipios de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

Para el funcionamiento efectivo de una red de atención como la del Hospital El Cruce, se requiere de la existencia y funcionamiento efectivo de un sistema de gestión de pacientes entre niveles, que permita la circulación entre el I, II y III nivel de complejidad, con la resolución concreta de los problemas de salud de manera oportuna y adecuada a sus necesidades. Caso contrario, se produce un peregrinaje del paciente entre efectores, que atenta contra la salud de los usuarios, desalienta la demanda, y vuelve ineficiente e insatisfactorio al conjunto del sistema de salud.

Para acceder a la atención del hospital, es indispensable ser derivado de dichos hospitales en caso de requerir una mayor complejidad. Para esto cuenta con un servicio de gestión de pacientes que coordina los turnos de las diferentes especialidades.

El Hospital “El Cruce” presenta un modelo de organización con capacidad de gestión descentralizada, fuertemente articulado en la red asistencial existente, y financieramente sustentable.

Cuenta con un Consejo Administrativo, una Dirección Ejecutiva de la cual dependen 4 direcciones más: Dirección Medica, Dirección administrativa, Dirección de Procesos Técnicos Asistenciales y Dirección de Infraestructura y Tecnología

La construcción del Hospital cuenta con 20.500 m² cubiertos con 130 camas de las cuales el 50% son de internación especializada en terapia intensiva de adultos y pediátrica, unidad coronaria, recuperación cardiovascular, entre otras y está equipado con tecnología de última generación.

El Servicio de Nutrición, desde el cual se pretende llevar adelante el proyecto es un servicio que en su misión esta el promover un buen estado nutricional de la población asistida a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida.⁽¹⁾

2.3 JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Casi la mitad (47%) de los pacientes internados en hospitales de la Argentina padece de desnutrición ⁽²⁾ Además, en los últimos años, varias publicaciones científicas de todo el mundo han demostrado que la desnutrición es responsable directa de mayores índices de morbilidad (cicatrización de heridas mas lentas, aumento de la tasa de infección hospitalaria, mayor tiempo de hospitalización, etc.) y de un aumento en la mortalidad ⁽³⁻⁴⁾. Como consecuencia última de lo mencionado, resulta el incremento de los costos para el sistema de salud. ⁽⁵⁻⁷⁾

Esto se hace aun más evidente con pacientes de Terapia Intensiva, dado que por ser pacientes críticos, altamente catabólicos, su estado nutricional se ve seriamente comprometido en el transcurso de unos pocos días.

En este punto el uso de Nutrición Enteral (NE) y Parenteral (NP) conocidas como Nutrición Artificial ó Soporte Nutricional (SN), cumple un rol primordial ya que es la vía exclusiva de alimentación en todos aquellos pacientes que no pueden cubrir sus necesidades calórico-proteicas con la dieta oral habitual ⁽⁸⁾

El reconocimiento del papel de la nutrición en el manejo integral del paciente ha dado lugar a un importante desarrollo en los últimos años en el campo de la nutrición artificial dado que se traduce en un paciente con menor riesgo a infecciones, mayor probabilidad de desvinculación exitosa al respirador, mejora en la cicatrización de heridas, disminución de la estancia hospitalaria, etc. ^(3, 9-10)

Por lo tanto el cumplimiento correcto de la prescripción nutricional debe ser uno de los factores relevantes en el tratamiento global del paciente internado.

La situación actual muestra una discrepancia, muchas veces significativa, entre la cantidad de nutrientes requeridos por los pacientes críticos, la cantidad prescrita, y la que realmente reciben, siendo en la mayoría de las veces causas no justificadas de suspensión alimentaria.

El conocimiento de esta situación permite tomar medidas encaminadas a optimizar el soporte nutricional de los pacientes, garantizando un adecuado aporte calórico.

La implementación de este proyecto busca disminuir los riesgos que conlleva una desnutrición ya instalada, ya que se sabe que la desnutrición es una causa independiente de mortalidad. ⁽¹¹⁾ Tomando como eje fundamental la *seguridad del paciente*, componente clave de la calidad asistencial, en la que se busca ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

El Hospital “El Cruce” cuenta con un Plan Estratégico ⁽¹²⁾ desarrollado, que tiene por finalidad, definir, formalizar y diseñar directrices y criterios de organización, gestión y funcionamiento. En él se define que la visión del hospital aspira a ser un hospital de excelencia en alta complejidad y que esta excelencia se desarrollará bajo un modelo de gestión orientado a resultados. Esta gestión estará orientada hacia la búsqueda permanente de mejoras asistenciales y organizativas.

La gran apuesta estratégica del plan consiste en poder implementar 4 apuestas, donde la N°1 es: “*Desarrollo de la alta complejidad orientado a la mejora continua de la calidad y eficiencia*” Esta apuesta está orientada a permitir que la organización se dirija hacia la Calidad Total, en un marco de relaciones favorables con el entorno del Hospital. Pretende garantizar la Satisfacción del Usuario considerada como pilar de los servicios de salud entregados. Establecer la gestión por procesos en las actividades clínicas y administrativas de la institución. Diseñar los programas y servicios bajo el concepto de de calidad. Gestionar el mejoramiento continuo de los procesos principales Para la implementación de esta apuesta el Hospital desarrolla cuatro programas:

PO1. Programa de Hospital Seguro

PO2. Programa de Evaluación de la calidad

PO3. Programa de Normalización y Protocolización

PO4. Programa de Control de Infecciones

Apuesta N° 4 “*Desarrollo de un modelo de gestión clínica y desarrollo de los sistemas de información*”. Esta apuesta hacia la Gestión de los procesos clínicos y de apoyo se basará en el modelo de atención Progresiva, organizado en base a los centros de responsabilidad definidos en el Hospital acorde a los acuerdos de gestión firmados por la dirección y los responsables de dichos centros. La implementación de un modelo de gestión clínica pretende lograr la implicación de la gestión en quienes toman las decisiones clínicas, que son las principales decisiones e involucran la mayoría de los costos de la organización. Esta apuesta pretende dotar a los profesionales médicos de instrumentos de análisis e intervención para la toma de decisiones.

Por otro lado, en el año 2007 el Ministerio de Salud de la Nación bajo la resolución 1548/2007 aprueba la *Guía de Práctica Clínica de Soporte Nutricional Enteral y Parenteral en Pacientes Hospitalizados y Domiciliarios* ⁽⁶⁾, la que se incorpora la Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Medica. Si bien en las Guías tienen por objetivo, por nombrar sólo algunos: Contribuir a la capacitación del equipo de salud para facilitar la correcta práctica clínica, proveer recomendaciones para el soporte nutricional basadas en la mejor evidencia disponible, establecer controles y monitoreos, etc. destaca la importancia que las mismas sean adaptados a cada lugar de trabajo para asegurar que las recomendaciones puedan ser cumplidas y que se cuente con un equipo interdisciplinario para crear consensos en estos cambios.

Es amplia la bibliografía que demuestra que la desnutrición posee efectos negativos sobre el sistema inmune, endocrino, metabólico, etc. pero también efectos sobre la función psicológica y la calidad de vida de los pacientes ⁽¹³⁾. Esta descrito que, en adultos la deprivación nutricional parcial o completa puede dar lugar a la depresión, ansiedad y otras alteraciones mentales que en parte pueden ser debidas al déficit de algún nutriente. Por su parte, existe un creciente conocimiento que el pobre estado nutricional provoca un impacto negativo sobre la calidad de vida.

En general, la desnutrición se asocia con un retraso en la recuperación de la enfermedad y con una mayor frecuencia de complicaciones médicas y quirúrgicas (Infección nosocomial, retraso en la consolidación del callo de fractura, dehiscencia de sutura, retraso en la cicatrización de heridas, úlceras por presión, trombosis venosa,

etc.), comportando un aumento en la tasa de mortalidad, una prolongación del tiempo de hospitalización y de la duración de ventilación mecánica, una reducción en la supervivencia, un aumento del periodo de convalecencia, una prolongación de la rehabilitación, una mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y un aumento en la probabilidad de precisar atención sanitaria a domicilio con el consiguiente incremento del coste de los servicios de atención sanitaria. Hay estudios en la literatura que hablan de la desnutrición como indicador de mal pronóstico al aumentar las complicaciones postoperatorias, la tasa de mortalidad, la estancia hospitalaria y el índice de reingresos.

Teniendo en cuenta entonces que se cuenta con un Hospital que apoya y estimula la mejora continua de la calidad, la eficiencia y que en su visión menciona la seguridad para sus pacientes y que se dispone de bibliografía más que suficiente para destacar la importancia de contar con normas y/o procedimientos establecidos en cada institución, es que se realiza este proyecto, que pretende disminuir los riesgos que conlleva una desnutrición hospitalaria ya instalada, tomando como eje la *seguridad del paciente*. Este concepto que toma auge en Octubre de 2004, a través de la Organización Mundial de la Salud, y que el Ministerio de Salud de la Argentina adhiere, establece así que la seguridad del paciente, definida como ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria, es un fundamento de la buena calidad de la atención sanitaria y que el acceso a *una atención sanitaria segura es un derecho básico de todos los ciudadanos* ⁽¹⁴⁾, estos daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que supone a los sistemas sanitarios ha hecho que las principales organizaciones de salud desarrollen estrategias que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica.

Es en este contexto es que se pretende mejorar la calidad de los cuidados nutricionales brindada a los pacientes del hospital, pregonando hacerlo con Eficacia es decir logrando los objetivos propuestos, con Eficiencia lo que significa que la consecución de los objetivos se ha realizado con los recursos apropiados, y sin olvidar la adecuada seguridad del paciente.

2.5 PRINCIPALES OBSTACULOS A ENFRENTAR

La UTIA del Hospital “El Cruce” es una terapia monovalente de 16 camas que cuenta con 1 enfermero cada 2 camas y 1 medico intensivista cada 8, por lo que el obstáculo principal no se encuentra en el déficit del personal; pero si posiblemente a la motivación en cuanto al personal de enfermería en cumplir oportunamente las indicaciones nutricionales y en cuento al personal médico en reconocer la importancia de la correcta nutrición como factor independiente para el mejorar evolucionar del paciente crítico.

3. PROBLEMA

3.1 DEFINICION:

Déficit en la calidad de los cuidados nutricionales relacionado al escaso aporte calórico recibido por los pacientes con Nutrición Enteral de la UTIA del Hospital “El Cruce” de Florencio Varela.

Variables: Cantidad de calorías día recibidas por el paciente
Cantidad de calorías día prescriptas

Indicador: Cantidad de calorías administradas X 100
Cantidad de calorías indicadas

Valor deseable: recibir > 90% de las calorías indicadas/día.

3.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Los pacientes de la UTIA son pacientes que en su mayoría se nutren únicamente a través de nutrición artificial, sean ésta nutrición enteral (NE) ó bien nutrición parenteral (NP) en menor medida.

Son además pacientes que poseen un alto riesgo de desnutrirse debido no sólo a la patología de base sino a los estados hipercatabólicos e hipermetabólicos a los que son expuestos.

Es en este contexto que la nutrición artificial ó soporte nutricional (SN) es considerada hoy día como una herramienta terapéutica fundamental en la evolución de estos pacientes ya que un incorrecto o insuficiente aporte de calorías y proteínas aumentaría significativamente el riesgo de desnutrirse y las complicaciones que esto conlleva.

En un estudio realizado recientemente en la UTIA del Hospital “El Cruce” ⁽¹⁵⁾, se observó que el 75% de los pacientes no llegaba a cubrir su meta calórica a las 72 hs

como establece el indicador de calidad ⁽⁶⁾; y donde la mediana de cobertura calórica llegaba al 78% de la meta establecida.

Las causas por las que los pacientes no logran recibir las calorías prescriptas es fundamentalmente a dos causas:

- Causas injustificadas de suspensión alimentaria por parte del equipo médico, siendo la diarrea y los residuos gástricos aumentados las causas de más de la mitad de los motivos de suspensión.

A lo anterior se suma, que no se cuenta en el Servicio con algoritmos que faciliten la toma de decisiones por parte del personal médico, que muchas veces, suspende la alimentación por desconocer los pasos a seguir.

- Retraso en revisar la actualización de las indicaciones nutricionales por parte de enfermería para modificar los goteos de la nutrición en tiempo y forma.

En donde según, el balance de alimentación, la demora entre lo prescrito y lo actualizado puede alcanzar las 5 a 6 horas de retraso.

Cualquiera de los dos motivos mencionados se traduce en un aporte insuficiente de calorías/ día percibidas por el paciente.

3.3 CONSECUENCIAS PRINCIPALES

Las consecuencias de que un paciente no reciba nutricionalmente lo que necesita es la desnutrición, y ello acarrea innumerables consecuencias que ponen en riesgo la vida. Pero también, la desnutrición hospitalaria habla de un hospital inseguro para los pacientes, dado que produce:

- Aumento de la tasa de infección hospitalaria.
- Aumento en el número de complicaciones (retardo en la cicatrización de heridas, retardo en la desvinculación del respirador, etc.)
- Aumento del periodo de convalecencia
- Prolongación de la rehabilitación.
- Mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria
- Alteración de la calidad de vida
- Mayor tiempo de hospitalización.
- Mayor morbi-mortalidad, etc

Todas estas consecuencias afectan la calidad de vida de los pacientes, cuando no la vida misma.

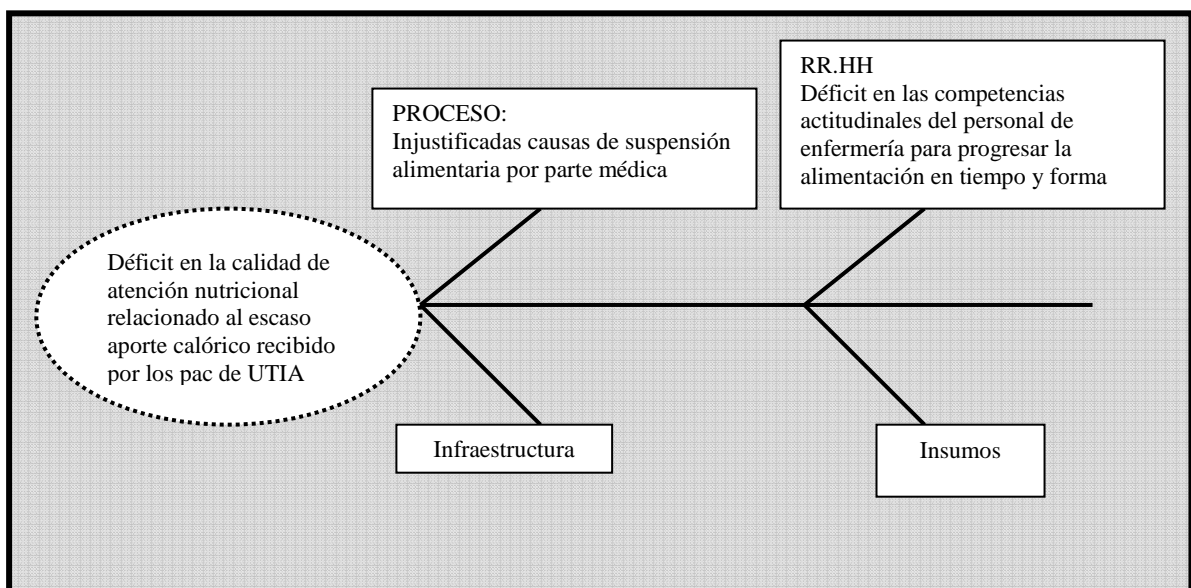
3.4 ANALISIS DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA

Las causas principales son referidas a:

- Injustificadas causas de suspensión de la alimentación enteral por parte del personal médico de la UTIA.
- Déficit en las competencias actitudinales referidas al personal de enfermería para progresar la alimentación, según prescripción en tiempo y forma.

Causas secundarias:

- Demoras en la colocación de la sonda por parte de enfermería.
- Demoras en control radiológico de sonda de alimentación de k108 por parte del equipo médico.
- Retraso en el reinicio de una alimentación luego de realizado un procedimiento.
- Causas injustificadas para iniciar en forma precoz la nutrición enteral.
- Alto índice de recambio de sondas de alimentación por obstrucción de la misma.



a) Procesos Involucrados:

Proceso de administración alimentaria: Injustificadas causas de suspensión por parte del personal médico.

(Ver proceso actual de administración en Anexo)

b) Infraestructura: no existe déficit.

c) Recursos Humanos:

Déficit cualitativo en las competencias actitudinales por parte del personal de enfermería para realizar la progresión de la alimentación según prescripción en tiempo y forma.

d) Insumos: no existe déficit.

3.5 ANALISIS DE LOS INVOLUCRADOS

En este problema se encuentran involucrados: los pacientes, médicos, nutricionista y enfermeros de la UTIA.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora de la atención nutricional aumentando el aporte calórico recibido por los pacientes a través de la Nutrición Enteral en la UTIA del Hospital “El Cruce”.

Meta

Aumentar las calorías recibidas por el paciente de la UTIA a un 90% o más de su meta calórica en un plazo de 4 meses.

4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- I. Mejorar el proceso de administración de la alimentación enteral referida a las causas injustificadas de suspensión de la misma por parte del personal médico.
- II. Mejorar la falta de una actitud positiva por parte del personal de enfermería para actualizar los goteos de nutrición enteral, según prescripción, en tiempo y forma.

Metas

- I. Reducir al menos el 80% de las motivos injustificados identificados de suspensión alimentaria, en el término de 3 meses
- II. Reducir el tiempo de espera para progresar el goteo de alimentación, por parte del personal de enfermería y según figura en prescripción, a un plazo no mayor de 2 horas, en el término de 1 mes.

Indicadores

- I. Indicador: injustificadas causas de suspensión alimentaria X 100
Total de motivos de suspensión alimentaria

5. ANALISIS DE SITUACION Y DIAGNOSTICO ESTRATEGICO: FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo del Director Médico del Hospital como del Jefe de Servicio para la implementación de cambios en pos de una mejora para el servicio - Personal médico comprometido con su trabajo - Buen clima laboral - Adecuada relación enfermeros/pacientes; médico/pacientes que evita sobrecarga laboral 	<ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio de Salud impulsa la protocolización de procesos asistenciales para asegurar la correcta nutrición de los pacientes internados. - Las facultades forman profesionales de salud (enfermeros, médicos, nutricionistas) con mayor conocimiento en soporte nutricional -
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia al cambio por parte de algún personal médico y/o de enfermería - Falta de comprensión entre el personal médico en mejorar el proceso de administración de la alimentación en pacientes críticos - Disponibilidad de tiempo limitada, por parte de los enfermeros y médicos para concurrir a las capacitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso Recurso Humano con formación en Soporte Nutricional.

6. ANALISIS DE LAS ALTERNATIVAS

1. La primera de las alternativas es continuar con la dinámica actual de trabajo, donde los errores en cuanto a la administración de la alimentación son detectados, en su mayoría, unilateralmente desde el Servicio de Nutrición hacia la UTIA, comunicando de manera individual tanto sea al médico como al enfermero para modificar el error y restablecer la nutrición.
2. Incorporar otra nutricionista para ampliar la cobertura del control de administración alimentaria durante el turno tarde, detectando posibles errores y corrigiéndolos en forma oportuna, como así también siendo ella la responsable de modificar los goteos de alimentación según prescripción

7. DEFINICION DE ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA

7.1 ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Objetivo Específico N° 1: Mejorar el proceso de administración de la alimentación enteral referida a los causas injustificadas de suspensión de la misma por parte del personal médico			
N°	Actividad	Responsable	Meta
1	Reunión de análisis del proceso con los involucrados, para la modificación del proceso	Jefe de UTIA – Jefe de Nutrición	1 mes
2	Elaboración de algoritmos para el tratamiento de las 2 principales causas injustificadas de suspensión alimentaria. (<i>Ver anexo</i>)	Coordinadores de la UTIA	Desarrollo de los protocolos: 2 meses
3	Realizar prueba piloto de los algoritmos desarrollados	Coordinadores de UTIA	2 semanas
4	Correcciones , mejoras y adaptaciones que surjan de la actividad 3	Coordinadores de UTIA	2 semanas
5	Implementación del nuevo procedimiento (<i>Ver anexo</i>)	Jefe de UTIA	Nuevo procedimiento implementado: 1 semana
6	Monitoreo	Coordinadores de UTIA Jefe de Nutrición	2 semanas

Objetivo Específico N° 2: Mejorar la falta de una actitud positiva por parte del personal de enfermería para actualizar los goteos de nutrición enteral, según prescripción, en tiempo y forma. (*Ver anexo*)

N°	Actividad	Responsable	Meta
1	Identificación de la población a capacitar	Jefe de Nutrición	2 semanas
2	Definir el programa de capacitación que genere las competencias que se requieren	Jefe de Nutrición Jefe de Docencia	1 mes
3	Establecer el número de grupos y los turnos para realizar la capacitación a los enfermeros	Jefe Nutrición Coordinador de Enfermería UTIA	2 semanas
4	Implementar la capacitación	Jefe de Nutrición	2 meses
5	Evaluar la capacitación	Jefe de Nutrición, Jefe de UTIA	1 mes

7.2 CRONOGRAMA

Diagrama de Gantt

Actividad	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Mejorar el proceso de administración de la alimentación enteral																				
• Reunión de análisis del proceso para la modificación del proceso	■	■	■	■																
• Elaboración de algoritmos para el tratamiento de las dos principales causas injustificadas de suspensión alimentaria				■	■	■	■	■	■	■	■	■								
• Realizar la prueba piloto de los algoritmos desarrollados													■	■						
• Correcciones, mejoras y adaptaciones que surjan de la prueba piloto													■	■						
• Implementación del nuevo procedimiento															■					
• Monitoreo															■					
Mejorar la falta de actitud positiva por parte del personal de enfermería para actualizar los goteos de nutrición enteral																				
• Identificación de la población a capacitar	■	■																		
• Definir el programa de capacitación que generen las competencias que se requieren			■	■	■	■														
• Establecer el número de grupos y turnos para realizar la capacitación					■	■														
• Implementar la capacitación						■	■	■	■	■	■	■	■							
• Evaluar la capacitación															■	■	■			

8. DIRECCION DEL PROYECTO Y MECANISMO DE EVALUACION

8.1 DIRECCION DEL PROYECTO

La dirección del proyecto esta a cargo tanto del Jefe de la Terapia Intensiva como del Jefe de Nutrición aunque cuenta con el apoyo tanto de la Dirección Ejecutiva, Médica y del Dir. De Procesos Técnicos Asistenciales como también de los coordinadores de UTIA y de enfermería garantizando de algún modo que la aplicación del nuevo proceso de administración alimentaria sea aplicada.

8.2 MECANISMO DE EVALUACION

Para la evaluación se aplicarán los indicadores y metas mencionados anteriormente:

Indicador: Cantidad de calorías administradas x 100
Cantidad de calorías indicadas

Valor deseable: recibir > 90% de las calorías indicadas/día

Meta

Aumentar las calorías recibidas por el paciente de la UTIA a un 90% o más de su meta calórica en un plazo de 4 meses

Indicador: injustificadas causas de suspensión alimentaria X 100
Total de motivos de suspensión alimentaria

Meta

Reducir al menos el 80% de los motivos injustificados identificados de suspensión alimentaria, en el término de 3 meses

Reducir el tiempo de espera para progresar el goteo de alimentación, por parte del personal de enfermería y según figura en prescripción, a un plazo no mayor de 2 horas, en el término de 1 mes

Como indicador a largo plazo, el indicador de cumplimiento calórico, entendido este como la meta calórica a cubrir durante las primeras 72 hs según establecen las guías americanas

Indicador: $\frac{\text{cantidad máxima de calorías recibidas durante las primeras 72 h.} \times 100}{\text{Valor calórico total del paciente}}$

Estándar orientativo: 100%

Indicador tipo: Resultado

9. CONCLUSIONES

El Hospital “El Cruce” de Florencio Varela, es un nuevo hospital público de nuestro sistema de salud que se encuadra en el III Nivel de atención del sistema de complejidad y en el cual se ingresa exclusivamente por derivación de los hospitales de la red. Más del 50 % de sus ingresos son pacientes críticos que requieren alguna de las terapias intensivas con las que cuenta el hospital: pediátrica, de adultos y cardiológica. El hospital posee además una fuerte política en materia de gestión, considerándolo un pilar fundamental para el desarrollo no sólo del hospital sino de cada servicio que lo integra, La bibliografía científica demuestra desde hace varios años que un paciente correctamente nutrido durante su internación, mas aún durante el período crítico de su enfermedad, se traduce en un paciente con menor riesgo a infecciones, mayor probabilidad de desvinculación exitosa al respirador, mejora en la cicatrización de heridas, disminución de la estancia hospitalaria, y menores costos de internación. Es en este contexto que se planteó la necesidad de mejorar la calidad de atención nutricional de los pacientes críticos que requieren de soporte nutricional enteral en la UTIA de nuestro hospital, garantizando la seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta además que se cuenta tanto con el apoyo de los directores, de los jefes de servicio afectados y del personal que trabaja en la terapia, y que no requiere de una inversión económica ya que el mismo esta orientado a la reorganización de los procesos hace de este proyecto un proyecto fácilmente aplicable al servicio y trasladable también a las demás terapias intensivas de nuestro hospital.

Por todo ello, de ser aplicado el proyecto, se elevará la calidad de atención nutricional, asegurando un correcto aporte calórico proteico sirviendo para el mejorar evolucionar del paciente crítico de la UTIA y cumpliendo con la misión del hospital: *brindar un cuidado de salud con calidad y seguridad para el paciente.*

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Directrices de Organización y Funcionamiento del Área de Alimentación y Dietoterapia en Establecimientos Asistenciales. Resolución 1674/2007. Ministerio de Salud
2. CRIVELLI, Adriana. PERMAN, Mario. 2000. “*Estudio AANEP 99: Prevalencia de Desnutrición en Hospitales de la Argentina*” Grupo Editorial Alli. Bs As, Arg
3. GARCIA DE LORENZO, Abelardo. 2004. El libro blanco de la Desnutrición Clínica en España. SENPE.
4. GOIBURU, M.E., et al. 2006. “*The impact of malnutrition on morbidity, mortality and length of hospital stay in trauma patients*”. Nutr Hosp. 21(5): p. 604-10.
5. EDINGTON, J. et col. 2000. “*Prevalence of malnutrition on admission to four hospitales in England*”. Clin Nutr; 19: 191-5.
6. PEREZ DE LA CRUZ, A. LOBO, G. 2002. “*Repercusiones de la desnutrición sobre los costes hospitalarios*”. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. ISBN 84-8486-085-X, 107-64.
7. REILLY, JJ et col. 1988. “*Economic impact of malnutrition: A model system for hospitalised patients*”. Jpen, 12:371-6
8. MINISTERIO DE SALUD DE LA PROV DE BS. AS: RESOLUCION 1548/2007, “*Guía de Práctica Clínica de Soporte Nutricional Enteral y Parenteral en pacientes Hospitalizados y Domiciliarios*”.
9. MC CLAVE, S.A., et al. 2009. “*Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient*”: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). JPEN J Parenter Enteral Nutr, 33(3): p. 277-316.
10. KREYMANN, K.G., et al.,2006. “*ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care*”. Clin Nutr. 25(2): p. 210-23.
11. NORMAN, K. 2008. “*Pronostic impact of disease-related malnutrition*” Clin Nutr. 27, 5-15
12. Plan Estratégico del Hospital “El Cruce” (periodo 2009-2011).
www.hospitalelcruce.org

-
13. GARCIA DE LORENZO, Abelardo. 2004. El libro blanco de la Desnutrición Clínica en España. SENPE Pág. 14-15
 14. Seguridad de los Pacientes. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
<http://msal.gov.ar/pngcam/seguridad.htm>
 15. RODRIGUEZ BUGUEIRO Julia, LACQUANITI Natalia. 2011 “*Política Nutricional Activa en la Implementación del Soporte Nutricional*”. Servicio de Nutrición Hospital “El Cruce”.

11. ANEXOS

Tabla N°1: *Proceso actual de administración alimentaria*

N°	Actividad	Responsable	Soporte	Conexiones	Observaciones Descripción de la actividad
1	Control de balance hídrico de alimentación	Nutricionista	Historia clínica digital	Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La nutricionista realiza el control de balance hídrico de alimentación que figura en la Historia clínica digital en su oficina. A través de él observa si el paciente recibió la alimentación correctamente. ▪ En caso de no haberlo hecho, lee los reportes de enfermeros y médicos para conocer la causa
2	Recorrida de sala de UTIA	Nutricionista		Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La nutricionista hace una primer recorrida de sala donde observa que las alimentaciones estén infundiendo al goteo indicado y con el producto correcto. Si la nutrición esta suspendida pregunta a enfermería la causa. ▪ De encontrar errores, los comunica en forma verbal ▪ Recava información.
3	Pase de sala en la UTIA turno mañana	Coordinador medico. Médico de guardia	Historia clínica digital	Enfermería Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el pase de sala que se produce entre las 8:00 y 9:00 hs, los médicos se pasan las novedades de los pacientes internados ▪ La nutricionista en ese momento evacua dudas sobre los pacientes que ya se encuentran con alimentación <i>en forma verbal informa acerca de las alimentaciones que fueron suspendidas por causas injustificadas para corregir el error y restablecer la infusión nutricional</i>

4	Revisación médica en sala	Médico de guardia	Manual	Enfermería Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> El médico evalúa a los pacientes. Con respecto a los ingresos, evalúa la posibilidad de iniciar el soporte nutricional. De ser afirmativo, autoriza a la nutricionista a dar inicio al mismo
5	Colocación y control radiológico de sonda k 108 de alimentación	Médico de guardia	Manual Historia clínica digital	Enfermería Diagnostico por imagen	<ul style="list-style-type: none"> El enfermero coloca la sonda k 108. El técnico de diagnóstico por imágenes saca la placa control, solicitada previamente por sistema por el médico de guardia. Posteriormente, procesada la placa, el médico visualiza la ubicación de la misma en la historia clínica digital
6	Realización de cálculo de requerimientos nutricionales	Nutricionista	Calculadora	Médicos UTIA	<ul style="list-style-type: none"> La nutricionista realiza el cálculo calórico-proteico necesario a cubrir por el paciente de la UTIA según estado clínico-metabólico del mismo. Elige el producto nutricional a administrar
7	Realización de las indicaciones nutricionales	Nutricionista	Historia clínica digital	Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> La nutricionista realiza las indicaciones nutricionales en la historia clínica digital en donde figura goteo y producto a administrar
8	Segunda recorrida de sala	Nutricionista		Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> La nutricionista hace una segunda recorrida de sala. Avisa en forma verbal, al enfermero responsable del paciente, si hubo o no cambios referidos a la alimentación.
9	Actualización de las indicaciones nutricionales	Enfermería	Historia clínica digital	Nutrición Médicos UTIA	<ul style="list-style-type: none"> El enfermero mira la Historia Clínica nutricional observa si hubo o no modificaciones en las indicaciones nutricionales. De ser positivo, realiza las modificaciones pertinentes

10	Administración propiaamente dicha	Médico de guardia		Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • La nutrición infunde según indicación nutricional. Si el paciente transcurre con alguna complicación gastrointestinal (diarrea ó residuos gástricos aumentados) <i>el médico suspende la nutrición enteral hasta el día siguiente en donde en el pase de sala la nutricionista informa el error y se restablece la infusión</i>
----	--	----------------------	--	------------	---

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°2 *Proceso reformulado de administración alimentaria*

N°	Actividad	Responsable	Soporte	Conexiones	Observaciones Descripción de la actividad
1	Control de balance hídrico de alimentación	Nutricionista	Historia clínica digital	Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La nutricionista realiza el control de balance hídrico de alimentación que figura en la Historia clínica digital en su oficina. A través de él observa si el paciente recibió la alimentación correctamente. ▪ En caso de no haberlo hecho, lee los reportes de enfermeros y médicos para conocer la causa
2	Recorrida de sala de UTIA	Nutricionista		Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La nutricionista hace una primer recorrida de sala donde observa que las alimentaciones estén infundiéndose al goteo indicado y con el producto correcto. Si la nutrición está suspendida pregunta a enfermería la causa. ▪ De encontrar errores, los comunica en forma verbal ▪ Recava información.
3	Pase de sala en la UTIA turno mañana	Coordinador médico. Médico de guardia	Historia clínica digital	Enfermería Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el pase de sala que se produce entre las 8:00 y 9:00 hs, los médicos se pasan las novedades de los pacientes internados ▪ La nutricionista en ese momento evacua dudas sobre los pacientes que ya se encuentran con alimentación.
4	Revisación médica en sala	Médico de guardia	Manual	Enfermería Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El médico evalúa a los pacientes. ▪ Con respecto a los ingresos, evalúa la

					posibilidad de iniciar el soporte nutricional. De ser afirmativo, autoriza a la nutricionista a dar inicio al mismo
5	Colocación y control radiológico de sonda k 108 de alimentación	Médico de guardia	Manual Historia clínica digital	Enfermería Diagnostico por imagen	<ul style="list-style-type: none"> El enfermero coloca la sonda k 108. El técnico de diagnóstico por imágenes saca la placa control, solicitada previamente por sistema por el médico de guardia. Posteriormente, procesada la placa, el médico visualiza la ubicación de la misma en la historia clínica digital
6	Realización de cálculo de requerimientos nutricionales	Nutricionista	Calculadora	Médicos UTIA	<ul style="list-style-type: none"> La nutricionista realiza el cálculo calórico-proteico necesario a cubrir por el paciente de la UTIA según estado clínico-metabólico del mismo. Elige el producto nutricional a administrar
7	Realización de las indicaciones nutricionales	Nutricionista	Historia clínica digital	Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> La nutricionista realiza las indicaciones nutricionales en la historia clínica digital en donde figura goteo y producto a administrar
8	Segunda recorrida de sala	Nutricionista		Médicos UTIA Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> La nutricionista hace una segunda recorrida de sala. Avisa en forma verbal, al enfermero responsable del paciente, si hubo o no cambios referidos a la alimentación.
9	Actualización de las indicaciones nutricionales	Enfermería	Historia clínica digital	Nutrición Médicos UTIA	<ul style="list-style-type: none"> El enfermero mira la Historia Clínica nutricional observa si hubo o no modificaciones en las indicaciones nutricionales. De ser positivo, realiza las modificaciones pertinentes
10	Administración propiamente dicha	Médico de guardia		Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> La nutrición infunde según indicación nutricional. Si el paciente transcurre con alguna

					complicación gastrointestinal (diarrea ó residuos gástricos aumentados), el enfermero avisa a médico de guardia
11	Consulta de algoritmos	Médico de guardia	Papel	Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> El médico revisa los algoritmos para tomar conducta respecto de la necesidad de suspender o no la alimentación

Fuente: Elaboración propia

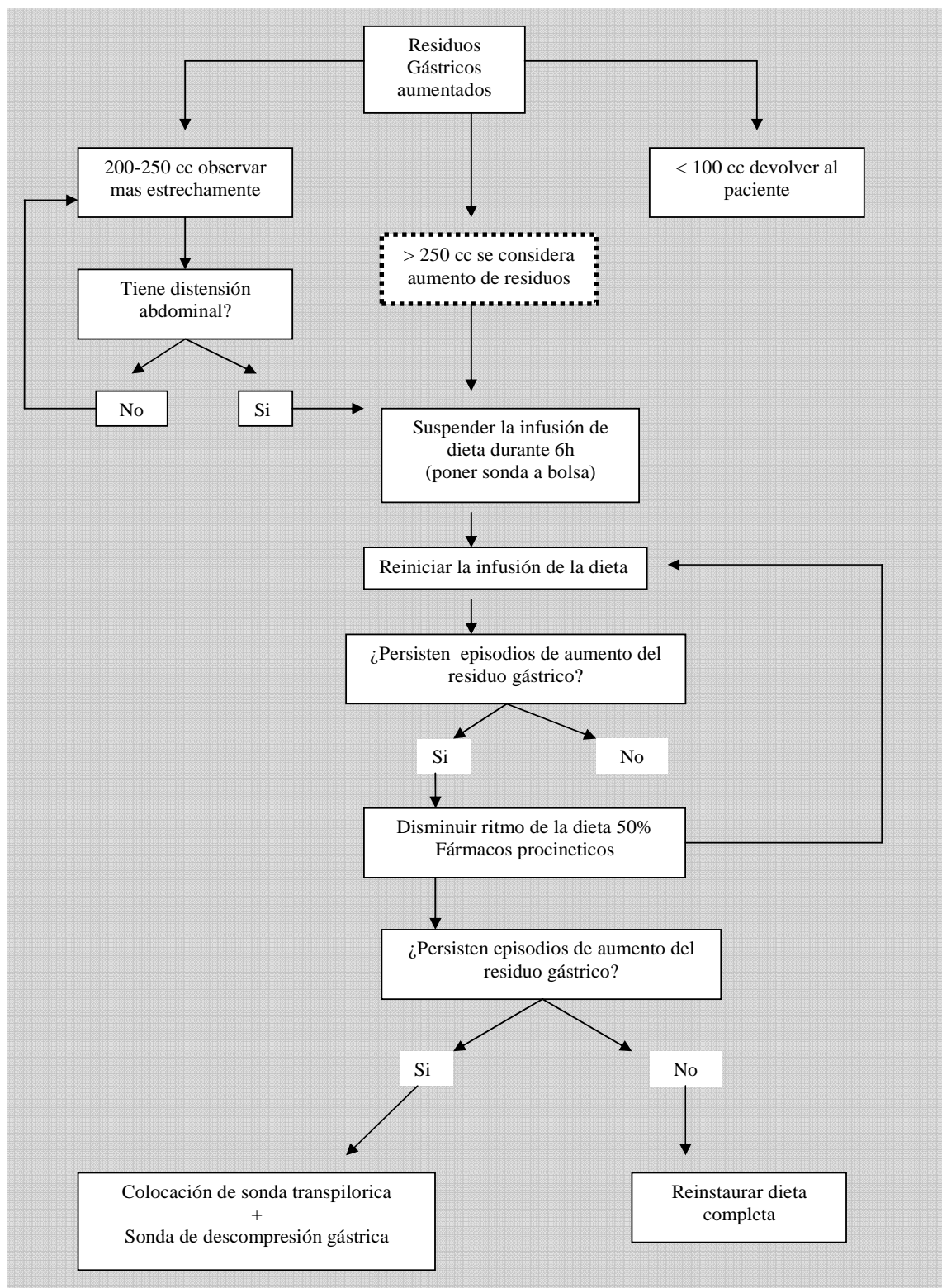
Tabla N°3: Plan de Actividades del Objetivo Específico N°2

N° de Actividad	Actividad	Responsable	Meta	Observaciones Descripción de la Actividad
1	Identificación de la población a capacitar	Jefe Nutrición	2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se analizará en que turno de enfermería transcurre la mayor demora en la actualización de la indicación para identificar la población más sensible a capacitar. ▪ La demora se observará a través del balance hídrico que realiza enfermería en la Historia Clínica Digital
2	Definir el programa de capacitación que genere las competencias que se requieren	Jefe de Nutrición- Jefe de Docencia	1 mes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizará la capacitación a través de power point en las instalaciones del hospital. ▪ Las temáticas a desarrollar serán: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importancia del soporte nutricional en el paciente crítico. ▪ Consecuencias del paciente desnutrido ▪ Rol de enfermería en el soporte nutricional. ▪ Se intentará sensibilizar al grupo a capacitar mostrando la cantidad de calorías de menos que reciben los pacientes por no actualizar de manera oportuna las indicaciones ▪ Duración de la capacitación: 20-30 min.
3	Establecer el número de grupos y los turnos para realizar la capacitación a los enfermeros	Jefe de Nutrición- Coordinador de Enfermería de UTIA	2 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión con la coordinadora de enfermería de UTIA para presentarle los resultados de la observación realizada en la actividad N°1, siendo los turnos mas “problemáticos” aquellos que no tienen contacto diario con la nutricionista: Lun-Vier turno de 18-24 y 24-06

				<p>y franqueros</p> <ul style="list-style-type: none"> En base a ello se organiza los turnos para realizar la capacitación. Meta: capacitar al 80% del personal correspondiente a dichos turnos; y al menos al 60% de los turnos restantes.
4	Implementar la capacitación	Jefe de Nutrición- Nutricionistas de planta	2 meses	<ul style="list-style-type: none"> Se iniciará la capacitación propiamente dicha durante 2 meses 2 veces por semana en diferentes horarios para lograr alcanzar la meta propuesta.
5	Evaluar la capacitación	Jefe de Nutrición- Jefe de UTIA	1 mes	<ul style="list-style-type: none"> Durante 1 mes se recabaran los datos necesarios para evaluar: <ul style="list-style-type: none"> Cantidad de personal capacitado <p><u>Indicador:</u> <i>personal de enfermería del turno X que concurrió a la capacitación /total de enfermeros.</i></p> Disminución en el retraso de actualización de la indicación. <p><u>Indicador:</u> <i>cantidad de horas de demora entre lo prescripto y lo actualizado luego de la capacitación.</i></p>

Fuente: Elaboración propia.

ALGORITMO 1: MANEJO NUTRICIONAL DEL RESIDUO GASTRICO AUMENTADO



ALGORITMO 2: MANEJO NUTRICIONAL DE LA DIARREA

