

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

SEGURIDAD EN TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA

Nutrición parenteral y nutrición enteral

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-713-14

CONSEJO DE
SALUBRIDAD
GENERAL



DIF
Nacional



Índice

1. CLASIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA.....	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA SEGURIDAD EN TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA.....	3
3. HISTORIA NATURAL DEL PACIENTE CON TERAPIA NUTRICIONAL ESPECIALIZADA.....	4
4. DIAGRAMAS DE FLUJO	9

1. Clasificación de la Seguridad en terapia nutricional especializada

CIE-9 : 99.15 Infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas

96.6 Infusión enteral de sustancias nutritivas concentradas

GPC: Seguridad en terapia nutricional especializada. Nutrición parenteral y nutrición enteral

2. Definición y Contexto de la Seguridad en terapia nutricional especializada

Con el propósito de unificar criterios específicos para mejorar la seguridad de los pacientes, detectar los problemas relevantes en la atención médica y proponer soluciones viables basadas en la evidencia y en el conocimiento de expertos se crean las Metas de Seguridad del Paciente que se consideran estándares indispensables para la certificación de los hospitales (Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales 2012). Estas metas deben de adecuarse a los diferentes procesos que se realizan en los hospitales como es el caso de la Terapia Nutricional Especializada para garantizar la seguridad del paciente. Las metas se enumeran a continuación:

1. *Identificación correcta de los pacientes.* Esta meta tiene como propósito evitar errores que involucran al paciente equivocado, por lo que solicita al menos dos datos para identificar a los pacientes antes de la administración de medicamentos, extracción de sangre y muestras para análisis clínicos, dotación de dietas y la realización de cualquier tratamiento o procedimiento como es el caso de la aplicación de terapia nutricional especializada.
2. *Mejora de la comunicación efectiva.* La finalidad de esta meta es la prevención de errores en órdenes o indicaciones con la utilización del protocolo de **escuchar** completamente la orden, **escribirla** en el lugar indicado - **leerla** en voz alta para que el emisor **confirme** que lo que se ha anotado y leído es exacto.
3. *Mejora de la seguridad del uso de los medicamentos de alto riesgo.* El objetivo es prevenir errores relacionados con el uso de electrolitos concentrados y otros medicamentos; para lo que se deberán etiquetar y separar los electrolitos concentrados que se encuentren de manera individual del resto de los medicamentos, por otra parte si estos medicamentos se utilizan durante la preparación de terapia nutricional se deberá realizar doble verificación, que consiste en que una persona prepara la mezcla y al mismo tiempo otro profesional de la salud es testigo para prevenir y detectar errores en la preparación y administración.
4. *Garantizar que la terapia nutricional especializada, nutrición parenteral y enteral, sea el procedimiento correcto se administre en el sitio correcto y en el paciente correcto.* El propósito es prevenir errores de administración, por lo que es necesario realizar una breve pausa denominada “tiempo fuera”, en la que se confirma la identidad del paciente, el procedimiento que se le realizará y el sitio de colocación de la terapia nutricional especializada, la nutrición parenteral y enteral.

5. *Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.* Se debe contar con un programa que garantice que todos los elementos necesarios para realizar una higiene de manos se encuentren disponibles y acorde a las medidas de seguridad e higiene pertinentes.

Existen otras barreras de seguridad que contribuyen a la identificación de riesgos y necesidades de los pacientes por lo que se realizará un tamizaje y evaluación nutricional al ingreso del enfermo para determinar el riesgo nutricional y de requerir intervención nutricional se decidirá el tipo de apoyo nutricional, ya sea vía oral, nutrición enteral y/o parenteral, teniendo en cuenta las comorbilidades del paciente para prevenir complicaciones.

La declaración de Cancún (FELANPE, 2008) aboga por el derecho humano de todos los enfermos a una terapia nutricional óptima y oportuna donde quiera que se encuentren (Castillo 2008). La calidad de atención y la seguridad en los servicios que brindan intervención nutricional especializada (enteral y parenteral) debe impactar en la mejora identificando los riesgos, atendiendo prioridades con una visión de mejora continua (Estándares para la certificación de hospitales. Consejo de Salubridad General, 2012). La intervención nutricional especializada (enteral y parenteral) así como la intervención dietoterapéutica deben ser integrada en el plan de calidad y seguridad de los establecimientos de salud.

3. Historia Natural del Paciente con terapia nutricional especializada

Correcta identificación del paciente que requiere terapia nutricional especializada

- Identificar al paciente con al menos dos datos antes de la administración de la terapia nutricional especializada, evitar el uso del número de habitación, número de cama o su ubicación para identificar al paciente.

-Mejora de comunicación efectiva

-Medicamentos de alto riesgo

- Se recomienda que los hospitales de segundo y tercer nivel así como los especializados cuenten con un equipo multidisciplinario de salud para garantizar que la Terapia Nutricional Especializada se otorgue con calidad, seguridad para el paciente y evaluación continua del proceso para garantizar la mejora continua.
- El equipo se encargará de realizar la evaluación nutricional, el seguimiento nutricional y la selección de terapia nutricional apropiada para cada caso.
- La protocolización del manejo y la disponibilidad de las mezclas de nutrición parenteral contribuyen al cumplimiento de los objetivos nutricionales, utilizando los recursos técnicos y de organización disponibles.
- La implementación de una comunicación asertiva optimiza la Terapia Nutricional Especializada.
- Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono, por lo que se debe realizar el protocolo de escuchar, escribir, leer y confirmar que consiste en escuchar completamente la orden emitida de la mezcla de nutrición parenteral o enteral – escribirla en el lugar indicado - leerla en voz alta para que el emisor confirme que lo que se ha anotado y leído es exacto tanto de la preparación de la mezcla como de la administración al paciente.
- Con el propósito de evitar la transcripción inadecuada, la pérdida de información o la información

inadecuada es necesario establecer un formato estandarizado para escribir las órdenes e indicaciones. Evite dar órdenes verbales o por teléfono.

-Seguridad en el paciente con apoyo nutricional vía enteral (Ileostomía, yeyunostomía)

-Colocación, mantenimiento y problemática más frecuente de accesos enterales

-Colocación de accesos enterales pre y postpilóricos

-Cuidados de accesos enterales

-Complicaciones asociadas a accesos enterales

Colocación, mantenimiento y problemática más frecuente de accesos enterales

- La nutrición enteral se inicia en los tres primeros días de admisión al hospital, cuando el paciente no pueda cubrir el 75% de su requerimiento. Hay que incrementar el aporte durante las 48 a 72 horas siguientes.
- Por la seguridad del paciente el apoyo nutricional no está indicado cuando se requieren dosis altas de aminas, tensión arterial media menor a 60 mmHg o resucitación con hemoderivados.
- La seguridad en nutrición enteral requiere de una vigilancia estrecha de las complicaciones gastrointestinales como el dolor abdominal, distensión abdominal, náusea, vómito, diarrea, así como alteraciones metabólicas y deterioro clínico.

Colocación de accesos enterales pre y postpilóricos

- La colocación de una sonda postpilórica se pone en pacientes con alto riesgo de broncoaspiración como en pacientes con gastroparesia, obstrucción de la salida gástrica, reflujo gastroesofágico, pancreatitis moderada o severa, hiperemesis gravídica, fístula entérica con localización proximal, estenosis de alguna anastomosis postoperatoria gastrointestinal.
- Los pacientes con volúmenes residuales gástricos deben ser valorados clínicamente, en caso de volúmenes mayores de 200cc en dos aspiraciones consecutivas requiere de uso de procinéticos, si el residuo gástrico es mayor de 500 cc en una única aspiración hay que suspender inmediatamente la nutrición enteral.
- El paciente que requiere apoyo enteral por más de 4 semanas necesita acceso definitivo.
- Los accesos de nutrición enteral permanente deben ser colocados por profesionales de salud con una capacitación adecuada, ya sea un cirujano capacitado para la realización de gastrostomías abiertas o por un endoscopista capacitado para la realización de gastrostomía percutánea, esto evitará complicaciones secundarias a la colocación.

Cuidados de accesos enterales

- Se recomienda para el uso domiciliario de un acceso enteral permanente, dar un manual de instrucciones para el paciente y su familia.
- Para la administración del apoyo nutricional debe asegurarse la posición correcta de la sonda de alimentación. En el caso de sondas postpilóricas hay que confirmar la localización de la sonda mediante rayos X, antes del inicio de la infusión.
- Para reducir las complicaciones de sondas enterales en cada unidad se debe tener apego a los protocolos de atención.

Complicaciones asociadas a los accesos enterales

- La erosión nasal es una complicación del acceso enteral, hay que verificar el estado del paciente en el acceso de entrada de la sonda.
- Para evitar la salida accidental del acceso enteral temporal hay que asegurar la fijación de la sonda y verificarla diario.
- Asegurar la permeabilidad de la sonda de alimentación lavando por lo menos con 15 cc de agua cada 4 horas, lo que disminuye el retraso de la alimentación e incluso la suspensión de la misma.
- El síndrome de Buried Bumper requiere la interrupción inmediata de la alimentación y la

sustitución de la sonda. En caso de requerirse haga una endoscopia.

-Seguridad en el paciente con nutrición parenteral.

-Seguridad en la colocación de accesos parenterales para el apoyo nutricional

- Hágase las siguientes preguntas para seleccionar un acceso vascular seguro y eficaz:
- ¿Cuál es la opción más adecuada y el sitio más apropiado? ¿Cuánto tiempo recibirá el soporte nutricional? ¿Qué tipo de catéter hay que utilizar de acuerdo al apoyo nutricional? ¿Cuáles son los cuidados del acceso venoso para evitar complicaciones secundarias?
- Seleccione un acceso periférico cuando el apoyo se dé por tiempos cortos y con mezclas que tengan osmolaridad menor a 850 mOsm/l.
- Seleccione un acceso vascular central cuando la terapia nutricional sea para más de 3 meses o las mezclas de nutrición parenteral tengan más de 850 mOsm/l.
- Seguridad en la colocación de accesos parenterales para el apoyo nutricional
- La decisión del lugar del acceso vascular depende de varios factores: técnica de venopunción, riesgo de complicaciones mecánicas, viabilidad del acceso venoso dependiendo el padecimiento del paciente, riesgo de trombosis y complicaciones infecciosas.
- La punción guiada por ultrasonido es una forma de inserción segura, ya que reduce el riesgo de complicaciones mecánicas secundarias a la punción. Puede utilizarse si se cuenta con la tecnología y el personal capacitado para la técnica.
- El empleo del acceso femoral para nutrición parenteral está relativamente contraindicado, se asocia con alto riesgo de infección en el sitio de salida y un alto riesgo de trombosis venosa.
- No son recomendables los accesos vasculares centrales con el abordaje de la vena yugular interna (anterior o posterior al musculo esternocleidomastoideo), ya que los cuidados del catéter son más difíciles e incrementan el riesgo de infección de catéter.
- Es importante verificar el sitio de la punta del catéter, previo al inicio de la mezcla de nutrición parenteral, la posición correcta es el tercio inferior de la vena cava superior, unión cava auricular o en la parte superior de la aurícula derecha.
- El uso de rayos X posterior a la colocación de un acceso vascular central es obligatorio, sobre todo en los casos en los que exista riesgo de complicaciones mecánicas derivadas de la colocación de la misma.

Cuidados de los accesos vasculares parenterales

- Para el adecuado manejo de los accesos vasculares hay que capacitar al personal de salud en: colocación de catéter, uso y mantenimiento del catéter y medidas de prevención y control de infecciones relacionadas.
- Para mejorar el cuidado de los accesos vasculares parenterales y el riesgo de complicaciones derivadas de su manipulación se recomienda:
- Usar catéter tunelizado o implantable en terapia mayor de 3 meses. Usar catéteres con el menor número de lúmenes; Usar accesos insertados por la periferia que queden centrales; Usar punción guiada por ultrasonido si hay recurso tecnológico y humano; Llevar a cabo un protocolo de colocación de catéter central; Utilizar antiséptico de piel al tener contacto con las líneas vasculares.
- Evalúe el conocimiento y el apego de las medidas de prevención y control de infecciones en todo el personal de salud relacionado con la inserción y el mantenimiento de los catéteres.
- Evalúe el estado de los catéteres diariamente, a través de la inspección y palpación; valore la temperatura y datos de infección.
- En accesos periféricos se recomienda el empleo de protecciones transparentes para la valoración diaria.
- Se recomienda el retiro de cualquier catéter intravascular que no sea esencial para el

tratamiento del paciente.

Infecciones asociadas a accesos parenterales

- En el tratamiento de sepsis por catéter central de corto plazo, hay que ver signos evidentes de infección local en el sitio de salida, signos clínicos de sepsis, cultivo positivo de punta de catéter, hemocultivos positivos. La terapia antimicrobiana debe iniciarse posterior al retiro del catéter.
- Se requiere el retiro del acceso vascular central de largo plazo cuando se detecte infección en el túnel o la presencia de absceso del puerto, signos clínicos que sugieran sepsis relacionada con el catéter, hemocultivos positivos para hongos o bacterias. En casos más severos la presencia de infección complicada con endocarditis o trombosis séptica.

Intervenciones para la mejora de comunicación efectiva en el servicio de apoyo nutricio y con los interconsultantes

Seguridad en el uso de medicamentos utilizados en la terapia nutricional

- Se debe realizar una adecuada capacitación de los integrantes del servicio de apoyo nutricional ya que esto tiene un impacto positivo en el cumplimiento de las normas y procesos, disminuyendo directa costos.
- Se recomienda sesiones conjuntas del grupo multidisciplinario y el servicio de apoyo nutricional para conocer a los pacientes con enfermedad compleja. Hay que conocer la patología y la efectividad con la intervención..
- Se recomienda que los médicos interconsultantes conozcan cuales son las indicaciones de los diferentes tipos de apoyo nutricional y a quién debe ir dirigido cada etapa del apoyo especializado (fortalecimiento de la vía oral, nutrición enteral y nutrición parenteral).
- Se recomienda que el equipo de apoyo nutricio especializado sea un grupo multidisciplinario en el que se conozca la fisiopatología de las enfermedades que generan interconsulta, así como los efectos de la patología en el estado nutricional.

Seguridad en el uso de medicamentos de alto riesgo utilizados en la terapia nutricional

- Se recomienda guardar el empaque protector del insumo intacto hasta el momento del empleo.
- Se recomienda tomar precauciones en la administración de la nutrición parenteral ya que por la gran cantidad de cationes con los que rutinariamente es preparada (Calcio, Magnesio, Sodio y Potasio) puede presentarse inestabilidad de mezclas de NPT y ser inestable y peligrosa.
- Es muy importante conocer cuáles son las dosis recomendadas para el manejo de los macro y micronutrientes en la nutrición parenteral. Por seguridad no se debe pasar la cantidad tope de nutrimentos recomendados.
- Es importante contar con un sistema normado de operación para errores, devoluciones, quejas y retiro de mezclas de nutrición enteral y parenteral, de las áreas clínicas.
- Se recomienda contar con protocolos por escrito que especifiquen los pasos críticos, calendarios de revisión y criterios de aceptación de los servicios de apoyo nutricio.
- Realizar una breve pausa denominada “tiempo fuera”, en la que se confirma la identidad del paciente, el procedimiento que se le realizará y el sitio de intervención de la terapia nutricional especializada: nutrición parenteral y enteral.

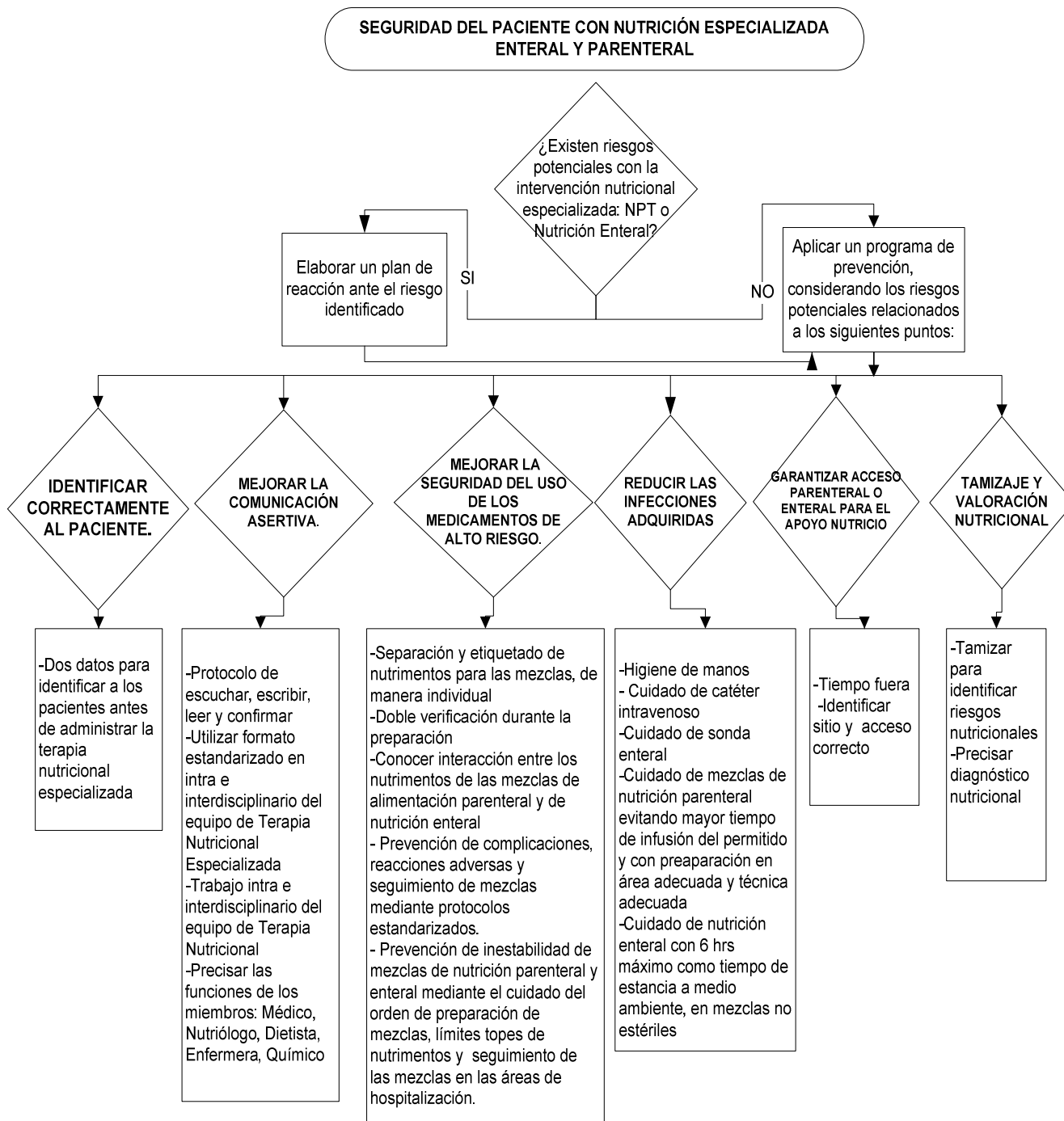
Referencia y contrarreferencia de los pacientes con apoyo nutricio especializado: Nutrición parenteral o nutrición enteral

- La evaluación del estado nutricional de todos los pacientes ambulatorios y hospitalizados puede y debe ser realizada invariablemente por el personal a cargo, antes de solicitar el apoyo nutricional especializado.
- En todos los pacientes hospitalizados, especialmente si son niños críticamente enfermos cuya evaluación nutricional y patología de base determinen la necesidad de la intervención nutricional especializada, debe de intervenir lo más temprano posible para reducir la desnutrición, mejorar la sobrevida, reducir la morbilidad y mortalidad asociadas y disminuir los costos de atención.
- La patología de base, las condiciones de integridad y funcionalidad del tubo digestivo y el plan terapéutico del enfermo determinan la necesidad de solicitar el apoyo de un Servicio de Nutrición Especializada, ya sea en el propio hospital (interconsulta) o en unidades de apoyo (referencia).
- Los criterios generales de referencia a un servicio de Terapia Nutricional se pueden resumir en cuatro situaciones: El paciente no puede comer, el paciente no debe comer, el paciente no quiere comer, el paciente no come lo suficiente a pesar de la vigilancia estrecha.
- La Terapia Nutricional Especializada no debe ser solicitada o indicada en el caso de pacientes en los que su empleo no contribuya a mejorar sus condiciones de salud o la evolución de su enfermedad, previa evaluación y análisis de las características del caso por parte del equipo especializado.
- La indicación de suspensión de la terapia nutricional especializada en caso de pacientes terminales o cuya patología no será modificada positivamente con su uso, debe ser valorada cuidadosamente desde el punto de vista bioético, médico y nutricional tanto por el médico tratante, como por el equipo de terapia nutricional especializada y al menos un especialista en la patología principal del enfermo.
- Antes de referir a un paciente con Terapia Nutricional Especializada a su unidad de origen (contrarreferencia), se debe verificar que dicha unidad cuenta con personal capacitado para seguir las indicaciones prescritas y detectar riesgos. Además se debe tener la certeza de que dicha unidad dispone de los recursos suficientes en tanto se determina la baja definitiva del servicio especializado, misma que debe ser dictaminada por éste.
- Los servicios de Terapia Nutricional Especializada deben contar con protocolos clínicos en los que se especifiquen claramente los criterios de interconsulta, de referencia y de contrarreferencia para los pacientes que utilizan este tipo de apoyo.

Evaluación nutricional. Tamizaje y valoración completa

- Se recomienda seguir los estándares para la Certificación de Hospitales del Consejo de Salubridad General que precisan que “Todos los pacientes se les realiza valoración de tamizaje nutricional, cuando se identifican riesgos se realiza una evaluación exhaustiva (Estándar AOP.1.6). Esta evaluación debe hacerse en las primeras 24 horas de ingreso al hospital por personal calificado. Este personal determina los criterios de tamizaje y evaluación del riesgo nutricional para determinar un plan de tratamiento.
- Hay que considerar la nutrición especializada en pacientes con IMC menor 18.5, con pérdida no intencional de más del 5% del peso en 3 meses, con ingesta poco o nada de alimento en los últimos 5 días, pobre capacidad para deglutir o absorber nutrientes, grandes pérdidas nutricionales o incremento de la demanda metabólica por catabolismo.
- Establecer una estandarización en el diagnóstico del estado nutricional así como su relación con el estado inflamatorio del paciente. Documentarla en el expediente clínico.
- Valorar el riesgo nutricional al ingreso al hospital y repetirlo cuando menos cada semana.

4. Diagramas de Flujo



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13.
Colonia Juárez. Delegación Cuauhtémoc.
C.P. 06600 México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2014
ISBN en trámite