



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DR. R.A. CALDERON GUARDIA  
COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL



---

## **PROPUESTA**

**Atención Domiciliaria Especializada a Pacientes con  
Necesidades Nutricionales Especiales del Área de  
Atracción del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia**

**Institución Responsable  
Caja Costarricense del Seguro Social**

### **Participantes**

**Licda. María Luisa Fallas Quirós, Enfermera Comité Soporte Nutricional  
Licda. Marlen Álvarez Jaen, Enfermera Programa Alta Hospitalaria  
Licda. Damaris Rivera Picado, Enfermera Programa Alta Hospitalaria  
Licda. Betzaida Angulo Valverde, Enfermera Servicio de Geriatría**

**Fecha de Elaboración  
San José, Costa Rica 23 de mayo 2011**

## *Nombre de la Jefatura*

Msc. Vilma Spence Nelson, Directora de Enfermería Hospital Dr R.A.Clderón Guardia

## *Responsable Aval*

Subsistema de Hospitalización y Apoyo Domiciliar de la Caja Costarricense del Seguro Social

## *Instancias Participantes en la Validación*

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en la Salud y Seguridad Social, CENDEISSS.

# TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación.....	3
11. Metodología de la construcción del documento .....	4
111. Marco de Referencia .....	5
1V.Lineamientos Metodológicos para la construcción de la modalidad De atención de Salud .....	6
Glosario .....	7
V1.Bibliografía .....	8

# PRESENTACIÓN

La atención nutricional de los pacientes hospitalizados y de aquellos que egresan de los hospitales posterior a sufrir un evento agudo en su organismo por enfermedad o cirugía ha sido un aspecto que muchas veces se dejaba de lado y como es sabido este aspecto es vital en el ser humano y es relevante en la recuperación, prevención de complicaciones y en la calidad de vida, en general del ser humano. Actualmente las estadísticas de nuestros centros de salud muestran que un gran número de pacientes sobreviven a eventos drásticos de la salud y permanecen en sus casas en condiciones nutricionales y de salud, sin que se les de una atención adecuada y especializada oportuna, sobre todo aquellos que requieren de técnicas de alimentación con soportes especiales como sondas y otros dispositivos de formas de alimentación.

Proponemos esta modalidad de atención, en cuanto a que el estado nutricional de los pacientes influye en la capacidad de recuperación, riesgo de complicaciones y mortalidad de los pacientes. Una proporción importante de los pacientes hospitalizados ingresan con algún grado de deterioro nutricional, el 50.3% en Costa Rica y otro tanto sufre desnutrición adicional mientras se encuentran en el hospital; por tanto es importante abordar a estos pacientes de manera apropiada y evitar las consecuencias negativas a que se desnutran a tres niveles:

## a) Antes de ingresar al hospital

Los pacientes se desnutren por su patología de fondo, que en muchos casos es neoplásica y producen citoquinas como interleuquinas 1 y 6 y factor de necrosis tumoral, que van a llevar a anorexia. Es importante también exponer que en muchas situaciones los tumores producen obstrucción del tracto gastrointestinal, esto empeora aún más la situación nutricional del paciente. Otro aspecto importante es la falta de acceso a profesionales en nutrición, que permita la readecuación de la dieta de los pacientes.

Las alteraciones psicológicas también causan anorexia, y favorecen la pérdida de peso.

## b) Durante su internamiento

Los pacientes internados son sometidos a regímenes dietéticos estrictos que sacrifican el buen gusto de los alimentos, por lo que provocan rechazo de los mismos.

Por otro lado, durante el proceso de internamiento se realizan una serie de exámenes que requieren mantener al paciente nada vía oral por largos períodos.

Además, los pacientes quirúrgicos independientemente del proceso al que se van a ser sometidos, se les indica ayuno prolongado y el avance lento de la dieta.

Otras causas también pueden ser motivo de desnutrición como el dolor, los malos olores y la depresión.

### c) Luego de ser egresados

La falta de información nutricional para un adecuado manejo de los pacientes puede empeorar el estado nutricional, además la situación económica de muchos de los pacientes que no les permite adquirir los alimentos que se requieren para cubrir las necesidades nutricionales de los mismos.

Por otro lado, muchos pacientes tienen incapacidad para alimentarse en forma adecuada, y requieren la colocación de sondas y ostomías, lo que complica la preparación de alimentos y aumenta las cargas de los cuidadores, que en muchas ocasiones no realizan su labor adecuadamente.

## LINEAMIENTOS METODOLOGICOS PARA LA CONSTRUCCION DEL MODELO DE ATENCION DE SOPORTE NUTRICIONAL DOMICILIAR

### 1- Identificación y análisis del problema

El 50% de los usuarios egresados de los centros hospitalarios en Costa Rica egresan con un grado de desnutrición, y algún grado de dificultad para alimentarse por sí mismos, además desarrollan dependencia por su deterioro neurológico, cognitivo, y el síndrome de inmovilización, y la crisis económica que enfrentan las familias.

### 2-Análisis de las pertinencias, viabilidad, y sostenibilidad de la modalidad propuesta

La formación de los médicos de medicina familiar surge como respuesta al agotamiento del método tradicional biológico y al alto grado de especialización que llegó a fragmentar la medicina, lo que limita tener una visión total de la persona.

Con las recientes políticas de red de cuidado a nivel domiciliario que está dirigida a la población adulta mayor, uno de sus componentes principales es la capacitación y contratación de asistentes domiciliarios, que apoyaran a las familias con adultos mayores que tengan limitaciones físicas o mentales

Se cuenta con presupuesto gubernamental de 825 millones de colones y se firmaron 25 convenios con organizaciones de bienestar social. También se hará inversión en centros diurnos de cuidado con una inversión de 13000 millones de colones en los próximos tres años. La Nación, 04 de mayo 2011. y 02 abril 2011.

El proyecto es viable ya se cuenta con recurso humano de base, capacitado y motivado que podría capacitar y dirigir a un nuevo recurso humano.

La sostenibilidad, requiere la alianza estratégica con la institución, tendientes a fortalecer el aseguramiento y la recuperación de adeudos.

Asignación de los recursos presupuestarios según las posibilidades financieras de la institución, únicamente por medio de los canales y mecanismos establecidos, acordes con los lineamientos y las necesidades de la población, planteadas por el plan anual operativo, con la finalidad de estimular la red de servicios

### 3-Recopilación y registro de la información en torno a la modalidad propuesta

Se propone la creación de un servicio domiciliario de soporte enteral y parenteral que permita incluir aquellos pacientes que puedan beneficiarse de este tipo de manejo mediante un programa

nutricional PRE-ingreso y/o egreso, proporcionándoles seguimiento para mejorar su estado nutricional y evaluando los resultados en consulta externa, admitiéndolos a cirugía cuando se logre un porcentaje predeterminado de la meta nutricional.

Para desarrollar el proyecto se requiere:

- a) Espacio físico (un consultorio con mobiliario adecuado y un área con camillas o sillones para los pacientes ambulatorios)
- b) Adquisición de equipos y materiales
- c) Recurso humano capacitado, para la visita domiciliar

## ¿COMO Y POR QUIEN SERA Y PARA CUANDO SERA RECOPIADA LA INFORMACION?

La información será recopilada con detección de pacientes desnutridos y /deteriorados nutricionalmente, lo cual aumenta las complicaciones que deriva mayor estancia, aumento de la mortalidad y reingresos de paciente mal nutrido o incompletamente recuperados en su estado La información será recopilada por el grupo gestor. A partir del 23 de Mayo al 17 de Junio de año 2011.

### JUSTIFICACION:

El estado nutricional de los pacientes influye en la capacidad de recuperación, riesgo de complicaciones y mortalidad .Una proporción de 50.2% de los pacientes hospitalizados ingresan con algún grado de desnutrición y otro porcentaje sufre de desnutrición trans- hospitalaria.

Por tanto es indispensable abordar a estos pacientes de la manera apropiada y evitar las consecuencias negativas que se desnutran a tres niveles:

- a) **Antes de ingresar**
- b) **durante su internamiento**
- c) **Luego de ser egresado**

Si no actuamos tempranamente tendremos:

**1-ingreso de pacientes desnutridos**

**2-aumento de complicaciones, mayor estancia, mayor mortalidad.**

**3-egreso del paciente mal nutrido, recuperación más tardía y posibles reingresos**

El comité de soporte nutricional del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia detecto desde los años 1991, la necesidad de evolucionar hacia una modalidad de un servicio de nutrición clínica , donde se labore con equipo interno en el hospital para el soporte nutricional de los pacientes internados , y otro externo y/o ambulatorio para atender los pacientes que:

a) Requieran soporte nutricional externo, antes de ser internados o por egreso en condiciones especiales incluyendo la visita domiciliaria.

b) O bien solamente proporcionar nutrición para ayudar al tratamiento externo que estén recibiendo.

En el grupo b) deberá contar con un espacio adecuado para consulta externa medica, de nutrición, farmacia, enfermería y área para procedimientos .Se podrían utilizar las mismas unidades de preparación de soluciones existentes, pero contando con personal

Capacitado para este fin, el cual podría trabajar medio tiempo en hospitalización o internamiento, y medio tiempo en consulta domiciliar.

Basándonos en la realidad y reconociendo que Costa Rica ha avanzado en lo que se refiere a soporte nutricional intra-hospitalario; es hora de Implementar una Modalidad en la Medicina Preventiva y Asistencial. Esto implica una modernización administrativa de las instituciones y de implementar nuevas estrategias de modalidad de atención en la salud tanto hospitalaria como domiciliar y/o ambulatoria.

Los servicios deben de ser ofrecidos en forma personal y eficiente, deben de incorporar el auto cuidado involucrando la participación activa de la familia y la comunidad.

### **Beneficios:**

Los pacientes de nutrición parenteral o enteral presentan una estancia promedio de 11 días .La modalidad de atención permitirá movilizar pacientes en lista para hospitalización , además proveerá un ahorro de inversión obtenido de costo día hospitalización (660905.99 colones (oficina de validación de derechos ,incluye días hospitalización mas 25% gastos administrativos 165000,226.49colones ) , menos el costo de la visita a domicilio (65.975.71 colones de consulta medica) datos del programa de hospitalización , según lo investigado no existe a Nivel Central de la Institución el costo real de visita domiciliar.

### **Análisis de la pertinencia y viabilidad y sostenibilidad de la modalidad propuesta:**

Este proyecto es viable ya que cuenta con recurso humano base, capacitado y motivado para capacitar y dirigir el nuevo recurso humano a asignar.

Todo el grupo esta motivado con la modalidad de atención y dará apoyo al nuevo servicio domiciliar y/o ambulatorio. La administración será liderada por la comisión de la Modalidad de Atención, bajo la reglamentación y políticas de la institución.

Este proyecto contribuirá a la implementación de las Políticas Corporativas 2009 al 2025 Caja Costarricense del Seguro Social.

### **Antecedentes.**

Los pacientes con necesidades especiales requieren de nutrición continua, además en la mayoría de casos tienen dificultades para la movilización y un deterioro inmunológico importante que los predispone a adquirir infecciones. El comité de Soporte nutricional estableció a partir de año 2009 una consulta externa para brindar un seguimiento multidisciplinario a este tipo de pacientes y evitar internamiento innecesario, sin embargo diariamente en la consulta externa se reconoce la dificultad y los altos costos del traslado de estos pacientes que claramente se beneficiarían de un servicio domiciliario.

Por otro lado en algunas ocasiones correspondería iniciar nutrición parenteral domiciliar a pacientes con alto riesgo de aumento de su morbilidad si pertenece al área de atracción hospitalaria.

### **Fundamentos legales, normativos y políticos considerados en la modalidad**

La C.C.S.S se plantea como misión institucional proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, familia y la comunidad, y otorgar la protección económica social y de pensiones conforme a la legislación vigente ,a la población costarricense mediante el respeto a las personas y principios filosóficos de la seguridad social: Universalidad , Solidaridad ,Unidad, Igualdad , Obligatoriedad y Equidad , los fundamentos de los principios éticos el compromiso y la excelencia en el desempeño de los funcionarios de la institución .

De acuerdo a la Declaración de Cancún, emitida por los Presidentes de las Sociedades y Asociaciones de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional de América latina y el caribe el XI congreso

de FELAMPE XV Congreso de AMAEE, en la ciudad de Cancún Quintana Roo, México el 20 de mayo de 2008.

1V) "Los pacientes hospitalizados tienen derecho a recibir una nutrición de calidad, con personal calificado en el tema y procurando costo - beneficio. "

E2) Fortalecimiento del compromiso de gestión entre el nivel comprador y proveedor, vinculando la productividad y calidad de los bienes y servicios con los recursos financieros asignados y definir obligaciones recíprocas.

E3) Fortalecimiento de la capacidad resolutoria y el fomento de la gestión empresarial con miras a mejorar el desempeño en la prestación de los servicios públicos que otorga la C.C.S.S.

E5) Fortalecimiento del proceso en la rendición de cuentas con el fin de promover la evaluación y la auto evaluación para propiciar un mejoramiento continuo en la gestión.

E6) Impulso de la creatividad e innovación de la gestión local, a aras de fortalecer la toma de decisiones en conjunto, con el soporte del nivel central.

E7) Implementación de mecanismos de cooperación y alianzas estratégicas entre las unidades des concentradas, como medio para el aprovechamiento de economías de escala y para el mejoramiento de la calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de servicios.

G2) Fortalecimiento de la dotación de recursos humanos en las áreas que así se requieran, en forma planificada y en función de lo que demuestren.

Según Ulate (2008)<sup>35</sup> que los procesos internos de los diferentes dependencias , deben de orientarse a satisfacer las necesidades de usuarios (as), mediante la entrega de productos y servicios finales e intermedios oportunos , con atención personalizada , trato amable y considerando la diversidad de géneros , discapacidad etnias y credos religiosos ``<sup>37</sup>.

Parte del reglamento de la normativa institucional, NO EXISTE, para el desarrollo de esta actividad específica de Soporte Nutricional, con un equipo de visita domiciliar.

### **Políticas de sostenibilidad:**

Para garantizar la sostenibilidad, el Hospital nombrara un responsable directo del sub.-proyecto

D9 - Promoción de alianzas estratégicas con otras instituciones, tendientes a fortalecer el aseguramiento y la recuperación de adeudos.

D10-Asignación de recursos presupuestarios según las posibilidades financieras de la institución, únicamente por medio de los canales y mecanismos establecidos , acordes con sus lineamientos y las necesidades de la población , planteadas por el plan anual operativo ,con la finalidad de estimular la red de servicios .

Para garantizar la sostenibilidad, el hospital nombrara un responsable directo del sub.-proyecto, que dará informes periódicos a la sub.-comisión de monitoreo establecida por la dirección medica .Además la disminución en las estancias se convertirá en presupuesto de re-inversión que ayuda a aumentar la complejidad resolutoria del hospital y a impactar en las listas de espera para hospitalización, se trasladara a fortalecer la modalidad de atención.

En un futuro cercano, se negociara con la Dirección para ser parte del compromiso de gestión.

El hospital asumirá los costos recurrentes para la operación de la Modalidad de Atención (mantenimiento y operación) para asegurar la sostenibilidad del proyecto.

Los que trabajaran en la Atención a Domicilio deben de ser conocedores de todas las facetas que incluyen el Soporte Nutricional y su manejo, desde la valoración, prescripción, tomas de vías, monitoreo y manejo de las complicaciones.

Los beneficiarios del sistema se elegirán a través de valoración nutricional al egreso.

## ENFOQUES Y PRINCIPIOS ETICOS CONSIDERADOS EN LA MODALIDAD

### **Beneficencia:**

Los usuarios del proyecto tanto domiciliario como ambulatorio percibirán las siguientes mejoras:

- Permanecerán en su entorno familiar
- Las familias reducirá su estado de angustia (por traslado hospital –casa)
- El usuario podrá reincorporarse mas temprano a la sociedad
- El paciente tendrá la oportunidad de obtener seguimiento de su estado Nutricional por parte del profesional de nutrición
- Mayor funcionalidad a preservar su masa muscular
- Mayor independencia

Se aporta un beneficio de capacitación de buena nutrición a la familia

Los avances de cuidadores de adultos mayores no deben de descalificar a otros pacientes que reciban la terapia de nutrición domiciliar. Se incluirán todos que lo requieran a partir de los 12 años en adelante.

### **No Maleficencia:**

- Valoración PRE- operatoria con anticipo
- Valoración cardiológica
- Control bioquímico
- Beneficio de colocación de Sonda endoscópica percutánea versus colocación de sonda naso gástrica y sus complicaciones

### **Autonomía:**

Al aplicarse una reestructuración y consolidación al programa de cuidado domiciliar para los pacientes, se estará ofreciendo una mejor calidad de vida a los pacientes y sus familiares, pues se les brinda una educación mas integral sobre su enfermedad promoviendo la diversidad y la competencia en cuanto a prestación de servicios de salud. Además se ofrece la cobertura que se

brinda y se ofrecen nuevas garantías a los usuarios, de manera que se oriente a los pacientes que requieren el servicio pueden alcanzar los conocimientos necesarios sobre su patología y tratamiento que esta recibiendo y pueden tener una base que les permite realizar la atención en el hogar de una manera casi independiente procurando en lo posible el cuidado en un alto nivel de eficacia, al brindar un tratamiento integral e individual.

### **Justicia Distributiva:**

El propósito de la selección de pacientes es establecer los parámetros basales objetivos y subjetivos junto con factores médicos y Psicol. Sociales que puedan afectar el propósito o apoyo nutricional fuera del hospital. Al seleccionar a un paciente para apoyo nutricional en casa o un sitio alternativo se debe documentar los valores y el razonamiento que indujeron la selección en la vía administrativa. Los factores adicionales a considerar incluyen Diagnostico- Estabilidad clínica - Indicaciones médicas de la terapia en particular y tratamientos adicionales, capacidad de tolerar incrementos o cambios en la terapia nutricional, habilidad cognitiva para llevar a cabo los cuidados requeridos ,resolver problemas menores o pedir ayuda destreza manual y seguridad , así como lo apropiado al ambiente casero y cumplimiento de las terapias .Los aspectos psicosociales de la selección incluyen estabilidad emocional, el apoyo familiar ,barreras de lenguaje , trastornos de alimentación o psiquiátricos , expectativas de vida ,uso de drogas , preferencias y directrices del paciente a la vez que consideraciones personales , étnicas ,culturales y religiosas. La edad no debe ser un factor decisivo al determinar si el paciente debe ser enviado a casa o un servicio ambulatorio de la terapia nutricional, desde lactantes hasta ancianos puede recibir un tipo de intervención nutricional en casa o sitios alternativos.

### **Marco Teórico Referencia:**

La planeación Integral del Alta la puede coordinar el equipo de apoyo nutricional del hospital junto con el personal de planeación o administrador del caso e involucrar al medico tratante, enfermera, trabajadora social, así como el clínico de apoyo nutricional

Para identificar las necesidades particulares de cada paciente y buscar como afrontarlos. Al evaluar a un enfermo para terapia nutricional en casa se debe de invertir tiempo con Él o los cuidadores, para discutir todo los opciones posibles .Se deben revisar las razones para proveer nutrición domiciliar o ambulatoria junto con las metas, riesgos, beneficios y responsabilidades, así como las consecuencias de no enfrentar el tratamiento.

El paciente y su cuidador (es) deben de entender todos los aspectos antes de implementarlo. Surgen problemas cuando la casa no es la mejor opción para la administración de la terapia nutricional, en especial en vista de las demandas emocionales y técnicas que se imponen a la familia y cuidadores .En algunos casos los miembros de la familia tienen muchas otras responsabilidades, o son capaces física o psicológicamente de cuidar a su ser querido en este momento es donde la nutrición domiciliar cumple un papel primordial.

Los servicios de nutrición en el hogar abarcan un proceso desde preparación de los alimentos y entrega de las nutriciones hasta asesoramiento de soporte nutricional en el hogar.

El criterio para suministrar los servicios de nutrición en el hogar depende siempre de las habilidades y destrezas del familiar o cuidador, se requiere supervisión por un equipo multidisciplinario con enfermera, medico, farmacéutica, nutricionista, para evaluar, monitorear y educar al paciente y cuidadores.

Puede dictarse cuidado en el hogar siempre y cuando se este seguro donde se le va a brindar el cuidado.

Los requisitos básicos de cuidado nutricional en el hogar incluyen:

-electricidad -refrigeración-acceso telefónico - agua potable y acceso al transporte publico y privado.

La importancia de la supervisión de los pacientes adultos mayores que reciben nutrición clínica en el hogar, según estudio: de 30 pacientes reportados por Silver y colaboradores (14), estos pacientes presentaron un número alarmante de complicaciones, incluyendo:

- pérdida de peso (4.35libras,  $p=.001$ )
- ingesta inadecuada
- reducción de orina ( $p=.001$ )
- complicaciones gastrointestinales (63.3%)

Solamente el 20% de estos pacientes recibieron seguimiento por nutricionista. 30 cuidadores realizaron 20 diferentes tareas promedio de 62hrs por semana.

Los cuidadores que no estaban preparados para tratar enfermos con nutrición enteral en el hogar y sus complicaciones, fue un porcentaje de 52.3%. Un 2% no recibió algún tipo de entrenamiento de como realizar las tareas, lo cual producía:

- ansiedad
- tensión
- frustración

Esto es claro que los cuidadores requieren de educación y supervisión clínica cuando reciben nutrición enteral en el hogar.

El equipo técnico para el hogar debe comprender aspectos clínicos de soporte para paciente y familia.

- El efecto de terapia invasiva
- cambios de estilos de vida y calidad de vida, principalmente el adulto mayor.

Varios estudios fueron reportados que a consecuencias de ellas terapias dieron calidad de vida, puede ser de moderada a buena a pesar de > depresión, ansiedad, limitaciones sociales demandas tecnológicas, síntomas físicos de fatiga, diarrea, náuseas, experimentados por los pacientes. (32-33).

Junto con oportunidades de ayuda el paciente puede arreglárselas día a día viviendo con el soporte nutricional en el hogar. (<http://www.oley.org>).

### **Población meta.**

Incluir en modalidad de atención de pacientes de soporte nutricional domiciliar, a 350 pacientes ,290 con nutrición enteral y 60 con nutrición parenteral.

1-Disminuir la estancia hospitalaria

2-Educar a un promedio de 350 familiares y 250 pacientes por año.

3-Capacitar a 150 funcionarios del 1er y 2do nivel de atención, del área de atracción del Hospital. Calderón Guardia.

## OBJETIVO GENERAL

Implementar una modalidad de atención nutricional domiciliar para mejorar el estado nutricional de los pacientes egresados que requieren apoyo nutricional especializado, del área de atracción del Hospital Dr R/ A Calderón Guardia, en el año 2012.

## OBJETIVO ESPECIFICO

1-Realizar una evaluación nutricional completa al paciente que requiere apoyo nutricional previo al egreso.

2-Realizar intervención nutricional en pacientes con desnutrición o riesgo de desnutrición de acuerdo a la valoración previa.

3-Capacitar a los cuidadores o familiares para lograr un abordaje nutricional optimo en un plazo de 6 meses.

## VIGENCIA DE LA MODALIDAD

Se plantea iniciar las operaciones a partir del año 2012 por vigencia del plan operativo anual.

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Todos los insumos y equipos serán responsabilidad de la Dirección y Administración del Hospital Calderón Guardia.

Cada individuo, familiares y comunidad deben de responsabilizarse en el proceso de mantener la salud.

La modalidad de atención satisface las necesidades institucionales con relación al cumplimiento de la desconcentración y la prestación de modelos alternos para prestación de servicios, así mismo la tecnología facilita el proceso de relación medico paciente y hospital paciente.

El equipo que se adquiere será manejado por el personal de servicio del Hospital de soporte nutricional.

Las piezas de repuesto se adquieren en el país y el mantenimiento se realiza por parte de la empresa con personal nacional o de la institución.

El equipo de soporte nutricional actual, enviara la referencia al equipo ambulatorio, para evaluación y seguimiento cuando el paciente este listo para ser egresado. De modo que pueda tener contacto temprano con el paciente, explicarle el procedimiento y hacerle el estudio correspondiente del hogar con tiempo.

El servicio ambulatorio se atenderá diariamente de lunes a viernes a través de referencia y previa valoración por equipo de soporte nutricional del Hospital Calderón Guardia y/o referencias de otros servicios.

## **APORTE DE LA MODALIDAD AL FUNCIONAMIENTO EN REDES**

Las visitas del equipo multidisciplinario se establecerán los días lunes y jueves a domicilio y miércoles se brindará capacitación al paciente, familia y personal.

Las tomas de laboratorio, se harán una vez por semana o cuando corresponda de acuerdo a indicación médica.

Se establecerá coordinaciones con trabajo social y psicología clínica para los casos de hogares en riesgo.

Se atenderán todos los asuntos de vías catéteres centrales, accesos periféricos, sondas de alimentación en la consulta externa de esta unidad.

En esta misma unidad se evaluarán todos los casos que se refieran a otros servicios antes de hacer la visita al hogar.

## **RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD**

El Hospital San Juan de Dios ha tenido un total de 4 pacientes en los últimos 10 años, en domicilio, en forma esporádica con las limitaciones socioculturales de la población atendida.

El HCG, ha atendido 3 pacientes en los últimos 15 años, con DX de intestino corto, con nutrición parenteral por catéter central, por espacio de 8 meses a un año, con visitas cada tres días al hogar y entrega de las soluciones cada día con el transporte del hospital capacitación de los familiares y un caso intervención de trabajo social para la restructuración de una habitación para ubicar al paciente, con apoyo de ayuda del IMAS, en aquel entonces.

Desde el 2008 se estableció en el C.C.S.S. Una consulta externa donde se valoran pacientes de bajo peso, egresados post quirúrgicos, oncológicos y/o adultos mayores referidos del servicio de geriatría. Esta consulta ha evitado muchos internamientos, ya que se realizan cambios y colocaciones de dispositivos o sondas de alimentación, sin requerir internamientos. Se les da seguimiento y control por parte del equipo multidisciplinario médico, enfermera, nutricionista a los pacientes con algún grado de desnutrición, o bajo peso, logrando con educación, controles bioquímicos y de valoraciones y supervisión en la nutrición al paciente el aumento de peso, lo que conlleva a mejorar su estado nutricional y al vez no complicaciones y no reingresos y por ende disminución de costo - estancia.

1-Existencia de electricidad en el hogar y sin mucha interrupción de fluido, ya que las baterías de bombas de infusión no duran más de 12 hrs.

2-Refrigeración: existencia de un refrigerador con la capacidad para almacenar las soluciones parenteral es (aparte de la refrigeradora de uso normal), de modo que conserve la cadena de frío, estar limpia, y cumplir con todas las características necesarias.

3- contar con teléfono para llamar o reportar cualquier cambio o emergencia, mantener Visible los números de emergencia tales como cruz roja - bomberos - servicio de soporte nutricional.

4-Agua potable para el lavado de manos e instrumentos

5-Limpieza en le hogar de insectos y roedores. Área de almacenaje de alimentos

6-Tener baño cercano y fácil acceso

7-En caso de tener escaleras acondicionar con antideslizantes, o cambio a uso de rampa.

8-establecer un área para desechos de las sustancias y materiales peligrosos.

### **12E-ASPECTOS AMBIENTALES:**

Este proyecto no tiene impacto directo ambiental. En el aspecto de desechos sólidos y de peligrosidad los mismos serán manejados según normas técnicas y de reglamentación De desechos sólidos.

La implementación y mantenimiento de la propuesta se apega a las Políticas Corporativas de Gestión Ambiental en:

L1)Implementación y mantenimiento de un sistema de gestión ambiental como parte integral de los objetivos y estrategias de la C.C.S.S. en el desarrollo de actividades , mediante la aplicación de conocimientos técnicos y científicos para la protección del ambiente y la salud humana y la prevención de la contaminación , en el planeamiento , diseño, desarrollo, dotación y operación de infraestructura , tecnología , proceso , servicio, insumos y productos , fundamentado en la norma ISO-14000, que conduce a la corporación a una cultura de respeto al medio ambiente .

L2) Desarrollo y promoción de acciones de protección y mejoramiento del ambiente humano, con utilización de criterios para adecuado manejo, tratamiento y disposición final de los desechos (comunes, peligrosos o especiales) que se deriven de la operación de servicios.

L3) Aseguramiento en todas las unidades de la C.C.S.S., existentes o nuevas , de sistemas y métodos de operación que prevengan y corrijan los daños a la salud en las personas y al ambiente en general.

L4) Desarrollo de acciones integrales, sistematizados y coordinadas entre los funcionarios de la C.C.S.S y los proveedores para el manejo de bienes y servicios contratados, así como la disposición de desechos: sólidos, líquidos y orgánicos e inorgánicos, peligrosos o no; como parte de las estrategias institucionales para implementar una actitud positiva hacia la conservación y mejoramiento de la Salud de las personas y del medio ambiente.

**ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA**

DIA	ACTIVIDAD
LUNES	VISITA DOMICILIAR AMBULATORIA
MARTES	CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA
MIERCOLES	EDUCACION A FAMILIARES Y PACIENTES
JUEVES	VISITA DOMICILIAR AMBULATORIA
VIERNES	CONSULTA EXTERNA AMBULATORIA

## EVALUACION DE LA PROPUESTA

Los que trabajan en atención a domicilio deben de ser conocedores de todas las facetas que incluyen el soporte nutricional y su manejo, desde la valoración, prescripción, tomas de vías, monitoreo, y manejo de las complicaciones.

No todos los pacientes califican para nutrición de consulta externa, domiciliar o ambulatoria de modo que se debe definir los candidatos para el manejo a este nivel

**SOPORTE ENTERAL:** Es el alimento que se suministra por sonda, en tomas cada dos o tres horas o por bomba en goteo continuo.

**SOPORTE PARENTERAL:** Es una alimentación por vía central o por vía periférica que esta compuesta por carbohidratos, grasas, proteínas y vitaminas, electrolitos y algunos minerales que nos dan los nutrientes para el funcionamiento diario.

**MAL NUTRIDO:** Deficiencia o exceso de los nutrientes requeridos para cubrir las necesidades metabólicas diarias.

**DESNUTRICIONES:** un síndrome que se presenta por déficit y/o energético continuado se asocia con atrofia de orégano linfoides y perdida de su función, susceptibilidad de a agentes patógenos reactivación de infecciones víricas y desarrollo de infecciones oportunistas. También produce atrofia de las mucosa u y pobre absorción intestinal

**SONDA P.E.G:** E s las siglas para definir la sonda endoscópica percutánea

**FELAMPE:** Federación latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral

**CATETER CENTRAL:** dispositivo que se utiliza por vía intravenosa, para administrar las soluciones parenterales.

## BIBLIOGRAFÍA

Durraant. L, Barush. A, Olsen. L. (2006) Fostering coping Skill and resilience. Home enteral nutrition consumers (HEN) Nutrition in clinical practice NCP volumen 21 N-6

Ross. V, Gajenwski. B, Smith. (2006) Technology Dependence in home care: Impact on patients and their family caregiverts, vol 21 N6.

Silver. H, Hammer. V, Gallager. C. (2003). Nutrition issues in the home , community, and long term care setting. Nutrition en clinical practice volumen 18 , N 1

Bolaños. S, Arreola L, Mata. A. (2009). Sub-sistema de hospitalización, atención y apoyo domiciliar y de la C.C.S.S. articulado en red para la persona y su sistema familiar Caja Costarricense de Seguro Social .Gerencia Medica .Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud .Área de atención Integral a las personas.