



Vega, Silvia Fátima

***Nivel de conocimiento que tiene enfermería
sobre nutrición enteral forzada, en pacientes
de una unidad de cuidados críticos***

Trabajo Integrador Final. Licenciatura en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud (2024)

Universidad Católica de Santa Fe.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su publicación en línea



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENE ENFERMERÍA SOBRE NUTRICIÓN
ENTERAL FORZADA, EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS
CRÍTICOS”

DATOS DE LA AUTORA

Apellido y Nombre: Vega, Silvia Fátima.

Libreta universitaria: Número de matrícula 42836

Dirección: Baldaccini 5462 (Monte Vera).

Teléfono: 0342-155230512

Correo electrónico: fatimavega20@gmail.com

DATOS DEL DIRECTOR

Apellido y Nombre: Ojeda, Adrián Guillermo.

DNI: 26.460.546

Teléfono: 0342-154689184

Correo electrónico: adrian_gop@hotmail.com

Grado académico: Licenciado en Enfermería, Especialista en Cuidados Críticos,
Diplomatura en Gestión de Salud.

AGRADECIMIENTO:

Este trabajo de investigación no se podría haber realizado sin el apoyo constante de mi familia, de mi director de tesis y de la colaboración de mis compañeros de trabajo que accedieron a participar en el cuestionario y ser parte de la población de estudio.

¡A todos ellos...MUCHAS GRACIAS!

INDICE:

Tema	5
Problema	5
Resumen	5
Introducción	6
Contexto de descubrimiento	8
Justificación	8
Objetivos	9
Relevancia social del análisis	9
Marco teórico	10
Hipótesis	19
Tipo de estudio	19
Instrumento	19
Sitio y contexto	20
Población y muestra	21
Criterios de inclusión y exclusión	21
Análisis y presentación de los datos	21
Resultados esperados	21
Interpretación de la encuesta: Gráficos	22
Discusión	35
Conclusión	37
Cronograma de trabajo	38
Bibliografía	39
Anexo	41

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

TÍTULO: “Nivel de conocimiento que tiene enfermería sobre nutrición enteral forzada, en pacientes de una unidad de cuidados críticos”

Tema: Nivel de conocimiento sobre nutrición enteral forzada.

Problema: ¿Qué nivel de conocimiento sobre nutrición enteral forzada tienen los enfermeros de una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de gestión pública provincial, de la ciudad de Santa Fe, en el período enero-marzo del 2022?

RESUMEN:

Este trabajo se realizó con el principal objetivo de determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre nutrición enteral forzada (NE) que tienen los enfermeros que integran el plantel de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de tercer nivel, perteneciente a la gestión pública provincial.

Esta investigación se llevó a cabo mediante un estudio de tipo descriptivo-transversal con abordaje cuantitativo, el cual se realizó con una unidad de análisis conformada por 27 enfermeros que, dentro de todas sus funciones, administraron alimentación enteral por sonda nasogástrica a pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en el período enero-marzo de 2022. Para lograr alcanzar el objetivo propuesto, se evaluó el nivel de conocimiento sobre NE tanto en su administración, como en cuidados de la sonda nasogástrica (SNG), administración de medicamentos por la misma, entre otros, mediante un instrumento, cuestionario de respuestas múltiples, que evalúa el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el tema. Cabe destacar que, el cuestionario se aplicó a todo el personal de enfermería que tenía a su cargo la atención de pacientes con requerimiento de nutrición enteral por SNG.

Con ésta investigación se pretende descubrir el nivel de conocimiento que los enfermeros tienen del manejo de la NE, resaltando que la nutrición es una de las necesidades básicas alteradas más frecuentes en éste tipo de servicios y de ella depende, además de otros cuidados, el éxito de la recuperación y rehabilitación de los pacientes de una unidad de cuidados críticos.

PALABRAS CLAVES: Nutrición, nutrición enteral, cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN:

Los adelantos surgidos en los últimos años en la monitorización y técnicas de soporte nutricional enteral de determinadas funciones orgánicas, consideradas vitales, han resultado en una mejoría en la supervivencia de ciertas enfermedades críticas que, antes, determinarían una muerte a corto plazo, ya que no se reconocían las posibles alteraciones en otros órganos y sistemas.

En la actualidad se considera a esa supervivencia limitada por el tiempo de noxa, las diferentes alteraciones funcionales agudas de algunos órganos y por la disfunción de todos los sistemas del organismo, ya que todos ellos se encuentran relacionados y la enfermedad del paciente afecta al conjunto de ellos". (Perman, 2015).

La disfunción del metabolismo que afecta a estos padecimientos críticos es un aspecto muy complejo ya que difiere en forma significativa durante el ayuno, la desnutrición y otras situaciones asociadas que provocan un retraso en la recuperación del enfermo, junto a otras consecuencias como la morbilidad, mortalidad y los costos sanitarios del tratamiento. El tema surge porque en el paciente críticamente enfermo la ingesta oral está comprometida por diversos factores que alteran la deglución de forma transitoria debido a patologías que contraindican el uso del aparato digestivo por presencia de un tubo endotraqueal, por la cual la implementación del soporte nutricional es fundamental para aportar los requerimientos específicos para cada paciente.

En el ámbito de la salud se conoce el soporte nutricional (SN) como la provisión de dietas específicas, ya sea por vía parenteral (SN parenteral) o por vía enteral (SN enteral), y se utilizan con el objetivo de obtener o mantener un estado nutricional adecuado en los casos en que la alimentación normal no es posible. (Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral, 2024)

Para obtener los máximos resultados en la aplicación del SN se deben tener en cuenta, para que sea efectivo y seguro, diversos aspectos fundamentales como: sus indicaciones, contraindicaciones, manejo de técnicas específicas, formas de aplicación, monitoreo, complicaciones y consecuencias de la NE. No menos importante es tener en cuenta en qué nivel del tracto gastrointestinal se insertan los tubos o dispositivos que permiten la nutrición correcta del paciente. El éxito y la seguridad de la nutrición dependen no solo del control adecuado de los dispositivos y la observación de la evolución de la patología por parte del personal médico, sino también del personal de enfermería, y para ello se debe considerar la capacitación del personal como un factor de relevancia para la ejecución de los cuidados en general y del éxito del soporte nutricional.

Recientes investigaciones sobre el SN en pacientes críticos recomiendan la incorporación

precoz de la alimentación para evitar complicaciones asociadas a la desnutrición, ya que aumenta el riesgo de infección por disminución de los mecanismos inmunológicos de defensa, disminución de la capacidad respiratoria y alteración de la barrera intestinal, por consiguiente, surge la necesidad de implementar programas de educación continua que permitan el adecuado cuidado. (García Ávila, 2006)

Una investigación sobre “Evaluación nutricional y soporte nutricional por vía enteral: nivel de conocimientos de enfermeros de unidades de terapia intensiva adultos de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, arrojó el siguiente resultado: El 73% de encuestados su formación y conocimientos sobre Soporte Nutricional (SN) son insuficientes. Poseen escasa instrucción en evaluación nutricional. Y para un grupo menor, los cuidados de enfermería específicos fueron adecuados. (Ilari,2009)

Con este trabajo se pretende medir el nivel de conocimientos con la formación académica que tiene el personal de enfermería y las funciones que desarrollan con los pacientes.

CONTEXTO DE DESCUBRIMIENTO:

Este trabajo de investigación surge de la observación de varios factores, como: las complicaciones que a menudo presentaban los pacientes con NE, los cambios en las nuevas alimentaciones, la intervención de nutricionistas en el servicio y la necesidad de una continua capacitación para adaptarse a los cambios.

Tomando todos éstos parámetros, y siguiendo una línea con la especialidad de la Licenciatura en Enfermería en Cuidados Críticos, es que se decide tomar como unidad de análisis al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe.

JUSTIFICACIÓN:

Este trabajo describe y analiza el nivel de conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre el manejo de la nutrición enteral, sus cuidados, la forma correcta de administración y las complicaciones que puedan surgir de la misma.

Para tal fin se implementó un instrumento válido, cuestionario de respuestas múltiples, para evaluar objetivamente que conocimiento tienen los enfermeros sobre ésta práctica habitual en pacientes internados en una Unidad de Cuidados Críticos.

El cuidado de enfermería es una acción constante que supone, en pacientes que no pueden valerse por sí mismos para satisfacer sus necesidades básicas, de la conciencia y la excelencia con que se realicen cada uno de los procedimientos, ya que de ellos dependen la recuperación de su salud y la rehabilitación de sus funciones.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de conocimiento sobre nutrición enteral que tiene el personal de enfermería que desarrolla sus funciones en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el período enero-marzo de 2022.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el conocimiento que enfermería tiene sobre la administración correcta de nutrición enteral.
- Conocer el conocimiento que tiene enfermería sobre el manejo, cuidado y mantenimiento de la sonda nasogástrica.
- Evaluar el conocimiento que tiene enfermería sobre las posibles complicaciones de la nutrición enteral.
- Determinar el nivel de conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre la administración de fármacos a través de la SNG en un paciente con NE continua.

RELEVANCIA SOCIAL DEL ANÁLISIS:

Esta investigación estuvo dirigida a todo profesional de enfermería que tenga a su cargo pacientes con nutrición enteral continua, ya sea que trabajen en una Unidad de Cuidados Críticos, en servicios de internación general e internación domiciliaria.

El alcance de los cuidados que deben tenerse con los pacientes que requieren este tipo de alimentación, es de injerencia tanto para el personal de enfermería como médicos y kinesiólogos, dado que, en la actualidad, los servicios hospitalarios que poseen unidades de cuidados críticos, trabajan de forma mancomunada con otras especialidades.

El conocimiento adecuado para éste tipo de intervención beneficia ampliamente al paciente en su recuperación, permitiendo que el mismo no se vea privado de los nutrientes esenciales para el correcto funcionamiento celular, y a su vez éste redundará en un beneficio para las instituciones, ya que un paciente bien nutrido reduce las posibilidades de infecciones nosocomiales y, en caso que se presentara, tiene la posibilidad de resolverla en menor tiempo, disminuyendo así los días y costos de internación.

MARCO TEORICO:

La alimentación enteral puede define como: el suministro de nutrientes directamente al tracto gastrointestinal (TGI), la cual puede ser tanto por la vía oral (nutrición enteral), como por medio de la utilización de sondas que llegan al estómago, duodeno o yeyuno (nutrición enteral forzada) (Ilari, 2008). Este último tipo de alimentación forzada debe usarse siempre y cuando el tracto gastrointestinal funcione correctamente, ya que de lo contrario pueden presentarse efectos adversos indeseables para el paciente. La NE constituye la forma más eficaz, segura y menos costosa para mantener y recuperar el estado nutricional en pacientes críticos. Esta se administra en situaciones de malnutrición o ante la posibilidad de la misma, lo que ha llevado a contribuir, significativamente, la disminución de la morbilidad y la mortalidad de estos pacientes. Dentro del concepto de nutrición artificial se pueden distinguir dos técnicas: la nutrición parenteral y la nutrición enteral.

La nutrición enteral conlleva una serie de ventajas frente a la parenteral: es más fisiológica, más fácil de preparar, administrar y controlar y presenta menor número de complicaciones y de menor gravedad. Además, la utilización de los nutrientes es más eficiente y resulta menos costosa. (Clínica Universitaria de Navarra, 2024)

Se debe destacar que antes de brindar apoyo nutricional con alimentación enteral forzada, es decir por medio de una sonda que va hacia el tracto digestivo, se deben seguir varios pasos, entre los que están: la valoración, elaboración y evaluación de un plan terapéutico, actualmente dirigido por médicos y nutricionistas, y una vez iniciado el apoyo nutricional se requiere de una vigilancia minuciosa y revaloración frecuente, en la que interviene directamente los profesionales de enfermería. Para la evaluación del estado nutricional del paciente se debe tener en cuenta incluir los métodos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos.

Como se menciona anteriormente, la alimentación enteral está indicada en pacientes con tracto gastrointestinal funcional que no deben, no quieren o no pueden ingerir cantidades adecuadas de nutrientes, o que presentan enfermedades que dificulten la absorción con una dieta normal, lo cual puede comprometer el estado nutricional. En el caso de los pacientes que requieren cuidados críticos, tanto por la patología de base como por la complejidad de las intervenciones, es frecuente iniciar con alimentación enteral de forma temprana. El beneficio de la nutrición enteral en el paciente crítico ha sido demostrado en varios estudios, especialmente si esta es iniciada precozmente, en las primeras 24-48h de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. En la actualidad, si bien esta práctica es recomendada por las principales guías de práctica clínica, el inicio de nutrición enteral en el paciente crítico con inestabilidad hemodinámica es una decisión controvertida, fundamentalmente debido al potencial riesgo de isquemia intestinal asociado a su empleo. Un artículo de investigación publicado en la revista Medicina Intensiva, en el año 2001, daba cuenta del siguiente resultado: La incidencia de complicaciones

gastrointestinales se mantiene elevada. Dicho artículo menciona que, las complicaciones se deben: al aumento del residuo gástrico, siguiéndole el estreñimiento y luego la presencia de diarrea asociada a la NE, motivo de confusión en cuanto a los factores causales. En referencia a la presencia de distensión abdominal refiere que puede deberse a un mecanismo de defensa del organismo ante el uso de la NE en situaciones de perfusión intestinal límite. Y como última complicación menciona la disfunción del esfínter esofágico inferior, expresada clínicamente mediante la regurgitación de la dieta y/o vómitos, situación de riesgo que contribuye a la broncoaspiración y neumonía secundaria. (Montejo,2001)

Ante estos antecedentes, debe considerarse que también existe un alto porcentaje de pacientes que presentan algún grado de desnutrición al momento de su ingreso al hospital, la desnutrición también puede desarrollarse durante el curso de la hospitalización y con frecuencia se acentúa con la enfermedad e inclusive con algunos tratamientos médicos. Hoy en día, esta desnutrición se la conoce como desnutrición calórica-proteica (DCP), la cual se define como: una deficiencia energética causada por un déficit de todos los macronutrientes, principalmente de proteínas, la cual suele estar acompañada de deficiencias de muchos micronutrientes. La desnutrición calórico-proteica puede ser súbita y completa (inanición) o gradual. La gravedad varía desde deficiencias subclínicas hasta una caquexia evidente con edema, alopecia y atrofia muscular y cutánea. Con frecuencia, la DCP, afecta a varios sistemas orgánicos. (Shilpa, 2023)

La desnutrición calórica-proteica en cualquier situación clínica se debe a uno o a varios de los siguientes factores patogénicos:

- Ingesta nutricional insuficiente e inadecuada.
- Alteraciones de la digesto-absorción o del metabolismo de los nutrientes.
- Aumento de los requerimientos nutricionales.
- Hiporexia o no colaboración (del personal o familiares) en el momento de la ingesta oral.

La DCP es la deficiencia nutricional observada con más frecuencia en los pacientes hospitalizados, denominada “desnutrición hospitalaria”, la cual se caracteriza por una disminución de las reservas calórico-proteica del organismo y por varias alteraciones de las funciones de órganos o sistemas debido a depleción proteica. En general la pérdida del 30 al 40 % de la proteína corporal es causa de muerte, teniéndose en cuenta que la mayoría de las funciones fisiológicas se alteran con la pérdida de más del 20 % de la proteína corporal, por lo cual aumenta las complicaciones postoperatorias y el tiempo de internación. Si la depleción es rápida, por ejemplo, por hipercatabolismo severo, una pérdida menor del 20 % puede ser clínicamente significativa.

En ésta instancia se incorpora el termino soporte nutricional (SN), el cual se refiere al proceso por el cual se trata de prevenir o retardar la aparición de una depleción proteica o

de replecionar la proteína corporal si ya estuviera presente en el curso de la enfermedad (desnutrición secundaria) o durante la hospitalización (desnutrición hospitalaria).

En los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos, el cual es considerado críticamente enfermo, las necesidades nutricionales van a depender de la gravedad de la lesión o de la enfermedad y del estado nutricional previo.

Los pacientes en estado de estrés serio, ya sea por trauma, sepsis, quemaduras o enfermedad crítica, presentan un acelerado catabolismo de las proteínas corporales, lo que conduce a un incremento en la degradación y la transaminación de los aminoácidos de cadena ramificada en el músculo esquelético, con el consecuente aumento de la generación de lactato, alanina y glutamina, y un gran flujo de estos sustratos entre el músculo (periferia) y el hígado (órgano central). La consecuencia metabólica se traduce en una notoria elevación de la producción de glucosa en el hígado, proceso denominado gluconeogénesis. (Savino, 2016)

Esta intensa respuesta hipermetabólica e hipercatabólica genera el desarrollo de malnutrición aguda, sarcopenia secundaria (afección que se caracteriza por la pérdida de masa muscular, fuerza y funcionamiento de los músculos), y debilidad muscular adquirida, favoreciendo la aparición de infecciones, disfunción orgánica múltiple, sepsis y finalmente la muerte.

La respuesta hipermetabólica a la injuria puede modificar sustancialmente la homeostasis metabólica, hormonal, inmunológica y nutricional del paciente.

Se debe tener en cuenta que la masa proteica de un adulto sano que ingiere una dieta normal se mantiene constante en un estado de equilibrio dinámico entre la síntesis y la degradación proteica.

En condiciones normales, una dieta hiperproteica no incrementa la masa proteica, la misma solo se eleva en niños durante el crecimiento, en los deportistas y durante la recuperación de una desnutrición calórica-proteica previa.

Dado que no existen depósitos de proteína para la provisión de energía, cuando la ingesta calórica-proteica es menor que la necesaria para mantener el equilibrio entre la síntesis y la degradación, se produce un balance negativo de proteínas lo que se acompaña de cierto grado de deterioro funcional.

Frecuentemente, una persona de reciente ingreso a una UCI, se ve expuesta a la privación de la alimentación entre 24 a 48 hs. Durante esas primeras 24hs de ayuno la glucosa generada proviene del glucógeno hepático, luego lo hace a partir de la gluconeogénesis (elevación de la producción de glucosa en el hígado), es decir de la síntesis a partir de precursores como el ácido láctico, pirúvico, el glicerol y especialmente de los aminoácidos glucogénicos que provienen del catabolismo proteico.

De esta forma en las primeras 24hs de ayuno, un adulto promedio de 70 kg degrada aproximadamente 75 gr de proteína. Si se mantuviera este nivel de degradación proteica, es decir, si el organismo no se adaptara para ahorrar energía, en 25 a 30 días se perdería entre el 30 y 40 % de la masa proteica, lo cual conduciría a una disfunción multiorgánica con riesgo de muerte. (Goñi, 2000)

Un paciente que presenta una afección grave con reposo prolongado, se puede ver beneficiado por dos mecanismos compensatorios: La disminución del gasto energético y la utilización de combustibles alternativos, dos de los mecanismos mediante los cuales, al disminuir la necesidad de demanda de aminoácidos glucogénicos, disminuye la degradación proteica a 20 gr por día. Este ahorro de proteínas prolonga la supervivencia en caso de ayunos prolongados.

En el paciente críticamente enfermo, la intensidad del trauma, de la infección o la gravedad de la enfermedad, son las que van a determinar las demandas metabólicas, es por ello que existe una relación directa entre la gravedad de la lesión y el gasto energético total.

Como se menciona anteriormente, la respuesta metabólica a la agresión o estrés, forma parte de un mecanismo de adaptación enfocado a la supervivencia ante una situación crítica. La magnitud de la respuesta metabólica a la enfermedad varía con el tipo y gravedad de la agresión, y se divide en aguda y crónica. La aguda se subdivide en dos fases: EBB (shock) y Flow. La fase EBB (precoz) se caracteriza por: hipovolemia, hipotensión e hipoxia tisular. Los objetivos terapéuticos de esta etapa están dirigidos a la recuperación de las funciones vitales (mejorar el transporte y el consumo de oxígeno). La fase Flow (tardía) tiene dos respuestas secuenciales: la aguda y la adaptativa, y su fin es conseguir la estabilidad hemodinámica y un correcto transporte de oxígeno. Esta etapa se asocia con incrementos en el gasto energético, consumo de oxígeno, producción de carbono y gasto cardiaco, y con disminución de las resistencias vasculares sistémicas.

Ante éstas situaciones clínicas que se presentan en un paciente crítico, además de la causa que originó primariamente su condición, es que se debe afrontar y elegir la forma y la fórmula de nutrición que se le administrará para su mayor recuperación y rehabilitación de sus órganos y sistemas.

Hoy se reconoce que la nutrición enteral exclusiva en el paciente en estado crítico es el factor iatrogénico de desnutrición más importante en las Unidades de Cuidados Intensivos, por lo que es necesario evaluar los nutrientes que serán administrados y tolerados por esta vía, sin descartar la posibilidad del empleo de nutrición parenteral suplementaria, la cual debe ser una alternativa que siempre debe estar presente para el adecuado manejo nutricional. Finalmente, se puede decir que el beneficio real para

el paciente radica en el empleo adecuado de las herramientas disponibles para su manejo metabólico y nutricional, y no en la elección de una vía de soporte nutricional con exclusión de la otra. Con un soporte metabólico y nutricional adecuado, algunas veces sólo con nutrición parenteral, otras con sólo nutrición entérica y muchas veces con la mezcla de las dos, se logran mejores resultados clínicos, limitación de costos, disminución en los tiempos de hospitalización, reducción de la tasa de infección y del periodo de soporte respiratorio, menor uso de antibióticos y menores tasas de morbimortalidad, lo cual lleva a un seguimiento meticuloso, cercano y multidisciplinario del paciente crítico. (Savino, 2016)

En el marco de ésta investigación se hará foco en los beneficios y contraindicaciones de la nutrición por vía enteral, la cual se define como el conjunto de procesos terapéuticos mediante el cual se administran por vía digestiva nutrientes esenciales para mantener un adecuado estado nutricional, cuando la ingesta oral es imposible, no recomendado o insuficiente para cubrir los requerimientos.

Esta vía de administración tiene una serie de ventajas fisiológicas, a las que se les debe sumar el hecho de ser una medida terapéutica accesible desde el punto de vista económico. Entre esas ventajas fisiológicas se destacan:

- Prevención de la atrofia intestinal.
- Disminución de la translocación bacteriana, ya que mejora el efecto trófico de las vellosidades e incrementa la eficacia y eficiencia de las cilias. Además, provoca una respuesta positiva en la inmuno-competencia del intestino delgado.
- Merma de complicaciones infecciosas.
- Fortalecimiento de la función inmunitaria y de la regeneración de los tejidos.

Este tipo de nutrición tiene una característica básica: el empleo de sondas transpilóricas para su administración, que son dispositivos cilíndricos de diversos materiales, calibres y longitudes, los cuales poseen un el extremo proximal con un conector por donde se infunde la alimentación, y un extremo distal con punta roma con perforaciones, que permite el pasaje de la nutrición a la vía digestiva. (Delgado 2005)

En el ámbito hospitalario local, esta sonda, habitualmente nasogástrica, es colocada por el médico intensivista o por el médico nutricionista, y las sondas naso-yeyunal o los botones gástricos son procedimientos realizados por el servicio de cirugía general. En todos los casos éstas sondas llevan un monitoreo previo a la administración de la NE, que consta en realizarle al paciente una radiografía de abdomen para corroborar la correcta colocación de la misma. Una vez que se asegura que, por ejemplo, la SNG, está en la cámara gástrica, se inicia con la infusión de la NE.

En esta instancia comienza el accionar de enfermería con los cuidados que le va a brindar al paciente crítico con NE, entre ellos estarán: el monitoreo de la infusión por bomba con el propósito de garantizar la administración del volumen real indicado a cada paciente, dado que, en algunos casos, el déficit de aporte puede ser tan importante como para convertirse en un mecanismo patogénico adicional en la depleción calórico-proteico de los pacientes críticos. También deberá tener en cuenta la prevención de complicaciones metabólicas, respiratorias, sépticas, gastrointestinales (vómitos, diarrea, constipación); el control de la presencia de alto residuo gástrico, la fijación correcta de la SNG para evitar la salida accidental del acceso enteral, la posición del paciente en el momento de la nutrición enteral según la ubicación de la sonda y la administración de medicación a través de la misma con el correspondiente cuidado tanto en el tiempo correcto que debe suministrarse como en el lavado de la sonda.

Como se menciona, uno de los cuidados que corresponde al accionar de enfermería es evitar las complicaciones que puedan surgir de la administración de NE, entre ellas se reconocen:

- ✓ Complicaciones mecánicas: Se trata del retiro accidental de la sonda, obstrucción, malestar o molestias nasofaríngeas, lesiones por decúbito (erosiones y necrosis de las narinas, ulceraciones o estenosis esofágicas, fístula traqueoesofágica), fugas alrededor del ostoma con irritación cutánea, entre otras.
- ✓ Complicaciones infecciosas: Colonización traqueal, broncoaspiración (pudiendo causar neumonía), sinusitis, otitis media, absceso del septum nasal, absceso de la pared abdominal, peritonitis, etc.
- ✓ Complicaciones gastrointestinales: El paciente puede presentar aumento del residuo gástrico, diarrea (definida como la presencia de 5 o más deposiciones líquidas en 24 horas), estreñimiento (ausencia de deposiciones por más de 3 días desde el inicio de la NE), distensión abdominal, vómitos, etc.
- ✓ Complicaciones metabólicas: Hipoglucemia, hiperglucemia, alteraciones electrolíticas, deshidratación, sobrecarga de volumen, síndrome dumping (vaciado gástrico rápido).
- ✓ Complicaciones psicológicas: Dificultades de adaptación a la nueva situación, incapacidad de saborear alimentos, alteración de la imagen personal, dificultad en el proceso adaptativo. (Motta, 2016)

Enfermería cumple un rol primordial en la prevención de éstas complicaciones, aún más aquellos profesionales que pertenecen al platel de un área crítica, ya que la monitorización de éstos pacientes es continua e ininterrumpida.

Para ello se ha recopilado un conjunto de medidas que deben tenerse presentes a la hora de

abordar un paciente con NE:

1. Lavado de manos con agua y jabón antiséptico, respetando los 5 momentos.
2. Utilización de guantes de látex descartables.
3. Posición del paciente semifowler o Fowler.
4. Identificar posición de la sonda en cada turno.
5. Higiene bucal / limpieza del ostoma en cada turno.
6. Control diario del aspecto de la sonda: Cambiar la sonda siempre que esté con restos de fórmula adheridos en su interior, obturada o si presenta grietas u orificios, en caso de extracción voluntaria o accidental y siempre como máximo cada 3 o 4 meses (dependiendo del tipo de sonda). Los sistemas de infusión deben cambiarse cada 24 horas.
7. Mantener la permeabilidad de la sonda instilando 30ml de agua tibia cada 4 horas.
8. Verificar el residuo gástrico antes de cada administración de la fórmula en caso de administración intermitente, o cada 6 hs en caso de administración continua. (Motta, 2016)

Cada una de éstas medidas tiene su fundamentación científica basa en la evidencia, así como el conjunto de ellas, aplicadas de forma continua y sistemática, ayudan a la prevención de las complicaciones de la nutrición enteral. Es sabido que la higiene de manos es el método universal más efectivo para la prevención y control de las infecciones, la cual debe estar presente tanto al inicio como a la finalización de la administración de la NE. El posicionamiento del paciente (Fowler o semi-Fowler) hace referencia a que el mismo debe estar sentado o semi-sentado, en un ángulo de 30-45º durante la administración de la NE y entre media hora y una hora después de la administración de la misma, ya que ésta medida previene la regurgitación y la broncoaspiración por decúbito, excepto cuando se administre en yeyuno. Por su parte, la higiene oral o la limpieza del ostoma, según sea el dispositivo que tenga colocado el paciente, requiere de especial atención en éstos pacientes, ya que se ven privados de hacerlo por sus propios medios. En los pacientes críticos, que además están sometidos a ventilación mecánica invasiva, el lavado bucal es de suma importancia para la prevención de la traslocación de bacterias de la vía oral a la vía respiratoria. En la actualidad se aconseja realizarla una vez por turno o cada 8 hs, con un colutorio de clorhexidina al 0,2 %.

La administración de agua, aplicada con el fin de mantener la permeabilidad de la sonda, se debe realizar utilizando agua estéril y tibia, infundiendo 30 ml de agua antes y después de la infusión de la fórmula, si la administración es intermitente, si es continua cuando se cambie la fórmula y ante la administración de medicamentos. En este punto ha de saberse que, los fármacos se deben administrar de forma separada, triturados en polvo fino y mezclados con agua estéril. Las formulas líquidas de los fármacos se diluyen igualmente con agua estéril para

disminuir su osmolaridad. Antes de la administración del fármaco se debe detener la NE y se lavará la sonda con 15 ml de agua antes y después de la administración del mismo, además no se deben añadir directamente los fármacos a la fórmula enteral ni se deben mezclar varios fármacos para su administración conjunta.

Dentro del cuidado y control de las sondas, se diferencian según la vía de colocación de la misma. Para las sondas nasogástricas y nasoyeyunales, la parte externa de la sonda, debe limpiarse diariamente con una gasa, agua y jabón líquido, manteniendo el tapón y el orificio de entrada de la sonda limpios y sin restos de fórmula de nutrición. El tapón del conector de la sonda debe mantenerse cerrado cuando no se utilice. Las sondas nasogástricas deben girarse sobre sí mismas diariamente para evitar la aparición de úlceras por presión sobre la nariz. Para la fijación de las mismas, se debe utilizar cinta hipoalergénica y mantener la higiene e hidratación de la piel y las fosas nasales al menos una vez por día. Si el paciente presentara sondas de gastrostomía o yeyunostomía, se debe realizar el cambio diario de la fijación, evitando que la sonda quede doblada, procurando que el soporte externo se apoye en la piel sin ejercer presión. Es conveniente colocar entre la piel y el soporte de la sonda una gasa estéril para prevenir las irritaciones de la piel, cambiando la gasa diariamente.

Las fórmulas de la NE también requieren de cuidados específicos, las mismas deben ser almacenadas en un lugar limpio y oscuro, con temperatura entre 15 - 25°C, evitando temperaturas extremas. En el sitio de estudio donde se desarrolló la presente investigación, se utilizan fórmulas listas para ser utilizadas, lo que es altamente recomendable ya que, se evita la manipulación y contaminación del producto.

Como se menciona anteriormente, existen dos formas de administrar alimentación enteral, una es mediante una infusión continua y la otra intermitente. La infusión continua es la administración de nutrientes de manera continua y sin interrupciones durante las 24 hs del día, a través de una bomba de infusión. El inicio de la infusión suele ser de 10 a 30 ml /hora, de acuerdo con el estado metabólico del paciente y al abordaje utilizado, y el incremento se realiza de acuerdo a la tolerancia de la nutrición, en volúmenes de 25 ml/hora cada 8 a 12 horas hasta alcanzar la meta deseada, en pacientes críticamente enfermos el aumento debe realizarse más lentamente de 10 a 15 ml/hora.

Dentro de la infusión intermitente hay dos formas de administración: Por jeringa, utilizada para alimentación intermitente en bolos, administrándose de 200 y 500 ml de fórmula repartidas varias veces a lo largo de todo el día. Para ello, se utilizan jeringas de alimentación de 50 ml. Y por gravedad: Se administra a través de un dispositivo que permite regular la velocidad de infusión de la NE. Suele ser una forma de administración más lenta que con la jeringa, por lo que la tolerancia mejora. Habitualmente se utiliza entre 3 y 6 veces al día. Cada administración suele durar entre 30 y 120 minutos en función de la tolerancia del paciente.

Como puede apreciarse, la administración de alimentación enteral por sonda, requiere de un

gran compromiso y conocimiento sobre su manejo, de parte de todo el personal actuante (médicos, nutricionistas, enfermeros y kinesiólogos), ya que todos son artífices de los cuidados que se le otorgan al paciente crítico. Pero es enfermería quien está presente las 24 hs del día, a quienes le atañe todas estas intervenciones antes mencionadas, y quienes informan al médico tratante de cambios, efectos adversos, intolerancias o cualquier problema con la administración de la NE. Es por ello que, para que realmente el paciente reciba una atención óptima, enfermería no puede desconocer la importancia de cada uno de los cuidados ni evadir la responsabilidad que le concierne como profesionales de la salud.

Virginia Henderson, en su modelo de las 14 necesidades básicas, menciona que: "...en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento. La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica". (Alcántara, 2021)

Dentro de esas 14 necesidades básicas, la alimentación se encuentra en la base la pirámide, reconociendo que: Todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia, y para ello la enfermera debe estar en conocimiento del tipo de dieta e hidratación, según los requerimientos nutricionales del paciente y del tratamiento mandado por el médico.

Se debe tomar en cuenta el apetito y el ánimo, los horarios y cantidades, la edad y el peso, creencias religiosas y culturales, capacidades de masticar y deglutir, entre otros.

Enfermería trabaja constantemente sobre la alteración de las necesidades básicas de los pacientes, y su mayor fin es la satisfacción de esas necesidades, por ello es que en una era de grandes avances tecnológicos se ve en la premura de estar a la altura de dichos avances, ayornándose a los cambios de paradigmas y capacitándose en las nuevas guías, para así seguir prestando una atención de calidad al paciente crítico.

HIPÓTESIS:

El escaso conocimiento sobre nutrición enteral por parte de los profesionales de enfermería, aumenta los riesgos de complicaciones y disminuye la posibilidad de recuperación de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados Críticos de un hospital público, de la ciudad de Santa Fe, en el período enero-marzo de 2022.

TÉCNICA DE ABORDAJE METODOLÓGICO Y DESCRIPCIÓN DEL UNIVERSO DE APLICACIÓN:

Tipo de Estudio

La presente investigación llevada a cabo es de tipo descriptivo-transversal con abordaje cuantitativo, donde se estudiará el nivel de conocimiento que tiene enfermería sobre todos los aspectos a tener en cuenta al momento de abordar, suministrar y manipular la nutrición enteral de los pacientes.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó como instrumento un cuestionario de opciones de respuestas múltiples, relacionado con el conocimiento que enfermería debe tener sobre los cuidados en nutrición enteral y su manejo en pacientes críticos. Dicho cuestionario brindó una sustanciosa cantidad de información y datos que permite el análisis y procesamiento de los mismos, con el fin de poder evaluar el nivel de conocimientos. Los datos recolectados de las encuestas se volcarán en una planilla de Excel para ser procesados y exponerlos mediante gráficos de barra.

El nivel de conocimiento se analizará de acuerdo a los siguientes porcentajes:

- Bajo: 0/49 %
- Medio: 50/79 %
- Alto: 80/100 %

Sitio y contexto

El sitio seleccionado fue la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital público de la ciudad de Santa Fe, ubicado en Av. Blas Parera, entre Av. Gorriti y Berutti.

El servicio de Cuidados Intensivos de adultos está dispuesto en el primer piso de dicho Hospital, y se encuentra sub-dividido en 4 bloques, de los cuales cada uno posee actualmente cinco camas. De estas cinco unidades por bloque, una corresponde a un box de aislamiento. Además, cada bloque cuenta con un office limpio, un office sucio, un depósito de materiales y, sólo en un bloque, un baño para pacientes.

El resto del servicio cuenta con: Una sala de médicos, una habitación para los mismos, dos baños para personal, una oficina para la jefatura de enfermería, un depósito de material, una oficina administrativa y un vestuario.

El plantel perteneciente a la UCI está conformado por:

- Veintiocho (28) médicos de guardia las 24 horas del día.
- Un jefe médico del servicio y cuatro (4) médicos coordinadores.
- Ochenta y un (81) enfermeros con guardias rotativas de 6, una jefa del servicio y cuatro (4) enfermeros coordinadores. Del total del plantel de enfermería diecinueve (19) son Licenciados y dos (2) poseen la especialidad en Cuidados Críticos.

El equipo también cuenta con: Siete (7) kinesiólogos de guardia las 24 horas y dos (2) kinesiólogos que realizan turnos de 8 horas, y nutricionistas abocados exclusivamente a los requerimientos personales de cada uno de los pacientes en las distintas instancias.

Dentro del plantel no profesional, se encuentran aquellos que pertenecen al escalafón de Servicios Generales.

Población y muestra

La población fue de N°=30 enfermeros, y la muestra de N°=27 enfermeros.

La unidad de análisis estuvo conformada por cada uno de los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho Hospital de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Criterios de inclusión

Personal de enfermería que pertenece al plantel de la UCI, con al menos un año de permanencia en el servicio y que están en la atención directa del paciente.

Criterios de exclusión

Se excluyó al personal que integra el plantel hace menos de un año, al personal jerárquico (jefa, sub jefa y coordinadores, que no realizan atención directa al paciente), personal de reciente y personal de enfermería con tareas diferentes.

Análisis y presentación de los datos

Esta investigación realizada con un enfoque descriptivo–transversal, con abordaje cuantitativo, se llevó a cabo mediante el análisis y presentación de los datos obtenidos a través de un cuestionario de opciones múltiples, individual y anónimo, el cual permite poder analizar los datos que se han recabado a través de las respuestas que plasmaron los enfermeros entrevistados.

Resultados esperados

El trabajo llevado a cabo, pretende averiguar el nivel de conocimiento que posee enfermería sobre todo lo que concierne a la Nutrición Enteral, su administración, cuidados de la sonda, prevención de complicaciones, administración de medicamentos, deseando que los resultados puedan ser de utilidad tanto para gestionar cambios si fueran necesarios, como de antecedente para otras investigaciones sobre el tema, y con el fin ulterior de proporcionar una atención de calidad al paciente crítico.

INTERPRETACIÓN DE LA ENCUESTA: “Nivel de conocimiento que tiene enfermería sobre nutrición enteral forzada, en pacientes de una unidad de cuidados críticos”

Gráfico 1:

La Nutrición Enteral en los pacientes internados en UCI se debe iniciar idealmente:



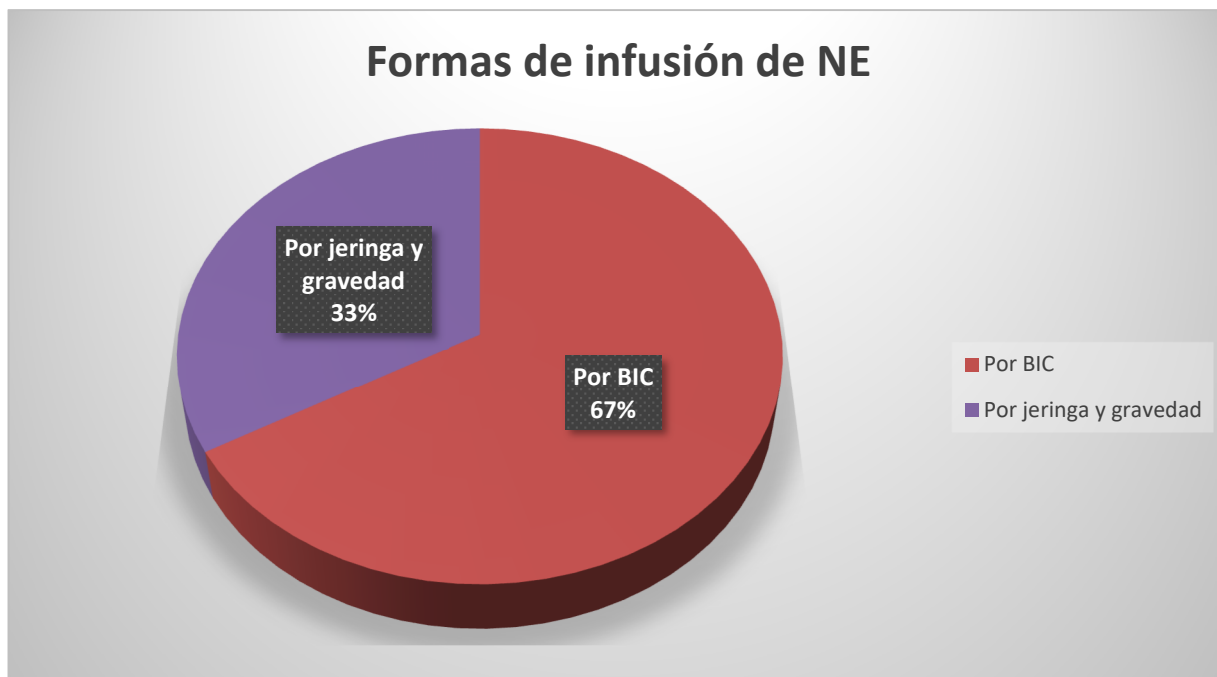
FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Si bien no hay un acuerdo entre las guías que unifique el criterio de inicio de la NE, ya que, debe tenerse en cuenta que ésta dependerá de la condición del paciente a su ingreso, cada Unidad de Cuidados Críticos suele establecer su criterio. En el sitio donde se llevó a cabo esta investigación, se establece que, la NE debe comenzar, en lo posible, a las 36 hs de ingresado un paciente a dicha unidad.

Al analizar las respuestas, si bien un bajo porcentaje (33,3%) consideró esta respuesta como correcta, el resto manifestó lo que es posible que ocurra, ya que no todos los pacientes ingresan con las mismas patologías, requerimientos terapéuticos y necesidades alteradas.

Gráfico 2:

¿Cómo considera la mejor forma de infundir la NE por sonda pilórica en los pacientes críticos?

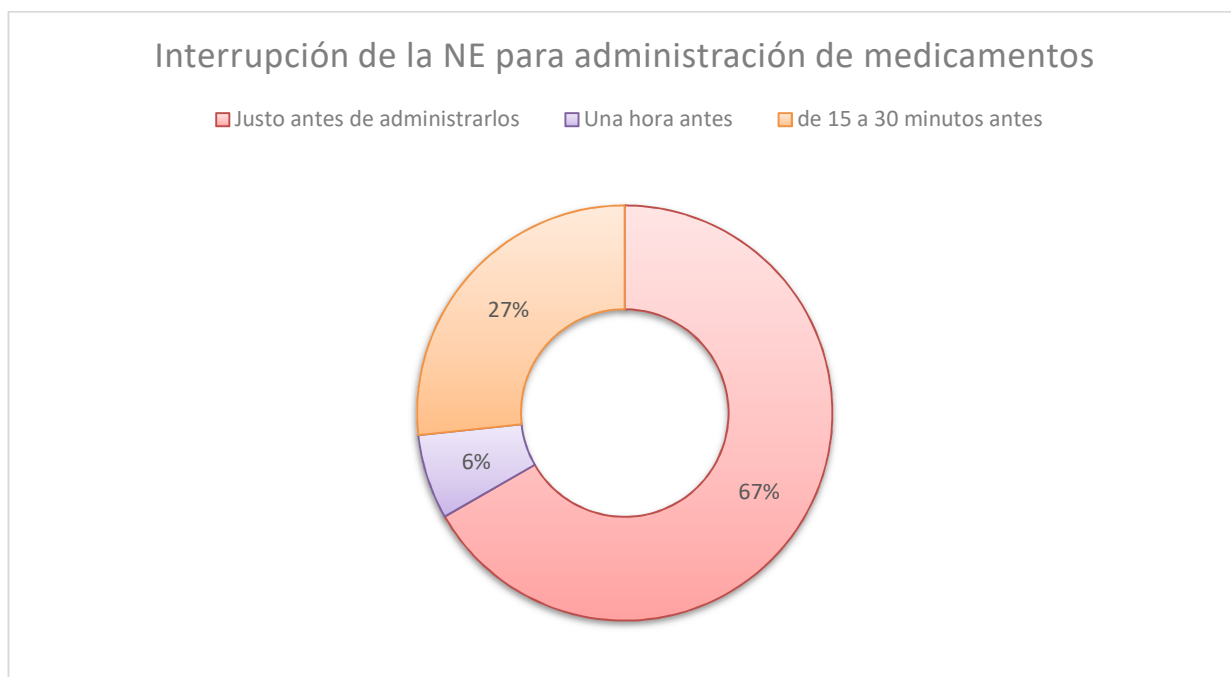


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

En ésta ocasión se puede sostener el mismo análisis que el ítem anterior, dado que ambas respuestas son correctas. Pero, a los fines de lo que se estipula en el sitio de investigación, la administración de NE se realiza, casi exclusivamente, por Bomba de Infusión Continua (BIC), respuesta que fue considerada por el 67% de los encuestados.

Gráfico 3:

En el caso de pacientes con NE continua ¿Cuánto tiempo antes interrumpe la nutrición para administrar fármacos?



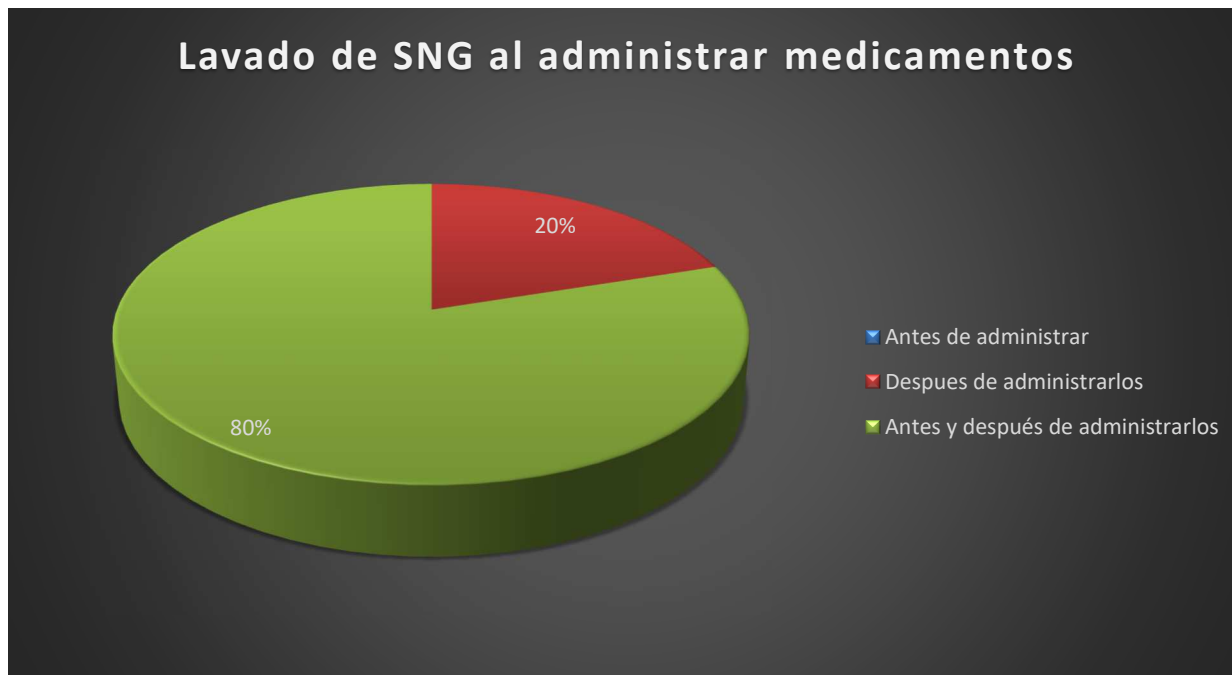
FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Dentro de los conocimientos que se requieren tener para la correcta manipulación y administración de medicamentos en un paciente con NE, éste es uno de los más relevantes, dado que enfermería no puede desconocer la interacción de las drogas al momento de ser administradas por una sonda pilórica.

En éste punto se puede apreciar claramente que, la mayoría (66,7%), realiza de forma incorrecta el procedimiento, desconociendo la correcta administración de los mismos y la importancia de suspender la NE entre 15 a 30 minutos antes.

Gráfico 4:

¿Cuándo lava la sonda al administrar los fármacos?



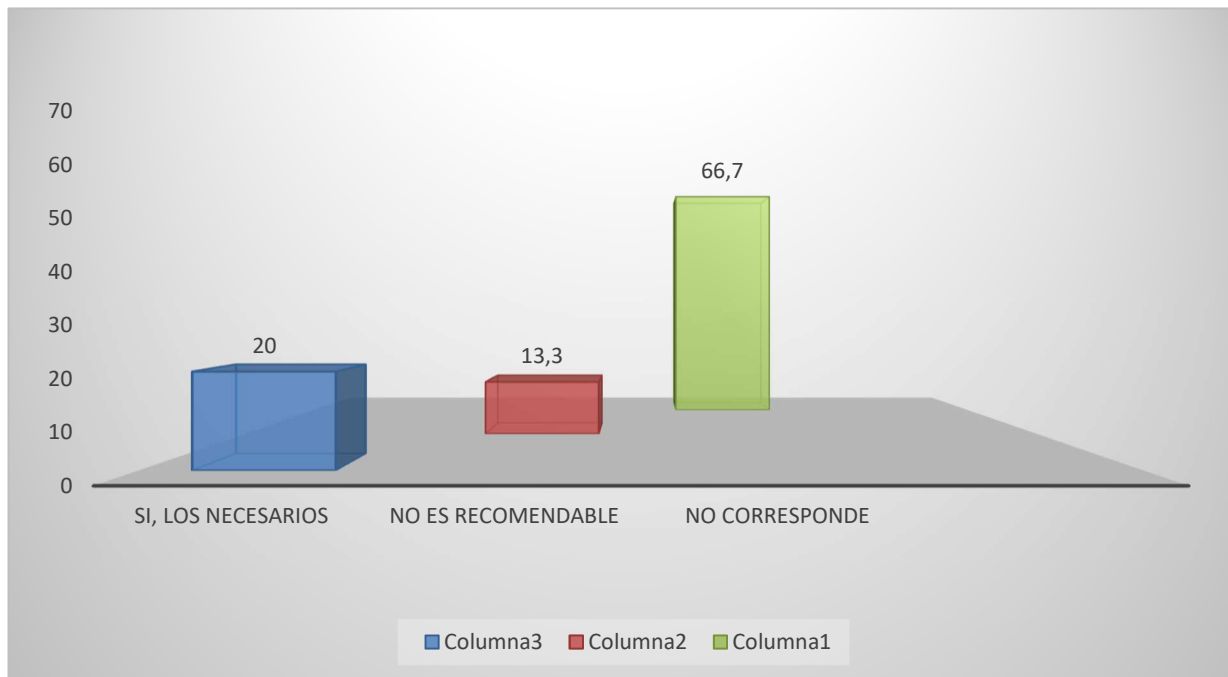
FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Si bien el 80% de los encuestados respondió correctamente, un 20% no considera la importancia del lavado de la SNG tanto antes como después de administrar medicamentos.

En pacientes con NE es recurrente la obstrucción de la sonda, siendo en muchas ocasiones difícil desobstruirlas, lo que lleva al recambio de la misma. Estos procesos de recolocación suelen ser traumáticos para el paciente, además de: prolongar el tiempo de interrupción de la NE, aumentar los riesgos de infecciones agregadas y de los costos hospitalarios. Un cuidado a conciencia de éste procedimiento evita todo ello, por lo que debe ser un aspecto a tratar con énfasis.

Gráfico 5:

¿Se debe añadir, en alguna ocasión, algún fármaco dentro de la NE?



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

En los cuidados de la salud hay procedimientos que son considerados como “tolerancia cero”, y éste es uno de ellos. Si bien la mayoría tiene en claro que no corresponde bajo ningún aspecto introducir medicamentos a la alimentación enteral, un 20% consideró que si y un 13,3% lo considera posible. Estas dos últimas valoraciones son errores sin fundamento científico alguno, prácticas que deben ser erradicadas en cualquier profesional de la salud.

Gráfico 6:

Cuándo una sonda se obstruye: ¿Cómo lo intenta solucionar?

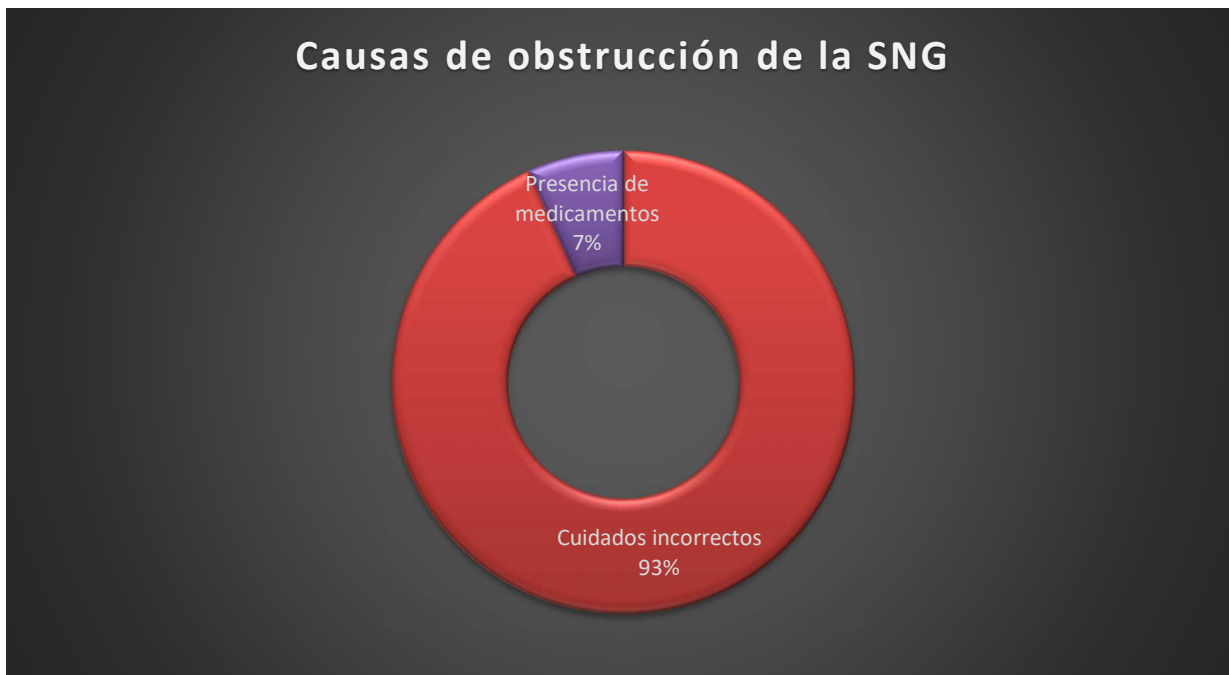


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Pese a todos los cuidados de la sonda, muchas veces ocurre que la misma se obstruye por múltiples razones, ya sea por: la consistencia misma de la fórmula de NE, sumado a la administración de medicamentos, acodamiento en alguna parte del trayecto de la sonda y escasos cuidados de la misma. Ante esta eventualidad, se debe intentar desobstruirla, para evitar la recolocación de la misma. Afortunadamente un alto porcentaje conoce la forma correcta de hacerlo. El 6,7% aún considera una forma empírica y sin bases científicas, la administración de bebidas cola, con el riesgo que ello puede significar para el paciente.

Gráfico 7:

Cuándo una sonda se obstruye: ¿A que le atribuye éste evento?

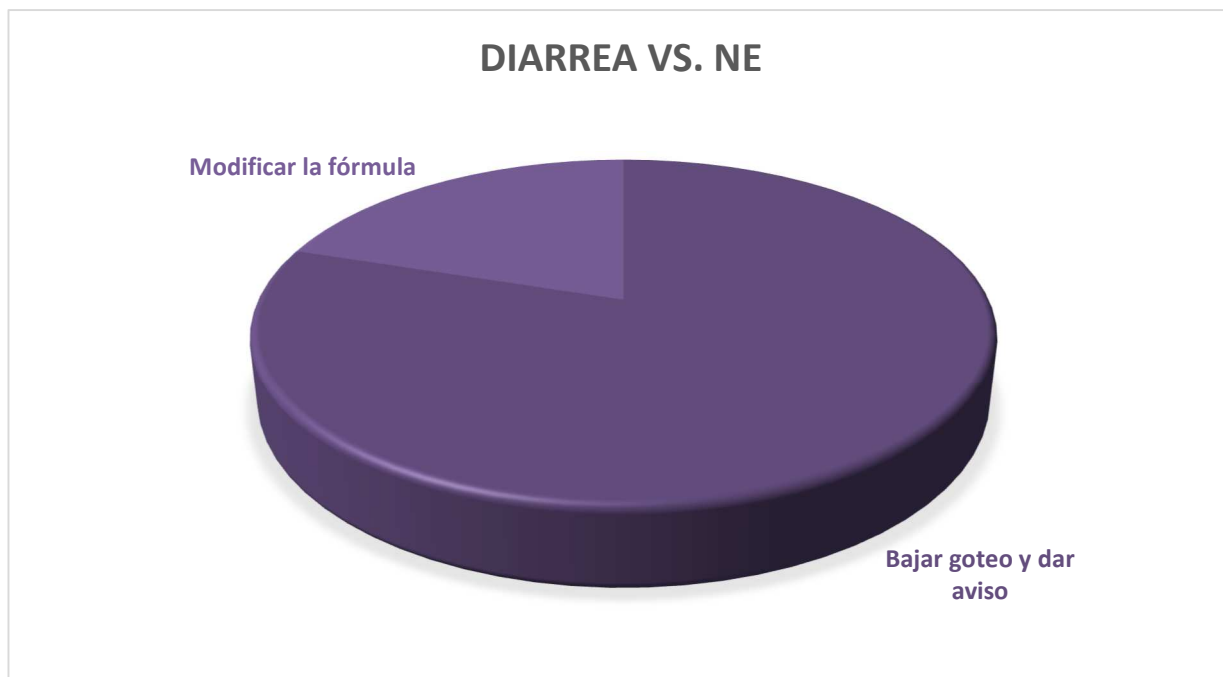


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Como se menciona anteriormente, la causa de la obstrucción de una sonda para alimentación suele ser la sumatoria de varios eventos. Si bien todas las respuestas son correctas, se debe tener en cuenta que, excepto que la obstrucción se por acodamiento de la sonda en alguna porción de su trayecto, el resto responde a los cuidados incorrectos e insuficientes de la misma, ya que, son causas preventivas con el lavado y mantenimiento de la permeabilidad de la SNG.

Gráfico 8:

¿Cómo se debe manejar la NE en un paciente que presenta diarrea?

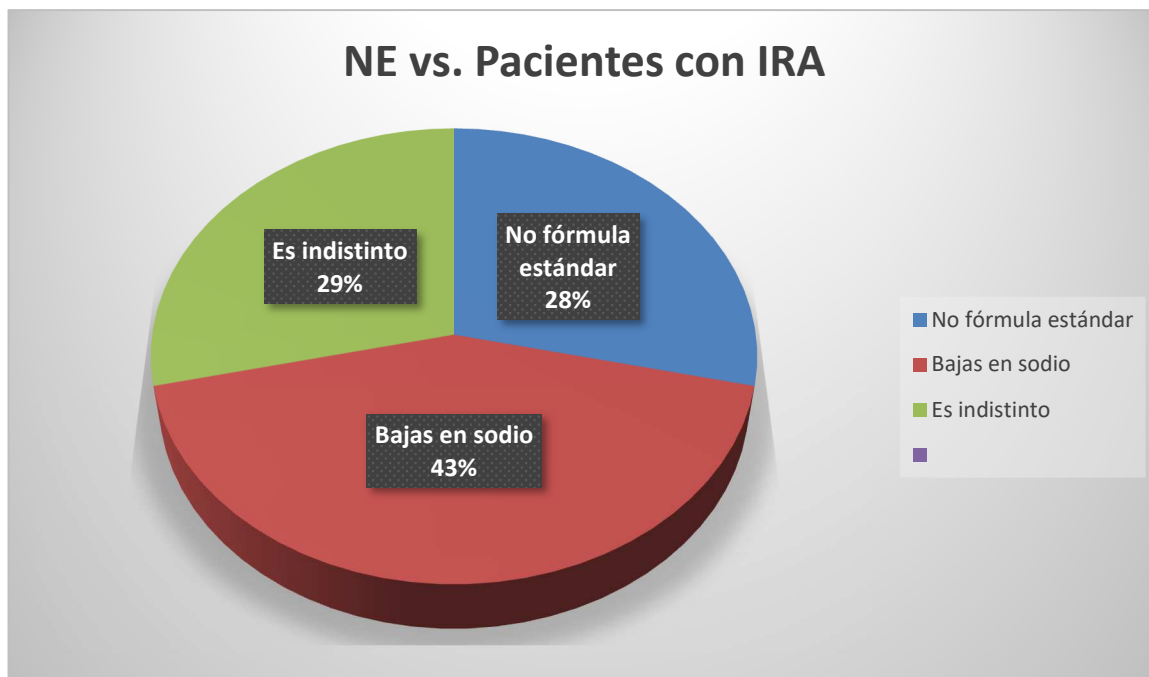


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Uno de los aspectos más controversiales en la NE es la aparición de diarrea, casi en la mayoría de los pacientes, o al menos durante un período de internación prolongado en una UCI los pacientes presentan este tipo de complicaciones. Si bien las fórmulas han mejorado considerablemente en la última década, aún sigue persistiendo la aparición de diarrea. Este punto específico se ha vuelto controversial dado que, hay que evaluar varios aspectos que estén llevando al paciente a ésta manifestación (síndrome de mala absorción, antibióticos-terapia, adecuación de la alimentación, entre otros). También sigue siendo tema de análisis la actuación de enfermería en éste aspecto. El 80% coincidió en que la maniobra más acorde a su actuación es disminuir el goteo de infusión y dar aviso, ya que, no siempre la alimentación es la causa y detenerla podría ser perjudicial para el paciente. Modificar la fórmula que se le está administrando depende de la actuación del área de nutrición y no de enfermería.

Gráfico 9:

Los pacientes críticos con insuficiencia renal: ¿Deben recibir un soporte nutricional diferente al estándar?

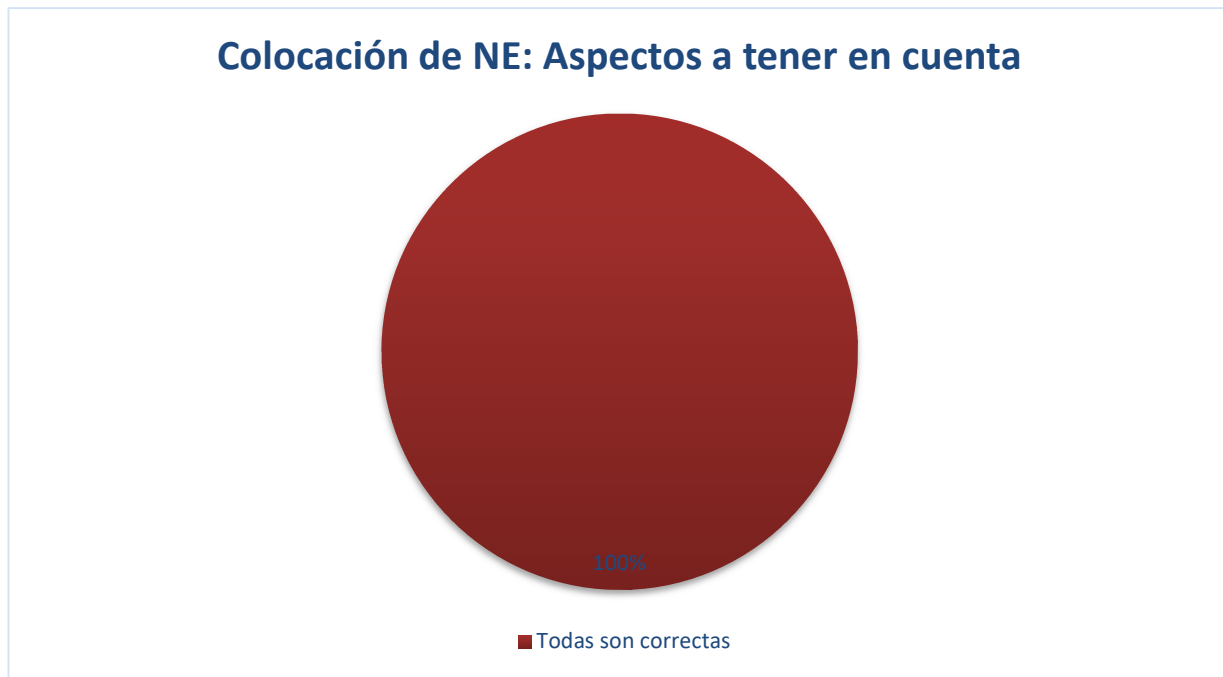


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

El suministro de alimentación enteral en pacientes con Insuficiencia Renal Aguda o Crónica (IRA-IRC) en una UCI supone que está recibiendo una terapia coadyuvante como lo es la hemodiálisis, por lo tanto, en dichos pacientes, puede utilizarse fórmulas estándares debido a que están sometidos a un proceso de depuración y control continuo. La única alimentación artificial que tiene restricción para pacientes con ésta patología, son aquellas con alto porcentaje proteico y fórmulas con aminoácidos complejos. En éste interrogante solo el 28% tenía conocimiento sobre la administración de NE en pacientes con IRA.

Gráfico 10:

¿Qué verifica al momento de la colocación de la alimentación enteral en los pacientes?

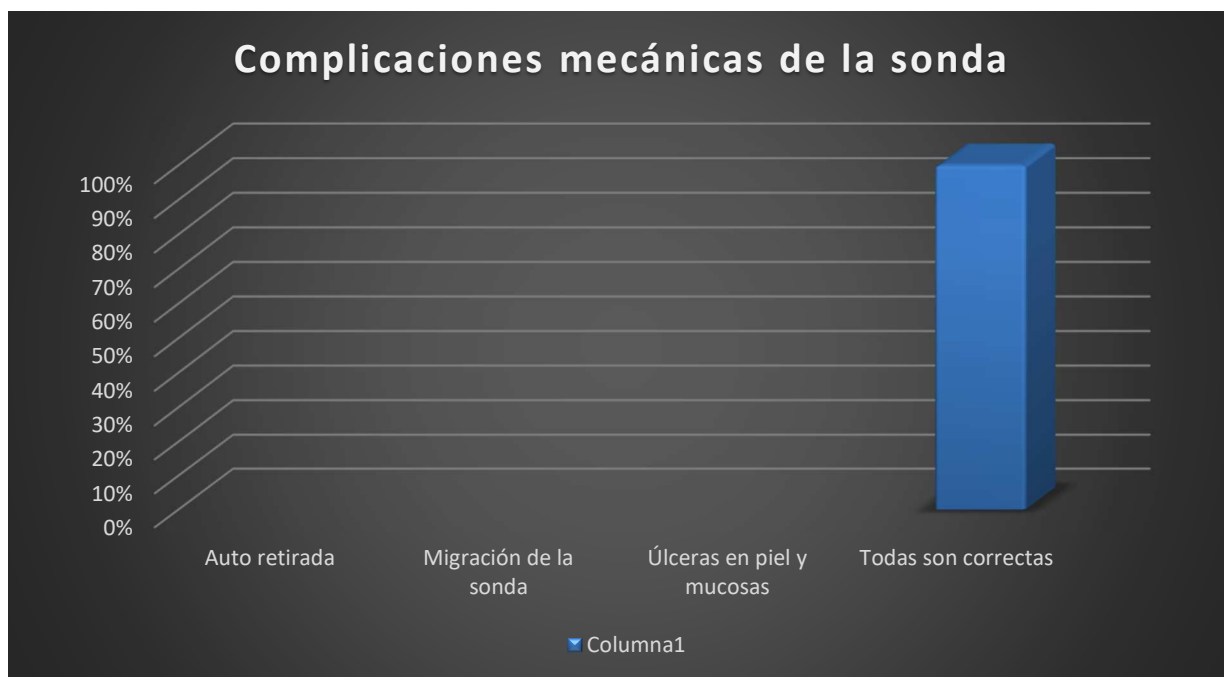


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

La totalidad de los encuestados ha reconocido cada uno de los aspectos a tener en cuenta al momento de iniciar la alimentación por SNG en un paciente crítico, es decir que: deben conocerse las alergias y/o intolerancia a la alimentación artificial para evitar efectos adversos al momento de suministrarla, asegurarse que la sonda esté bien fijada para evitar desplazamientos o retiradas accidentales, comprobar la temperatura de los sachet de las fórmulas, las cuales deben estar a temperatura ambiente conservadas en un lugar fresco y oscuro y, por último, seguir siempre la indicación médica en cuanto al volumen y ritmo de infusión.

Gráfico 11:

¿Qué complicaciones mecánicas pueden presentar pacientes críticos que reciben alimentación enteral por sonda nasogástrica o nasoyeyunal?

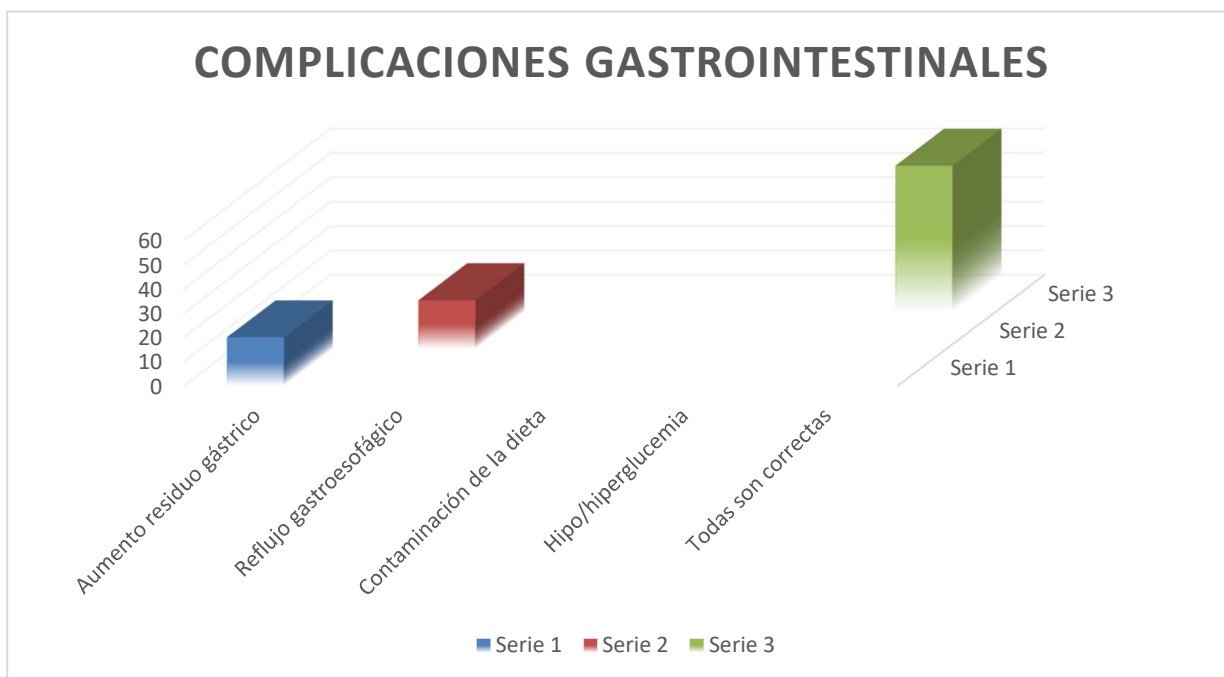


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Nuevamente el 100% de los enfermeros encuestados reconoció como ciertas todas las complicaciones mecánicas a las cuáles está expuesto un paciente que recibe alimentación enteral forzada, ya sea por sonda nasogástrica o nasoyeyunal. La importancia que se reconozcan todos estos aspectos radica en el cuidado y vigilancia de la sonda y en la prevención, por ejemplo, de: Neumonía por Broncoaspiración que puede sufrir un paciente al migrar la SNG, traumatismo por recolocación de sonda, úlceras en la piel y mucosas, prevenibles con la correcta fijación y rotación de la sonda.

Gráfico 12:

¿Qué complicaciones gastrointestinales pueden presentar los pacientes críticos que reciben alimentación enteral?

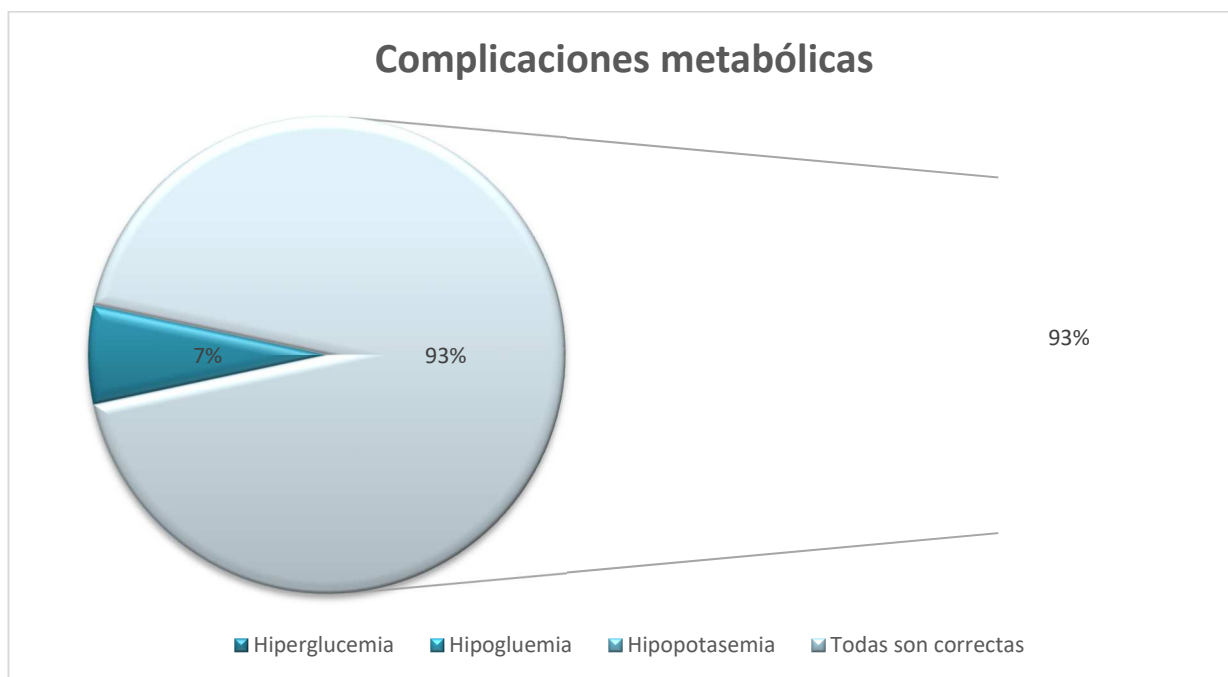


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Entender la importancia de las complicaciones que un paciente con NE puede presentar, es el factor fundamental para la vigilancia, control y cuidado de enfermería. Si bien más del 50% respondió correctamente, es alto el porcentaje que desconoce los eventos adversos que pueden presentar dichos pacientes, lo que aumenta las probabilidades que se cometan errores al momento de manipular la alimentación, o no se tenga en cuenta el control de glucemia en dichos pacientes.

Gráfico 13:

¿Qué complicaciones metabólicas pueden presentar los pacientes críticos que reciben alimentación enteral?



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

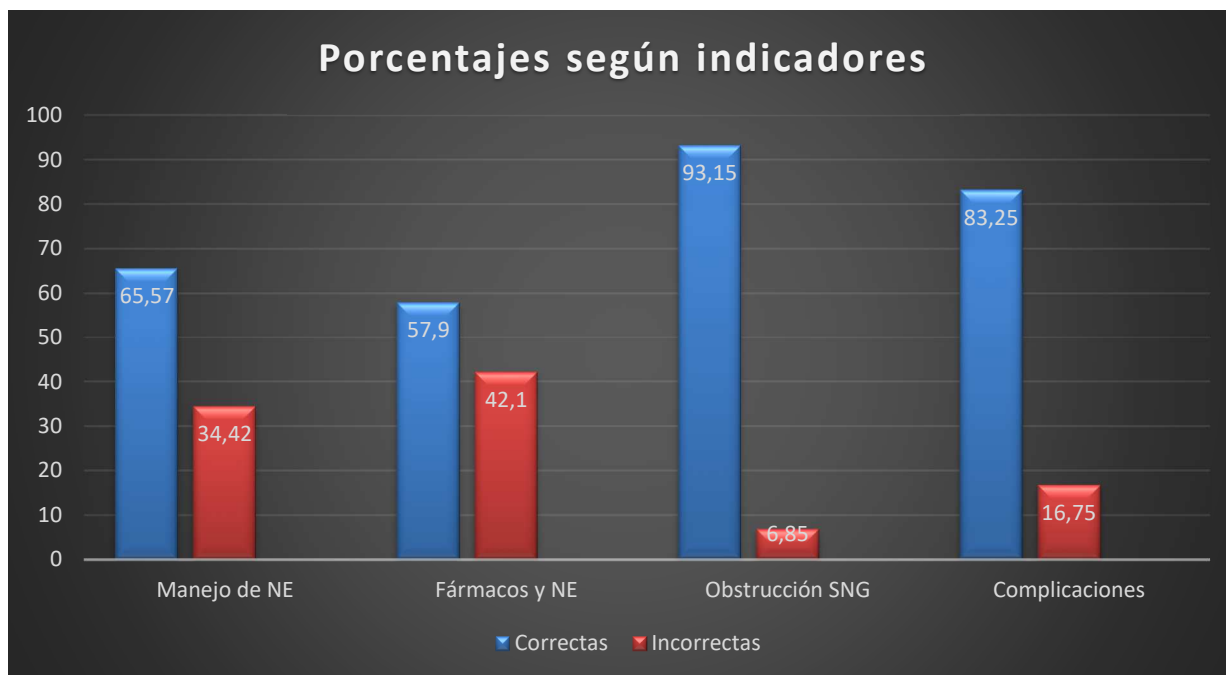
Las complicaciones metabólicas en pacientes críticos suelen ser muy frecuentes, por lo cual el control y seguimiento es minucioso. Muchas veces se cree que, al estar con alimentación continua, éstos no debieran presentar ciertos eventos adversos y se pierde de vista el control de los mismos. Un paciente con NE puede presentar hipoglucemia con tanta frecuencia como cualquier otro paciente. Afortunadamente un alto porcentaje de enfermeros encuestados ha considerado todas las complicaciones metabólicas posibles que pueden presentarse.

Discusión:

Haciendo un análisis global y promediando las respuestas, puede observarse que, la tendencia de los mayores porcentajes la tienen las respuestas correctas, como se puede apreciar en la tabla y gráfico a continuación, pero en el promedio general de respuestas, la conclusión no es tan satisfactoria. En el análisis, categorización y promedio de respuestas, el resultado es que el nivel de conocimiento que posee enfermería sobre el cuidado y manejo de la Nutrición Enteral en pacientes críticos es de un 73,48%. Tomando los valores de referencia mencionados con anterioridad, este porcentaje se ubica en un nivel de conocimiento medio.

INDICADOR	Respuestas correctas %	Respuestas incorrectas %
Manejo de la NE (Preguntas: 1,2,9 y 10)	65,7	34,42
Fármacos y NE (Preguntas: 3,4 y 5)	57,9	42,1
Obstrucción de la sonda (Preguntas: 6 y 7)	93,15	6,85
Complicaciones (Preguntas: 8, 11, 12 y 13)	83,24	16,75
PROMEDIO TOTAL	73,48	26,51

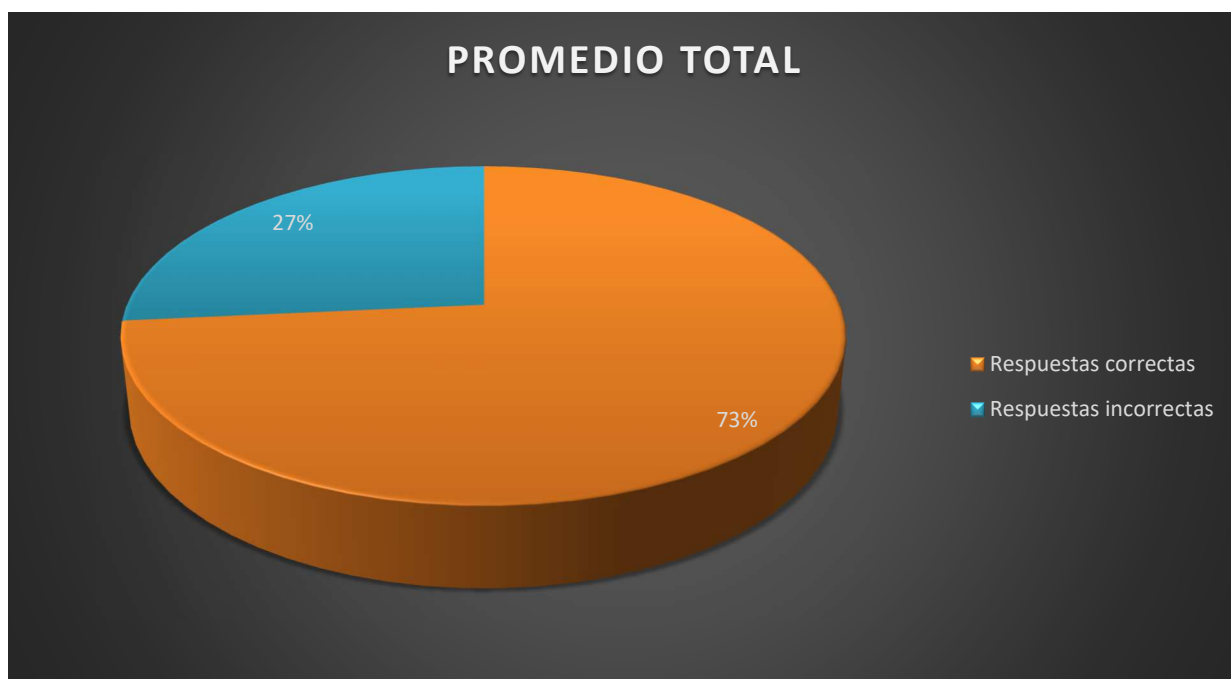
Fuente: Elaboración propia.



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Como puede apreciarse en el gráfico de barras, los porcentajes más altos de nivel de conocimiento corresponden a todo lo referente a las complicaciones, ya sean mecánicas (obstrucción de la sonda), como metabólicas y gastrointestinales. Estos dos indicadores son los que suelen estar más presentes durante el cuidado activo e intensivo hacia estos pacientes. Llamativamente, los indicadores que hacen referencia exclusivamente a las acciones directas de enfermería (manejo de NE y fármacos), poseen un porcentaje de respuestas correctas bajo, lo que demuestra la necesidad de intervención y capacitación continua al personal de enfermería de Cuidados Críticos.

Al comienzo de este apartado, y como se visualiza en el gráfico a continuación, se hizo referencia que el promedio medio de nivel de conocimiento no es un resultado satisfactorio, dado que, esa media se traslada al cuidado deficiente de los pacientes con nutrición enteral, siendo un factor preocupante para quienes transitan una enfermedad grave en una unidad de Cuidados Críticos.



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital público de la ciudad de Santa Fe, en el periodo enero-marzo de 2022.

Conclusión:

A menudo se suele decir, en el ámbito sanitario, que enfermería es quien más tiempo pasa y conoce a los pacientes. Su actividad supone una participación activa 24 hs durante la estancia de internación de los mismos. A medida que aumenta el nivel de complejidad de los cuidados de los pacientes, así también lo hace el nivel de conocimiento y destreza de los enfermeros. Los pacientes que transitan una internación en una Unidad de Cuidados Críticos requieren de cuidados, controles e intervenciones muy complejas, por lo que la exigencia que implican esos cuidados requieren de optimizar continuamente el accionar de enfermería sobre ellos.

Esta investigación pudo corroborar así su hipótesis: El escaso conocimiento sobre nutrición enteral por parte de los profesionales de enfermería, aumenta los riesgos de complicaciones y disminuye la posibilidad de recuperación de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados Críticos de un hospital público, de la ciudad de Santa Fe, en el período enero-marzo de 2022.

Un nivel de conocimiento medio (73,48%) no es un resultado aceptable para profesionales de enfermería que tienen a su cargo pacientes con patologías graves que requieren de cuidados intensivos, donde la vigilancia, control y cuidado de los mismos debe tender a la excelencia.

Enfermería no solo trabaja para reestablecer la salud, sino también para prevenir complicaciones y aumentar las posibilidades de recuperación de los pacientes.

Se espera, por lo tanto, que esta investigación sea de utilidad para futuras intervenciones que impliquen la optimización del conocimiento y, por carácter transitivo, lleve a la excelencia del cuidado enfermero.

Cronograma de trabajo:

ACTIVIDAD	SEMANAS ENERO				SEMANAS FEBRERO				SEMANAS MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección de tema	■	■										
Revisión de la literatura			■	■								
Diseño marco Teórico					■	■						
Diseño de hipótesis						■						
Selección de muestra							■					
Elaboración de instrumento de recolección de datos							■					
Aplicación del instrumento para la recolección de datos								■				
Análisis y procesamiento de datos									■	■		
Elaboración de anexos, etc.										■		
Elaboración final											■	

BIBLIOGRAFIA

Alcántara P. Las 14 necesidades de Virginia Henderson. [Online]. ServiSalud, Santo Domingo. 2021. Disponible en: <https://www.servisalud.com.do/post/las-14-necesidades-de-virginia-henderson>

Asociación Argentina de nutrición enteral y parenteral. Normas de buena práctica clínica de soporte nutricional en pacientes adultos hospitalizados [internet] Argentina: google.com.ar 2006. /citado el 10 de septiembre de 2006/ Disponible en: www.aanep.com/index.php

Clínica Universidad de Navarra, España. Nutrición enteral. 2024 [Online] Disponible en: <https://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/nutricion-ental>

Delgado Sánchez M, Montana R, Rodríguez Cobos M, et al. La enfermera en la atención del paciente con soporte nutricional hospital de san José de Bogotá. [internet] Colombia: google.com.ar 2005. /citado el 24 de mayo del 2006/ Disponible en: www.bases.bireme.br/cgi-bin

García Ávila B, y Grau T. La nutrición enteral precoz en el enfermo grave. [internet]. España: google.com.ar. /citado el 2 de octubre del 2006/ Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/cielo.php>

Goñi M, Yaffe M, Barreiro C. diagnóstico de desnutrición y de riesgo de desnutrición en un hospital de general de adultos. Lecturas sobre nutrición 2000 9 (2):68-72.

Ilari S. Alimentación Enteral. Revista de enfermería del Hospital Italiano de Buenos Aires. 2008.2; (5):25-29.

Ilari S., Salas MA. Evaluación nutricional y soporte nutricional por vía enteral: nivel de conocimientos de enfermeros de unidades de terapia intensiva adultos de los hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [Online]. 2009. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412009000200012

Montejo JC, Jiménez J, Ordóñez J, Caparrós T, García A, Ortiz C, López J. Complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral en el paciente crítico. [Online]. Medicina Intensiva, volumen 25, 2001. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021056910179674X>

Motta, MA. Protocolo de enfermería en el manejo de la nutrición enteral. [Online]. Universidad Nacional de Córdoba. 2016 Disponible en: <https://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/motta-maria-de-los-angeles.pdf>

Perman M. (2015). *El soporte nutricional en el paciente crítico*. PROATI

Savino P, Patiño JF. Metabolismo y nutrición del paciente en estado crítico. [Online]. Rev Colomb Cir. 2016;31:108-127. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v31n2/v31n2a6.pdf>

Shilpa NB. Desnutrición calórico-proteica. [Online]. Harvard Medical School and Brigham and Women's Hospital. 2023. Disponible en: https://www.msmanuals.com/esar/professional/trastornosnutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3ncal%C3%B3ricoproteica#Diagn%C3%B3stico_v882895_es

Terapia Intensiva 4ta edición sociedad de terapia intensiva, editorial medica panamericana (pág. 991/1064) mail: info@medicapanamericana.com

ANEXO

Estimado colega:

La realización de esta encuesta es personal, anónima y con fines específicamente académicos, con el objetivo de poder llevar a cabo el Trabajo de Integrador Final de la Licenciatura en Enfermería. Solicitamos respuesta a las siguientes preguntas, marcando con una cruz la respuesta que crea correcta.

Desde ya le agradecemos su participación.

Cuestionario multiple-choice:

Marque con una cruz la opción correcta

1-La Nutrición Enteral en los pacientes internados en UCI se debe iniciar idealmente:

- a- Dentro de los primeros 7 días de internación.
- b- Dentro de las 86hs de haber ingresado.
- c- Dentro de las 36hs de haber ingresado.
- d- No hay recomendaciones sobre el tiempo de inicio.

2-¿Cómo considera la mejor forma de infundir la NE por sonda pilórica en los pacientes críticos?

- a- Con jeringa y por gravedad.
- b- Por bomba de infusión.
- c- Todas son correctas.

3-En el caso de pacientes con NE continua ¿Cuánto tiempo antes interrumpe la nutrición para administrar fármacos?

- a- Justo en el momento antes de administrar los fármacos.
- b- Una hora antes.
- c- De 15 a 30 minutos antes.

4-¿Cuándo lava la sonda al administrar los fármacos?

- a- Antes de administrarlos.
- b- Después de administrarlos.
- c- Antes y después de administrarlos.

5-¿Se debe añadir, en alguna ocasión, algún fármaco dentro de la NE?

- a- Si, los necesarios.
- b- No es recomendable.
- c- No corresponde.

6-Cuándo una sonda se obstruye: ¿Cómo lo intenta solucionar?

- a- Administrando agua o infusiones templadas.
- b- Administrando bebidas a base de cola.
- c- Utilizando enzimas pancreáticas.

7-Cuándo una sonda se obstruye: ¿A que le atribuye éste evento?

- a- A la formula nutricional.
- b- A los fármacos.
- c- A los cuidados incorrectos o insuficientes de la sonda.

8-¿Cómo se debe manejar la NE en un paciente que presenta diarrea?

- a- Bajando el goteo de infusión y dar aviso al médico correspondiente.
- b- Modificando la formula nutricional.
- c- Suspendiendo la NE como primera medida.

9- Los pacientes críticos con insuficiencia renal: ¿Deben recibir un soporte nutricional diferente al estándar?

- a- Si, debe ser alta en sodio y potasio.
- b- No, deben ser tratados con fórmulas enterales estándar.
- c- La fórmula utilizada deben ser baja en sodio.

10-¿Qué verifica al momento de la colocación de la alimentación enteral en los pacientes?

- a- Si existen alergias o intolerancias conocida a la fórmula.
- b- Asegurarse que la sonda este bien fijada.
- c- Comprobar la temperatura de la fórmula.
- d- Corroborar la indicación con la prescripción y la administración de la misma.
- e- Todas son correctas.

11-¿Qué complicaciones mecánicas pueden presentar pacientes críticos que reciben alimentación enteral por sonda nasogástrica o nasoyeyunal?

- a- Auto retirada o retirada accidental de la sonda.
- b- Migración de la sonda.
- c- Úlceras de decúbito en fosas nasales y mucosa gástrica.
- d- Todas son correctas.

12-¿Qué complicaciones gastrointestinales pueden presentar los pacientes críticos que reciben alimentación enteral?

- a- Contaminación de la dieta.
- b- Aumento del residuo gástrico o retención gástrica.
- c- Reflujo gastro-esofágico.
- d- Hipoglucemia o hiperglucemia.
- e- Todas son correctas.

13-¿Qué complicaciones metabólicas pueden presentar los pacientes críticos que reciben alimentación enteral?

- a- Hiperglucemia.
- b- Hipoglucemia.
- c- Hipopotasemia.
- d- Todas son correctas.