



ORDEN DEL DIA

Colombia



Una foto de la
atención nutricional
Todos aportamos

an initiative to improve healthcare

supported by





nutritionDay
WORLDWIDE

Angélica Pérez

Coordinador Nacional de
Proyecto

Yeny Cuellar
Olga Lucía Pinzón

Equipo coordinador local



"Todo lo que valga la pena vale la pena hacerlo bien"

- Misión

"Mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención mediante la sensibilización y el aumento de los conocimientos sobre la malnutrición relacionada con la enfermedad"

- Visión

"La desnutrición en hospitales y hogares de ancianos se considerará una importante preocupación de salud pública y se tratará como un problema prioritario a nivel político. Nuestra visión es que nutritionDay sea adoptado como una herramienta de vigilancia para monitorear la desnutrición a nivel nacional"

Equipo internacional



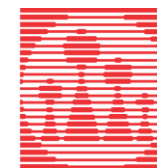
Jefe del proyecto
Univ. Prof. Dr. Michael Hiesmayr



Desarrollo y gestión de proyectos
Dr. Silvia Tarantino



Jefe de Área de Proyecto "Nursing Homes"



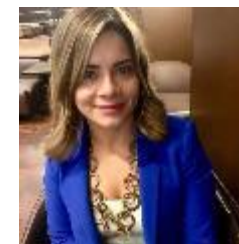
Equipo Logístico



IT-Support
Dipl.-Ing. Dr. Christian Schuh



Statistics
Isabella Sulz



Angélica María Pérez



Data management
ADir. Mohamed Mouhieddine



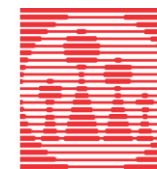
Yeny Cuellar



Olga Lucía Pinzón



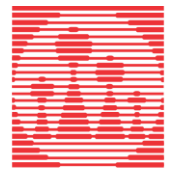
Estrategia



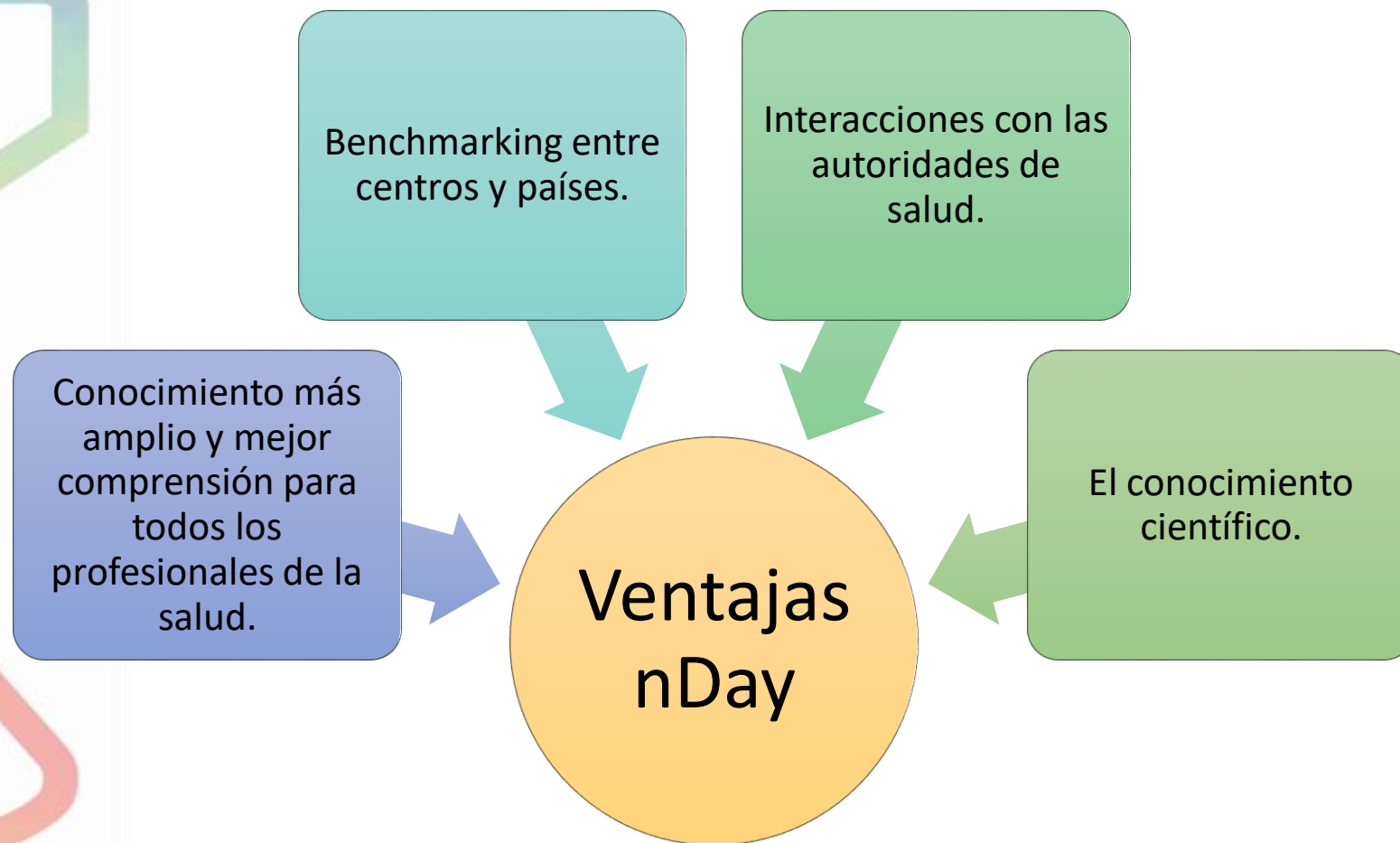


El nDay tiene como objetivo:

Mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención nutricional mediante la sensibilización y el aumento en los conocimientos sobre la malnutrición asociada a la enfermedad.

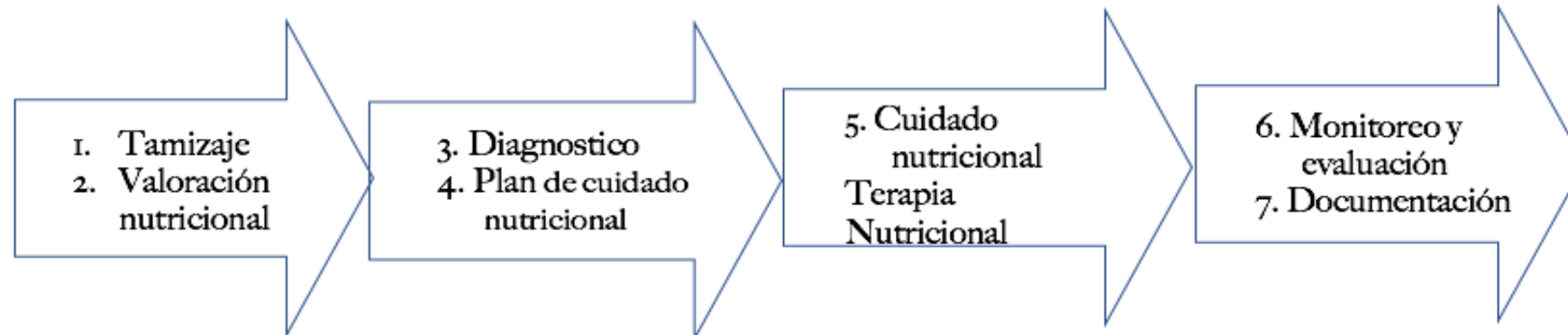


**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



Los datos de nDay nacionales y regionales son útiles para actividades de defensa/incidencia focalizadas y para facilitar el desarrollo de capacidades dentro de un país o región.

Etapas del cuidado nutricional



EJEMPLOS

- BELGICA
- AUSTRIA
- REPUBLICA CHECA



I Parte: refleja la capacidad y el personal de los hospitales.

II Parte: refleja la organización y estructura de las unidades/servicios.

III Parte: describe la demografía de los pacientes, la información clínica y los desenlaces clínicos.

IV Parte: resumen de la información de la historia, la nutrición y el estado de salud del paciente.



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Por favor marque las especialidades que correspondan

nutritionDay worldwide Hoja de unidades Hoja 1a

Fecha: [][/][/] Código del Centro: [][/][/] Código de la Unidad: [][/][/]

1. Categoría principal (elija una solamente)

<input type="radio"/> Medicina Interna / General	<input type="radio"/> Cirugía / General
<input type="radio"/> Medicina Interna / Cardiología	<input type="radio"/> Cirugía/ Cardiaca / Cir
<input type="radio"/> Medicina Interna / Gastroenterología y hepatología	<input type="radio"/> Cirugía/ Neurología
<input type="radio"/> Medicina Interna / Geriatria	<input type="radio"/> Cirugía/ Ortopedia
<input type="radio"/> Medicina Interna / Enfermedades Infecciosas	<input type="radio"/> Trauma
<input type="radio"/> Medicina Interna / Nefrología	<input type="radio"/> Otorrinolaringología
<input type="radio"/> Medicina Interna / Oncología (incluye radioterapia)	<input type="radio"/> Ginecología y Obstetra
<input type="radio"/> Para todas las categorías	<input type="radio"/> Pediatría
<input type="radio"/> Cuidados crónicos	<input type="radio"/> Psiquiatría
<input type="radio"/> Neurología	<input type="radio"/> Otros

2. Número de pacientes registrados a la hora de la comida del mediodía

3. Capacidad total de camas en la unidad

4. Cantidad de personal programado para el turno de la mañana el día de hoy (o limpieza y temporal asignado para el Día de la Nutrición -nDay)

<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> Estudiantes de Medicina
<input type="checkbox"/> Enfermeras Profesionales	<input type="checkbox"/> Auxiliares de Enfermería
<input type="checkbox"/> Dietista	<input type="checkbox"/> Nutricionista
<input type="checkbox"/> Empleados administrativos	<input type="checkbox"/> Otros empleados quienes participan en el cuidado de pacientes

5. ¿Existe en su hospital un equipo de soporte nutricional?

6. ¿Su unidad de soporte nutricional cuenta con un protocolo de atención nutricional?

7. ¿Hay una persona en su unidad responsable de la atención nutricional?

8. ¿Hay un dietista, nutricionista o asistente de nutrición disponible en su unidad?

9. ¿Existe durante las comidas, personal especial de soporte e para ayudar a darle la alimentación a los p...?

10. ¿Cuál es la forma PRINCIPAL por medio de la cual se hace tamización o moni...?

Al Ingreso

○ No existe tamización rutinaria
○ No existen criterios fijos
○ Experiencia/ análisis visual solamente
○ Pesar/ IMC solamente
○ Detección de Riesgo Nutricional (NRG 2002)
○ Mainutrition Universal Screening Tool (MUST)
○ Mainutrition Screening Tool (MST)

Durante la estancia hospitalaria

○ No se realiza ordoado
○ No existen criterios fijos
○ Experiencia/ análisis
○ Pesar/ IMC solamente
○ Otro tipo de herramie...
○ Por favor especifique

Por favor marque las especialidades que correspondan a su unidad

nutritionDay worldwide HOJA DE UNIDADES HOJA 1b

Fecha: [][/][/] Código del Cent: [][/][/] Código de la Unidad: [][/][/]

11a. ¿Utiliza de forma rutinaria guías o protocolos de soporte nutricional?

11b. En caso afirmativo, cuál es el método que principalmente emplea?

Guías Internacionales Protocolos a nivel de la unidad
 Guías Nacionales Protocolos individuales de atención nutricional
 Protocolos a nivel del hospital Otro

12. ¿Qué es lo que se hace de en los pacientes atendidos en su unidad? (marque todo lo que se realiza)

○ Observar cuidadosamente Con riesgo de malnutrición Desnutrición Todos los días
 Desarrollar un plan individual de atención nutricional Con riesgo de malnutrición Desnutrición Todos los días
 Consultar un profesional médico Con riesgo de malnutrición Desnutrición Todos los días
 Calcular los requerimientos energéticos Con riesgo de malnutrición Desnutrición Todos los días
 Calcular requerimientos proteicos Con riesgo de malnutrición Desnutrición Todos los días

13. Cuando se peca a los paolones de forma rutinaria? (marque todo lo que se realiza)

Al Ingreso Cada 48 horas Semanalmente Al alta
 Cada 24 horas Cada 72 horas Ocasionalmente Nunca

14. ¿Qué hace para apoyar una alimentación adecuada? (marque todo lo que se realiza)

Ofrecer comidas adicionales o refrigerios entre las comidas principales
 Garantizar que los pacientes no sea molesto la hora de la comida/ política de comida

15. ¿Se realiza tamización de pacientes en su unidad?

○ No Sí

nutritionDay Hoja 1_oncología Código del Centro [][/][/] Código de la Unidad [][/][/]

¿Dispone de una historia clínica electrónica en su hospital? Sí No

¿Forma parte de la terapia nutricional del tratamiento de los pacientes oncológicos? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿de qué modo forma parte del tratamiento global? Se considera rutinariamente cuando le pide al paciente cuando la pérdida de peso es > 10 % durante la fase de cuidados paliativos otros, describalo por favor

Si la respuesta es no, porque... falta evidencia faltan conocimientos en este campo falta de reembolso falta de dietistas falta de otros expertos

¿Qué terapia nutricional se utiliza para los pacientes oncológicos? Nutrición según el plan nutricional Cálculo de necesidades energéticas Monitorización de la ingesta de los pacientes y uso de suplementos nutricionales orales cuando es necesario ninguno otros

Si la respuesta es negativa, por favor indique las razones principales falta de evidencia falta de experiencia falta de reembolso falta de dietistas falta de otros expertos

Con qué frecuencia evalúa lo siguientes parámetros en pacientes oncológicos y qué métodos utiliza?

parámetro	regulamente	con cada caso de sustitución	cundo es necesario	nunca	?
composición corporal					
peso corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antropometría (circunferencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEXA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
función corporal					
función del pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prueba de andar 6 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
requerimientos nutricionales, calculado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ingesta nutricional

cada comida

1 comida al día
2 comidas al día
recuerdo de 24 h
otros

¿Quién relleno este cuestionario (Hoja 1 oncología)?

dietista enfermera médico nutricionista otros

Cada exponente corresponde a las casillas en las aplicaciones

Hoja 1_oncología Código del Centro [][/][/] Código de la Unidad [][/][/]

¿Dispone de una historia clínica electrónica en su hospital? Sí No

¿Forma parte de la terapia nutricional del tratamiento de los pacientes oncológicos? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿de qué modo forma parte del tratamiento global? Se considera rutinariamente cuando le pide al paciente cuando la pérdida de peso es > 10 % durante la fase de cuidados paliativos otros, describalo por favor

Si la respuesta es no, porque... falta evidencia faltan conocimientos en este campo falta de reembolso falta de dietistas falta de otros expertos

¿Qué terapia nutricional se utiliza para los pacientes oncológicos? Nutrición según el plan nutricional Cálculo de necesidades energéticas Monitorización de la ingesta de los pacientes y uso de suplementos nutricionales orales cuando es necesario ninguno otros

Si la respuesta es negativa, por favor indique las razones principales falta de evidencia falta de experiencia falta de reembolso falta de dietistas falta de otros expertos

Con qué frecuencia evalúa lo siguientes parámetros en pacientes oncológicos y qué métodos utiliza?

parámetro	regulamente	con cada caso de sustitución	cundo es necesario	nunca	?
composición corporal					
peso corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antropometría (circunferencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEXA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
función corporal					
función del pulso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prueba de andar 6 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
requerimientos nutricionales, calculado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque las casillas que se aplican a su hospital

nutritionDay worldwide HISTORIA CLINICA

Fecha: [][/][/] Código del Centro: [][/][/] Código de la Unidad: [][/][/]

1. Número total de camas en el hospital

2. Número total de ingresos en el hospital el año pasado

3. Número total de personal en el hospital

Número total:	Equivalentes completos:
Total de médicos	
Médicos no especialistas	
Enfermeras	
Dietistas	
Nutricionistas	
Farmacéuticos	
Personal de cocina	

4. ¿Tiene el hospital un protocolo de atención nutricional? Sí No No lo sé

5. ¿Qué guías nutricionales o actividades rutinarias relacionadas con la nutrición existen en su hospital?

Se encuentra disponible formación en nutrición?
 Se encuentra disponible un Comité de nutrición?
 Se registran y reportan los indicadores de calidad a nivel nacional / regional
 Se utilizan los indicadores de calidad para la evaluación comparativa interna en el hospital
 Se aplican cuestionarios o encuestas para evaluar el servicio de alimentación y la comida ofrecida en el hospital

6. ¿Cuáles son los diagnósticos disponibles y que se utilizan de rutina en su hospital para fines de facturación y códigos disponibles

<input type="checkbox"/> Soporte nutricional ○ Suplementos nutricionales orales ○ Nutrición parenteral ○ Nutrición enteral ○ Recomendaciones Nutricionales ○ Intervenciones dietéticas específicas	<input type="checkbox"/> Soporte nutricional ○ Suplementos nutricionales orales ○ Nutrición parenteral ○ Nutrición enteral ○ Recomendaciones Nutricionales ○ Intervenciones dietéticas específicas
<input type="checkbox"/> Cribado nutricional para la detección de desnutrición ○ Riesgo de desnutrición ○ Desnutrición (en general) ○ Gravedad de la malnutrición (es decir, leve, moderada, severa)	<input type="checkbox"/> Cribado nutricional para la detección de desnutrición ○ Riesgo de desnutrición ○ Desnutrición (en general) ○ Gravedad de la malnutrición (es decir, leve, moderada, severa)
<input type="checkbox"/> No hay información disponible sobre facturación / finanzas / control	<input type="checkbox"/> No hay información disponible sobre facturación / finanzas / control

GRACIAS!!!

Hoja 2_oncología Hoja No [][/][/] Código del Centro [][/][/] Código de la Unidad [][/][/]

"Unidad todos los pacientes oncológicos"

paciente	Número de ingresos	Ambulatorio / hospitalización	Objetivo terapéutico	Motivo de ingreso	Diagnóstico del cáncer actual	Tiempo desde el diagnóstico de cáncer	Estadio del cáncer	Tiempo desde el diagnóstico de cáncer	Situación terapéutica	Infecciones	Parámetro de (CRP) que se va a evaluar	Parámetro de (Albumina) que se va a evaluar	Tratamiento nutricional
Iniciales	N°	a/h	c/p/r	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	mg/dL mg/L	g/L g/dL	1-10
<p>OBJETIVO TERAPÉUTICO e= curativo p= paliativos s= soporte</p> <p>MOTIVO DE INGRESO 1= diagnóstico clínico 2= tratamiento</p> <p>DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER ACTUAL 9= linfoma 10= ORL 11= leucemia 12= tracto genital 13= hígado 14= sarcoma 15= cerebro 16= testículo 17= otro</p> <p>TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO 1= 0-2 meses 2= 3-5 meses 3= 6-12 meses 4= 1-2 años 5= 2-4 años 6= > 4 años</p> <p>ESTADIO DEL CÁNCER 0= carcinoma in situ I= localizado II= locamente avanzado inicial III= locamente avanzado tardío IV= Metastatizado</p> <p>TIEMPO DESDE EL COMIENZO DEL PRIMER TRATAMIENTO 1= no tratamiento 2= estable/diagnóstico del tumor 3= 0-2 meses 4= 3-5 meses 5= 6-12 meses 6= 1-2 años 7= 2-4 años 8= > 4 años</p> <p>SITUACIÓN TERAPÉUTICA 1= Diagnóstico 2= Primera línea de quimioterapia 3= Quimioterapia de primera línea avanzada 4= Radioterapia 5= Terapia diana relacionada con el tumor 6= Terapia hormonal 7= paliativo 8= cirugía 9= complicaciones relacionadas con el tumor 10= Complicaciones relacionadas con la terapia</p> <p>TRATAMIENTO NUTRICIONAL 1= ninguna dieta especial 2= plan dietético individualizado 3= Suplementos Nutricionales Orales (SNO) ricos en energías/ricos en proteínas 4= nutrición enteral (vía SNG/PEG) 5= nutrición parenteral 6= SNO enriquecidos con nutrientes especiales 7= nutrientes especiales (EPA, aminoácidos ramificados, glutamina, arginina, carnitina) 8 = preferencias personales 9 = consejo 10= otro</p>													

Cada exponente corresponde a las casillas en las aplicaciones

RELACIONADO CON SU PACIENTE HOJA 2a

nutritionDay worldwide

Paciente Número: [][][] Iniciales del Paciente: [][][]

Género: Femenino Masculino

Peso (kg): [][][] kg estimado cuantificado

Estatura (cm): [][][] cm estimado cuantificado

POR FAVOR CONTINUE SOLAMENTE SI EL PACIENTE TIENE...

1. Esta hospitalización fue: programa programa

2a. Diagnóstico al Ingreso (marque todo lo que se realiza)

- 0100 Enfermedades infecciosas y parasitarias 1200 La gripe
- 0200 Tumores [neoplasias] 1300 El sistema inmunológico
- 0300 Sangre, órganos hematopoyéticos, mecanismos inmunológicos 1400 El sistema cardiovascular
- 0400 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas 1500 El sistema digestivo
- 0500 Trastornos mentales y del comportamiento 1600 Afecciones de la vejez
- 0600 El sistema nervioso 1700 Malnutrición
- 0700 El ojo y sus anexos 1800 Síndrome de insuficiencia cardíaca
- 0800 El oído y la apófisis mastoideas 1900 Lesiones traumáticas
- 0900 El sistema circulatorio 2000 Cáncer (e.g. transgénico)
- 1000 El sistema respiratorio 2100 Factores de riesgo
- 1100 El sistema digestivo

RELACIONADO CON SU PACIENTE HOJA 2b

nutritionDay worldwide

Paciente Número: [][][] Iniciales: [][][]

Fecha: [][][] Códig: [][][]

10. Líquidos (HOY) Solución electrolítica? (NaCl, Lactato de Ringer, etc) SI

11. Número de suplementos nutricionales orales (SNO) planeados para el día? (HOY) []

12. Ingesta Nutricional (HOY) (marque una respuesta)

Ménu del hospital fortificado/enriquecido: SI NO

Suplemento proteico/energético (SNO) suplementos nutricionales orales: SI NO

Nutrición entera: SI NO

RELACIONADO CON SU PACIENTE HOJA 3B

nutritionDay worldwide

Número del paciente: [][][] Iniciales: [][][]

12. Qué tan bien comió la semana anterior de ser admitido en el hospital?

Más que normal Normal Menos que normal

Aproximadamente unos 3/4 de lo normal Aproximadamente la mitad de lo normal Aproximadamente un cuarto hasta casi nada

13. En general, ¿qué tan satisfecho comió en el hospital?

SI, por parte de familiares o amigos SI, por parte de personal hospitalario NO

RELACIONADO CON SU PACIENTE HOJA 3a

nutritionDay worldwide

Número del paciente: [][][] Iniciales: [][][]

1. ¿Cuáles son sus hábitos alimentarios habituales? (marque todo lo que se realiza)

- No tengo hábitos dietéticos especiales Evito los carbohidratos
- Soy vegetariano Como una dieta baja en grasas
- Sigo una dieta vegana Soy intolerante a la lactosa
- Sigo una dieta libre de gluten Otra dieta especial debido a...
- Evito añadir azúcar Otro

2. ¿Dónde residía antes de su actual ingreso en el hospital?

- En casa He sido transferido de otro hospital
- En un asilo, en un hogar geriátrico o de cuidado intermedio Otro

3. En general, ¿se usó capaz de caminar?

- SI No, tengo una silla de ruedas
- SI, con la ayuda de alguien No, estoy en la cama
- SI, con bastón, silla de ruedas, o muletas

4. En general, ¿ud diría que su salud es?

- Muy buena Buena Regular Mala

5. Durante los últimos 12 meses anteriores a su ingreso en el hospital actual, aproximadamente... ¿Cuántas veces ha visitado al médico en un hospital (urgencias, cualquier servicio) en un hogar geriátrico o de cuidado intermedio...?

6. Cuántos medicamentos diferentes toma durante el día? (Antes de la hospitalización)

- 1-2 Ninguna No lo sé
- 3-5 Más de 5 No lo sé

7. Tiene seguro médico?

- SI, seguro privado solamente No
- SI, seguro social solamente Prefero no contestar
- SI, ambos

8. Su peso hace 5 años...

- Ha perdido peso durante los últimos tres meses? No. He ganado peso
- SI, intencionalmente SI, sin intención No lo sé
- No, mi peso sigue siendo el mismo

9b. En caso afirmativo, cuántos kilos perdió? []

10. ¿Sabía que sería hospitalizado dos días antes del ingreso?

11. Por favor indique al...

POR FAVOR CONTINUE CON LA PÁGINA 3b

14. Recibió usted alguna ayuda para comer hoy día? SI, por parte de familiares o amigos SI, por parte de personal hospitalario NO

15a. Por favor indique qué cantidad ha comido en la comida principal que le ha sido ofrecida en el hospital el día HOY?

casi todo 1/2 1/4 nada

17. En caso de no haber comido todo de su plato, por qué?

- No me gustó el tipo de comida ofrecida
- No me gustó el olor/sabor de la comida ofrecida
- La comida no está de acuerdo con mis preferencias culturales/religiosas
- La comida estaba demasiado caliente
- La comida estaba demasiado fría
- Debido a alergia/intolerancia
- No tenía hambre a la hora que fue ofrecida la comida
- Tengo menos apetito que lo usual

18. Agregue el número de vasos/tazas de bebidas que consumió

- Agua Café
- Té Leche

19a. Comió usted alguna otra comida aparte de la ofrecida en el hospital?

19b. En caso afirmativo, ¿qué comió?

- Colaciones Dulces
- Colaciones Saladas
- Comida casera
- Fruta

20. Como ha cambiado su Ingesta de alimentos desde el ingreso al hospital?

- Aumento Disminuyó

21. HOY me siento...

- Más fuerte que en el día de la admisión
- Más débil que en el día de la admisión
- Estoy igual que en el día de la admisión
- Ingresé en el día de hoy No lo sé

23. ¿Le han ayudado a llenar este cuestionario?

nutritionDay worldwide Hoja de resultados 30 días

Fecha: [][][] Códig del Centro: [][][] Códig de la Unidad: [][][]

Número del paciente	Iniciales del Paciente	Fecha de aprobación del alta	Diagnóstico de alta	Salida / egreso hospitalario	Readmitido desde nDay
...
A 13101	MA, MU	24.11.2015	J15, J16, J17, J18, J19, J20, J21, J22, J23, J24, J25, J26, J27, J28, J29, J30	1	1

1. Utilice los códigos completos del CIE-10 o los códigos que encuentra en la parte inferior

2. Código de Evolución

3. Código de readmisión

Hoja 3_paciente oncología

Fecha: [][][] Paciente número: [][][]

Estimado paciente, nos gustaría que llene/completara este cuestionario para mejorar nuestro tratamiento nutricional en esta unidad. Nos gustaría saber cómo se encuentra y qué tan está de actividad física.

Por favor señale o rellene

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA!

Iniciales del paciente: las 2 primeras letras de su nombre [][][] las 2 primeras letras de su apellido [][][]

Su peso habitual antes de ponerse enfermo: [][][] kg No sé No sé

Peso actual: [][][] kg No sé No sé

¿Su cambio de peso ha sido de forma voluntaria o involuntaria?

- voluntaria involuntaria el peso es estable

Por favor marque lo que mejor se aplique a Ud durante la semana pasada:

	en absoluto	un poco	bastante	muchísimo
¿Ha tenido dolor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Necesitó parar para descansar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha sentido débil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se sintió deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Estuvo cansado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Le ha faltado...?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RELACIONADO CON SU PACIENTE

nutritionDay worldwide

Paciente Número: [][][] Iniciales del Paciente: [][][]

Género: Femenino Masculino

Código del Centro: [][][] Código de la Unidad: [][][]

Año de Nacimiento: [][][]

Fecha de admisión: [][][]

Consentimiento Informado: SI NO

1. Nombre del paciente

2. Iniciales del paciente

3. Año de Nacimiento

4. Fecha de admisión

5. Consentimiento Informado

6. Nombre del paciente

7. Iniciales del paciente

8. Año de Nacimiento

9. Fecha de admisión

10. Consentimiento Informado

11. Nombre del paciente

12. Iniciales del paciente

13. Año de Nacimiento

14. Fecha de admisión

15. Consentimiento Informado

16. Nombre del paciente

17. Iniciales del paciente

18. Año de Nacimiento

19. Fecha de admisión

20. Consentimiento Informado

21. Nombre del paciente

22. Iniciales del paciente

23. Año de Nacimiento

24. Fecha de admisión

25. Consentimiento Informado

26. Nombre del paciente

27. Iniciales del paciente

28. Año de Nacimiento

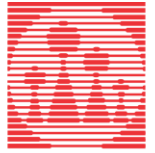
29. Fecha de admisión

30. Consentimiento Informado

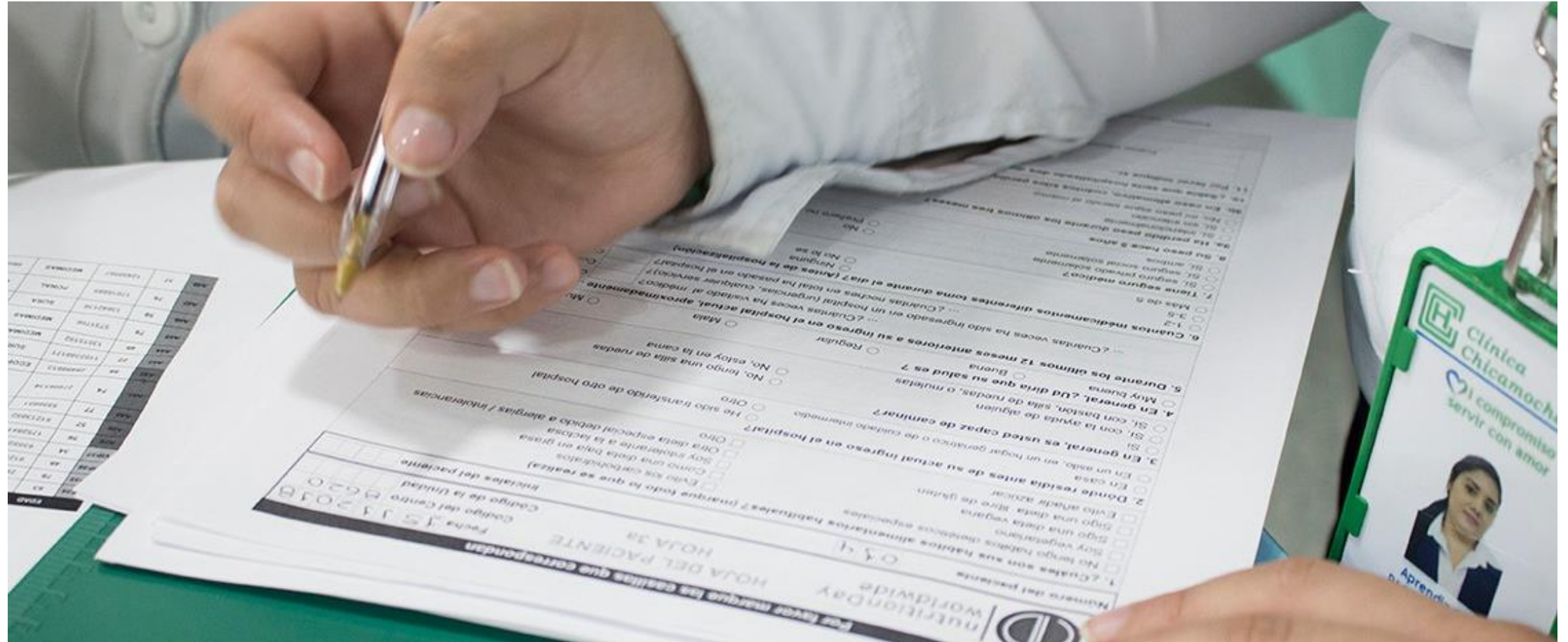
supported by



19 Noviembre 2018



ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA





35 instituciones
67 unidades



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



HOSPITAL QX-MI

ONCOLOGIA

HOME CARE



ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA

Nutrition day 2018 colombia

NUTRITIONDAY 2018

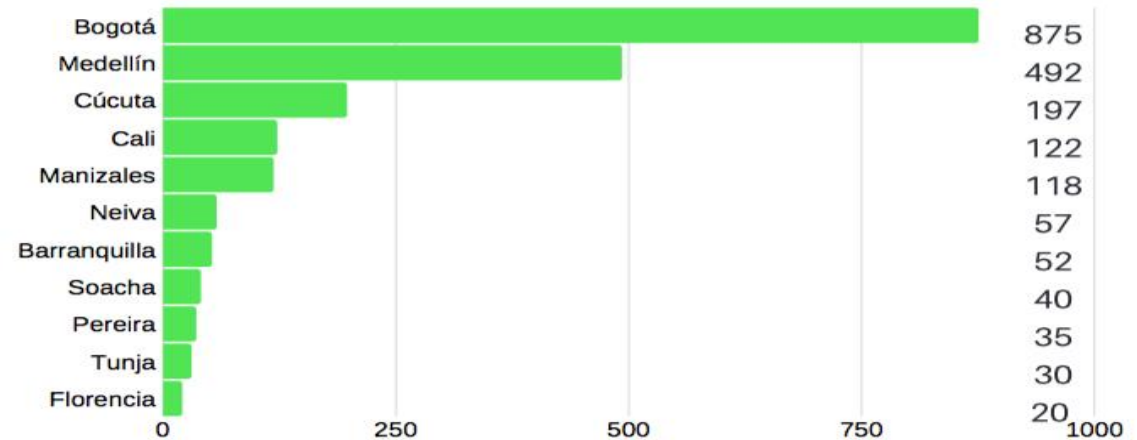


Global	17.184	10.255	1.582	834	3985
Colombia	2.038	1.851	112	0	75

Colombia el 2do país con el mayor aporte en el número de pacientes de la muestra Global (11.8%) en el 2018.



Número de pacientes por ciudad



Indicadores de calidad de la atención nutricional

1



Tamizaje nutricional

Identificación del riesgo nutricional

Riesgo nutricional
27.2%

2



Valoración nutricional

Valoración del estado nutricional
38.3%

3



Implementación de la Terapia Nutricional Especializada

Tipo de dieta
NE 5.3%
NP 2.2%
S 9.9%
DT 46.5%

Nutrición Enteral
Nutrición Parenteral
Suplementación
Dieta Terapéutica

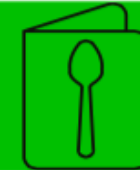
4



Monitoreo y Seguimiento del plan nutricional

Pacientes que NO tienen ingesta total
39.8%

5



Paciente dado de alta con manejo nutricional

Pacientes que confirman estar informados sobre su plan nutricional
25.9%

6



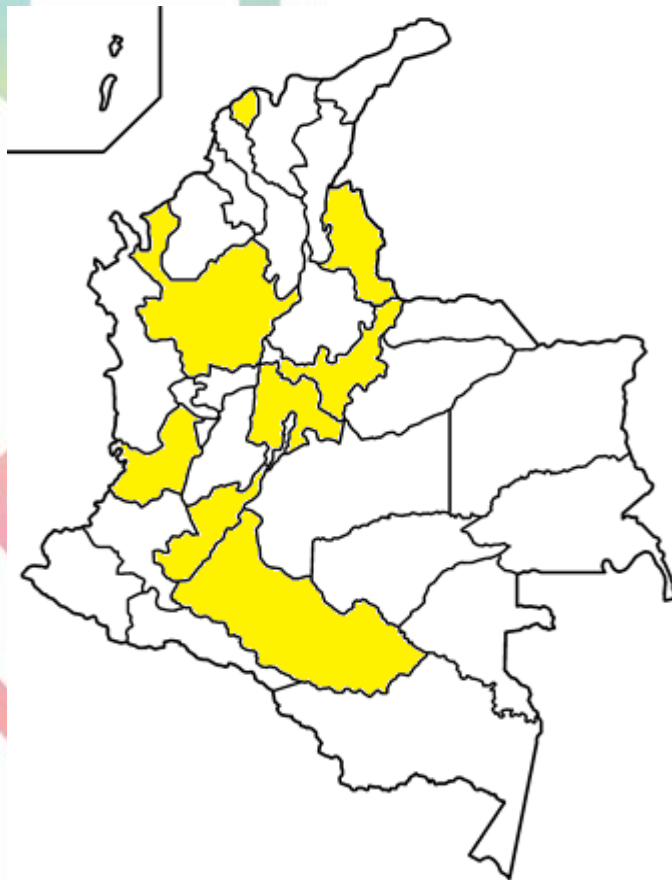
Seguimiento al egreso

Reingresos
9.8%



ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA

Participación 2018



Ciudades Participantes en NutritionDay 2018	Nº Pacientes	Instituciones Participantes
Barranquilla	52	2
Bogotá	875	14
Cali	122	4
Cucuta	197	2
Manizalez	118	2
Medellin	492	6
Neiva	57	1
Pereira	35	1
Tunja	30	1
Florencia	20	1
Soacha	40	1
Totales	2038	35

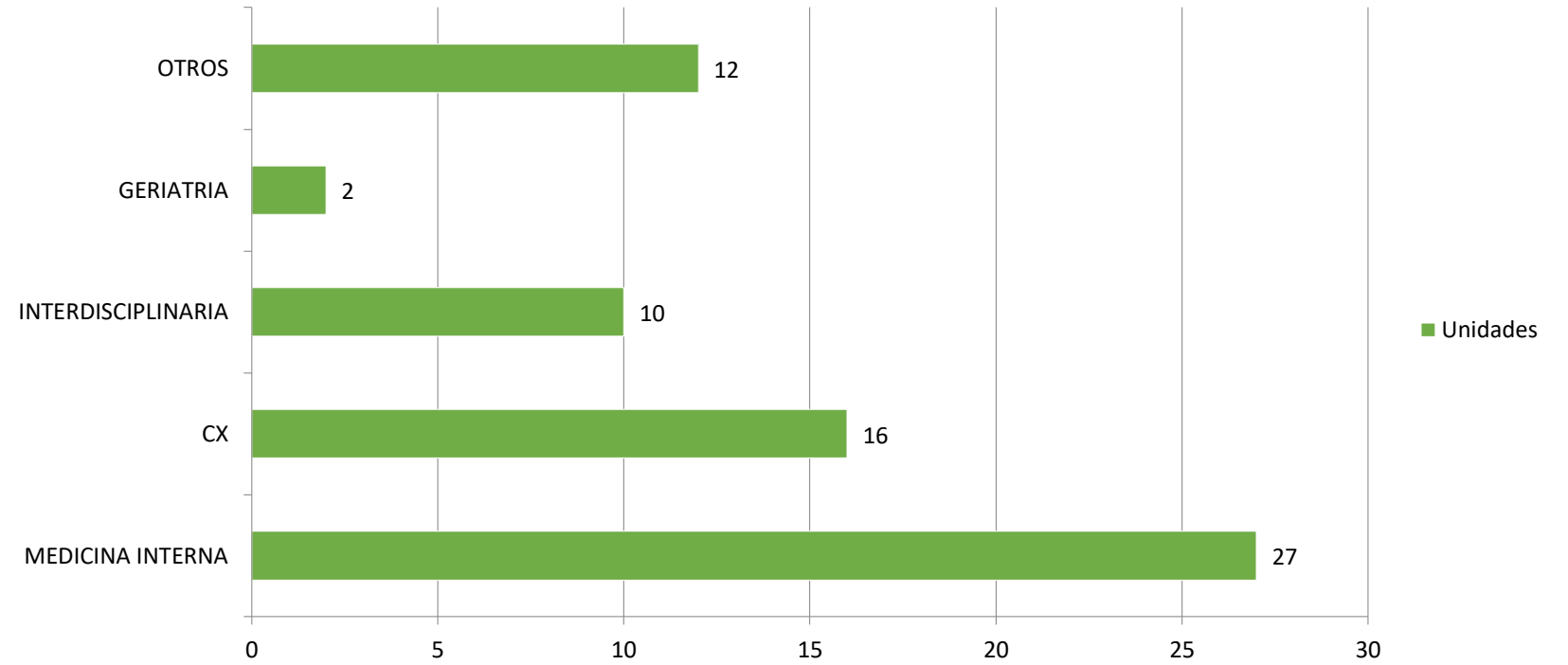
67 unidades

MI	CX	ONCO	Geriatría
1133	718	112	75





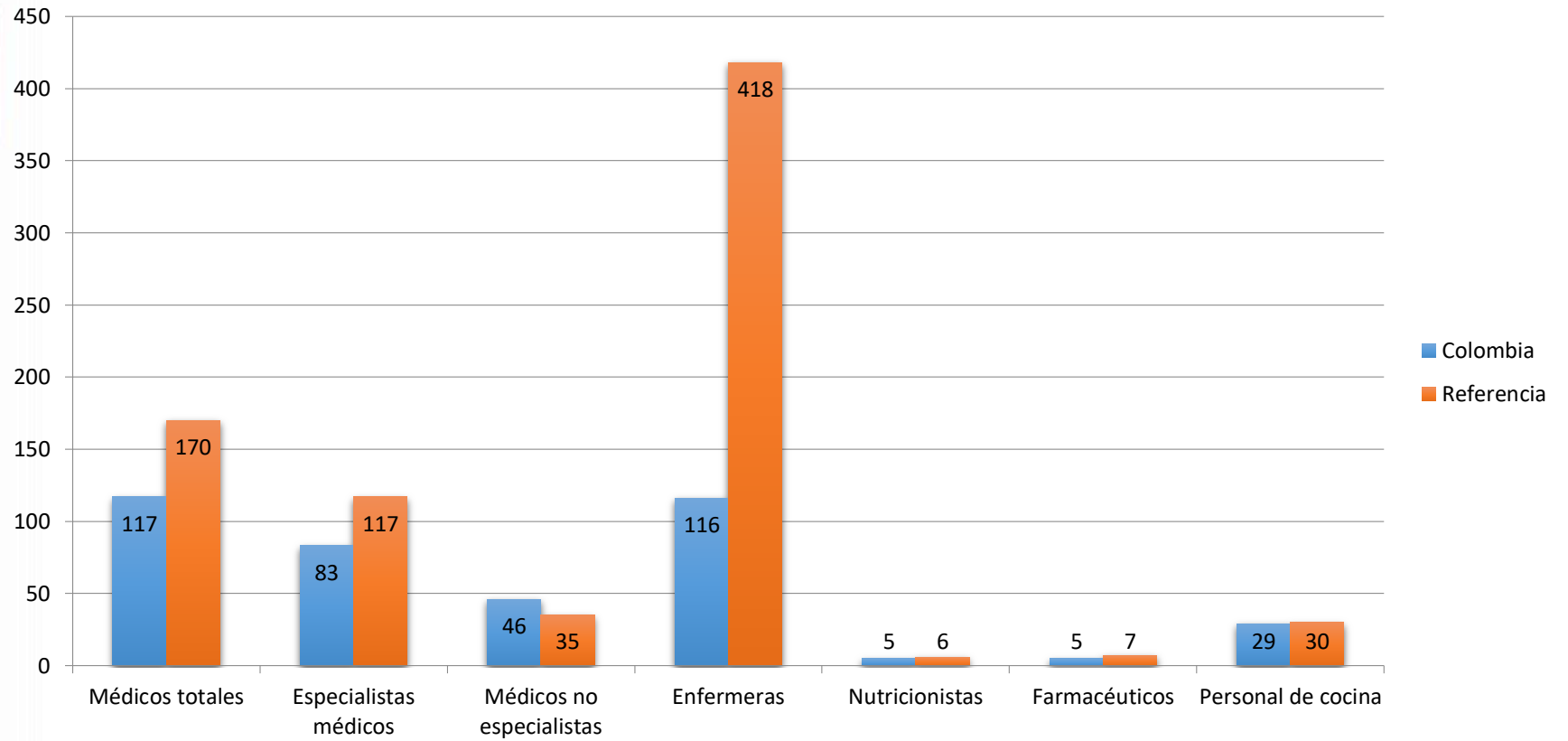
Participacion de 67 unidades



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



Personal disponible para la atención hospitalaria (Nº)



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



93,9% tienen una estrategia de atención nutricional



33,3% registran e informan indicadores de calidad



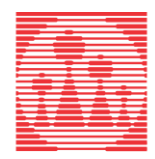
Los indicadores de calidad se utilizan para la evaluación comparativa interna en un 78,8%



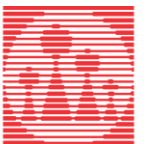
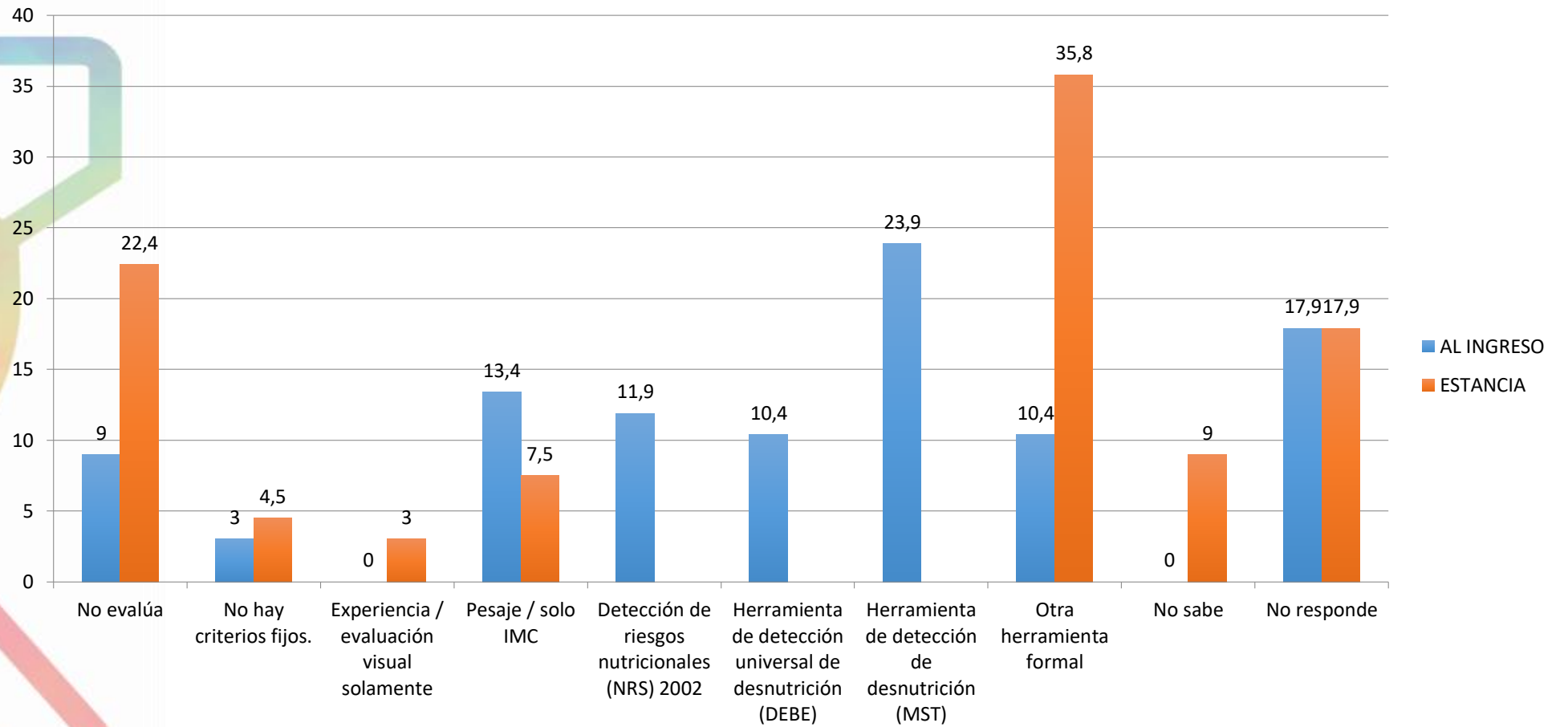
Existencia de un equipo de apoyo nutricional 69,1%



Existencia de una persona responsable del cuidado nutricional 94,5%

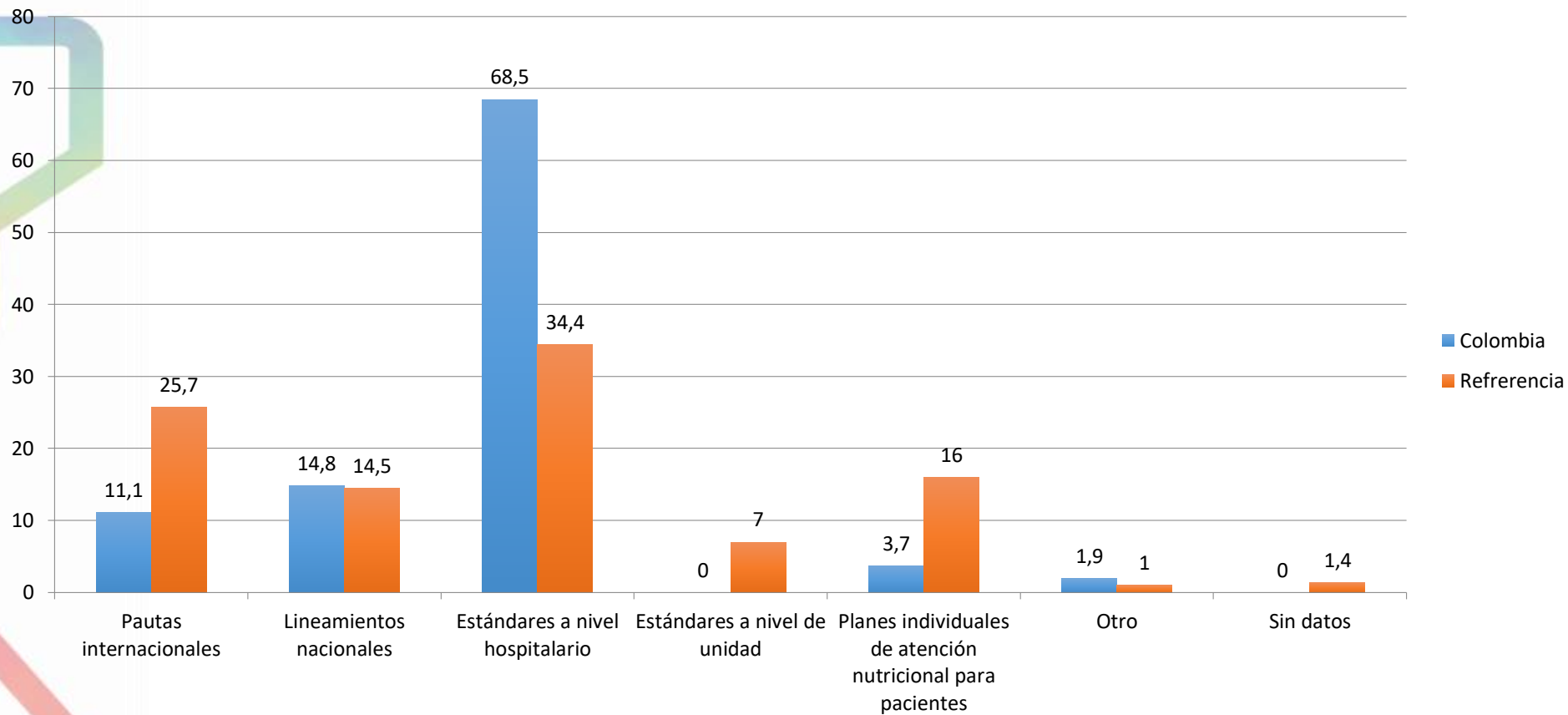


Cómo evalúa a los pacientes al ingreso / durante la estancia hospitalaria? (%)



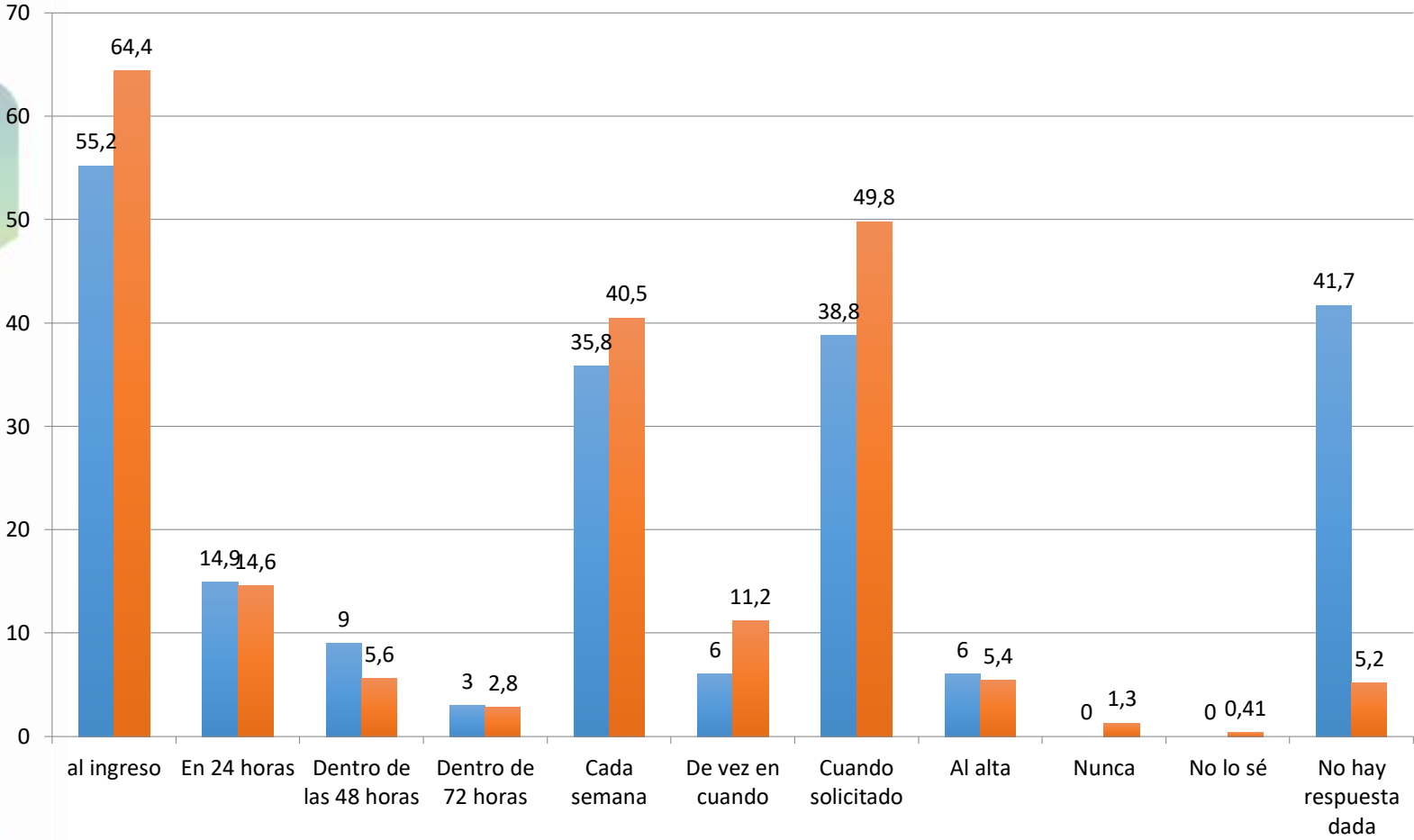
**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Pautas usadas para el cuidado nutricional (%)



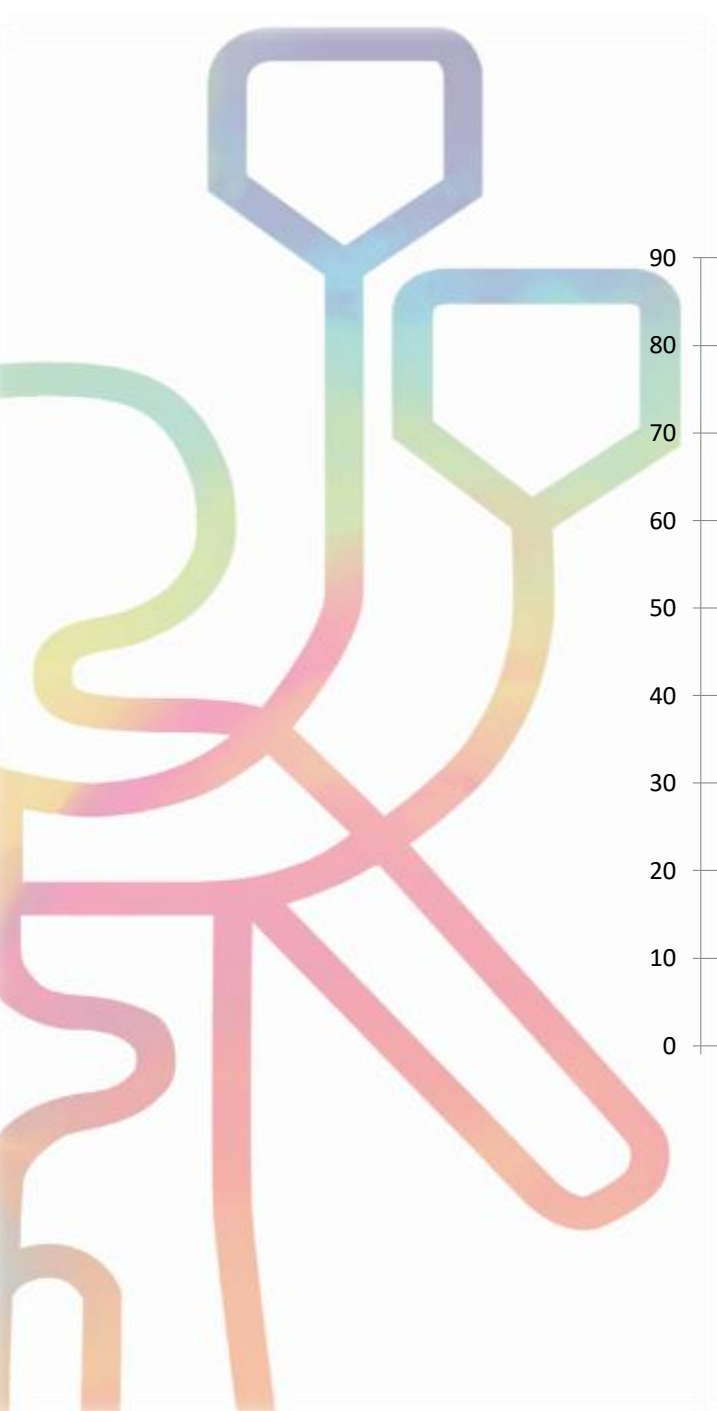
**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Quando pesas habitualmente a tus pacientes?

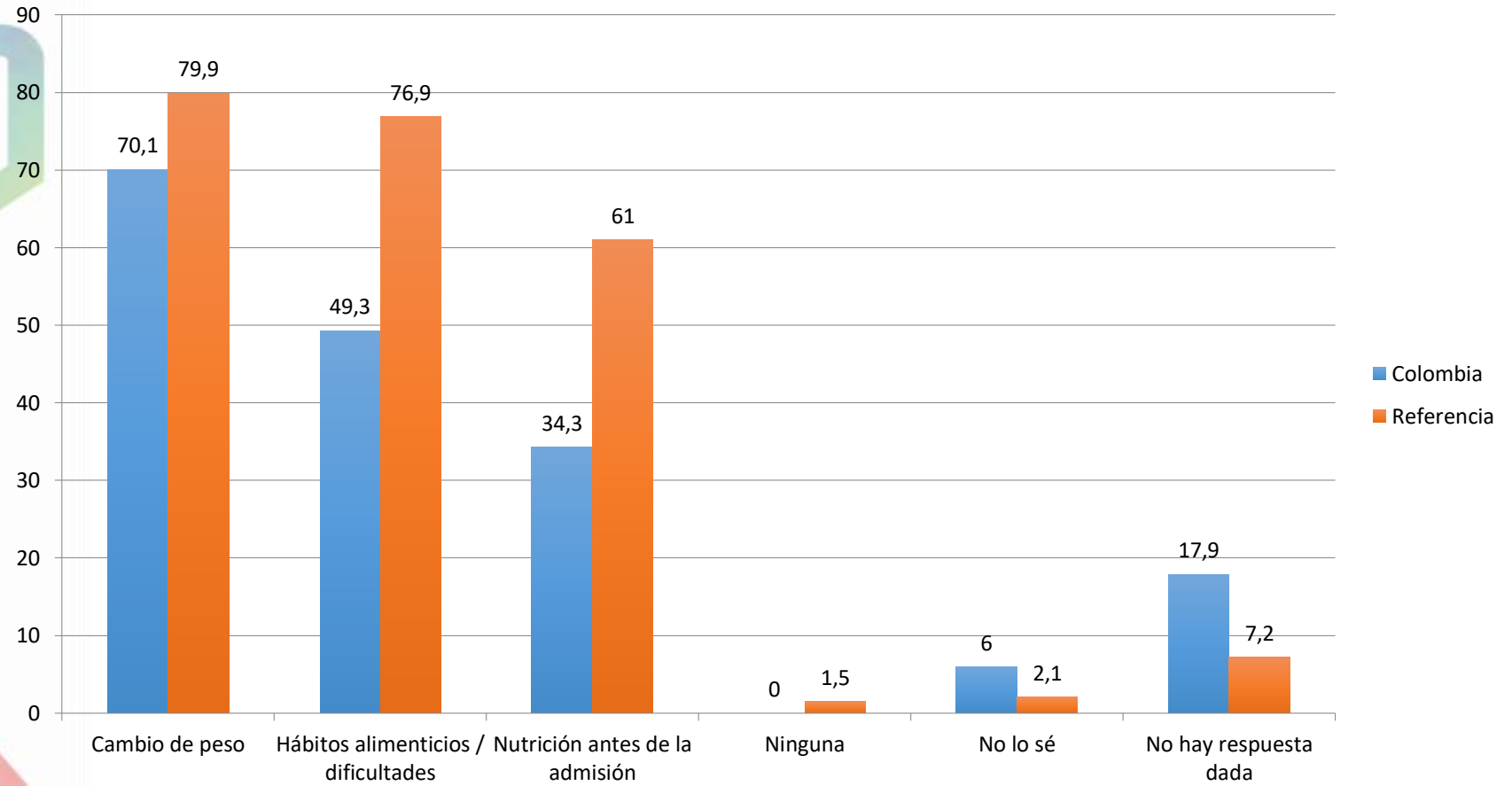


Respuesta múltiple





Datos solicitados al ingreso (%)



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



Femenino 51%

X: IMC 24,7

P 65,4 Kg

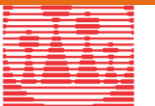
T: 163 cm

Hx Programada:
73%

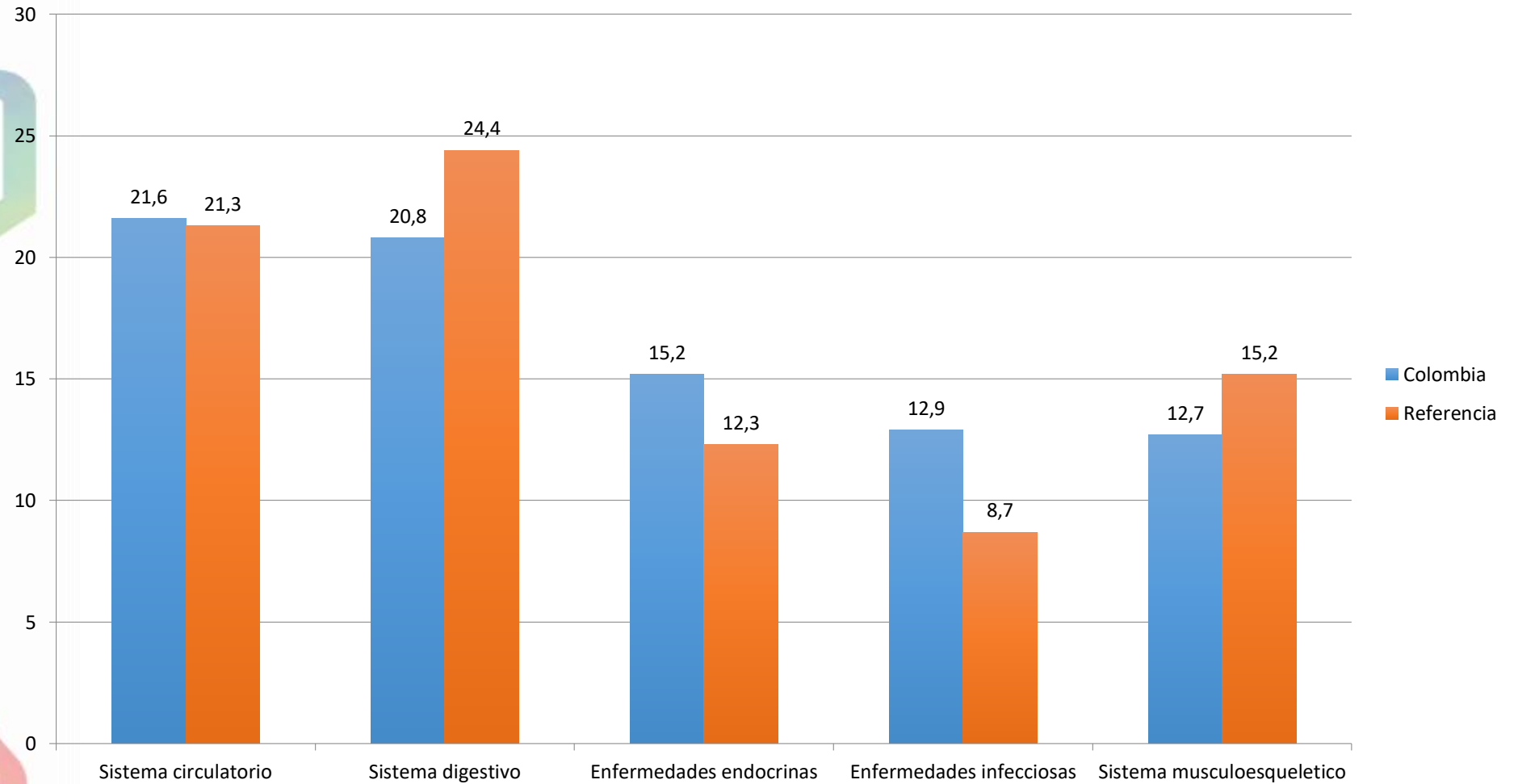
Cx programada:
20,4%

Ingreso previo a
la UCI: 16,7%

Enfermedad
terminal: 8,7%

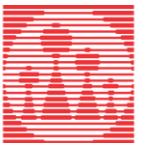
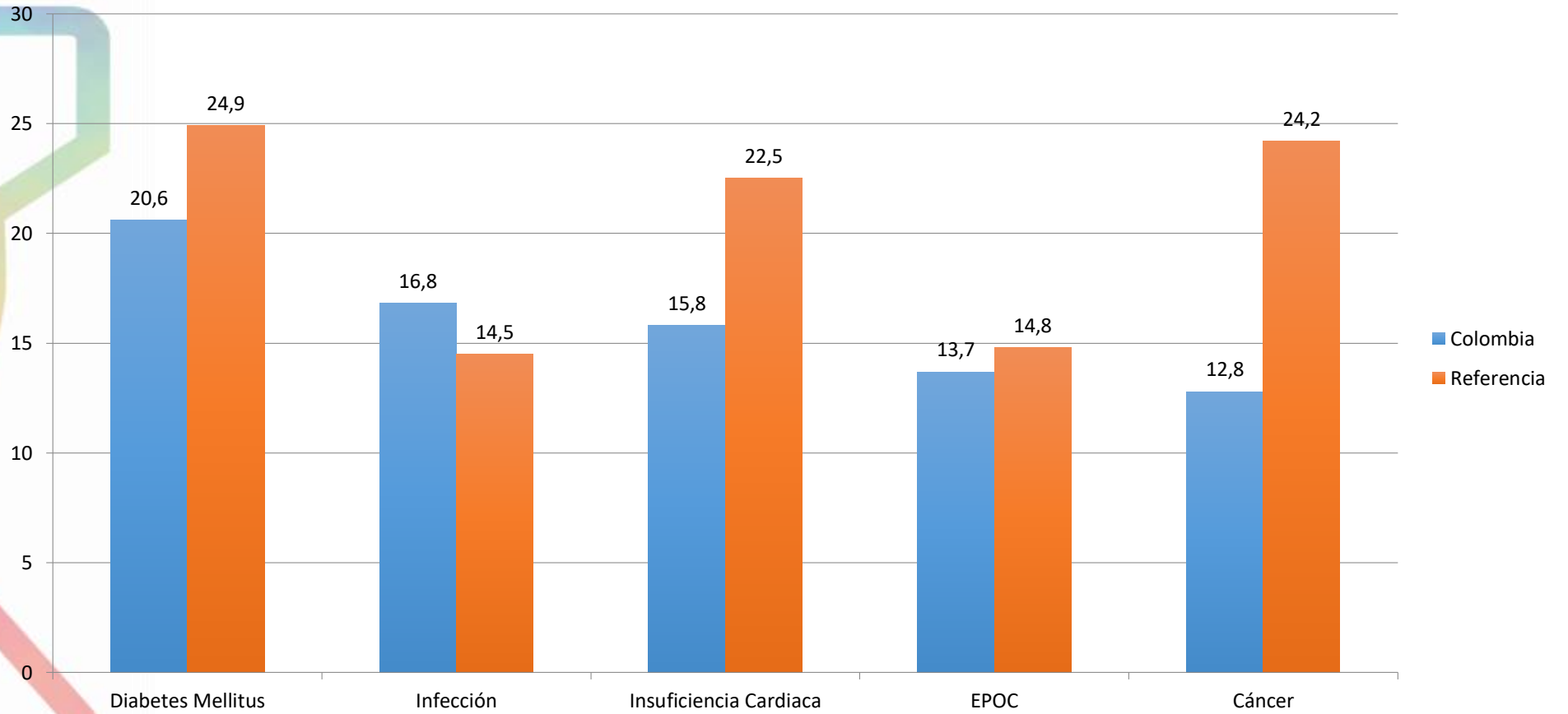


5 primeras causas de Hx o Cx (%)



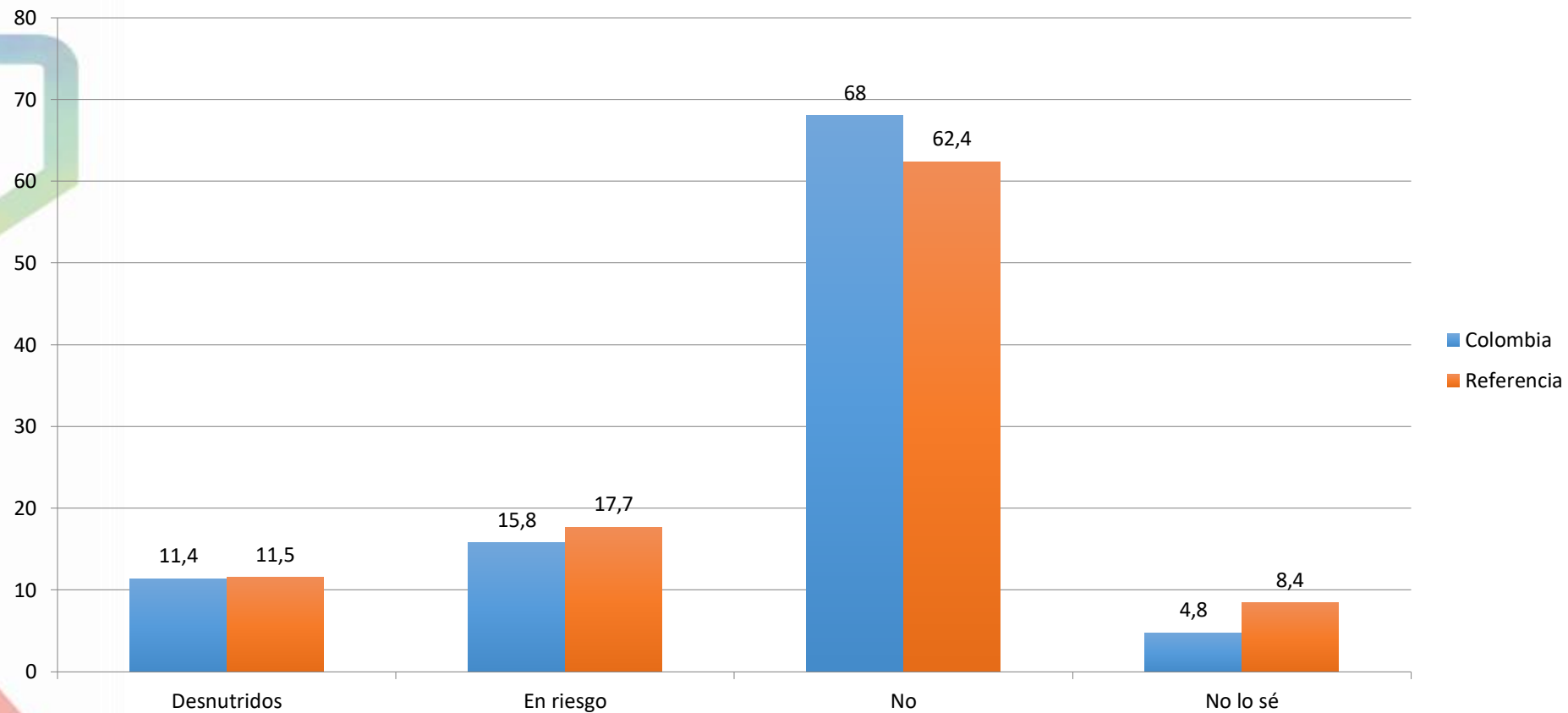
**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

5 Principales comorbilidades encontradas (%)

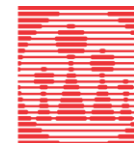


**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

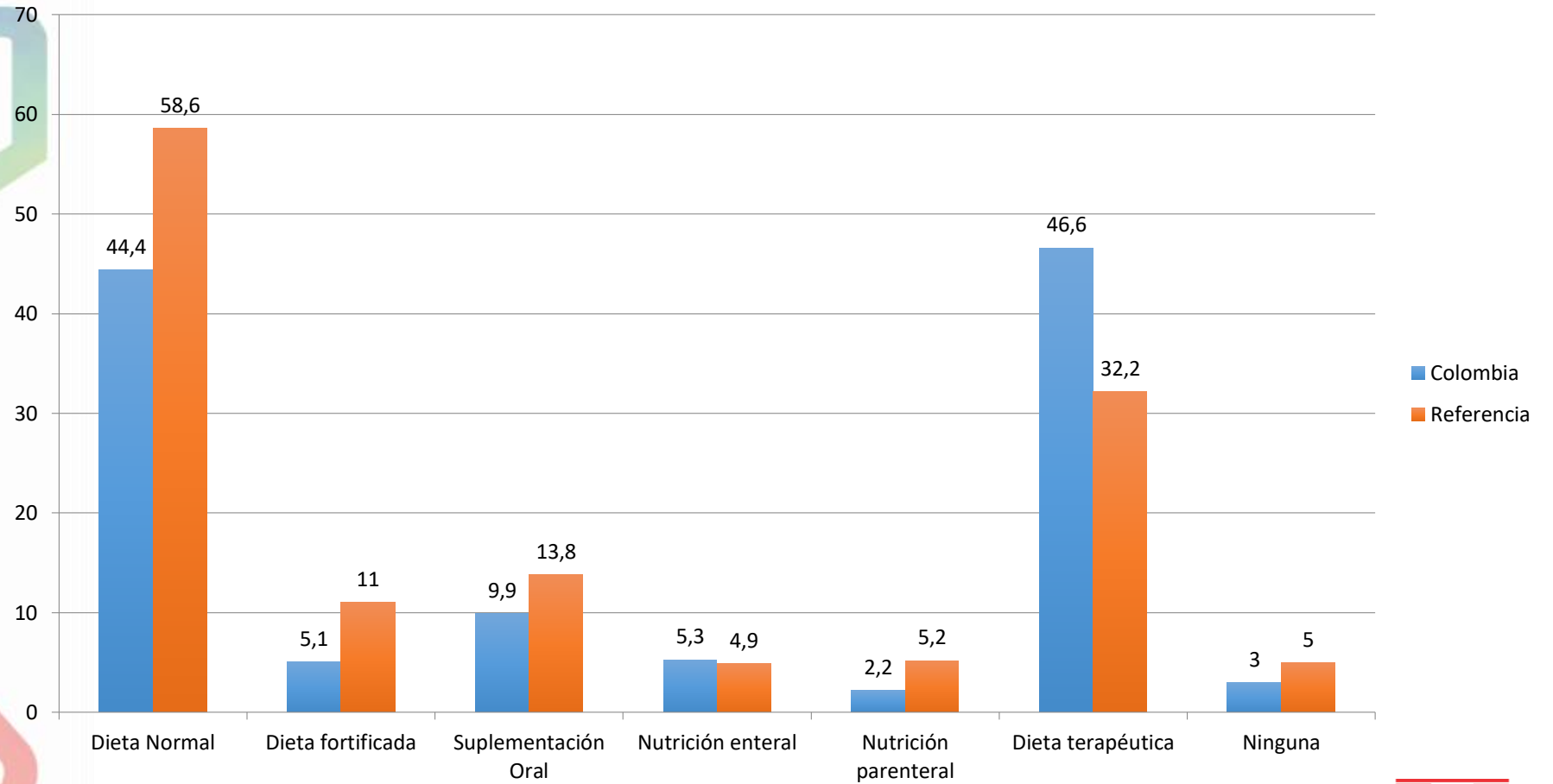
Identificación estado nutricional (%)



En riesgo/DNT: 27,2%

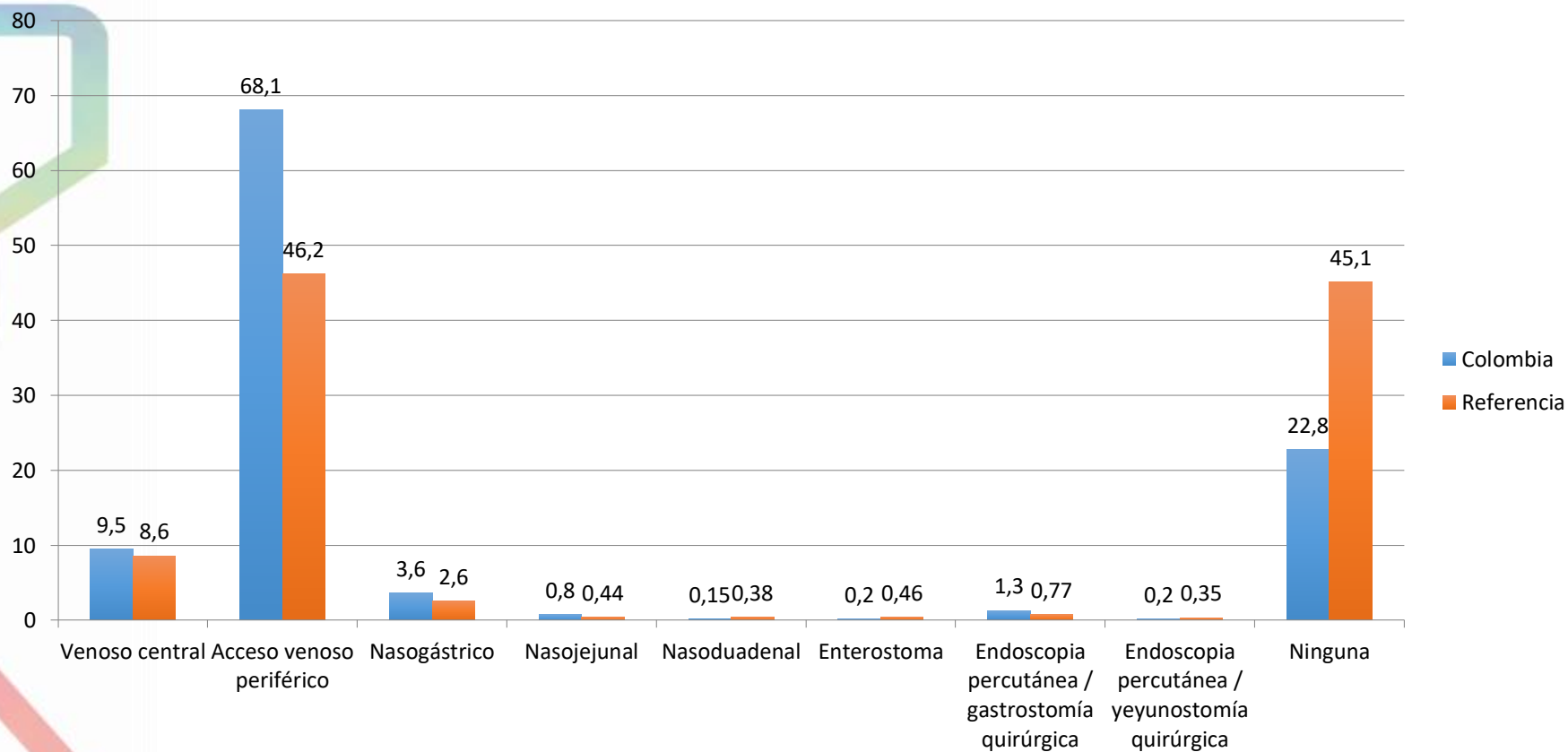


Tipo de alimentación (%)

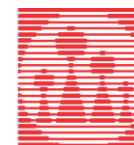


**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Accesos soporte nutricional (%)



Tasa Infección: 2,2%
(2,37%)



Determinación de requerimientos 46,5% (35,2%)

Registros de ingesta 44,4% (42,9%)

Desarrollo de plan nutricional 45,3% (33,9%)

IC nutrición o Soporte 47,2% (35%)

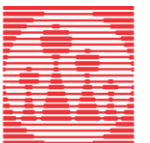
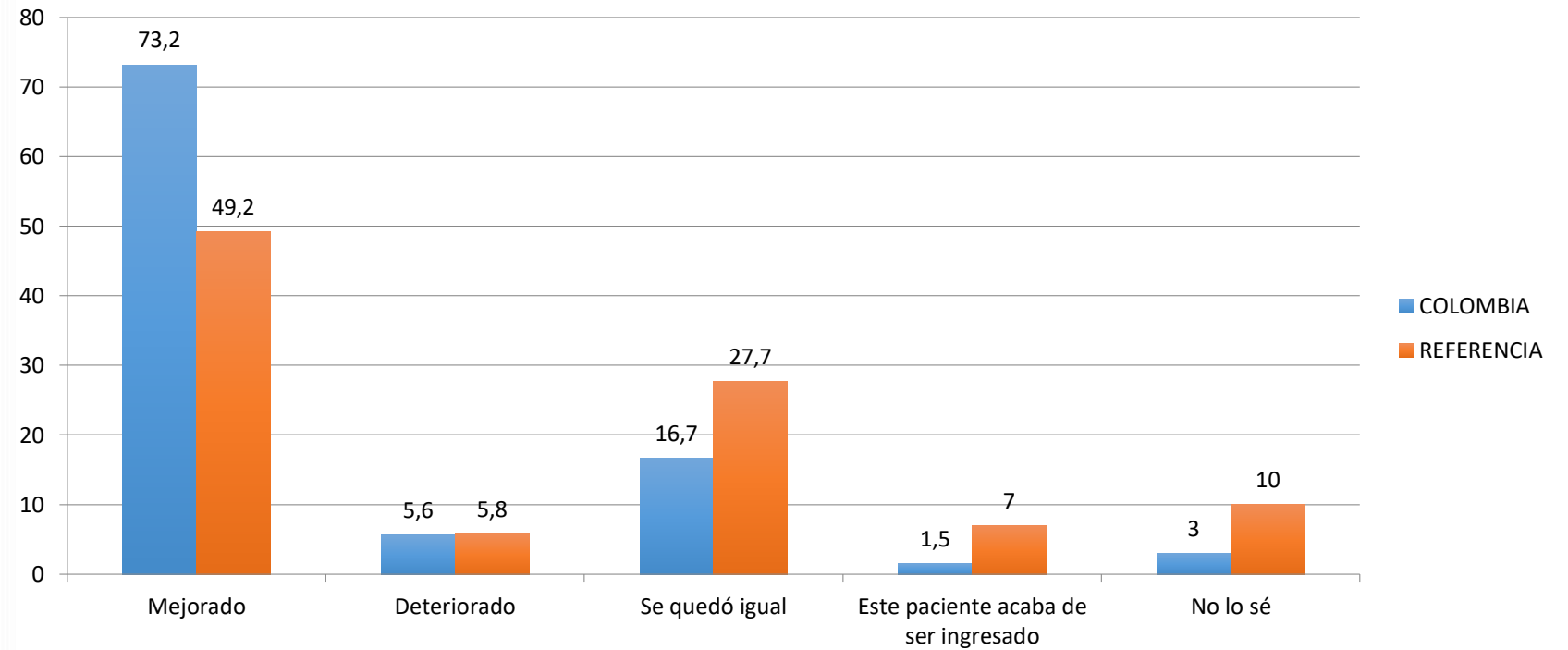
Registro de valoración y estado nutricional 38,3% (29,7%)

% Readmisión: 9,8%





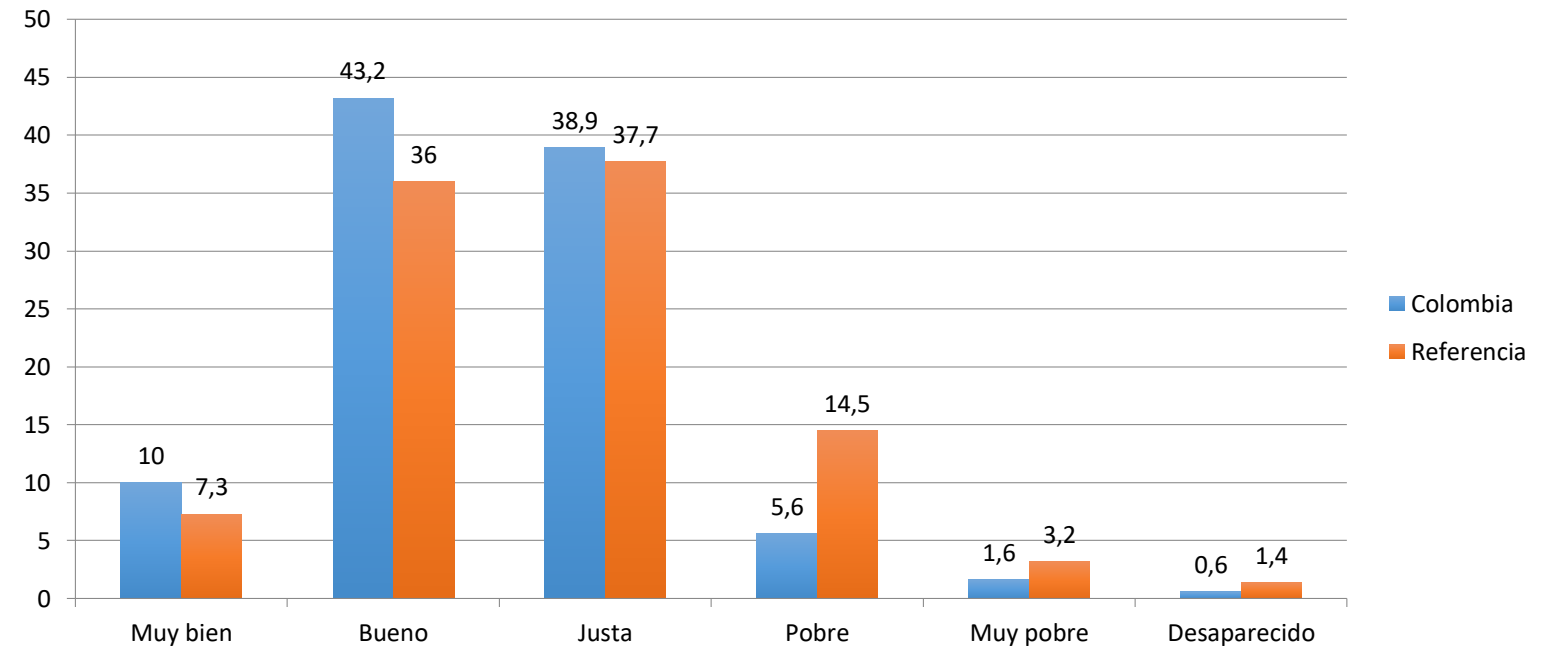
Percepción del estado de salud (%)



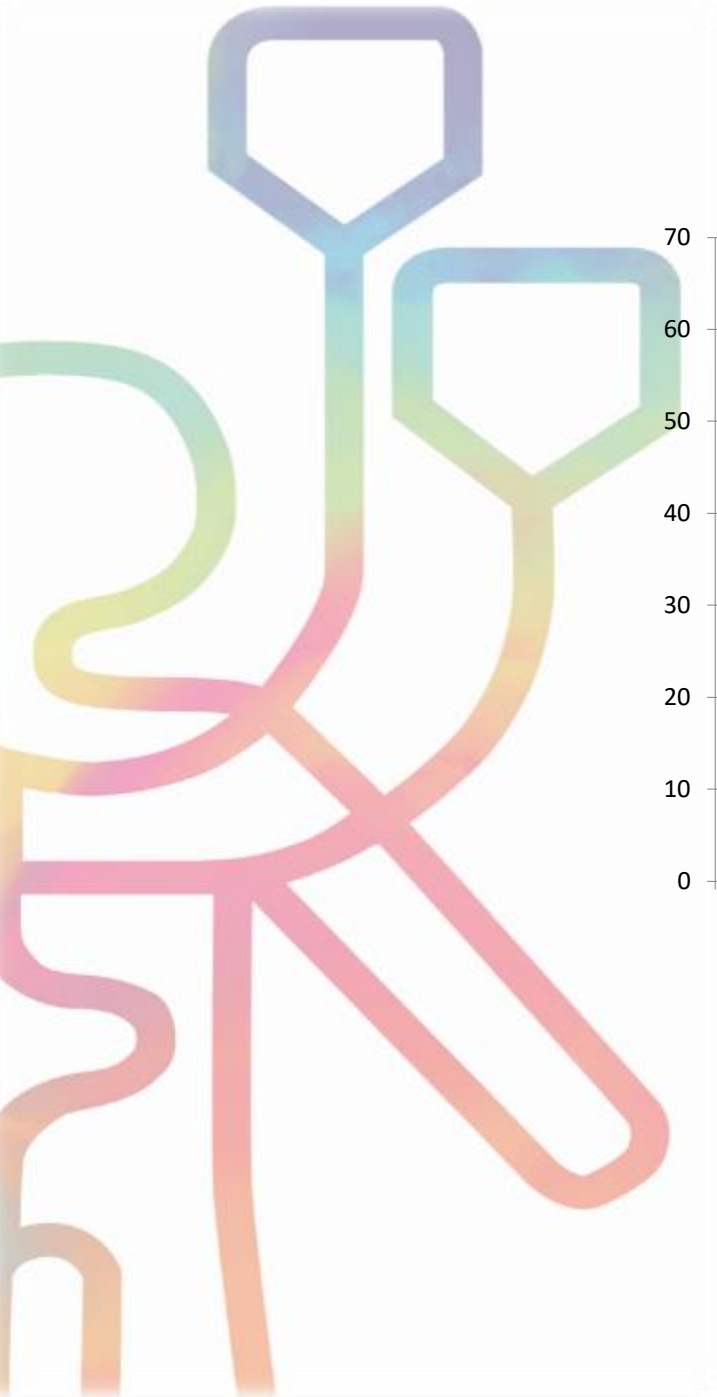
**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



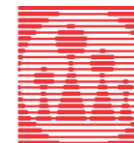
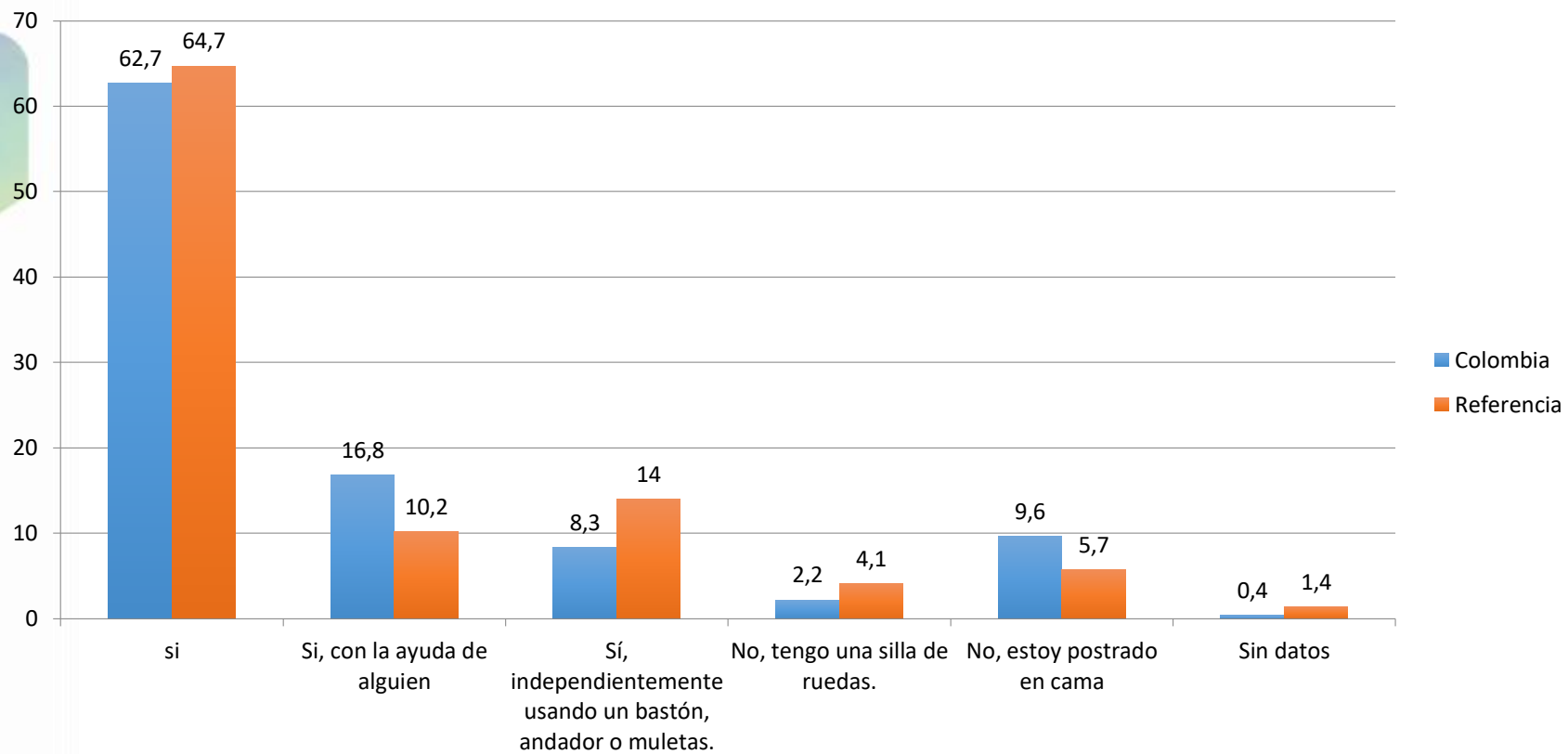
Percepción de condición de salud (%)



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



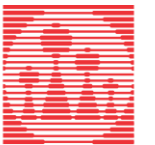
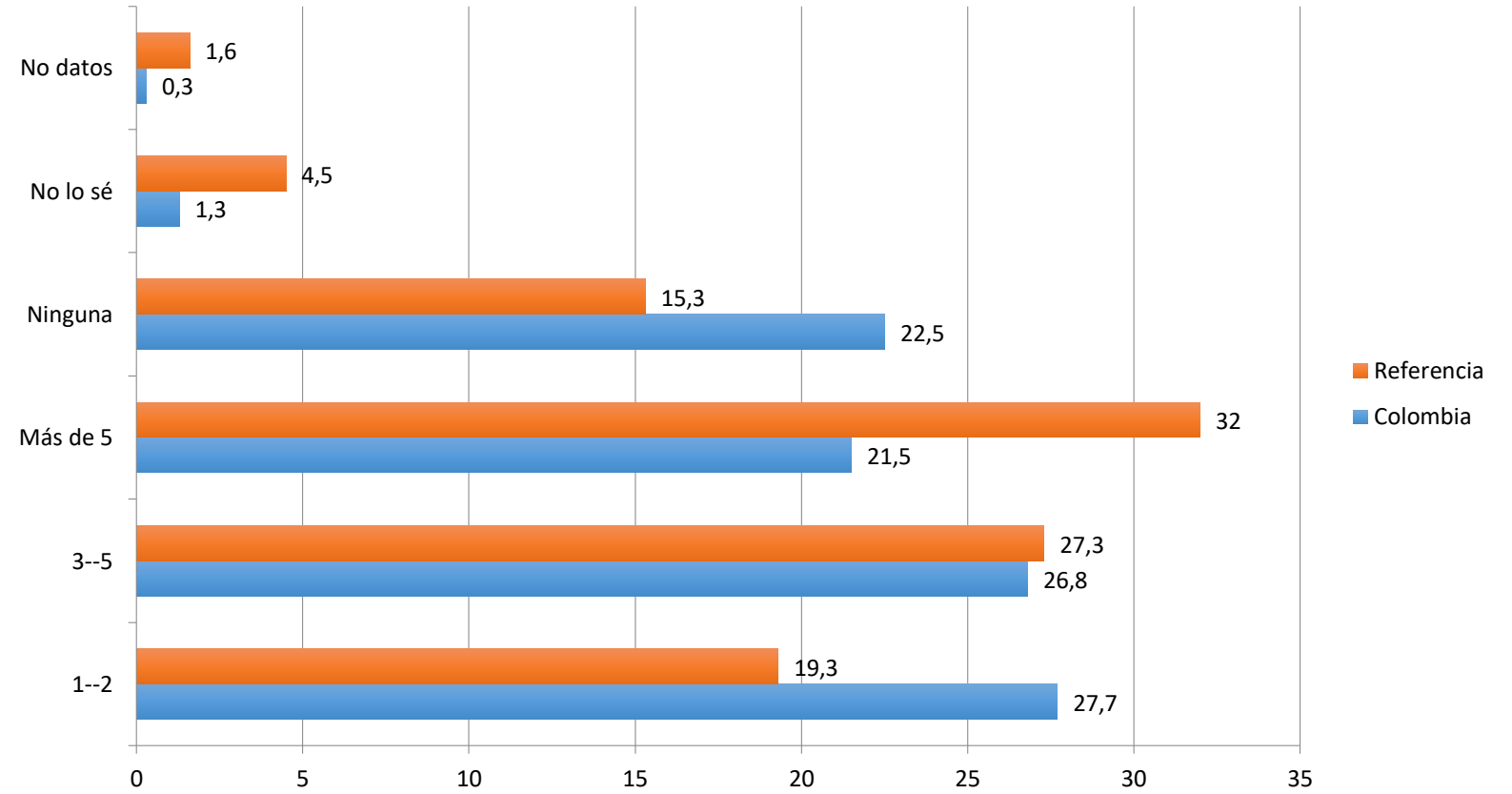
Funcionalidad: Puede caminar?



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

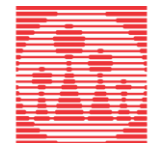
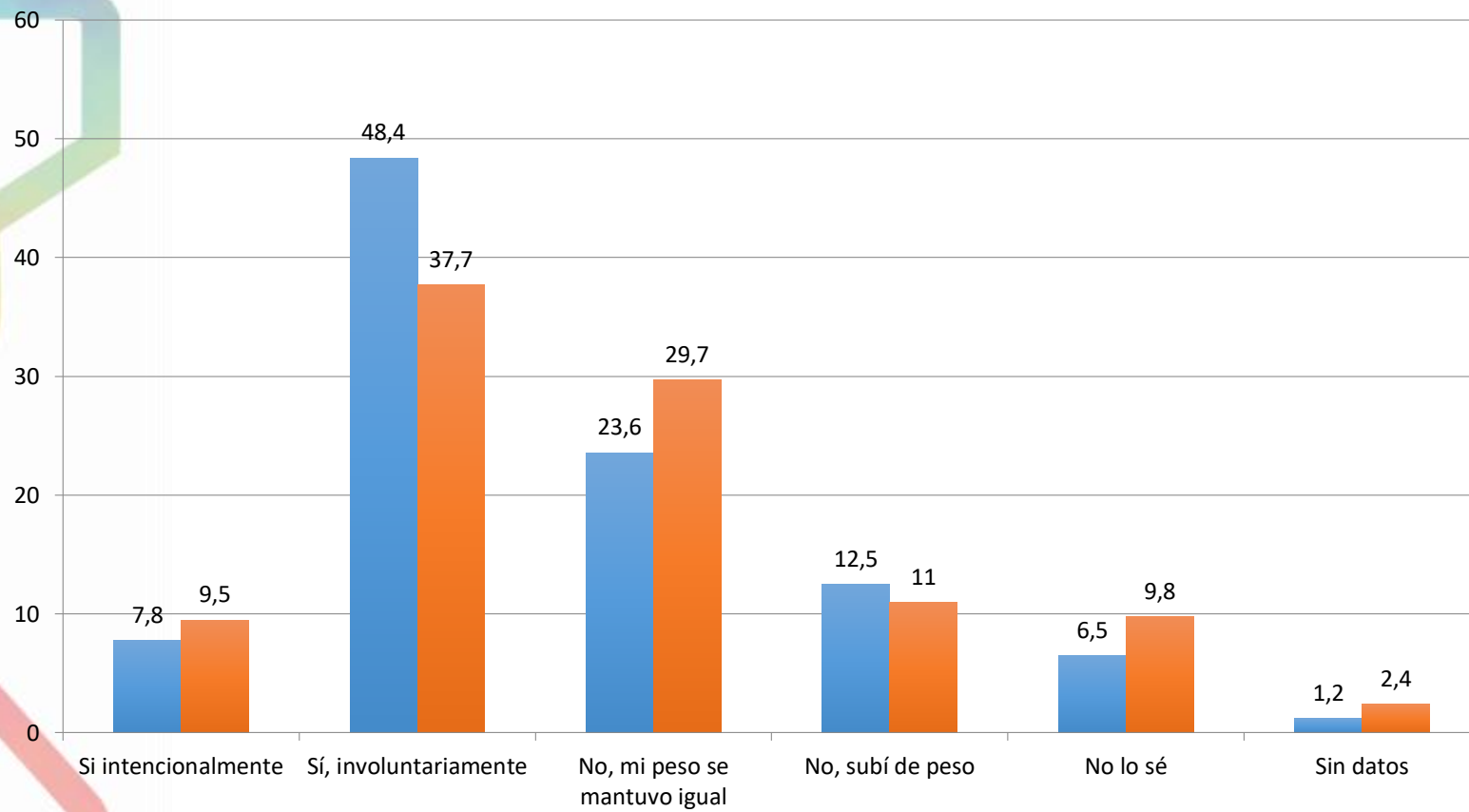


Nº Medicamentos al día (%)

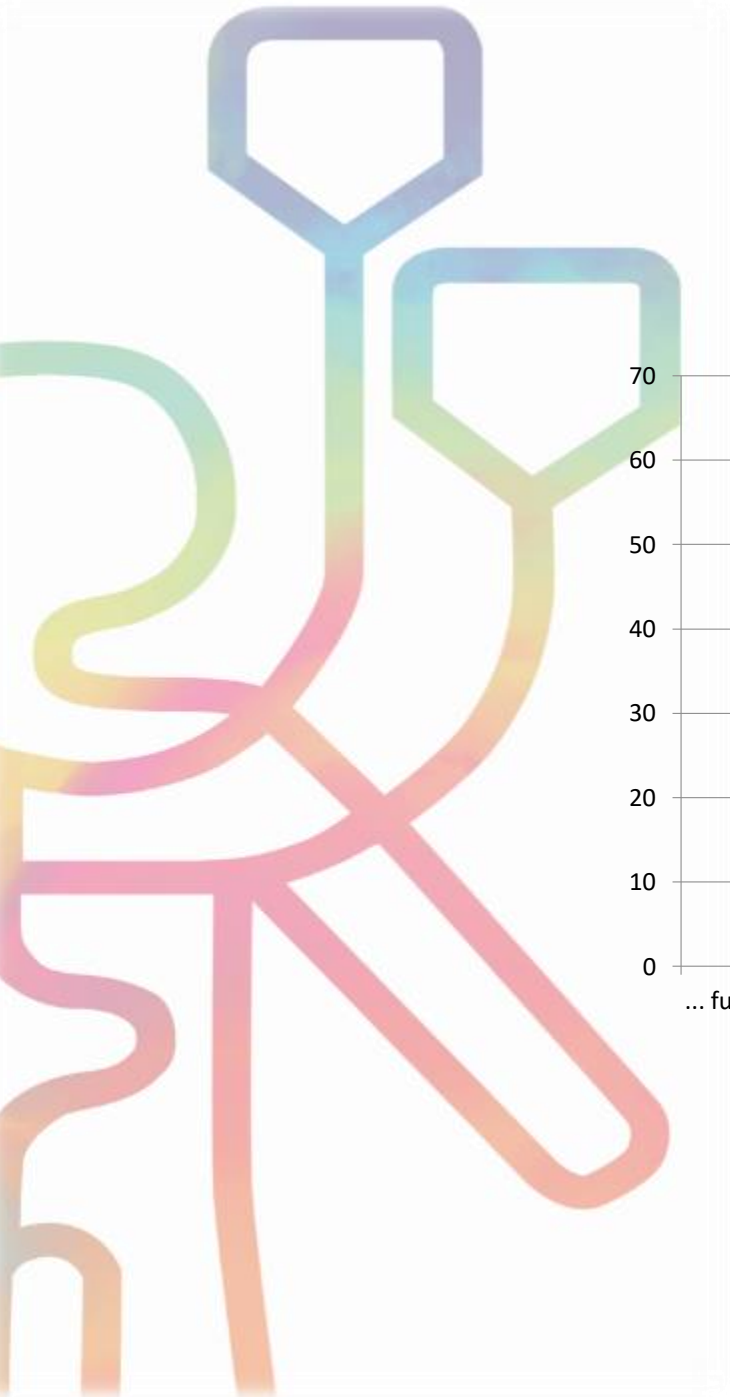


**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

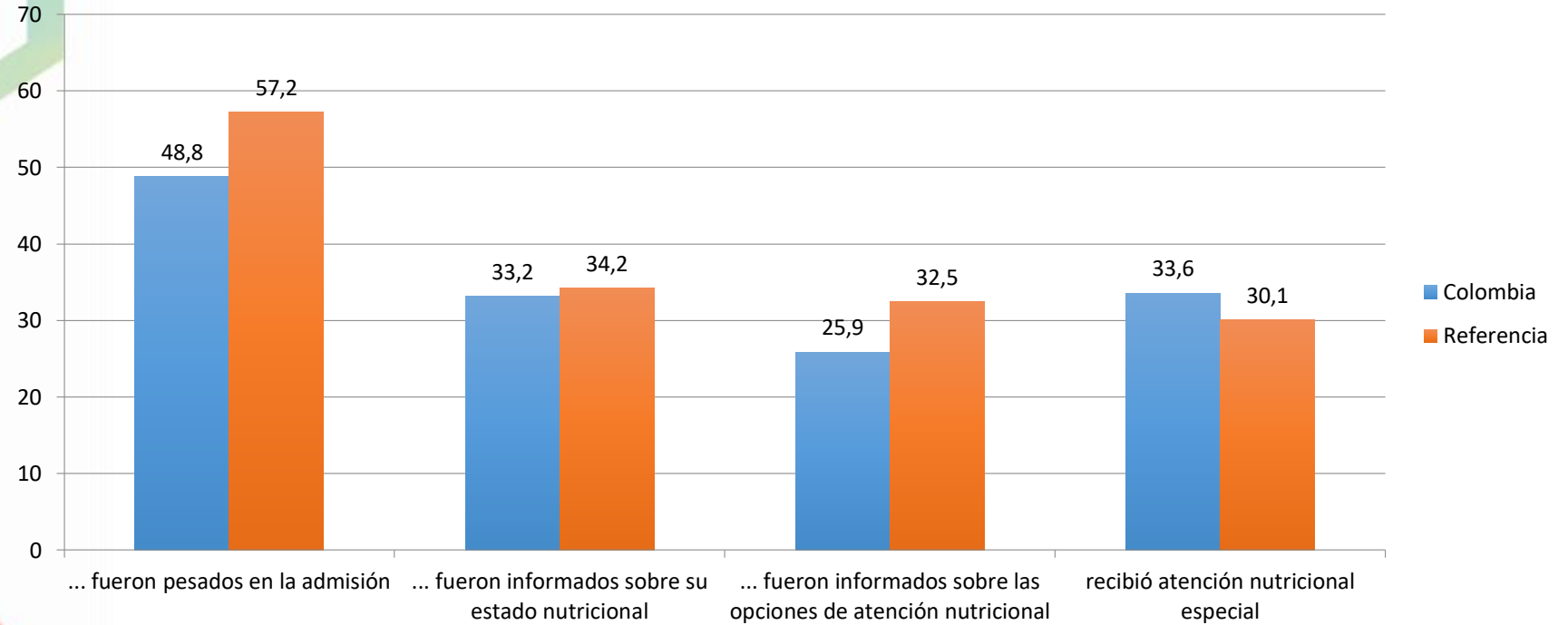
Pérdida de peso últimos 3 meses (%)



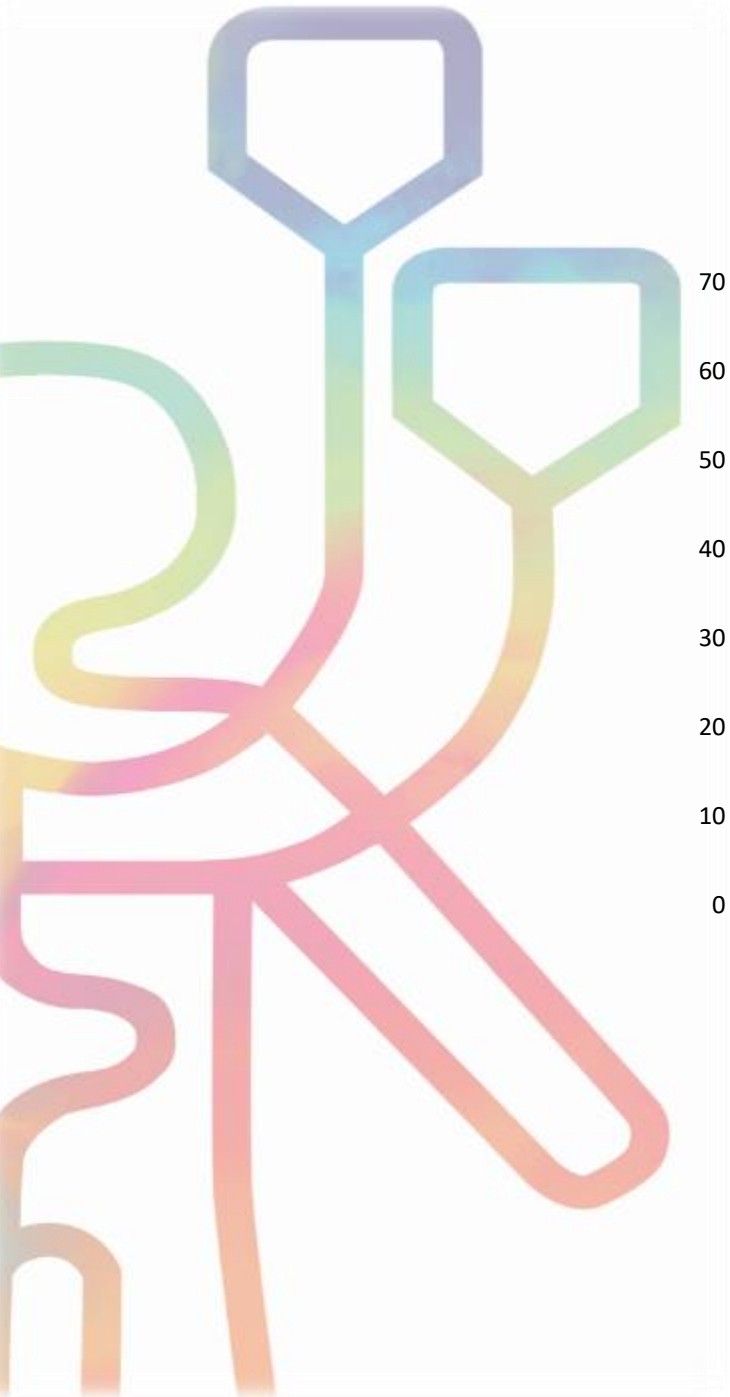
**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



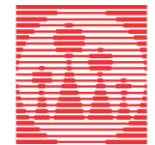
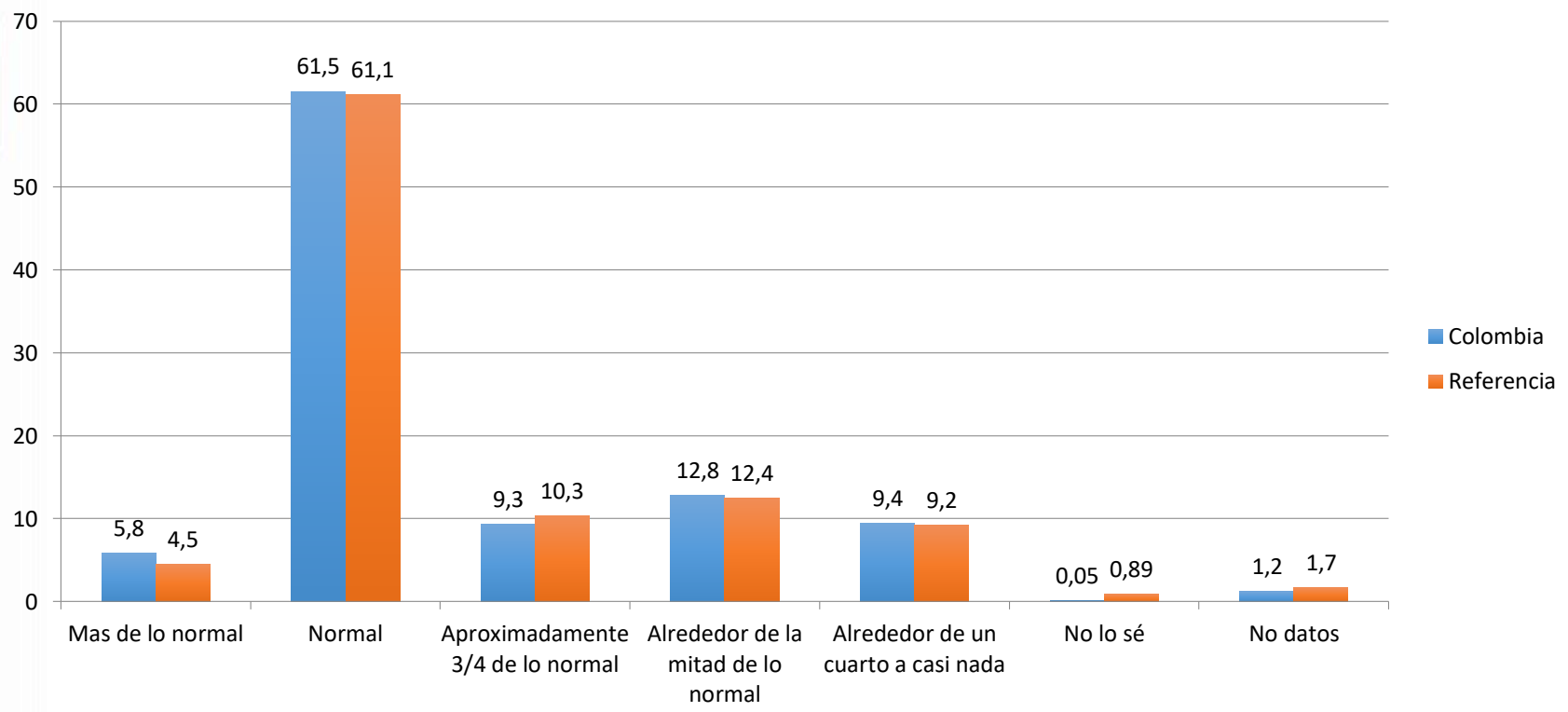
Comunicación con el paciente



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

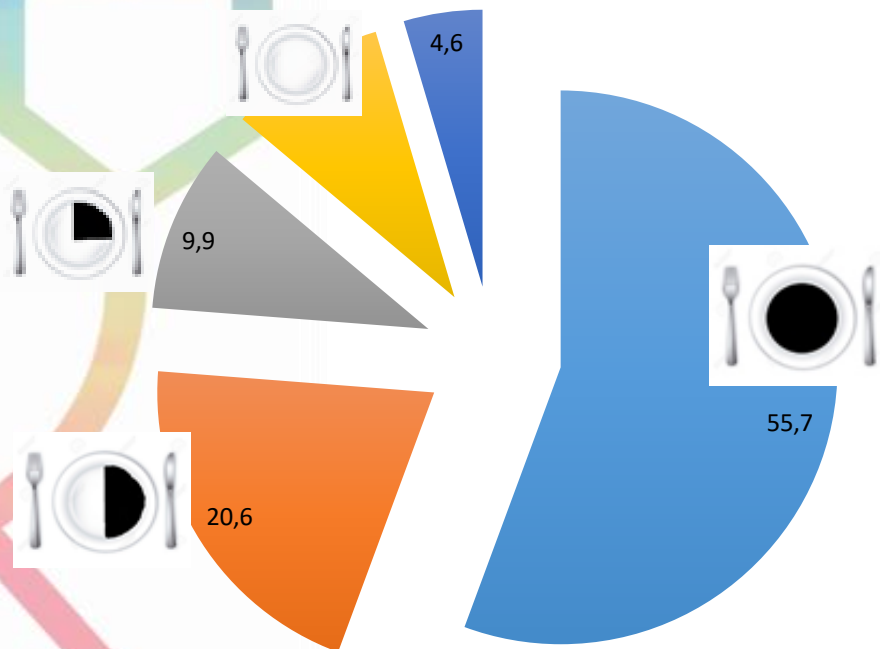


Ingesta última semana



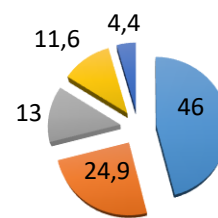
**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Ingesta NDay



- Todo
- Mitad
- Un cuarto
- Nada
- Sin datos

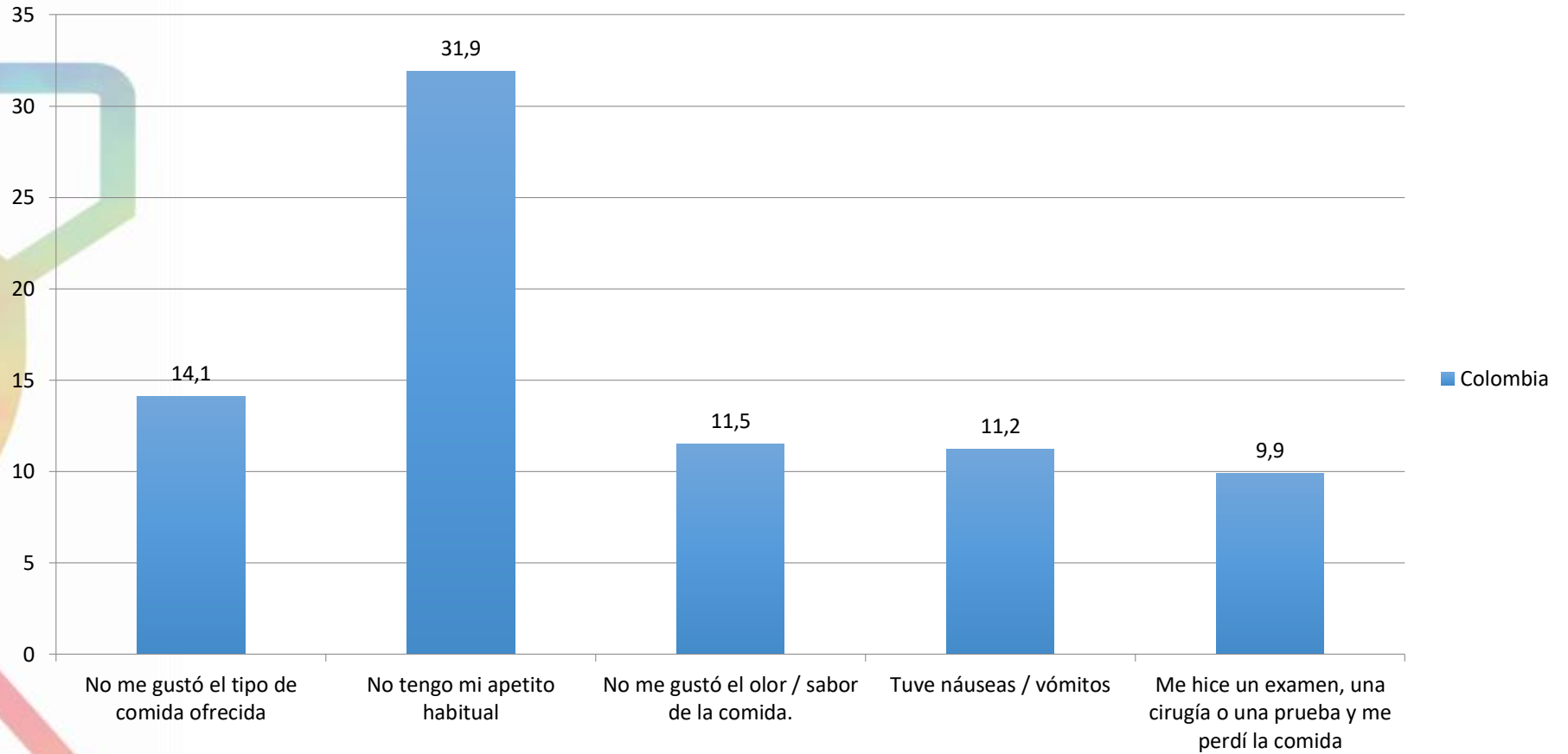
Ingesta Nday Referencia



- Todo
- Mitad
- Un cuarto
- Nada
- Sin datos

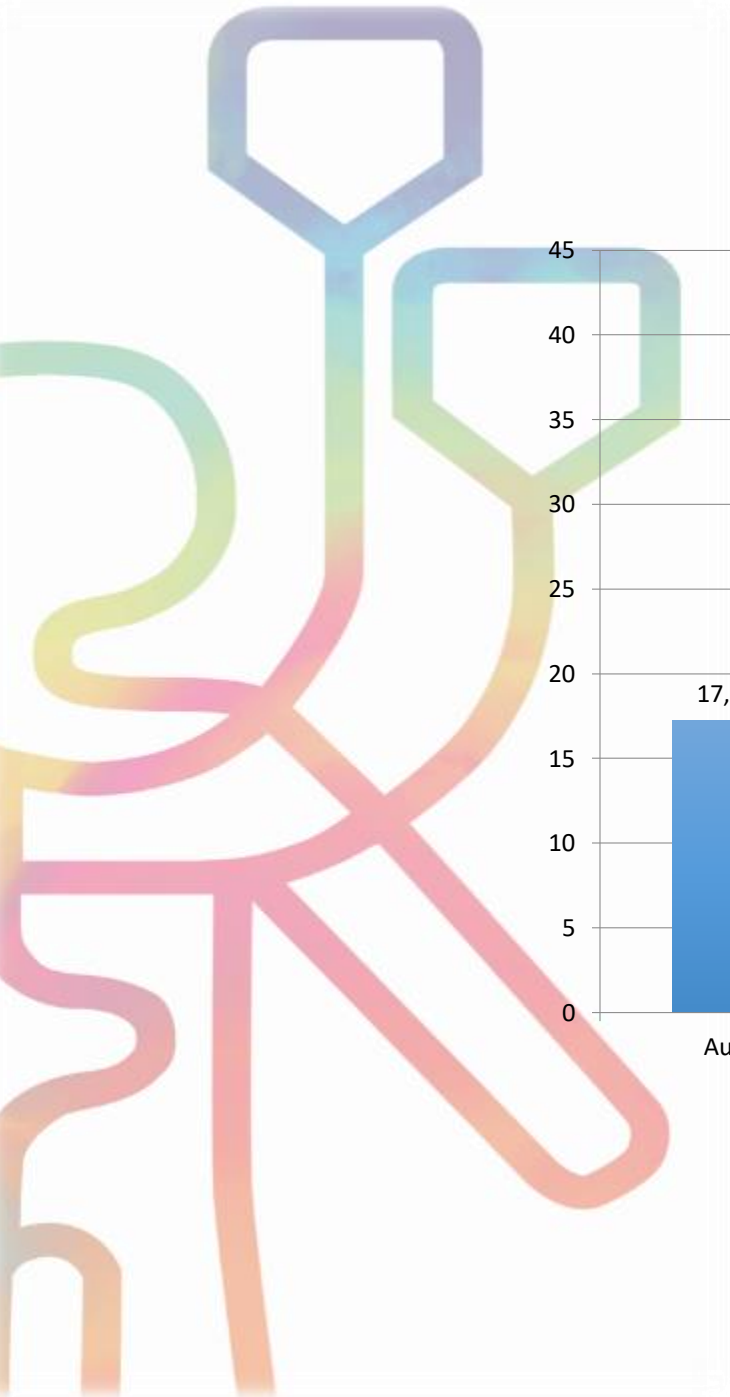
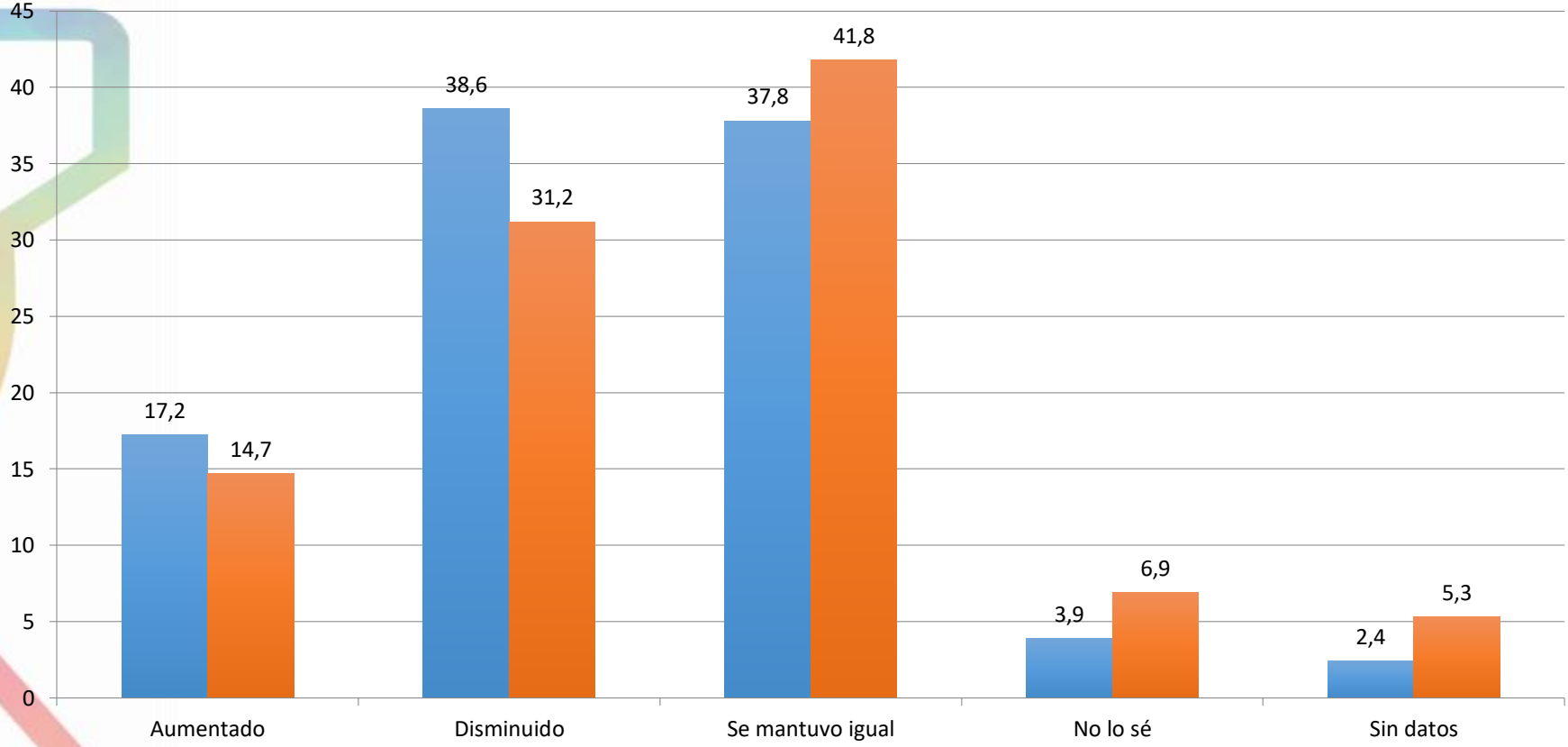


Motivos de no ingesta completa (%)



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Percepción de consumo de alimentos



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**



Mejoramiento

El DMAIC es una estrategia de mejoramiento de la calidad utilizando la metodología Six Sigma, propuesta por NutritionDay incluye 5 pasos, (describir - medir - analizar - mejorar - controlar) para la generación de un cambio continuo de una organi

Del conocimiento a la acción



En el marco del mejoramiento continuo de la calidad, la Asociación Colombiana de Nutrición clínica , invita a las institución defender el derecho a la alimentación, el derecho a la salud y promover la lucha contra la malnutrición.

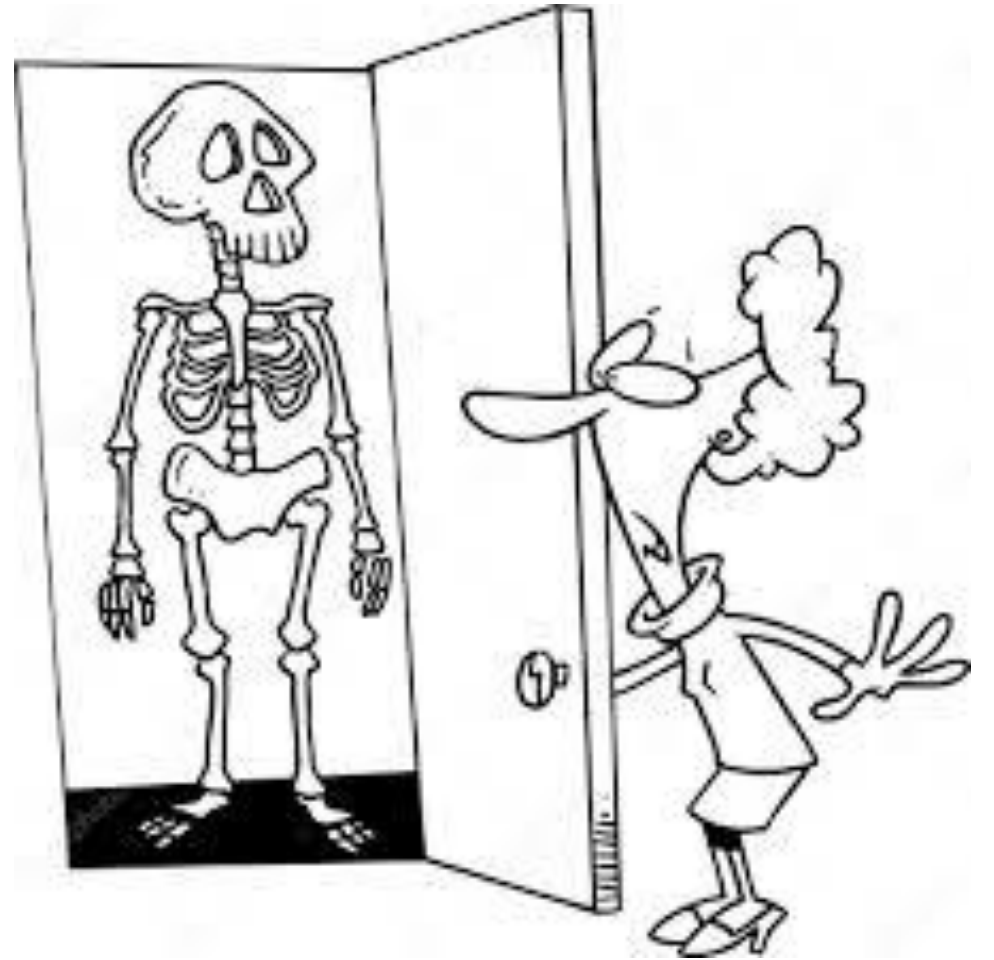
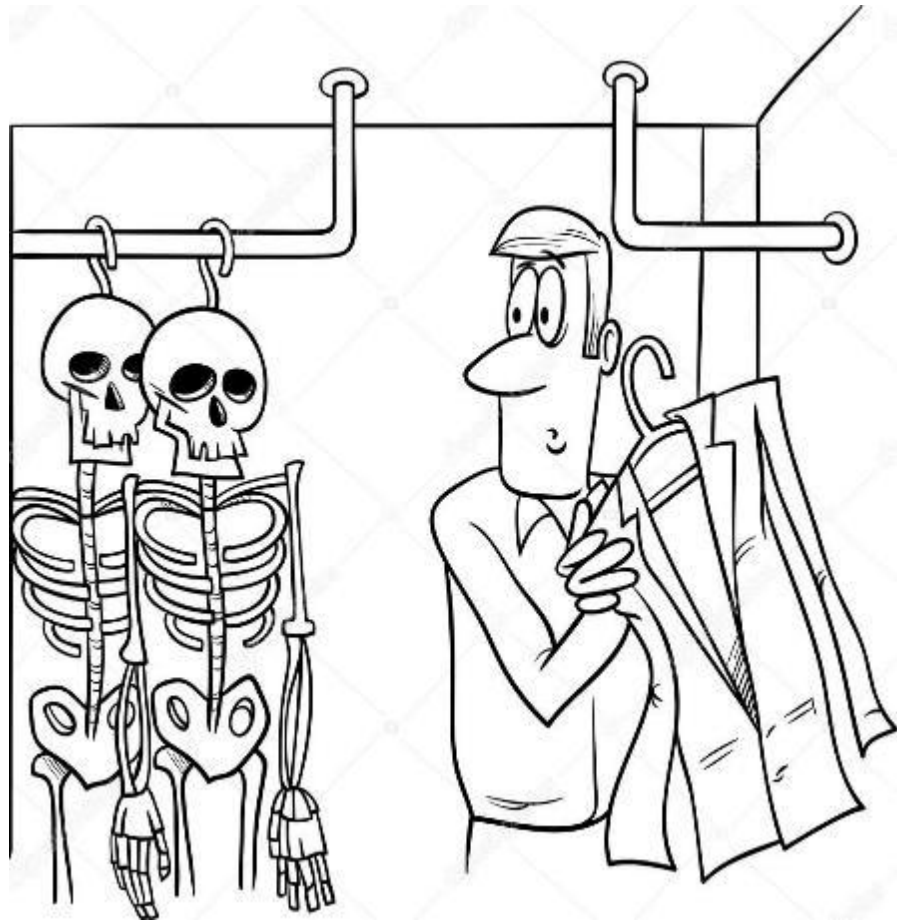
Los 13 principios constituyen el fundamento para promover el desarrollo del cuidado nutricional en el ámbito clínico, por lo cual se citan a continuación:

1. La alimentación en condiciones de dignidad de la persona enferma .
2. El cuidado nutricional es un proceso .
3. El empoderamiento de los pacientes como acción necesaria para mejorar el cuidado nutricional.
4. El enfoque interdisciplinario del cuidado nutricional .
5. Principios y valores éticos en el cuidado nutricional.
6. La integración de la atención en salud basada en el valor (aspectos económicos).
7. La investigación en nutrición clínica es un pilar para el para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lucha malnutrición.
8. 8. La educación en nutrición clínica es un eje fundamental para el cumplimiento del derecho al cuidado nutricional y la lu la malnutrición.
9. Fortalecimiento de las redes de nutrición clínica .
10. Creación de una cultura institucional que valore el cuidado nutricional .
11. Justicia y equidad en el cuidado nutricional.
12. Principios éticos, deontológicos y de transparencia de la industria farmacéutica y nutricional (IFyN).
13. Llamado a la acción internacional .



DECLARACIÓN DE CARTAGENA

**DECLARACIÓN INTERNACIONAL SOBRE EL
DERECHO AL CUIDADO NUTRICIONAL Y LA LUCHA
CONTRA LA MALNUTRICIÓN**



Butterworth CE. Nutrition Today. 1974



OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

1 FIN DE LA POBREZA

2 HAMBRE CERO

3 SALUD Y BIENESTAR

4 EDUCACIÓN DE CALIDAD

5 IGUALDAD DE GÉNERO

6 AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO

7 ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE

8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO

9 INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA

10 REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES

11 CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES

12 PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES

13 ACCIÓN POR EL CLIMA

14 VIDA SUBMARINA

15 VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES

16 PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES SÓLIDAS

17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

La desnutrición en los pueblos
es signo de pobreza,
en los hospitales de ignorancia

Arvid Wertlind

SAVE THE DATE



nutritionDay
WORLDWIDE

07

NOV

nDay

2019

- 65 countries
- 265000 patients
- 7000 units
- +30 languages

- FREE graphical report
- Worldwide comparison
- Quality indicators
- Certificate

Join the worldwide 1-day audit on nutrition care

Together for a better nutrition care



Hospital



Oncology



ICU



Nursing Homes

