



# TRANSFORMACION DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

## PROTOCOLO ALIMENTACIÓN ASISTIDA 2010 SERVICIO SALUD ATACAMA



### CUERPO DE LA NORMA DE ALIMENTACIÓN ASISTIDA:

1. Toda persona adulta, niño o niña que ingrese a los Servicios Clínicos y se encuentre imposibilitada de poder alimentarse por si misma, se les ofrecerá a su familia o amigos la oportunidad de alimentación asistida.
2. La familia o amigo deberá firmar un Contrato de Alimentación Asistida.
3. Este beneficio es opcional y no obligatorio para la familia. En caso de que la familia no acepte este beneficio lo dejará consignado en el contrato.
4. Este contrato ofrece la opción de que sean hasta tres las personas autorizadas para realizar la alimentación asistida.
5. La enfermera del servicio, nutricionista y el personal paramédico serán los encargados de educar a los familiares o amigos sobre los puntos del contrato y además de supervisar que las personas registradas en los contratos sean las que efectuarán la Alimentación Asistida.
6. La firma del Contrato de Acompañamiento 24 horas, no implica necesariamente la firma del Contrato de Alimentación Asistida y viceversa.
7. La personas que firman el Contrato de Alimentación Asistida pueden ser distintas a las que firman el Contrato de Acompañamiento 24 horas.
8. En el caso de que las personas que firmaron el Contrato de Alimentación Asistida, un día no puedan asistir, por diversos motivos, a realizar esta labor, es responsabilidad del personal clínico proporcionar el alimento al paciente y velar para que este procedimiento se cumpla.
9. Las personas autorizadas a firmar el Contrato de Alimentación Asistida, deben ser mayores de 18 años.
10. Las personas que están autorizadas a realizar la alimentación asistida no deben ingresar con alimentos que no estén indicados en la pauta de alimentación del paciente.
11. Tanto familiares y/o amigos, como el personal de salud deberán guardar respeto mutuo mientras dura la hospitalización.
12. El personal de salud, deberá educar y supervisar a los familiares y/o amigos en temas relacionados a las IH., especialmente lavado de manos y no compartir alimentos.



13. Si no se cumple íntegramente el contrato de Alimentación Asistida, el hospital se encuentra en pleno derecho de restringir este beneficio, dando el aviso correspondiente al encargado/a de Hospital Amigo de cada establecimiento.

#### OBJETIVOS:

##### OBJETIVO GENERAL:

Facilitar la alimentación a todos aquellos pacientes hospitalizados/as que no pueden consumirla por sí mismos/as, a fin de apoyar el proceso de restauración de la salud mediante la ingesta diaria de alimentos necesarios para mantener las funciones vitales del organismo y la recuperación para el alta.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Facilitar el ingreso de familiar o persona significativa para el paciente en los horarios de alimentación determinados, a fin de asistirlo en la ingesta de alimentos.
- Lograr que los usuarios (Pacientes, familiares, funcionarios de los establecimientos, directivos) desarrollen competencias adecuadas y perciban los beneficios de la humanización de la atención.
- Educar acerca de los cuidados y asistencia en la alimentación durante la hospitalización y posterior alta del paciente, proporcionada por personal clínico designado.
- Organizar y controlar el acceso para la alimentación asistida.
- Generar estadísticas de alimentación asistida de pacientes.
- Fortalecer los vínculos entre la familia y el personal de salud.
- Integrar a los familiares al cuidado y asistencia del paciente hospitalizado.
- Fomentar una atención acogedora y digna a la familia y a la comunidad en los establecimientos hospitalarios de la red.
- Lograr la satisfacción de los usuarios y una mejor vinculación entre sí.
- Que los usuarios valoren el trabajo realizado entre todos y se complementen con la familia y otros integrantes de la red de apoyo.



### MODO OPERATIVO:

- Todos los pacientes que ingresen a los Servicios Clínicos, serán recibidos por la Enfermera o el Técnico Paramédico de la sala asignada a dicho paciente según patología.
- El Técnico Paramédico, procederá a ingresarlo en el libro de ingresos y egresos del Servicio, completando toda la información requerida.
- La enfermera o Técnico Paramédico informará de las normas y deberes de los acompañantes y funcionarios, a la vez que se les dará la opción de firmar o no el Contrato de Alimentación Asistida.
- El original del Contrato quedará archivado en una carpeta destinada para ello.
- Será responsabilidad de la Enfermera Encargada o Técnico Paramédico Encargado del Servicio, mantener stock de insumos y hacer cumplir la norma.

### REGISTROS:

- Libro de Ingresos y Egresos de los Servicios Clínicos.
- Formulario de Contrato de Alimentación Asistida.

### CON RESPECTO A LOS HORARIOS DE ALIMENTACIÓN ASISTIDA

- El horario de alimentación del paciente será determinado por cada Servicio Clínico del establecimiento de salud.

### DERECHOS Y DEBERES DE LA PERSONA ENCARGADA DE LA ALIMENTACIÓN ASISTIDA:

#### **DERECHOS:**

- **NO** es obligación la firma del Contrato de Alimentación Asistida
- Tiene derecho a recibir un trato correcto y digno por parte de todo el personal de salud.
- Tiene derecho a ser informado sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de la persona hospitalizada.



- Tiene derecho a recibir ayuda y orientación social.
- Tiene derecho a entregar sugerencias, reclamos y felicitaciones y que estas sean contestadas en el plazo estipulado por ley.
- Ante cualquier duda o problema dirigirse a la Enfermera o Matrona o técnico paramédico, para solicitar ayuda o/y orientación
- Tiene derecho a ser instruido (a) en los cuidados del hospitalizado y al momento del alta.
- Tiene derecho a ser capacitado acerca del reconocimiento de signos y síntomas de agravamiento, de las medidas generales de cuidado, de alimentación y confort del paciente, ejercicios básicos, preparación y administración de medicamentos y mantenimiento de ayudas técnicas.
- Tiene derecho a preguntar sobre cualquier duda que pueda tener respecto de la salud y cuidados del paciente.

#### NOTA:

- Si el comportamiento y conducta de las personas que realizan la alimentación asistida no son el adecuado, se procederá a suspender dicho beneficio.

#### DEBERES:

- Existirá un **Contrato de Alimentación Asistida**, que los acompañantes deberán conocer y firmar (no es obligatorio).
- Respetar el contrato de Alimentación Asistida, si no se cumple íntegramente este contrato, el hospital se encuentra en pleno derecho de suspender el beneficio.
- Podrán firmar el Contrato de Alimentación asistida hasta 3 personas.
- Está prohibido ingresar y/o consumir bebidas alcohólicas y/o drogas ilícitas dentro del hospital, y menos proporcionarlas a los pacientes.
- Está prohibido fumar dentro del hospital.
- Se debe avisar si se está resfriado o resfriada, si hay algún tipo de lesión en la piel o si se ha tenido recientemente alguna enfermedad infecciosa.



- Se debe tratar con respeto al personal, enfermos y acompañantes.
- Se deben respetar las indicaciones entregadas por los médicos o enfermeras.
- Se deberán retirar de la sala de hospitalización cuando se vaya a realizar algún procedimiento por enfermera, médico o técnico paramédico, si así se requiere. De igual forma cuando algunos de los otros pacientes requiera privacidad para sus necesidades fisiológicas tales como asearse, evacuación intestinal o vesical.
- Se debe informar a la enfermera o técnico paramédico el retiro de la sala.

#### DERECHOS Y DEBERES DE LOS EQUIPOS DE SALUD:

##### **DERECHOS:**

- Derecho a recibir un trato digno y de respeto de parte de los usuarios.
- Derecho a que las personas que firman el Contrato de Alimentación Asistida lo respeten.

##### **DEBERES:**

- Debe entregar un trato digno y amable a los pacientes y acompañantes, sin discriminación.
- Se debe identificar verbalmente y hacer uso de la credencial de identificación.
- Cumplir con la norma de Alimentación Asistida.
- Se debe orientar y capacitar a las personas que hacen uso del beneficio de Alimentación Asistida.
- En caso de que las personas que firmaron contrato de Alimentación Asistida no puedan, por diversas razones, realizar esta actividad, es responsabilidad del personal clínico otorgar la alimentación a los/as pacientes.



## CONTRATO DE ALIMENTACIÓN ASISTIDA COMO INSTRUMENTO DE COMPROMISO ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y LAS PERSONAS AUTORIZADAS AL USO DE ESTE BENEFICIO:

El contrato de Alimentación Asistida, está orientado para pacientes que no pueden consumir alimentos por si mismos, principalmente niño o niña menor, adulto mayor, pacientes en general con patologías neurológicas, traumatológicas, entre otras. Además de patologías psiquiátricas asociadas a trastornos alimentarios como anorexia y bulimia.

Este beneficio puede ser solicitado por familiar o persona significativa, previa indicación médica, nutricionista, enfermera(o), una vez realizada la prescripción dietética.

El o la nutricionista estará encargado de informar al paciente o familiares, de su estado nutricional y su respectivo régimen.

Al momento del egreso hospitalario el o la nutricionista estará encargado de de entregar una pauta de alimentación escrita, de acuerdo a las indicaciones nutricionales con la finalidad de continuar y fortalecer el proceso de recuperación respectivo.

Se dispondrá de un formulario, para protocolizar el contrato de Alimentación Asistida. Se otorgará credencial (hasta 3), para identificar y facilitar el ingreso a familiar o persona significativa.

- Podrán acceder al beneficio de Alimentación Asistida solamente tres (3) personas.
- Se les dará una credencial a cada una de las personas autorizadas para Alimentación Asistida, la que no podrá ser intercambiada con otras personas y que deberá permanecer a la vista.
- El ingreso a los Servicio Clínicos para asistir en la alimentación a la persona hospitalizada será normado por cada establecimiento de salud.



- Debo utilizar el baño destinado a las visitas, nunca el baño de los pacientes.

Me comprometo a cumplir íntegramente este contrato. En caso contrario asumo que el hospital está en su derecho a suspender el beneficio de Alimentación Asistida

Nombre completo, Rut y firma de las personas autorizadas al beneficio Alimentación Asistida adulto/a mayor.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente

\_\_\_\_\_

RUT del paciente \_\_\_\_\_ Edad del paciente \_\_\_\_\_

Sala \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la enfermera (o), nutricionista, técnico paramédico, encargado (a) Hospital Amigo:

\_\_\_\_\_

Fecha hospitalización : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha contrato Alimentación Asistida : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Por razones de carácter personal, no podré acceder al beneficio Alimentación Asistida:

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

PAUTA DE EVALUACION DE SATISFACCION USUARIA:

FECHA: \_\_\_\_\_ SALA/CAMA: \_\_\_\_\_

1. Se le entregó información sobre el beneficio de Alimentación Asistida?  
\_\_\_Si \_\_\_No
2. Se le entregó información sobre normas, funcionamientos y horario?  
\_\_\_Si \_\_\_No
3. Al ser atendido, el personal fue amable?  
\_\_\_Si \_\_\_No
4. El personal que lo atendió, tenía credencial de identificación?  
\_\_\_Si \_\_\_No



5. Recibió capacitación y orientación con respecto a los cuidados y alimentación de la persona hospitalizada por parte del personal a cargo?  
\_\_Si \_\_No

6. Se le explican los procedimientos que se le realizan a la persona hospitalizada?  
Si\_\_ No\_\_

7. Cómo encontró la limpieza de la sala?  
\_\_Mala \_\_Regular \_\_Buena \_\_Muy buena

8. Cuando solicitó la presencia de un auxiliar de enfermería o un técnico paramédico la atención fue:  
\_\_Tardía \_\_Rápida

9. En una escala del 1 al 7, cómo evaluaría el programa **Alimentación Asistida**?  
\_\_\_\_\_

Esta pauta de evaluación de satisfacción usuaria será contestada por cualquiera de las personas autorizadas para hacer uso del beneficio de Alimentación Asistida. La encuesta de satisfacción usuaria será considerada positiva si registra un 75% de respuestas afirmativas.

La pauta de medición de satisfacción usuaria será evaluada trimestralmente.