



BOLETÍN INFORMATIVO

Asociación de Diplomados en Enfermería
de Nutrición y Dietética.

www.adenyd.org

E-mail: adenyd@adenyd.org

Nº 13, octubre de 2005

Presidenta: Dña. M^a Lourdes de Torres Aured. H.U. Miguel Servet. Zaragoza.

E-mail: marilurde@terra.es

Vicepresidenta: Dña. Mercedes López-Pardo Martínez. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

E-mail: mlopezpardo@uco.es

Secretaria: Dña. M^a Luisa Sanz Muñoz. Complejo Hospitalario. H. Santa Bárbara. Soria.

E-mail: msanz@hsor.sacyl.es

Tesorera: Dña. M^a Teresa Motilla Valeriano. H.U. Puerta de Hierro. Madrid.

E-mail: temotilla@terra.es

Vocales: Dña. Natalia Ibáñez López. C. S. Bustarviejo. Madrid.

E-mail: nataibalo@hotmail.com

Dña. Concepción Vázquez González. H.U. Vall D' Hebrón. Barcelona.

E-mail: concivg@hotmail.com

Dña. Concepción Ibáñez González. Complejo Hospitalario. H. Santa Bárbara. Soria.

Coordinadora Boletín: Joaquina Díaz Gómez. H.U. La Paz, Madrid.

E-mail: joaqui.diaz@teleline.es

Coordinadora Web: Magdalena Jiménez Sanz. H.U. Marqués de Valdecilla, Santander.

E-mail: mjimenezs39@enfermundi.com

El sabio no dice lo que sabe; el necio no sabe lo que dice. (Proverbio chino)

Como os anunciamos en el boletín anterior queríamos que este fuera monográfico sobre el I Congreso de la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) que se celebró en Madrid del 9 al 11 de marzo, y para ello os pedimos colaboración.

Nuestra asociación estuvo representada en los diferentes comités, en el Presidencial por la presidenta M^a Lourdes de Torres, en el Científico por Natalia Ibáñez y en el Organizador por Joaquina Díaz. En el programa científico M^a Antonia Rico y Magdalena Jiménez impartieron sendas ponencias y se presentaron tres posters, según la información que nos habéis hecho llegar, dos de Magdalena Jiménez y uno de Ana Domínguez, que obtuvo uno de los premios de la FESNAD.

Enhorabuena a las ponentes por sus excelentes exposiciones, también a los autores de los posters y nuestras felicitaciones a las autoras del póster premiado.

Además de la felicitación, queremos daros las gracias por habernos hecho llegar un resumen de vuestras colaboraciones y lo hacemos extensivo a todas las socias que han enviado sus aportaciones.

PONENCIAS

“EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD”, por M^a Antonia Rico Hernández, U. de Nutrición Clínica y Dietética del H.U. La Paz de Madrid

INTRODUCCIÓN:

La obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo occidental, catalogado como un problema de salud que afecta a un importante número de personas siendo uno de los problemas sanitarios más graves, no sólo por su morbilidad, sino también por su mortalidad.

El aumento de la prevalencia en los países occidentales es tal, que se la denomina como la "Epidemia del siglo XXI".

Se puede considerar como una enfermedad crónica difícil de curar y relativamente fácil de controlar, ya que su tratamiento requiere una intensa motivación y perseverancia.

El objetivo del tratamiento educacional es modificar el estilo de vida del paciente para que logre una pérdida de peso del 10 %, el mantenimiento del peso perdido, la mejoría de las complicaciones asociadas y con todo ello, un aumento de la calidad de vida.

Desde 1990 las enfermeras de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del H. U. La Paz, colaboramos en el tratamiento de la obesidad a través de la educación mediante un programa específico que consta de unas recomendaciones generales, un ciclo de educación alimentaria y la consulta de enfermería.

- **Recomendaciones generales:** Se les explica la importancia de una alimentación equilibrada y variada.

Equilibrio en cada comida, a lo largo del día y durante la semana. La variedad reduce la sensación de privación.

Comer cinco o seis veces al día; se controla mejor el apetito, se evita el picoteo, es más fácil controlar las cantidades en las comidas principales.

Aumentar el consumo de hidratos de carbono y disminuir el de grasas.

Beber de 1.5-2 litros de agua al día.

Cocinados sencillos (plancha, vapor, horno).

Estilos de comer adecuados.

Trucos para organizar las comidas con menos grasas y más especias.

Fomentar de forma continuada, alguna actividad física y reforzar las ventajas del ejercicio físico.

- **El ciclo de Educación Alimentaria** consta de cuatro sesiones, de una hora de duración cada una, un día a la semana. Los temas que se abordan son los siguientes:

1. Obesidad: Definición, clasificación, factores que pueden condicionar su aparición y mantenimiento y las complicaciones asociadas.
2. Conceptos generales sobre alimentación y nutrición.
3. Nutrientes principales, alimentos que los contienen y sus características, raciones recomendadas y frecuencia de consumo.
4. Dieta equilibrada y, recomendaciones generales.
5. Normas de conducta, estructuración de horarios y formas de vida saludable.

- **Consulta de enfermería:** Una vez completado el Ciclo de educación, se va a llevar a cabo su seguimiento mediante visitas cada 15-30 días en grupos restringidos de 4-5 personas con similar grado de obesidad, edad y nivel cultural. En casos

excepcionales (muy bajo nivel cultural, depresión,...) el seguimiento se realiza de forma individual.

El objetivo que nos planteamos las enfermeras en la consulta, es enseñar al paciente las estrategias necesarias para modificar sus hábitos alimentarios y como mantenerlos en el tiempo. Fomentar un estilo de vida saludable, realizando una dieta equilibrada y algún tipo de actividad física.

En la primera consulta enfermera, se completa su historia recogiendo:

-El patrón alimentario: Se realiza un registro de alimentación con el recuerdo de todo lo que ha comido el día anterior, se le entrega al paciente para que complete dos días más, de los cuales, uno de ellos debe ser de fin de semana. Este registro es analizado cuantitativamente mediante un programa informático que analiza el contenido en macro y micronutrientes y cualitativamente que nos ofrece información sobre la frecuencia de consumo de todos los grupos de alimentos, la media del número de ingestas al día, la forma de cocinado y el tipo de alimentos que suele consumir.

-Los hábitos de consumo: Se le encuesta al paciente sobre el número de veces que come al día; si picotea entre horas, la calidad (dulce, salado) y la cantidad; el tiempo que dedica a comer, si come sentado o de pie o si realiza alguna actividad mientras come; el número de platos que come y la cantidad aproximada; dónde come: en casa y si es así, en qué lugar de la casa, o fuera de casa; si come solo o acompañado; alimentos que consume con mayor frecuencia, aquellos que no consume o consume con menor frecuencia de la recomendada y por qué (no los ha probado nunca, no le gustan...).

-El patrón de actividad física: En este apartado diferenciamos dos tipos; en el trabajo: tipo de trabajo que realiza; si es sedentario, o por el contrario es muy activo; y fuera del trabajo: si realiza algún tipo de actividad; regularidad y tiempo que dedica.

La educación se va realizando paulatinamente cada 15-30 días, consiguiendo en cada visita que el paciente aprenda a identificar los hábitos inadecuados, los modifique y lo que es más difícil, que los mantenga en el tiempo. En cada visita se pesa al paciente y se calcula la variación de peso con respecto de la visita anterior.

Conclusión:

La educación nutricional es un pilar básico en el tratamiento de la obesidad para lograr modificar el estilo de vida y conseguir mantenerlo en el tiempo; en base a una alimentación variada y equilibrada y realizando de forma continuada algún tipo de actividad física.

“CUIDADOS NUTRICIONALES EN LA MALNUTRICIÓN”, por Magdalena Jiménez Sanz, U. de Nutrición y Dietética del H. U. “Marqués de Valdecilla” de Santander

Un personal instruido en las técnicas de valoración nutricional básicas es fundamental para la rápida detección de la malnutrición. Las Unidades de Nutrición son las encargadas, mediante técnicas específicas, de promover la recuperación del estado nutricional del paciente aquejado de malnutrición.

La existencia de Planes de Cuidados de Enfermería son herramientas fundamentales para el desarrollo de nuestras intervenciones profesionales. A todo paciente se le realiza la valoración de enfermería. En el apartado de necesidades de nutrición figurarán los registros de: talla, peso, pérdida de peso, dieta habitual, alteraciones relacionadas con los hábitos alimentarios, la deglución, los procesos digestivos, de eliminación, úlceras, etc. Estos datos, junto con parámetros bioquímicos identifican a los pacientes con problemas nutricionales o con riesgo de padecerlos. Así efectuamos el filtro-cribaje para captar a los pacientes con malnutrición.

Los pacientes con problemas de malnutrición son remitidos a la Unidad de Nutrición donde se inicia el proceso de registro y seguimiento. La enfermera es responsable de recoger y valorar los datos sobre el estado de salud del paciente, para realizar los diagnósticos enfermeros, establecer y evaluar un plan de cuidados en concordancia con los objetivos a alcanzar para el logro de los objetivos del proceso. Los registros diarios de la evolución del paciente son referentes de calidad en la práctica profesional de enfermería. Mejoran la comunicación al facilitar la continuidad, evitar errores y redundancias en el cuidado del paciente. Finalmente, sirven como instrumentos valorativos de los cuidados suministrados.

Los planes de cuidados estandarizados se caracterizan por estar protocolizados. Esto permite asignar de forma específica una actuación de enfermería para cada situación concreta. Su aplicación permite a los profesionales el desarrollo sistemático y eficaz de su labor, además representan herramientas para la gestión permitiendo resolver problemas e implementar actividades. La correcta aplicación ayuda a la eficaz planificación de la actividad a nivel del individuo. Además, sirven para identificar las necesidades y los cuidados comunes de la población general para de esta forma permitir una correcta y pronta intervención sobre las carencias de los pacientes.

En el caso de la malnutrición, si esta se debe a un aporte insuficiente de nutrientes en la alimentación habitual, existe la posibilidad de adaptarle la alimentación o suplementarla. En algunas patologías

agudas o crónicas se recurre a la nutrición artificial hospitalaria y/o domiciliaria

PLAN DE CUIDADOS

Diagnósticos enfermeros: Los puntos básicos para diagnosticar alteraciones nutricionales y poder establecer un plan de cuidados son: Si existe una disminución o aumento en la ingesta de alimentos. Si aumentan las pérdidas: malabsorción, vómitos, diarrea, etc. Si las necesidades están aumentadas. Ejemplo: Etiquetas diagnosticas de la NANDA. Patrones funcionales de Salud. 2- Patrón Nutricional y Metabolismo

Objetivos Nutricionales: Deben describir conductas observables-cuantificables que indiquen una mejora o resolución de la situación, la malnutrición. Serán realistas, mensurables y basados en la valoración de enfermería. La adhesión del paciente es factor fundamental que ayudara a su consecución. Se tenderá a implementar unos cuidados que nos ayuden a alcanzar la recuperación del estado nutricional. Algunos de los objetivos nutricionales a alcanzar pueden ser: Preservar la masa corporal. Mantener los niveles adecuados de todos los nutrientes. Recuperar el estado nutricional. Mantener y mejorar el estado nutricional. Mantener y mejorar la capacidad funcional. Potenciar la ingesta de la dieta adecuada

Intervención Nutricional de Enfermería: partiendo de los resultados de las valoraciones nutricionales iniciales, y realizando ajustes de acuerdo con las sucesivas valoraciones concomitantes al progreso de la enfermedad. Ej.: Potenciar la ingesta oral adecuada y equilibrada, incluir consejos dietéticos encaminados a optimizar una adecuada alimentación oral. Contemplar las alternativas a la alimentación tradicional, la alimentación básica adaptada (ABA). Introducir suplementos que ayuden a completar una dieta oral insuficiente. En los casos necesarios se les administrará nutrición artificial. Las intervenciones de enfermería (NIC) *Nursing Interventions Classification* que se centran ubicadas en el Campo 1 (fisiológico-básico) en la denominada Clase D. Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.

Evaluación de los cuidados de enfermería: cuantifica el progreso del enfermo hacia el objetivo final de su recuperación. Valora dicha evolución para determinar en que medida ha funcionado el plan de cuidados de enfermería.

La prevención es un objetivo primordial en nuestras actuaciones. Los cuidados comienzan en la comunidad, en las consultas de Atención Primaria.

El control, al paciente, del peso, la talla y, el IMC además de pasarles una sencilla encuesta nutricional debería ser una práctica habitual. Este sería el primer paso para detectar a los pacientes con riesgo de malnutrición y en aquellos casos en que fuera necesario hacer prevención por medio de consejos

nutricionales adecuados para modificar hábitos alimentarios inadecuados.

Conclusiones

Consideramos que la malnutrición hospitalaria es un proceso que debe ser corregido una vez detectado. La rápida detección, al ingreso, mediante una valoración estandarizada, ayudará a proponer medidas terapéuticas concretas por los equipos de las Unidades de Nutrición que redundarán en un beneficio para la salud del paciente. Las intervenciones enfermeras apoyadas en planes de cuidados estandarizados, para las diferentes patologías, supone una gran herramienta para la evaluación de los objetivos propuestos, su seguimiento, valoración de los resultados, además de servir para unificar criterios terapéuticos. En este último sentido, consideramos que la unificación de los programas de cuidados ayudará de forma importante al establecimiento de unas pautas concretas que posteriormente servirán, como modelos comparativos del ejercicio profesional.

POSTERS

“Intervenciones de enfermería / asesoramiento nutricional para pacientes y cuidadores de enfermedad de Alzheimer”

Autores: *Domínguez Maeso, A¹. López -Pardo Martínez, M².*

¹*Complejo Hospitalario de Jaén. U. de Nutrición Clínica. y D. del H.U. Médico Quirúrgico de Jaén.*

²*H. U. Reina Sofía, S. de Endocrinología y Nutrición. Córdoba.*

Introducción:

Los pacientes con demencias/enfermedad de Alzheimer, debido a los estadios por los que atraviesa la enfermedad, tienen riesgo de sufrir malnutrición. Desde el punto de vista enfermero, asegurar una alimentación variada, agradable y suficiente, en cada fase de la enfermedad forma parte del plan de cuidados. Utilizar un proceso de ayuda interactivo entre enfermero, paciente y cuidador proporcionará una mejor salud y calidad de vida.

Objetivos:

- Crear una herramienta, que sirva de apoyo a pacientes, a familiar/cuidador, enfermeras e instituciones, con respecto a las necesidades nutricionales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- Hacer llegar la información a las personas implicadas

Material y métodos:

Cuatro enfermeras expertas en nutrición Ordenador, teléfono, material de escritorio Durante 2003, dos enfermeras del H. Reina Sofía de Córdoba y dos del H. U. Médico Quirúrgico de Jaén, se reunieron en Marzo, Junio y Octubre del 2003 para

elaborar una guía enfermedad de Alzheimer, dirigida a los pacientes/familiares cuidadores y enfermeros de instituciones, donde se reflejaran los aspectos relacionados con la nutrición de los mismos.

Título: “Comer con Alzheimer entre Córdoba y Jaén”.

El libretto se organizó en forma de guía con los siguientes apartados:

1. Diagnósticos de enfermería
2. Intervenciones a realizar en las diferentes fases de la enfermedad
3. Recomendaciones higiénico- sanitarias
4. Nutriciones suplementadas / dietas especiales
5. Técnicas culinarias
6. “Doce maneras de decir puré”
7. Menú ejemplo
8. Recetas de cocina andaluza (modificadas en textura) calibradas nutricionalmente.
9. Bibliografía

Resultados:

La guía se imprimió en Diciembre de 2003, repartiéndose en ambas provincias 500 ejemplares hasta Octubre de 2004, distribuidos como sigue:

- en consulta de Enfermería de Jaén.
- 50 en la asociación de Alzheimer de Jaén.
- 75 en cursos dirigidos a personal de Centros asistidos, Tercera edad y Universidad abierta.
- en consulta de Enfermería de Córdoba.
- 50 en la asociación de Alzheimer de la Córdoba.
- 75 en cursos dirigidos a personal de Centros asistidos, informativa, sobre cuidados nutricionales en pacientes con Tercera edad y Universidad abierta.
- Actualmente pendientes de una segunda edición.

Conclusiones:

Las enfermeras deben favorecer la mejora del estado nutricional de los pacientes. Crear nuevos métodos/estrategias de enseñanza o material informativo atractivo y riguroso que favorezca la consecución de este objetivo, ayudando a mejorar la calidad de vida del paciente y también del familiar/cuidador.

“Estudio antropométrico, sociolaboral y consumo de lácteos en el colectivo de Enfermería de Cantabria (EC)”

Autores: *M. Jiménez-Sanz¹, I. González-González², J. M. Sola-Villafranca³.*

¹*U. de Nutrición y Dietética, ²Dietética. H. U. Marqués de Valdecilla. ³Colegio de Enfermería de Cantabria. Santander.*

Introducción

Los parámetros antropométricos están considerados como valores de fácil obtención y que miden de una forma muy precisa el estado nutricional de una persona. De entre ellos el Índice de Masa Corporal

(IMC) es universalmente utilizado. En estrecha correlación con los valores antropométricos se encuentran los factores sociolaborales. La actividad laboral y física de un determinado colectivo profesional se ha visto que determina una tipología consecuente con dicha actividad. Asimismo el ejercicio profesional exige conocimientos apropiados a cada nivel, lo que determina que factores de cultura adquiridos operen sobre ello.

Un agente de salud tan importante como el colectivo de enfermería debe saber como alimentarse correctamente para así poder transmitir a la población hábitos alimentarios saludables. Por ello hemos querido conocer cual es el consumo de lácteos en este colectivo en Cantabria, punto de partida para una concienciación nutricional a estos profesionales, que actuarán sobre la población. Uno de los principales objetivos de la nutrición comunitaria es la vigilancia nutricional, entendiéndolo como tal la evaluación continuada del estado nutricional de la población general ó de colectivos concretos.

Objetivos

Analizar, por medio de encuesta, determinados parámetros antropométricos, socio-laboral y consumo de lácteos del colectivo EC, determinando grupos de riesgo por ingesta inadecuada.

Material y métodos

Estudio transversal de carácter estimativo. Encuesta por correo a todos los colegiados (N= 2.515). Respondieron 431 personas (17%). Analizamos datos sociodemográficos: sexo, edad, residencia. Antropométricos: peso (P), talla (T). Hábitos de vida: trabajo, actividad física. Consumo de lácteos. Técnica de muestreo: cuestionario dietético de frecuencia de consumo semanal, con respuestas cerradas. Proceso estadístico SPSS.

Resultados

Datos socio-demográficos: sexo: mujeres 86,3% (372), varones 13,7% (59). Edad media 37 años. Lugar de residencia: provincia 35%, Santander 65%. Datos antropométricos: T media mujeres 1,62, P 58,1, varones T 1,74, P 78,6. IMC media: mujeres 22,18, varones 25,85. Actividad deportiva: 43% mujeres, 60% varones practican deporte. 44% menos de tres h/s, el mismo porcentaje dedica más de tres h/s. Mujeres >50 años dedican más horas que los varones. Actividad laboral: 59% trabajo fijo. Mujeres: 57% trabajo fijo, 34% eventual, 9% no trabaja. Varones: 72% trabajo fijo, 17% eventual, 10% no trabaja.

Consumo de leche: 65,9% toma >2vasos de leche/día. El 9,3% toma >3vasos/día. Destacar que 30,4% consume un vaso diario, 3,7% no consume. La media de edad de estos últimos es 40,8(mujeres) y 57(varones). La tolerancia de la leche: 6,1% la tolera mal. El tipo de leche preferida: 40% entera, 29% semidescremada, 31% descremada. Queso: 71,2%

curado, 50,3% fresco, 17% porciones. Yogur: 49% natural, 41,8% entero, 41,1% sabores, 25,5% descremado, con una frecuencia semanal media de 4 unidades, no diferencias por sexo. Cuajada 15% y petit-t-suisse 5%, productos consumidos 2 veces/semana.

Conclusiones:

Talla: en los varones es bastante constante entre la 3ª y 6ª década, después declina. En las mujeres hay una reducción progresiva entre 3ª y 6ª, es drástica a partir 6ª década. Peso: los varones presentan un incremento medio de 5 kg entre 5ª y posteriores décadas. IMC dentro del rango buen peso. Los varones mayores presentan preobesidad. Actividad deportiva: 43% mujeres, 60% varones. Las mujeres entre 42-60 años realizan más actividad física que las jóvenes. Los varones jóvenes dedican más tiempo al deporte. El trabajo eventual, el turno rotatorio es más frecuente en las mujeres. Los varones poseen mayor proporción de trabajo y turno fijo.

Más de la mitad de la población asegura la ingesta mínima de lácteos. La mayoría prefiere la leche entera. En ambos sexos los quesos preferidos son curados, los yogures enteros y naturales. La mayoría consume leche y derivados acorde con la ingesta recomendada para la población española.

“Valoración del estado nutricional en mayores de 75 años al ingreso y tras cirugía cardiaca”

Autores: M. Jiménez-Sanz¹, M. Calvo-Diez². ¹U. de Nutrición y Dietética ²U. de Perfusionistas. H. U. Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción:

El incremento de la población anciana, sometida a intervenciones de cirugía cardiaca en nuestra comunidad, nos ha llevado a profundizar en el análisis de los posibles factores de riesgo quirúrgico. El estado nutricional, aun que considerado como riesgo menor, para los ancianos cardiacos quirúrgicos, no debe ser despreciado dadas las consecuencias negativas de la malnutrición sobre el organismo y sus posibles implicaciones en la morbi-mortalidad posquirúrgica que presentan en los pacientes de este grupo de edad. En este sentido la evaluación prequirúrgica cuidadosa e individualizada en el anciano es esencial para disminuir los riesgos y maximizar los beneficios. La frecuencia de las intervenciones quirúrgicas en los ancianos supera en un 60 % a los menores de 65 años y por otro lado representa el 75% de los fallecimientos postquirúrgicos. Existen diferentes herramientas para evaluar los riesgos individuales en el paciente anciano, pero la mayoría de las veces solamente se hace hincapié en el riesgo cardiovascular, que si bien es de importancia capital, existen otros de similar jerarquía relacionados con el tipo de cirugía a la que nos enfrentemos. Para evaluar los riesgos

individuales, se debe sistemáticamente revisar el estado general, funcional, nutricional y mental del paciente anciano así como de los sistemas cardiopulmonar y renal. Por otro lado es útil recordar que el tipo de cirugía determinará el estrés anestésico y quirúrgico al que se somete, en este caso al enfermo anciano, por lo que una buena valoración nutricional clínica debe constituir un "test prequirúrgico" de realización imprescindible.

Objetivos:

Conocer el estado nutricional en el pre y postoperatorio de pacientes mayores de 75 años sometidos a cirugía cardíaca, mediante la utilización de diferentes metodologías de valoración y el análisis de la influencia de dicho estado en el pronóstico. Detección precoz del riesgo de malnutrición y valoración del riesgo quirúrgico.

Material y métodos

El grupo estaba formado por 46 pacientes programados para ingresar el día anterior a una intervención cardíaca extracorpórea: mitral 9 (20%), aórtica 26 (58%) y coronaria 10 (22%). El 46% (21) eran mujeres y el 54% (25) varones. La media de edad $79,2 \pm 2,9$ (rango 75-86).

Los pacientes son valorados al ingreso y 7 días tras la intervención, según protocolo de actuación en el que se realiza una valoración y un diagnóstico utilizando los siguientes métodos: Mini Nutritional Assessment (MNA), Índice de Masa Corporal (IMC), diagnóstico del estado nutricional según Gassull y cols, el Índice Pronóstico Nutricional (IPN) de Mullen y Buzby y, el Índice de Riesgo Nutricional (IRN) de Naver. Los métodos de valoración en el postoperatorio son los mismos excluyendo el MNA. El tratamiento estadístico se realizó con el programa Excel 97

Resultados

La estancia media hospitalaria fue $10,2 \text{ días} \pm 3,4$. La media de días en UCI fue de 3. En el postoperatorio fallecieron 9 personas (20%), todos con complicaciones registradas.

La valoración nutricional prequirúrgica de los enfermos fallecidos (N=9) aparece resumida, en relación al tipo de cirugía.

Conclusiones:

Del análisis de los resultados obtenidos podemos señalar que el método que mejor expresa el estado nutricional del paciente es el Gassull ya que en el ponderan más parámetros. La mayor parte de los enfermos presentaban un buen estado nutricional al ingreso, aunque el IPN era bajo para el 91% de ellos y el IRN considerado sin riesgo era del 43%. Tras la cirugía, se observó un incremento del número de pacientes que derivó a valores incluidos, por los métodos empleados, en estados de riesgo nutricional.

Realizados por: Mercedes Armero, Isabel Calvo, M^a Antonia Rico y Joaquina Díaz. U. de Nutrición Clínica y Dietética del H.U. La Paz, Madrid.

“El Manejo Informatizado del paciente Hospitalizado con Nutrición Parenteral”

“La NP presenta una gran complejidad y los errores médicos suelen afectar a la formulación”, aportó en su presentación la Dra. Cristina Durán del S. de Farmacia del H. Sierrallana Torrelavega de Cantabria. Uno de los obstáculos de la informatización de la NP en nuestro país es la falta de recursos tecnológicos e infraestructuras que la mayoría de los hospitales de nuestro país tienen, como estructura inalámbrica, redes, etc. A pesar de esto, España se ha convertido en uno de los países pioneros en el desarrollo de este proceso, no solamente en el campo de la administración, sino también en el de la prescripción, hecho que no sucede en otros países como Estados Unidos o Inglaterra. Ante este hecho, la Dra. Teresa Bermejo, jefe del S. de Farmacia del H. Ramón y Cajal de Madrid, aseguraba durante su presentación que, “Las nuevas tecnologías en el sector sanitario resultan fundamentales para agilizar procesos, implementar la información, reducir los errores médicos y además no hay vuelta atrás”.

El proceso de la NP consta de varias fases que van desde la prescripción, transcripción y validación de la información, hasta la elaboración, dispensación y administración del tratamiento. Debido a la complejidad de ésta, como terapia multidisciplinar y la variedad de componentes que incluye el proceso, en cada una de estas fases se pueden producir errores de medicación fácilmente prevenibles. En la mayoría de los casos, los errores se producen en la fase de prescripción (según el Estudio de Leape 1995 y Bates et al 1998), aunque también se registran errores de otros tipos como: vía incorrecta, velocidad de infusión distinta, procedimientos inadecuados en la elaboración, mala interpretación de una prescripción, o errores de expresión de concentraciones o de precipitación. Como consecuencia de los errores de medicación se producen efectos adversos que pueden incrementar el tiempo de estancia de los enfermos en hospitales, con sus consiguientes gastos asociados, e incluso registrarse casos de mortalidad.

La Dra. Natalia García del S. de Farmacia del H. U. La Paz de Madrid, en su intervención sobre “Evolución y Mejoras en la Gestión del Proceso en la NP”, ha declarado que “las nuevas herramientas tecnológicas han supuesto una evolución en la NP, tanto en la mejora de la eficiencia como en la gestión del proceso, ya que evitan errores de prescripción y de transcripción y, además, alertan de posibles rangos terapéuticos y permiten especificaciones fijas de las unidades de medida”. Con la aplicación de las nuevas

tecnologías en el proceso de la NP se mejora la gestión del proceso, incrementando notablemente los niveles de eficiencia, seguridad y calidad, y minimizando los errores.

La Dra. Ana de Cos de la U. Nutrición del H. U. La Paz de Madrid, a su vez, enfatizaba el hecho de que se debe “trabajar en grupo para que la NP Hospitalaria llegue a ser eficaz”. Según ella, “la prescripción electrónica debería ser mandatoria porque es mucho más rápida y eficaz”. En definitiva, la implantación informatizada en la NP es un proceso complejo que, sin embargo, tiene innumerables ventajas tanto en la gestión y la seguridad, así como en el seguimiento del paciente, llegando a garantizar un tratamiento de alto nivel acorde con nuestros tiempos.

“La alimentación funcional”

El consumo de los alimentos funcionales crece en España pero no todos cumplen con las características que determinan la funcionalidad de un alimento. Para evitar la publicidad engañosa, científicos y expertos defienden una legislación específica y estudios rigurosos que avalen los efectos del producto. En muy pocos años los lineales de los supermercados se han llenado de alimentos cuya función va más allá del simple hecho de nutrir. Son los denominados alimentos funcionales, una característica a la que se acogen más de 200 y que van desde los lácteos hasta las bebidas y cuyo consumo no deja de crecer pero no todos son lo que dicen ser. “Muchos de los productos que están en las estanterías de los supermercados no tienen la evidencia científica de las propiedades que la publicidad le asignan”, según la Dra. Ascensión Marcos, Investigadora Científica del Consejo Superior de Investigaciones (CSIC).

Esta experta apoya la necesidad de una legislación específica para la alimentación funcional que se complemente con una mayor investigación del producto y de sus efectos en humanos.

“Este tipo de alimentos pueden ser necesarios o, mejor aún, recomendables pero, hoy por hoy, en muchos casos su publicidad es injustificada”, aunque en otros casos hay un cuerpo consistente de investigación científica que los avala, según el Profesor Jesús Román, de la Universidad Complutense de Madrid.

Existen bastantes definiciones sobre lo que es un alimento funcional pero, en general, se acepta que puede considerarse como tal a todo alimento que, además de aportar lo que normalmente debe de aportar un alimento, en forma de valor nutritivo, tiene algún efecto que va más allá de la estricta nutrición. Puede ser un efecto preventivo o protector, pero, para ser rigurosos, los expertos defienden que para ser funcional, un alimento debe de haber demostrado

fehacientemente un efecto de disminución del riesgo o terapéutico, sobre ciertas enfermedades.

Y por esta vía, la de reducir el riesgo de padecer ciertas patologías, es por donde los especialistas consideran que se va a desarrollar el futuro de la alimentación funcional. “Es muy probable que los alimentos funcionales jueguen un importante papel en la prevención de las enfermedades cardiovasculares”, detalla el Profesor Román mientras que la Dra. Marcos espera que en un futuro los investigadores sean capaces de conseguir “alimentos concretos para patologías concretas”.

Ambos coincidieron en que un alimento, por sí mismo, difícilmente podrá curar una patología “aunque sí puede prevenirla, reducir el riesgo de su aparición o paliar sus efectos” según la Dra. Marcos mientras que el Profesor Román apuntó que los alimentos funcionales “pueden contribuir a la mejora de la salud de casos y personas concretas pero la del conjunto de la población solo lo conseguirá la dieta equilibrada” o más bien, podríamos pensar en una “dieta funcional” (A Marcos).

Lo que parece claro es que la alimentación funcional no tiene vuelta atrás, no sólo atrae la atención de los consumidores o el interés de la industria sino que como consecuencia de su expansión es muy probable, según las estimaciones de los investigadores, que se desarrolle una agricultura y una acuicultura “funcional”.

“Ya se está trabajando en ello y, por supuesto, es un campo a descubrir”, declaró la Dra. Ascensión Marcos con respecto a la expansión de técnicas agrícolas y acuicultoras capaces de producir productos y especies a “medida” de la prevención nutricional de ciertas enfermedades.

El desarrollo de estas técnicas no supondrá, según estos expertos, la desaparición de la alimentación tradicional tal y como la conocemos hoy, “puede que dentro de 10 años haya muchos más alimentos funcionales que ahora pero no creo que toda la alimentación sea funcional”, apuntó la Dra. Ascensión Marcos mientras que para el Profesor Román la clave está en sí ¿realmente hay algún alimento que no sea funcional?.

Y es que aquí es donde radica una buena parte de los problemas nutricionales a los que nos enfrentamos los países occidentales porque todos los alimentos tienen una función básica: nutrirnos para que nuestra fisiología junto con la actividad física y mental se mantengan en estado óptimo. “La pena, según el Profesor Román, es que en los países desarrollados las neveras están llenas pero, en general, sus habitantes comen mal por ignorancia y por falta de interés y eso se debe a que no han sido educados adecuadamente”.

¿Nutracéutico o funcional?

En cuanto a los alimentos denominados nutracéuticos, ambos expertos aclaran que no se pueden considerar funcionales aunque para muchas personas puedan ser lo mismo. “Para los investigadores, un alimento nutracéutico es aquel que contiene algunos componentes alimenticios, más o menos aislados pero no se trata de un alimento de consumo ordinario en la dieta corriente”, sino más bien de uso temporal o esporádico, explicó la Dra. Marcos. Un nutracéutico, por poner un ejemplo, serían unas vitaminas antioxidantes o las isoflavonas de soja presentadas en forma de comprimido, mientras que un alimento funcional sería un producto en formato habitual (leche, pan, cereales, etc.) al que se le ha añadido un ingrediente (las citadas isoflavonas, por ejemplo) o se ha modificado (como ocurre con las leches) detalla el Profesor Román.

“Relación entre comportamiento alimentario con psicopatología y obesidad grave”

Más allá de la anorexia y bulimia, en el último congreso de la federación Española de Sociedades de nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) los especialistas han constatado una tendencia al alza de nuevos problemas alimentarios atípicos, como el trastorno por atracón nocturno. Parece que aumentan los trastornos purgativos y disminuyen los restrictivos.

La manifestación más evidente de un anoréxico es la delgadez, hasta tal extremo que un porcentaje nada desdeñable de los pacientes pueden morir como consecuencia de la desnutrición y sus complicaciones.

Por el contrario, los bulímicos pueden tener un aspecto normal, incluso ser obesos; sin embargo su relación con la alimentación es tan anómala como la de los anoréxicos.

Acuciados por un “hambre voraz”, los bulímicos son capaces de ingerir elevadas cantidades de comida seguida de mecanismos para que el alimento se elimine de su organismo como vómitos provocados, sobredosis de ejercicio físico..., todo vale con tal de mantener su peso “mental”.

Todos los trastornos de la conducta alimentaria, independientemente de sus síntomas, forman parte de un grupo que, entre otros “se caracteriza por la presencia de modificaciones en relación con la ingesta de alimentos, teniendo en común la alteración del comportamiento, lo que enmarca el carácter psiquiátrico de la enfermedad”. En cuanto a los factores que los producen los expertos insisten en que básicamente se deben a factores de predisposición genética.

No se trata de la existencia de determinados genes que marquen la anorexia, la bulimia o el trastorno por atracón, pero sí se sospecha de un posible origen

genético, porque los familiares de pacientes con anorexia nerviosa tienen más probabilidades de sufrir un trastorno de la alimentación que la población general.

La obesidad no es un trastorno de conducta alimentaria. No es un trastorno psiquiátrico asociado pero sí puede desarrollar un trastorno ansioso-depresivo. Hacer dieta es un factor de riesgo para la bulimia y el atracón.

Como nuevos trastornos nutricionales de la obesidad:

- **Trastorno por atracón:** El tratamiento se aborda con la psicoterapia y la farmacoterapia. Hoy se sabe que el atracón mejora y pierde peso con la terapia cognitivo-conductual. Tiene mal pronóstico, no hay relación familiar, se suele presentar 2 episodios a la semana en que tienden a comer más, la conducta purgativa está ausente pero la obesidad es grave.

Los que padecen el trastorno por atracón aislado, en ningún momento, pasa por su cabeza la intención de eliminar rápidamente el alimento de su cuerpo. “El Trastorno por atracón, señala el Profesor Miján de la Torre del H.U. General Yagüe de Burgos, puede estar presente hasta en el 50 por ciento de los grandes obesos: el trastorno por atracón puede ser causa de la obesidad en algunos casos.

Otra característica que diferencia a los afectados por el trastorno por atracón es que también pueden ser hombres, mientras que en la anorexia o bulimia, la mayoría de los pacientes son mujeres. Para establecer que un paciente sufre un trastorno por atracón, es necesario entre otros criterios, que los episodios se repitan al menos dos días a la semana durante un mínimo de seis meses.

- Otro de los nuevos trastornos de la conducta alimentaria es el **síndrome del comedor nocturno**, Night eating Síndrome (NES). Fue descrito en 1955 por Stunkard después de observar en pacientes obesos una inapetencia diurna mientras que por la noche se convertían en comedores repetitivos e insomnes. También observó relación del síndrome con períodos de tensión y alarma; si disminuían las tensiones había una reducción de la ingesta nocturna y stress ante determinadas situaciones: despertares nocturnos espontáneos y comen.

Se considera enfermedad psicosomática, hay una combinación de trastorno de conducta alimentaria, trastorno del sueño y del estado de ánimo. Son depresivos, tienen un retraso en la cronobiología. El reparto de la ingesta durante el día, no más del 30%, mientras que luego por la noche, el 70% de la ingesta total. Resulta muy frecuente en los pacientes obesos y en los que están en espera de la cirugía bariátrica. Además la melatonina se dispara por la noche en los obesos graves. Hay un aumento de triptófano para que llegue rápido al cerebro, y asociación alta CHO y proteínas. Los ritmos de cortisol son más bajos por la

noche y en estos pacientes algo más alto en madrugada.

Los afectados por este desorden, conocido en inglés como BED, Binge Eating Disorder, ingieren grandes cantidades de comida en un pequeño período de tiempo, generalmente menos de dos horas, de forma incontrolable hasta sentirse negativamente llenos. “Después de la comilona, estas personas sienten ataques de culpa y desánimo, sin embargo a diferencia de los bulímicos, estos episodios no están asociados a estrategias compensatorias inadecuadas. No usan laxantes, no se ponen a hacer ejercicio de manera compulsiva ni utilizan ningún medio de purgación” explicó el Dr. Miján

Saber la personalidad del obeso, es importante hacer un diagnóstico diferencial. Además de señales como: Gingivitis erosiva, erosión en el esmalte dental. Cara chupachups, dilatación y éxtasis gástrica, cara dorsal de las manos (Síndrome de Russell).

Recuperar el autocontrol, no guardar tiempos de ayunos, comer frecuentemente, comer siempre en el mismo lugar son pautas de comportamiento para recomendar.

El Dr. Miján de la Torre insistió en que todos los trastornos de la conducta alimentaria, independientemente de sus síntomas, forman parte de un grupo que, entre otros se “caracteriza por la presencia de modificaciones en relación con la ingesta de alimentos, teniendo en común la alteración del comportamiento, lo que enmarca el carácter psiquiátrico de la enfermedad”.

“Enfermedad celiaca”

La enfermedad celíaca, que afecta tanto a niños como adultos, es la enfermedad crónica intestinal más frecuente en España originada por una intolerancia permanente al gluten. Se estima que afecta a 1 de cada 100 personas nacidas vivas y tiene una base genética que justifica que pueda haber más de un paciente celíaco dentro de una misma familia. Tanto en el niño como en el adulto, los síntomas pueden ser atípicos o estar ausentes, dificultando su diagnóstico. Según los datos manejados por la Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE) se calcula que en nuestro país podría haber unas 300.000 personas que padecen esta enfermedad, de las cuales tan sólo 20.000 han sido diagnosticadas. La Dra. Isabel Polanco, jefa del S. de Nutrición Pediátrica del H. U. La Paz, de Madrid, subrayó la necesidad de realizar un diagnóstico de certeza lo antes posible y siempre mediante la práctica de una biopsia intestinal. “Ante la sospecha de una enfermedad celiaca, nunca debe retirarse el gluten de la dieta sin realizar previamente esta técnica diagnóstica”.

Los especialistas destacan como fundamental la necesidad de realizar estudios epidemiológicos en

España, con el fin de detectar los casos ocultos de enfermedad celíaca y poder establecer cuanto antes la dieta sin gluten que mejora la calidad de vida del enfermo y evita la aparición de las complicaciones, siempre que el diagnóstico sea precoz.

Los nutricionistas insistieron en la necesidad de promover el correcto etiquetado de todos los productos sin gluten.

Complicaciones

En este contexto, esta experta explica que si no se suprime el gluten en la dieta de una persona celiaca podrían aparecer consecuencias graves para el paciente, tales como “una respuesta inmunológica anómala y la lesión severa de la mucosa del intestino delgado, con la consecuente malaabsorción de principios inmediatos, minerales, vitaminas y oligoelementos, entre otros”. Por el contrario, los expertos indican que si se realiza un diagnóstico precoz de la enfermedad y se suprime el gluten de la dieta se estará contribuyendo de forma significativa a mejorar la calidad de vida de los pacientes evitando la aparición de las complicaciones indicadas.

El peligro de no ser diagnosticado

Muchas veces, pacientes con trastornos diversos como depresión, osteoporosis, fracturas de repetición, esterilidad masculina o femenina o trastornos de la menstruación, pueden padecer una enfermedad celiaca de fondo que se está manifestando a través de estos síntomas. En estos casos, la mayoría de las veces, no se realiza el diagnóstico de modo precoz, evolucionando hacia la cronicidad, con el riesgo de que aparezcan complicaciones. “Los pacientes que no han sido diagnosticados tienen un riesgo 20 veces superior de sufrir cáncer, fundamentalmente del aparato digestivo, respecto al resto de la población general”.

Tratamiento

Una dieta completamente libre de gluten, es la única alternativa terapéutica existente hoy en día para el tratamiento de la enfermedad celíaca.

Entre los alimentos que contienen gluten está el pan, la repostería, la pasta, las bebidas malteadas, destiladas o fermentadas a partir de cereales y productos manufacturados que contengan gluten como excipiente. Otros alimentos que pueden contenerlo son: embutidos, productos de charcutería, quesos fundidos, patés, conservas de pescado y de carne, dulces y chucherías, frutos secos tostados con sal, helados, sucedáneos de chocolate y colorante alimentario.

Sin embargo, los productos naturales tales como: carnes, pescados, huevos, frutas, verduras, legumbres, hortalizas, arroz y maíz, azúcar y miel, leche y derivados, aceite, café en grano o molido, frutos secos naturales y fritos, refrescos, vinos y bebidas espumosas, que por definición, no tienen

gluten pueden ser consumidos por el celiaco sin ningún riesgo.

“La desnutrición en el paciente hospitalizado”

La desnutrición es un aspecto que preocupa en gran medida a los expertos en nutrición, y más aún cuando este problema afecta a determinados grupos de riesgo, entre los que se incluye a los pacientes hospitalizados. El Dr. José Ignacio de Ulíbarri, jefe de la U. de N, del H. U. de La Princesa de Madrid, subrayó que “la desnutrición en el paciente hospitalizado sigue siendo la asignatura pendiente”. Aproximadamente el 35 por ciento de los pacientes ingresa en el hospital con síntomas de desnutrición, elevándose hasta un 70 por ciento el porcentaje de los que presentan este cuadro cuando reciben el alta hospitalaria.

En opinión de este experto, la detección precoz de la desnutrición en el paciente hospitalizado es imprescindible para evitar consecuencias negativas, tanto para el enfermo, como para el propio sistema sanitario. El Dr. Ulíbarri señala que “la desnutrición reduce sus defensas, aumentando así el riesgo de infecciones” y, por consiguiente, incrementando también el riesgo de muerte. Además, el gasto sanitario que ocasiona un paciente hospitalario desnutrido “sobrepasa en un 60 por ciento el gasto que genera uno con un buen estado nutricional”, apunta.

Prueba piloto

El Dr. Ulíbarri explicó que el H. U. de La Princesa se está desarrollando un sistema informatizado piloto, pionero en España, con el que se pretende valorar la posible desnutrición de los pacientes que llegan al hospital. Para ello, explicó que se ha llevado a cabo una selección de datos de pacientes hospitalizados, cuyo tratamiento, mediante un sistema automático, permitirá detectar la posible desnutrición del paciente y también el riesgo nutricional.

“La desnutrición clínica tiene una gran repercusión en la evolución de la enfermedad porque da lugar a complicaciones que la agravan, prolongan la estancia en el hospital o empeoran su pronóstico, en ocasiones, incluso fatalmente.

Para explicarlo la Dra. Mercé Planas, Jefe Clínico y médico coordinador de la U. de Soporte Nutricional del H. U. Valle de Hebrón de Barcelona, propone imaginarse un hospital del entorno hospitalario español, con unos 25.000 ingresos al año. “Si el 20 por ciento de estos ingresos presenta desnutrición importante, comportaría un aumento de, por lo menos, 2 días en la estancia hospitalaria, lo que supondría 10.000 estancias añadidas por la desnutrición. Si consideramos que el coste en la estancia en sala convencional del hospital es de 314 euros/día, el incremento, sólo de las estancias, supondría 3.140.000 euros al año”.

Según datos publicados en el Clinical Resource Management del año 2000, la desnutrición clínica se asocia a: 3,8 más posibilidades de muerte y a 3,4 más de sufrir complicaciones menores. “Ya sabemos que la desnutrición alarga las estancias en el hospital, pero, también, que tanto la respuesta como la eficacia de muchos tratamientos disminuye si el paciente está desnutrido”, según señala la Dra. Planas.

Población de riesgo

La desnutrición clínica no se “adquiere” en el hospital sino que, por lo general, los pacientes ingresan con este estado. Existen diversos factores como la falta de apetito, frecuente en el curso de muchas enfermedades, dificultades en la masticación, deglución, digestión o en la absorción de los nutrientes y los efectos nocivos que sobre el estado de nutrición tienen muchos tratamientos, así como el aumento del gasto, que coincide, tanto en la enfermedad como en muchos de los procedimientos terapéuticos.

Ambos expertos señalan que esta situación se podía corregir identificando a aquellos pacientes en riesgo nutricional, “pero no se hace”, declara el Dr. Ulíbarri. Otras circunstancias que tampoco ayudan a la mejora son, según añade la Dra. Planas, la falta de cultura entre los profesionales sanitarios así como la insuficiencia de unidades de nutrición (y a su escasez de recursos en medios humanos y técnicos), que en muchos hospitales son inexistentes”.

“La obesidad infantil”

Sólo en el 5% de los casos, la obesidad infantil tiene una causa genética o endocrina, en el resto, es decir en el 95% de los niños obesos, su problema es de origen exógeno o nutricional. “Sobre todo en los segundos casos, los mejores resultados se obtienen con el diseño de un tratamiento multidisciplinar de la obesidad -en el que participen pediatras, psicólogos y dietistas- basado en una dieta equilibrada, la práctica de ejercicio físico, una correcta educación nutricional y la modificación del comportamiento. Por esta razón, los esfuerzos deben dirigirse a la prevención y a intentar difundir las ventajas de unos hábitos dietéticos adecuados”, en opinión del Dr. Javier Aranceta, de la Universidad de Navarra.

La obesidad infantil se ha convertido en un verdadero problema de salud pública. En concreto en nuestro país, las cifras que se manejan sobre esta patología son especialmente alarmantes: el 13,9% de la población de 2 a 24 años es obesa -detectándose las mayores cifras en la franja de 6 a 12 años, con una prevalencia del 16,1%- El 26,3% de este grupo de población tiene sobrepeso. Además, hay que tener en cuenta que la obesidad infantil no sólo influye en el desarrollo psicosocial del niño, sino que también incrementa el riesgo de obesidad en la edad adulta y

aumenta la morbimortalidad, sobre todo para enfermedades cardiovasculares.

Luchar contra la obesidad infantil en familia

Las causas de la obesidad infantil son las mismas que en los adultos, agravadas por un mayor deterioro de los hábitos alimentarios. “Sin duda la dieta de los niños está mucho más alejada de la dieta mediterránea que la de los adultos. Ha aumentado considerablemente el consumo de bollería, bebidas carbonatadas, productos cárnicos o postres lácteos en detrimento de la ingesta de pescado, frutas, verduras y cereales”, comenta el Dr. Lucio Cabrerizo, de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Si a todo ello le añadimos que los juegos de los niños actuales son completamente sedentarios, la obesidad parece inevitable. Los especialistas insisten en que la actividad física infantil relacionada con el juego ha desaparecido, ahora los niños juegan sentados. El ordenador, la televisión y la videoconsola han sustituido a las canicas, al escondite o a la goma.

El papel de los padres es fundamental a la hora de fomentar unos buenos hábitos alimentarios en los más pequeños. “La alimentación de los niños debe de empezar por el ejemplo de los padres. Una familia que no coma verdura, ni fruta ni pescado y que prácticamente no pruebe la leche, difícilmente va a conseguir que sus hijos los ingieran, por mucho que se los ponga sobre la mesa. La familia es el marco natural para cualquier tipo de aprendizaje y debe de implicarse en el tratamiento del niño obeso. Las comidas en familia a horas fijas y sentados en la mesa y la incorporación de alimentos saludables en la dieta, junto con la disminución de las horas de televisión y el incremento de la actividad física, contribuyen a mejorar y corregir los hábitos alimentarios y de actividad del niño obeso”, puntualiza el Dr. Aranceta.

En este sentido, la dieta ideal para un niño es aquella que permite su correcta nutrición, sin que pase hambre, y resulta equilibrada en su composición (50-55% de hidratos de carbono, 30% de grasas, 15-20% de proteínas), además de ser variada.

El papel de los comedores escolares

Los comedores escolares pueden ayudar en la educación nutricional de los más pequeños, aunque nunca deben sustituir la responsabilidad de los padres, siempre que su calidad nutricional sea la adecuada. “En la actualidad y por distintas circunstancias -entre ellas las económicas-, los productos con los que se confecciona el menú del comedor no siempre son los mejores. En muchos comedores se abusa de proteínas de baja calidad, como la carne picada, o de postres lácteos, en detrimento de la fruta, por eso no se trata tan solo de que los padres tengan el menú de sus hijos por adelantado sino de conseguir además que los buenos

hábitos alimentarios también sean una constante en el colegio. Es recomendable que los padres acudan al colegio en el horario de la comida y comprueben personalmente el menú que se les da a los niños”, detalla el Dr. Aranceta.

Por su parte el Dr. Lucio Cabrerizo subrayó la relación entre la obesidad infantil y la cronificación del problema en la vida adulta. “Un niño obeso muy probablemente se convertirá en un adulto obeso. Eso está más que comprobado, además de que también se ha demostrado que si la obesidad empieza muy pronto, no solo se incrementan las posibilidades de padecer diabetes tipo 2, hipertensión u otro tipo de enfermedades cardiovasculares, sino que su aparición se adelanta a edades mucho más tempranas”, apunta el especialista.

Fomentar unos buenos hábitos alimentarios y disminuir el sedentarismo son claves para evitar que aparezca la obesidad infantil.

PREPROGRAMA

IX FORO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Octubre del 2006. Gijón (Asturias)

PRESENTACIÓN

El Comité organizador quiere invitaros a la celebración del **IX Foro ADENYD**, que se celebrará en Octubre de 2006 en Asturias, en la ciudad de Gijón. Contamos con vuestra presencia para disfrutar de esta provincia-autonomía llena de contrastes, plural, diversa en cultura, paisaje y gastronomía que se unifica en este antiguo y pequeño reino ocupando una extensión de 10.564 Km².

Es una gran oportunidad para reunirnos una vez más todos los profesionales de Enfermería que estamos interesados en los distintos aspectos que abarca la nutrición y la dietética. El Foro es el vehículo de expresión de nuestros proyectos, inquietudes, punto de encuentro que nos sirve de apoyo en nuestro quehacer diario como Enfermeras de Nutrición.

Dentro del programa social que esperamos ofrecer os conviene destacar la visita a los monumentos prerrománicos, declarados Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO desde Diciembre de 1985, y que son un gran exponente de la antigua monarquía asturiana. Dentro del programa científico, esperamos cumplir las expectativas de anteriores Foros y ofrecer la primera exposición de póster, donde cada una pueda mostrar experiencias de su trabajo.

Nos haría mucha ilusión compartir estos días con vosotros y que la ciudad de Gijón os llame a difundir este encuentro en vuestro entorno, con el fin de hacer llegar a más profesionales nuestras inquietudes respecto a la alimentación-nutrición de los pacientes.

Os esperamos

Fdo. El comité organizador

9.00 h. Entrega de documentación
9.30 h. Inauguración
10.00 h. Conferencia magistral
11.00 h. Café
11.00 h. Exposición de pósters (en proyecto)
11.30 h. Mesa redonda: “Aspectos nutricionales en el paciente oncológico”
1.-Características nutricionales del paciente oncológico
2.-Seguimiento nutricional del paciente oncológico desde una unidad de cuidados domiciliarios
3.-Enfermería basada en la evidencia: Cuidados nutricionales en el paciente intervenido de cáncer de esófago
13.20 h. Coloquio
13.30 h. Presentación del Premio ADENYD 2003
“Detección de malnutrición al ingreso en el hospital”
13.50 h. Coloquio
14.00 h. Comida de trabajo
TARDE
16.00 h.: Actividades de ADENYD
Presentación del premio ADENYD 2004 “Estudio de población diana de alumnos de secundaria sobre: Comportamiento dietético y conocimiento del equilibrio nutricional y de los TCA”
18.00 h. Asamblea ordinaria y extraordinaria de ADENYD
Fallo del premio ADENYD 2005
21.00 h. Cena de clausura y entrega de premio ADENYD

Fallo del Premio ADENYD 2004

En esta 5ª convocatoria que finalizó en diciembre del año 2004, se recibieron 4 trabajos, cumpliendo todos los requisitos marcados.

El trabajo premiado fue “**Estudio sobre comportamiento dietético, equilibrio nutricional y conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, en una población diana de 800 alumnos de Enseñanza Secundaria**” de Mª Lourdes de Torres Aured y le fue entregado en el acto inaugural del I Congreso FESNAD.

La siguiente noticia nos fue enviada por Magdalena Jiménez Sanz, U. de Nutrición y Dietética del H. U. “Marqués de Valdecilla” de Santander

El 90% de las enfermeras suele dar consejos dietéticos a sus pacientes

24 May. 2005 - El papel de la enfermería es clave en la prevención de la enfermedad, ya que proporciona, de forma habitual, consejos sanitarios en dieta, ejercicio y deshabituación de tabaco y alcohol, según revela un estudio de la Federación de Asociaciones Profesionales de Enfermería que se presentó en el Congreso Nacional de Enfermería, que se celebró en Barcelona los pasados días 19 y 20 de mayo. Así, según resultados de la investigación, patrocinada por Sin Sal El Pozo, el 91% de las enfermeras acostumbra dar consejos dietéticos a sus pacientes. El 72% del personal de enfermería centra estos consejos en la restricción calórica y un 60% en el consumo de sal. Este porcentaje es casi el mismo (59 %) que recomienda productos sin sal. En un 9% de los casos recomiendan embutidos sin sal. Aunque no todos los pacientes siguen los consejos de su enfermera, éstos son más propicios a escucharles cuando se trata de restricción del consumo de sal que de calorías, según reconocen las propias enfermeras (43% frente a 35%).

“*Los datos de este estudio muestran que la enfermería resulta de gran importancia a la hora de mantener unos hábitos de vida saludables y actuar antes de que sea demasiado tarde*”, explicó la doctora Reina García, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, que presentó los resultados del estudio en el Congreso. Aunque no se aprecian diferencias en las recomendaciones por edades o experiencia de las enfermeras, es en los centros de salud donde son más frecuentes los consejos sobre productos sin sal. También se observan diferencias por áreas geográficas: en las zonas centro y sur hay mayor porcentaje del personal de enfermería que facilita este tipo de recomendaciones.

La mayoría de las enfermeras también están comprometidas en la prevención a través del ejercicio (el 80%), al consumo de alcohol (67%) y al de tabaco (84%). El estudio revela, además, que el 90% de los pacientes es explorado en la consulta de enfermería. Las pruebas más frecuentes consisten en la medición de la presión arterial (76%) y de la frecuencia cardiaca (72%). Son precisamente las enfermeras que realizan más reconocimientos las que suelen hacer más recomendaciones sobre dieta.

Investigaciones anteriores ya habían puesto de manifiesto cómo la intervención de la enfermería permite evitar o reducir la aparición de múltiples patologías o trastornos, además de reducir las crisis y recaídas en enfermedades crónicas. Así, un metaanálisis publicado en la revista *Academic Medicine* (la publicación de los colegios de medicina de Estados Unidos) del mes de mayo, en el que se incluyeron 16 estudios, señala que “*enfermeras*

formadas de manera adecuada pueden proporcionar una atención de tan alta calidad como la de los médicos de Primaria y obtener los mismos buenos resultados para los pacientes”. Los autores del metaanálisis añaden que las enfermeras tienen “el potencial de reducir la carga de trabajo de los médicos y los costes directos de la asistencia sanitaria”, aunque depende del “contexto de asistencia” en el que intervengan.

Para Ferrán Barreras, presidente del comité organizador del Congreso, “todas las iniciativas de políticas de prevención sanitarias que se han llevado a cabo con la intervención de profesionales de la enfermería han dado resultados muy positivos en la reducción de patologías y de costes de tratamiento, lo que demuestra la necesidad de invertir más en formación y en información”.

Congresos y encuentros sobre Nutrición y Dietética

- VIII Foro Nacional de Enfermeras en Nutrición Dietética. Anual, octubre. 2006, Sede: Gijón
E-mail: adenyd@adenyd.org
- Seminario de Nutrición Clínica. Dr. Abraham García Almansa. Anual en octubre. Sede: H.U. Gregorio Marañón de Madrid.
- Nutrición Práctica. Anual. Sede: Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Web: www.dietecom.info
E-mail: dietecom@dietecom.info
- XXI Congreso Nacional SENPE. Anual. Sede: Hotel Melia Palas Atenea de Palma de Mallorca. 10-12 de mayo, 2006.
Web: www.senpe.com
www.tilesa.es/senpe2006

Actos Científicos de interés general

- IX Encuentro de Investigación en Enfermería. Congreso de Ámbito Internacional. Anual, 2005 en Madrid, 23-26 noviembre. Información e inscripción WEB de la Unidad de coordinación y desarrollo de la investigación de Enfermería. Investén-isciii
<http://www.isciii.es/investen>.

Premios de investigación

VI PREMIO ADENYD 2005

1.- Podrán optar a este PREMIO todos los trabajos publicados en revistas, así como las comunicaciones y pósters presentados en actos científicos (Congresos, Jornadas y Premios de Investigación de Enfermería),

cuyo autor principal sea Diplomado en Enfermería o estudiante de último año de ésta Diplomatura y su tema verse sobre la Nutrición y/o la Dietética. No podrán presentarse aquellos trabajos que hayan recibido otros premios en metálico.

2.- La dotación será de 600 euros.

3.- Los trabajos se enviarán por triplicado, dos de ellos anónimos y sin que aparezcan datos que puedan identificar al autor/es y el tercero en un sobre cerrado con los datos del autor/es, con la dirección completa, teléfono, centro y unidad de trabajo, así como la separata o fotocopia de la revista donde fue publicado o la fotocopia de la certificación del Acto Científico donde fue presentado. Deberán hacerse llegar a la Secretaria de la Asociación antes del 31 de diciembre de 2005.

4.- El jurado estará formado por cinco miembros elegidos por la Junta Directiva entre los socios y su identidad se dará a conocer después de otorgado el Premio, que será inapelable. No podrá haber más de un trabajo ganador.

5.- El fallo del Premio se hará público durante la Asamblea Ordinaria que tendrá lugar durante el IX FORO NACIONAL DE ENFERMERAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA a celebrar en octubre del año 2006.

6.- La participación a éste Certamen supone la aceptación de las bases del mismo.

SECRETARIA:

Dña. M^a Luisa Sanz Muñoz.

Nutrición y F.C.

Complejo Hospitalario, H. Santa Barbara

Paseo de Santa Barbara s/n. 42005 Soria.

Tel.: 975234302, Fax: 975234305

msanz@hsor.salcyt.es

www.adenyd.org

adenyd@adenyd.org

Entidades colaboradoras

NOVARTIS, NUTRICIA y VEGENAT.

Información General

- En la siguiente dirección:
www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm
está la revista Especialidades Enfermeras del Consejo General de Enfermería.
- La Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. nos ofrece sus publicaciones con un 25% de descuento.
www.cerasa.es
- La Escuela de Inteligencia y la Universidad de Alcalá nos informan de los cursos de “Inteligencia Emocional Aplicada para profesionales de la Salud”
www.escueladeinteligencia.com

- La Universidad de Navarra, a través de su Instituto de Ciencias de la Alimentación (ICAUN), recientemente puesto en marcha, nos ofrece servicios de formación y de asesoramiento.
www.unav.es/fcdns

Nota de la redacción

Os recuerdo que nuestra web: www.adenyd.org está activa. En ella podéis encontrar, desde cualquiera de sus iconos alimentarios y de forma sencilla, los objetivos que perseguimos como asociación, las actividades que nos identifican a las enfermeras de Nutrición y Dietética, etc. Esperamos que puedan crecer sus ofertas y secciones, según vayamos entre todos aumentando las demandas.

A todos los que hayáis presentado ponencias, comunicaciones, póster, etc., en Jornadas, Congresos, etc., os agradeceríamos que enviéis un pequeño resumen. **Máximo una página, tamaño de letra 11 y espacio sencillo.** Nos servirá a todos para ampliar y actualizar conocimientos, unificar criterios y actuaciones; pero, sobre todo, para aquellos que tienen menos disponibilidad de asistir a estos eventos.

Al resto, cualquier aportación a cualquiera de las secciones de este boletín y que pueda ser interés para todos nosotros.

GRACIAS