

**“Sí no cambiamos el futuro, nos veremos obligados a soportarlo. Y eso podría ser peor” Alvin Toffer**

### Editorial de la Presidenta.

#### Informe de la Junta Directiva

#### Resúmenes de conferencias, ponencias o comunicaciones.

#### Noticias de interés

#### Congresos y encuentros de Nutrición y Dietética

---

### EDITORIAL

Cuanto más mires hacia atrás, más difícil te resultará mirar hacia delante.

Pierre Bonnard

Parece que estamos condenados al debate eterno de la identidad enfermera y en este caso concreto al de la enfermería de nutrición. En referencia a este debate eterno, desde el 2006, año en que fuimos elegidas como junta directiva, construir ha sido siempre el primero de los objetivos, paralelo a éste ha sido mirar hacia adelante contando con el apoyo de todos los socios hemos estado dispuestas a dar la bienvenida a cada una de las ideas, de los proyectos que se nos presentaran con claridad y transparencia, también hemos estado dispuestas a escuchar las críticas, las que hacen reflexionar y pensar y crecer como seres humanos y como Asociación. No se nos debe olvidar que el debate siempre tiene que estar fuera y que como asociación tenemos que mostrar fortaleza y seguridad en el camino que queremos hacer.

En referencia a las palabras del Dalai Lama (2007) “*En última instancia todo movimiento parte del esfuerzo individual*”, estamos orgullosos de tener como socios a profesionales cuyo esfuerzo nos ha dado tantas satisfacciones, por nombrar a algunos de ellos: a la presidenta del último Foro: M<sup>a</sup> Ángeles Rubio que con tesón y un buen equipo supo organizar una jornada atractiva para un buen número de profesionales, desde aquí mi felicitación. Este éxito sin duda sienta precedente y anima a las organizadoras de los próximos Foros: Rosalía ( Málaga 2011) y Carmen Ferrero ( Ciudad Real 2012) a intentar superarse, cosa con la que cuento de antemano dado que conozco la madera en la que estamos talladas las enfermeras de nutrición.

Siguiendo con los reconocimientos agradecer a profesionales como M<sup>a</sup> Concepción Vázquez del Hospital Valle Hebrón, su trabajo como miembro del comité organizador del Congreso FESNAD 2010, me consta, que es un esfuerzo importante estar en comités de tanta complejidad y tan laboriosos a largo plazo. A Natalia Ibáñez y a Mar Jiménez por su disposición a colaborar siempre que se lo pedimos, a Mercedes Armero por su trabajo en la Asociación Cardiovascular y por supuesto el agradecimiento a todas las que componen esta Junta por su trabajo constante.

Para terminar unos versos de Ángel González con los que quiero desearos unas Felices fiestas Navideñas y un Feliz Año nuevo 2010.

Un afectuoso saludo

*Recuerda aún los adverbios temporales:*

*Ahora, nunca, luego, ya no...*

*Y repite, obstinado, alguno de ellos:*

*Antes, después...*

*Solamente un olvido le atormenta:*

*después, antes... ¿de qué?*

*Tal vez mejor así.*

Ángel González

## INFORMES DE LA JUNTA DIRECTIVA

Magdalena Jiménez Sanz  
Vocal de ADENYD y de SENPE

Estimadas compañeras:

Quiero, por medio de este Boletín, haceros partícipes de mi inquietud en lo que a nuestra formación se refiere como enfermeras que trabajamos en las Unidades de Nutrición y Dietética, o que estamos interesadas en esta área de trabajo. ¿Os preguntaréis cómo he llegado, nuevamente, a esta reflexión cuando es algo que ya todas tenemos admitido?. Pues bien, este despertar se ha debido a mi asistencia al VII Foro de debate SENPE-Abbott que se ha celebrado recientemente en Segovia. Este Foro ha sido multidisciplinar en las ponencias y en la asistencia, ya que el tema así parecía requerirlo: “Formación en Nutrición: de la Universidad a la Especialidad”. Eché en falta la asistencia de enfermeras (que achaqué a la coincidencia de fechas con nuestro Foro).

El Foro SENPE-Abbott comenzó con una ponencia sobre “La Nutrición en la Universidad: situación actual y planteamientos de cara al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)” a cargo del Prof. José Antonio Rodríguez Montes, decano de la Facultad de Medicina de la UAM. Referente a enfermería señaló que para obtener el Grado en nuestra profesión, se necesitarán 4 años que equivalen a 240 créditos ECTS (Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos).

Seguidamente hubo dos mesas redondas: una sobre el Pregrado en las que cada ponente expuso los créditos que contenían las carreras de medicina, farmacia, enfermería y dietética antes del Plan Bolonia y tras su implantación, y se analizaban los créditos que en cada uno de estos grados se dedicaban al estudio de la nutrición. En medicina y enfermería la formación específica en esta área es muy escasa, según lo que allí se expuso.

La segunda mesa redonda versó sobre la formación en el Postgrado, con cuatro ponentes que hablaron sobre; la Residencia, la Formación Continuada, el Master, y las Sociedades Científicas como vías para adquirir los conocimientos específicos de cada grado en general y en nutrición en particular.

La Residencia en Enfermería (EIR), como sabéis tendrá varias especialidades y se contempla que cada una de ellas tenga algún crédito para la formación en nutrición.

Como sabéis, ADENYD ha luchado y sigue apostando por la creación de un Área de Capacitación Específica en Nutrición y Dietética dentro de la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica. Actualmente, nuestra Asociación, está integrada en la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE) con el objetivo de seguir trabajando en el incremento de la formación, cualitativa y cuantitativa, en nutrición en la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica.

En nuestro caso concreto, la Formación Continuada en nutrición, es la vía preferente que nos permite incrementar nuestra formación, tanto si queremos adquirir conocimientos y/o formarnos para impartirlos nosotros. En cualquier caso, nuestro esfuerzo se debe orientar a auto-nutrirnos de formación, como hemos venido haciendo hasta la fecha, para que esa formación y su práctica profesional, sea el enganche para que el resto de compañeros integren la atención nutricional al paciente en sus actividades laborales.

Las actividades formativas irán destinadas a mantener y/o mejorar la competencia profesional (conocimientos, habilidades y actitudes mediante estrategias e intervenciones educativas). una vez obtenida la titulación básica o la especializada correspondiente. Este es un punto fundamental, pues, ya he comentado lo reducido del tiempo destinado a nutrición en el Grado y por esta razón debemos focalizarnos en una Formación Continuada de calidad acreditada. Esta acreditación (sistema de evaluación por medio de créditos) que concederán entidades oficiales y/o instituciones competentes en la materia que

actuarán como garantes de la calidad de dicha formación, nos asegurará y avalará el reconocimiento profesional de nuestra actividad clínica, asistencial y formadora.

La Formación Continuada de calidad representa un valor añadido, tanto para la entidad formadora, como para los profesionales formados, respondiendo a las demandas formativas por medio de la actualización de conocimientos y habilidades para, así, mejorar la eficacia y la calidad de las acciones profesionales. Sin duda este tipo de formación nos ayudará a implementar y desarrollar nuestra carrera profesional e indirectamente la posibilidad de promoción basada en la meritocracia.

Considero que adquirir esta formación de calidad se debe realizar por medio de cursos en congresos, foros, grupos de trabajo, talleres, etc., con un esquema estructurado y organizado, que nos permita obtener el reconocimiento contrastado de dichas actividades en las que no se debe olvidar la categoría profesional de los docentes, y la institución que ampara dicha formación, que aunque lo he dejado para el final es, sin duda, lo más importante.

Nos formamos para formar ya que el conocimiento no es propiedad de nada y por eso debe transmitirse.

Magdalena Jiménez Sanz  
Vocal de ADENYD y SENPE

## CONCLUSIONES DEL XII FORO

El Comité Organizador considera muy optimo el alto porcentaje de participación en el mismo, ya que el número de inscripciones ha sido de 110 y el nivel conseguido en mesas y comunicaciones han alcanzado unos niveles de calidad que esperamos hayan sido del agrado de todos los asistentes.

El acto inaugural ha estado presidido por la Excma. Sra. D<sup>a</sup> María Ángeles Palacios Sánchez Consejera de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, acompañada de los representantes de la Universidad Politécnica de Cartagena y Ayuntamiento de Cartagena, junto a ellos y presentando dicho Foro la presidenta de ADENYD Herminia Lorenzo Benítez y la presidenta del comité organizador María de los Ángeles Rubio Gambín.

De acuerdo al eslogan del Foro “Vuelta a lo natural”, se inicio la conferencia de apertura a cargo de D. Enrique Hernández Alonso “Nuevos alimentos para el siglo XXI”. Seguidamente, en la mesa redonda de la mañana, moderada por D<sup>a</sup> Josefa León Navarro se presentaron diferentes

aspectos sobre la Alimentación natural y la salud en las distintas etapas de la vida.

La mañana concluyó con la Conferencia Magistral “¿Por qué consumir alimentos ecológicos y cómo enfermería puede colaborar con ello?” a cargo de D Juan Antonio Ortega García.

Finalizaron los actos con la presentación del próximo Foro que se celebrará en Málaga en el 2011, ya que en el 2010 nos encontraremos en el II Congreso de la FESNAD en Barcelona.

Comité Organizador  
Cartagena Noviembre 2009.

## RESÚMENES DE POSTER XII FORO

### Trabajo galardonado con el Primer Premio

#### LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN NATURAL: UN MODELO DE ATENCIÓN TELFÓNICA PARA APOYAR LA LACTANCIA MATERNA

Avilés López Mercedes, Pastor Torres Encarna, Ortega García Juan A.

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Murcia. España.

**Antecedentes y Objetivos:** Los avances tecnológicos durante el último siglo nos han permitido alcanzar cuotas de bienestar que eran impensables hace tan solo 70 años. En España, ya hay más líneas de teléfonos móviles que habitantes. La necesaria incorporación de estas tecnologías a la práctica clínica, debe constituir a lo largo de esta década un indicador de calidad en la excelencia para la atención de los problemas de salud ó enfermedad.

El mayor riesgo de abandono de la LM ocurre durante la primera semana tras el parto, antes de acudir a los 5-6 días a la primera consulta del centro de salud. Además, son muchas las dudas, temores e interrogantes que durante todo el periodo de lactancia se plantean las madres. La mayoría de ellas pueden ser fácilmente atendidas telefónicamente por profesionales entrenados y preparados. El objetivo de nuestro trabajo es presentar la implementación, desarrollo y los resultados de una consulta telefónica de ayuda a la protección del ecosistema de la lactancia.

**Material y métodos:** En el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, desde la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica y dentro del programa de Promoción y Protección de la Lactancia Materna se entrega a las madres previo al parto y durante su estancia en maternidad un número de teléfono móvil donde pueden realizar consultas tanto desde el hospital como desde su domicilio durante todo el período de lactancia. El

teléfono está atendido por una enfermera con formación específica en lactancia materna y conocimientos básicos en salud medioambiental y comunicación. El teléfono funciona de 9 a 15 horas todos los días del año. Presentamos los resultados desde el día 22 de noviembre de 2006 (puesta en marcha) hasta el 31 de septiembre de 2009 (150 semanas).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se recibieron 981 llamadas telefónicas sobre Lactancia Materna. 910 (92,8%) llamadas proceden del área de referencia del hospital; y el 6,5 % de llamadas se realizan desde otras áreas de salud y el 1% de otras Comunidades Autónomas. El 8,1% tuvieron una asistencia perinatal en hospitales privados. Consultas más frecuentes: Problemas de mala posición (6.42%); Peso y comportamiento del lactante (16.51%); Dolor, mastitis (22.01%); Medicamentos y enfermedad materna (14.57%); Extracción y conservación de la leche materna (6.32%); Relacionados con el trabajo y alimentación complementaria (4.07%); Frecuencia y duración de las tomas (18.24 %); Otros (12.13%) El 24.36% de las llamadas se realizaron durante la primera semana tras el parto. El 17.94% de las madres llaman en más de una ocasión. El 6.42% de las llamadas han requerido una intervención intensiva, breve y personalizada en la consulta de LM.

**Conclusiones:** Un apoyo telefónico personalizado, puede contribuir a que la Lactancia Materna sea exitosa. La incorporación de las nuevas tecnologías a las actividades profesionales supone un instrumento de mejora en la calidad asistencial.

Los autores quieren dar las gracias al proyecto Medioambiente y Lactancia Materna (MALAMA) financiado por la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

### **Trabajo galardonado con el Segundo Premio**

#### **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE SOBREPESO EN NIÑOS CON DIABETES TIPO1 EN DOS REGÍMENES DE TRATAMIENTO DIFERENTES.**

Arenas Bermúdez<sup>1</sup>, Toro Codes M<sup>1</sup>, Leiva Gea A<sup>1</sup>, Domínguez Maeso A<sup>2</sup>, de la Cruz Moreno J<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Materno Infantil.- Unidad de Gestión Clínica pediatría

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Médico Quirúrgico.- Unidad de Gestión Clínica de Farmacia.

\*.Servicio de pediatría Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

#### **INTRODUCCIÓN:**

En la actualidad para pacientes diabéticos, se indica una dieta más abierta en la ingesta de hidratos de carbono, siempre que vaya acompañada de la administración adecuada de insulina. Ambas terapias, Infusión subcutánea continua de insulina (ISC) y múltiples dosis de insulina (MDI) forman parte de un régimen intensivo de tratamiento, que ofrecen al paciente una gran flexibilidad en su estilo de vida.

La diferencia fundamental entre ambas terapias radica en la posibilidad de eliminar la inyección subcutánea de insulina tras la ingesta en terapia con bomba. Otra diferencia de la terapia con ISCI es la intensificación de la educación y el seguimiento en relación con la terapia con MDI.

#### **OBJETIVOS:**

Comparar la prevalencia de sobrepeso en niños con diabetes tipo1 tratados con ISCI frente a niños en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI).

#### **METODOLOGIA:**

Se analiza el índice de masa corporal (IMC) en niños tratados con ISCI comparándolos con el IMC de una población de similares características en régimen MDI elegida aleatoriamente. Tomamos como referencia gráficas del estudio transversal español 2008.

Seguimos criterios de la OMS para la definición de obesidad y sobrepeso en población infantil (sobrepeso: IMC entre percentiles 85 y 95. Obesidad: por encima del percentil 95).

#### **RESULTADOS:**

Se analizan 38 pacientes (19 en cada grupo) entre 2 y 18 años.

En el grupo de ISCI encontramos una prevalencia de sobrepeso del 5%, cumpliendo todos ellos criterios de obesidad. En pacientes con MDI la prevalencia de sobrepeso es del 15%, cumpliendo también todos criterios de obesidad.

#### **CONCLUSIONES:**

En la población tratada con ISCI no podemos demostrar aumento de la prevalencia de sobrepeso respecto a la población en régimen MDI.

El sobrepeso en los pacientes tratados con MDI se encuentra en su mayoría en pacientes postpuberales, donde prima la ingesta calórica frente a la molestia de la inyección subcutánea. La intensificación en la educación y seguimiento de los pacientes con ISCI puede ser una variable a tener en cuenta en los mejores resultados de IMC con respecto a la terapia con MDI. Necesitamos un mayor tamaño muestral para obtener resultados más significativos.



## Trabajo galardonado con el Tercer Premio

### PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA (NPD).

Autores: Domínguez Maeso, A<sup>1</sup>. **Del Sol Arroyo, M<sup>a</sup> J.<sup>2</sup>**, García Bayona, J J.<sup>1</sup>, Rioja Vázquez R.<sup>4</sup> Rodríguez Olalla L.<sup>3</sup>. Guzmán MI<sup>1</sup>. Martínez, R M<sup>a</sup> <sup>5</sup>, Águila, C <sup>5</sup>, Martínez, C<sup>5</sup>, Marchena, A<sup>1</sup>. Arenas Bermúdez, C<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Médico Quirúrgico.- Unidad de Gestión Clínica de Farmacia

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Médico Quirúrgico.- Unidad de Endocrinología y Nutrición

<sup>3</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Materno Infantil.- Tocoginecología, Consulta de alto riesgo.

<sup>4</sup> Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.- Unidad de Endocrinología y Nutrición

<sup>5</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Materno Infantil.-Unidad de Reproducción Asistida.

<sup>6</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Materno Infantil.-Servicio Pediatría

### INTRODUCCIÓN:

La NPD aporta al paciente grandes ventajas, permitiéndole junto a su familia, disfrutar del ambiente cotidiano, ofreciendo cuidados hospitalarios en el domicilio. Consiguiéndolo gracias a la enseñanza impartida en el Hospital, dirigida a pacientes o cuidadores, mediante un programa educativo. Realizada por enfermeras de nutrición.

Hablar de calidad asistencial en la prestación de servicios sanitarios sin asegurar la continuidad de cuidados, parecería absurdo sin fomentar la cooperación entre niveles asistenciales. Incluiríamos, clara y estructuradamente, todo proceso de actuación enfermera que desarrolle el paciente hospitalizado: planes de cuidados, intervenciones / actividades, técnicas realizadas, problemas resueltos, situaciones sin resolver y recomendaciones extrahospitalarias.

### OBJETIVOS:

1. Elaborar Programa Educativo, dirigido al paciente / cuidador, con NPD garantizando su aprendizaje.
2. Elaborar Plan de Cuidados para pacientes con NPD que conozca la enfermera de Primaria, al alta.

### MATERIAL / METODOS:

Se formo comisión con miembros de Primaria y Especializada, decidiéndose utilizar, en el Plan de Cuidados, la terminología NANDA y el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

Se elaboro el programa educativo con tres bloques de conocimientos, que abarcan el diagnostico de conocimientos deficientes, relacionado con el manejo de la dieta prescrita, el de los materiales y la asepsia en los cuidados.

La educación se realizará en cinco sesiones, a pie de cama, en la última de ellas se comprobará el nivel de aprendizaje del paciente / cuidador, incidiendo en las técnicas que menos se dominen, hasta su absoluto conocimiento. Estando entonces preparado para el alta domiciliaria.

Para facilitar la comunicación y conseguir un mayor entendimiento en la continuidad de cuidados, se asigna una enfermera gestora de casos.

El informe, se enviará al Distrito Sanitario, al alta.

### RESULTADOS:

Los planes de cuidados se realizaron en Octubre de 2006 y el programa educativo en Mayo del 2007, estando vigentes desde entonces.

PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL

INDICADOR NUMÉRICO	RESTRICCIÓN/CRITERIO/MEJORA	INTERVENCIÓN/ACTIVIDAD	1006	1007
0001.- DETERMINACIÓN DEL RIESGO PARA MANEJO DE INDEBILIDAD	0001.- Estado Nutricional 0002.- Administración de líquidos, NPT	0001.- Admonición: Notificar Personal salud. 0002.- Actividades de los responsables: 0003.- Observar signos de alteración y comunicar. 0004.- Registrar datos de líquidos para el equipo de valoración. 0005.- Registrar consumo de flujos de líquidos de 24h	1000 2 4 2 2 1	1000 5 4 3 2 1
0002.- CONOCIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS INTERNACIONALES REFERENTES	0001.- Características: Dieta, Equilibrio del tratamiento de la dieta, etc. 0002.- Características de la dieta. 0003.- Actividades. 0004.- Procedimientos de preparación de alimentos. 0005.- Procedimientos de administración de alimentos. 0006.- Procedimientos de administración de medicamentos. 0007.- Actividades de apoyo.	0001.- Actividades de preparación: 0002.- Actividades de administración: 0003.- Actividades de valoración: 0004.- Actividades de documentación: 0005.- Actividades de apoyo.	1002 2 2 2 2 1	1002 2 2 2 2 1
0003.- MEDIO DE EDUCACIÓN	0001.- Control del tiempo. 0002.- Organización de recursos de tiempo. 0003.- Organización de recursos de espacio. 0004.- Organización de recursos de materiales.	0001.- Control de tiempos: 0002.- Actividades: 0003.- Control de tiempos: 0004.- Organización de recursos de tiempo: 0005.- Organización de recursos de espacio: 0006.- Organización de recursos de materiales: 0007.- Organización de recursos de personal: 0008.- Organización de recursos de información: 0009.- Organización de recursos de apoyo.	1001 2 2 2 2 1	1001 2 2 2 2 1

PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL

INDICADOR NUMÉRICO	RESTRICCIÓN/CRITERIO/MEJORA	INTERVENCIÓN/ACTIVIDAD	1006	1007
0001.- CANTIDAD DEL ROL DEL CUIDADOR	0001.- Realización del rol principal: Cuidador. 0002.- Características de la dieta. 0003.- Características de la dieta. 0004.- Participación por los cuidadores. 0005.- Falta de tiempo para las actividades. 0006.- Cuidador familiar.	0001.- Realización del rol principal: Cuidador. 0002.- Características de la dieta. 0003.- Características de la dieta. 0004.- Participación por los cuidadores. 0005.- Falta de tiempo para las actividades. 0006.- Cuidador familiar.	2205 2 2 2 2 1	2205 2 2 2 2 1

ESCALA DE MEDIDA DE LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

INDICADOR	Medicada	Completamente Abandada	Mejoramiento Abandada	Mejoramiento Comenzada	Mejoramiento Abandada	Completamente Abandada
0001.- DETERMINACIÓN DEL RIESGO PARA MANEJO DE INDEBILIDAD	Medicada	Completamente Abandada	Mejoramiento Abandada	Mejoramiento Comenzada	Mejoramiento Abandada	Completamente Abandada
0002.- CONOCIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS INTERNACIONALES REFERENTES	Medicada	Completamente Abandada	Mejoramiento Abandada	Mejoramiento Comenzada	Mejoramiento Abandada	Completamente Abandada
0003.- MEDIO DE EDUCACIÓN	Medicada	Completamente Abandada	Mejoramiento Abandada	Mejoramiento Comenzada	Mejoramiento Abandada	Completamente Abandada

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA (NPD).

#### 1ª FASE:

Se realizará el primer día, de la última semana de hospitalización, previa al alta domiciliaria, en la propia habitación del paciente, por la enfermera de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Se conciliará al paciente / familiar cuidador, mediante diálogo informativo, de la importancia de respetar todas las normas del protocolo.

Información sobre aspectos generales de la Nutrición: ¿En qué consiste, que es una vía venosa central, un reservorio, que son los electrolitos, que son los nutrientes, las bombas, los equipos, posibles complicaciones...

#### 2ª FASE:

Se realizará el segundo día, de la última semana de hospitalización, previa al alta domiciliaria, en la propia habitación del paciente, por la enfermera de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.

Se explicará al paciente / familiar cuidador, las medidas asepticas necesarias para la manipulación de una vía venosa central y posterior infusión de la nutrición parenteral. Se realizará demostración práctica de la técnica de montaje de campo estéril.

Se repetirá la demostración tantas veces sea necesaria, hasta la total comprensión por parte del paciente / familiar cuidador.

En esta fase se entrena igualmente al paciente / familiar cuidador, en la técnica de punción y heparinización del reservorio venoso. Este entrenamiento se realizará a diario hasta el momento del alta domiciliaria.

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA (NPD).**

**3ª FASE:**

Se realizará el tercer día, de la última semana de hospitalización, previa al alta domiciliaria, en la propia habitación del paciente, por la enfermera de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Antes de iniciar la enseñanza de un nuevo procedimiento se pedirá al paciente / familiar cuidador que realice la técnica de montaje de campo estéril aprendida el día anterior, para comprobar su correcto aprendizaje. En esta sesión se explicará el manejo y funcionamiento (purgado) de las líneas de infusión, con todo tipo de por menores de cómo realizar el procedimiento de conexión de las bolsas de nutrición parenteral y sellado de las conexiones, realizándose demostración práctica de la técnica. Se repetirá la demostración tantas veces sea necesaria, hasta la total comprensión por parte del paciente / familiar cuidador.

**4ª FASE:**

Se realizará el cuarto día, de la última semana de hospitalización, previa al alta domiciliaria, en la propia habitación del paciente, por la enfermera de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Antes de iniciar la enseñanza de un nuevo procedimiento se pedirá al paciente / familiar cuidador que realice la técnica aprendida el día anterior, para comprobar su correcta realización. En esta sesión se explicará el manejo y funcionamiento de la bomba de infusión, su conexión a la red, programación, reparto de volumen y solución a las alarmas sonoras, así como la conexión a las mismas de los equipos de perfusión de las merchas.

**5ª FASE:**

Se realizará el quinto día, de la última semana de hospitalización, previa al alta domiciliaria, en la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética por la supervisión de la Unidad. En esta última fase del programa educativo, se comprobará el nivel de aprendizaje del paciente / familiar cuidador, incidiendo en la formación de las técnicas que menos se dominaron. Si el aprendizaje es correcto, estará preparado para el alta domiciliaria, en caso contrario se volverá a iniciar el programa educativo, hasta conseguir la adecuada formación.

## CONCLUSION:

Aun con la baja incidencia en nuestra área de salud de NPD los conocimientos adquiridos con este programa, llenan un vacío educativo, permitiendo al paciente y familia una total reinserción social, tanto a nivel personal y asistencial, como en el control de costes sanitarios, que se aminoran por la continuidad asistencial en domicilio.

## LACTARRINET: ESPACIO VIRTUAL DE COMUNICACIÓN Y CONSULTA EN LACTANCIA PARA LA REGIÓN DE MURCIA

Avilés-López M\*, Sánchez-Martínez D, Alemany-Tomás B, Martínez-Romero C, Pastor-Torres E, Ortega-García JA.

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Coordinadora de Enfermería Materno-Infantil. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Servicio evaluación. Analista de sistemas informáticos. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

## INTRODUCCIÓN

Nuestro hospital dispone de un espacio virtual que ofrece a todos los profesionales de la Región de Murcia la oportunidad de estar informados. Esta web llamada **ARRINET**, mediante una navegación ágil, práctica y sencilla nos proporciona un entorno de comunicación, intercambio de ideas y proyectos. Conscientes de la utilidad de este servicio, la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica ha puesto en marcha una herramienta de consulta de lactancia materna: "**LACTARRINET**".

## OBJETIVO:

Proporcionar un espacio de comunicación virtual sobre lactancia materna, fácilmente accesible a todos los profesionales de la Región de Murcia.

## METODOLOGÍA:

Revisión sistemática sobre la literatura disponible en las bases de datos médicas PUBMED, EMBASE y LACTMED acerca de las evidencias científicas relacionadas con la lactancia materna.

**LACTARRINET** es un motor de respuesta online intuitivo en la intranet **ARRINET**, que permite generar preguntas y respuestas en línea en base a las cuestiones planteadas por el visitante. Agrupa los problemas de consulta en: patología de la madre, patología del niño, falsos mitos, contraindicaciones verdaderas, tóxicos ambientales, mujer trabajadora, consulta con el experto, pruebas medicas especiales y política de lactancia del hospital.

La divulgación a los profesionales del hospital se ha realizado en las distintas sesiones clínicas, cartelería en los controles de enfermería, a través de listas de correo electrónico al resto de centros y hospitales, y participación en congresos.

## RESULTADOS

Desde la puesta en marcha el día 1 de marzo de 2009 hasta el 28 de septiembre de 2009 se han recibido 778 consultas a Lactarrinet. El acceso directo desde cualquier centro de salud u hospital es el siguiente:

[http://arrinet.carm.es/lactancia\\_materna\\_der.asp](http://arrinet.carm.es/lactancia_materna_der.asp)

## CONCLUSIONES

Un espacio de comunicación virtual sobre LM es una herramienta útil para generar respuestas ágiles que ayuden en la toma de decisiones y ayuda a mejorar la calidad asistencial.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren dar las gracias al proyecto Medioambiente y Lactancia Materna (MALAMA) financiado por la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

## TEXTO DEL DOCUMENTO SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN NUTRICIÓN.

M<sup>a</sup> Lourdes de Torres Aured<sup>1</sup>, Mercedes López-Pardo Martínez<sup>2</sup>; Rosalía Rioja Vázquez<sup>3</sup>. Ana Domínguez Maeso<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>H.U. Miguel Servet. Zaragoza; <sup>2</sup>H.U. Reina Sofía. Córdoba; <sup>3</sup>H.U. General de Málaga; <sup>4</sup>H.U. Complejo Hospitalario. Jaén.

## INTRODUCCIÓN.-

Con la adaptación a Bolonia, se produce un cambio competencial en diversas profesiones. Este proceso ha supuesto la conversión de los estudios de Enfermería, en Grado universitario, que va a abrir a los Enfermeros, las puertas para que puedan acceder a todo el proceso de desarrollo académico, lo que implícitamente

debería acarrear una revisión de las funciones y las intervenciones enfermeras.

#### **OBJETIVO.-**

Describir situaciones específicas en la práctica de Enfermería sobre Nutrición Artificial y Alimentación que requieren una Prescripción Enfermera Autónoma o Colaborativa y conseguir que sea el texto oficial de aplicación en el reconocimiento de la prescripción enfermera en Nutrición.

#### **METODOLOGÍA.-**

Se diseña el método de actuación en Nutrición Enteral, Nutrición Parenteral y en Alimentación (Dietética y Dietoterapia). En cada uno de los apartados clasificatorios, se definen los conceptos: Intervención/Acción Enfermera – Justificación/Razón – Observaciones; y se llena cada uno, de contenidos científico-asistenciales. El ámbito de actuación de cada modalidad nutricional, será siempre el de A. Primaria y A. Especializada.

#### **RESULTADOS.-**

Se consigue implementar un lenguaje enfermero cuyos contenidos teóricos son fácilmente aplicables en la práctica, porque a su vez han nacido de la Enfermería Basada en la Evidencia, fruto de los Protocolos y Guías de actuación con los que se trabaja en las unidades de Dietética y Nutrición, así como en Atención Primaria.

#### **CONCLUSIONES.-**

-Dicha renovación y mejora en la delimitación profesional, supondrá un importante impulso en la calidad de la asistencia sanitaria y una mayor garantía en la seguridad de los pacientes y usuarios.

-Todas las Intervenciones prescriptoras, se decidirán siempre que no haya contraindicación específica de la misma, debido a alergias, intolerancias, dudas, o decisión terapéutica médica específica.

#### **NOTAS INFORMATIVAS FUERA DE ABSTRAT**

\* El Documento se denomina “DECLARACIÓN DE ANTEQUERA”

\*\* Relación de enfermeras del GRUPO NURSE participantes en la DECLARACIÓN, junto a la coordinadora e invitada, M<sup>a</sup> Lourdes de Torres Aured; Rosalía Rioja Vázquez; Ana Domínguez Maeso; Mercedes López-Pardo Martínez; M<sup>a</sup> Estrella Cañones Castelló; M<sup>a</sup> José de la Torre Barbero; M<sup>a</sup> Victoria Fernández Ruiz; M<sup>a</sup> Ángeles Beltrán Buendía; Lourdes Padilla Romero; M<sup>a</sup> Victoria Requena Toro; Noemí Rodríguez Mesa; M<sup>a</sup> Socorro Leyva Martínez; Manuel García Burguillos; Lourdes Padilla Romero; Juan Jesús García Bayona; Eva Pérez González; Margarita Sánchez Hernández.

\*\*\* La DECLARACIÓN se entregará completa a los asistentes al Foro de Cartagena.

### **NECESIDAD DE UN DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN NUTRICIÓN.**

M<sup>a</sup> Lourdes de Torres Aured<sup>1</sup>. Mercedes López-Pardo Martínez<sup>2</sup>.; Rosalía Rioja Vázquez<sup>3</sup>. Ana Domínguez Maeso<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>H.U. Miguel Servet. Zaragoza; <sup>2</sup>H.U. Reina Sofía. Córdoba; <sup>3</sup>H.U. General de Málaga; <sup>4</sup>H.U. Complejo Hospitalario. Jaén.

#### **INTRODUCCIÓN.-**

Enfermeras de Nutrición, con dedicación asistencial, investigadora, gestora y/o docente a este campo, presentan una DECLARACIÓN, incidiendo en los términos y en las acciones, en los que debería quedar la prescripción enfermera en nutrición artificial y en alimentación dietética o dietoterápica, en la nueva Norma con rango de Ley, que a la sazón elabore el Gobierno de España.

#### **OBJETIVO.-**

Describir situaciones específicas en la práctica de Enfermería sobre Nutrición Artificial y Alimentación que requieren una Prescripción Enfermera Autónoma o Colaborativa.

#### **METODOLOGÍA.-**

Para diseñar esta estrategia aplicamos las denominadas Etapas del Proceso de Atención Enfermera: Valoración - Diagnóstico - Planificación - Ejecución - Evaluación continuada y final; porque aplicar el PAE aporta un enfoque científico en la solución de problemas, que elimina la imagen enfermera sólo como “ayudante del médico”.

#### **RESULTADOS.-**

Las etapas del proceso enfermero son idénticas a las del proceso investigador y homologa sus actividades asistenciales porque estudia, observa, investiga, interviene y REGISTRA. Este proceso se denomina Enfermería Basada en la Evidencia porque a) Se hace uso consciente, explícito y juicioso de los datos obtenidos. b) Hace eficaz, eficiente y efectiva la toma de decisiones y las Intervenciones Enfermeras, que cuentan con: Objetivos - Protocolo Asistencial - Metodología Educativa - Desarrollo Profesional - Introducción Social – Competencias homologadas; con características basadas en el Conocimiento, la Capacidad, la Actitud y la Motivación.

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE) se personaliza al aplicar el concepto de Determinantes de Salud que son factores presentes en el individuo o en su entorno que tienen influencia significativa en la salud presente y futura. Incluyen elementos conocidos por la enfermera, como: 1) Condiciones sociales, económicas, físicas y del entorno. 2) Conductas individuales y colectivas en relación con la salud.

#### **CONCLUSIONES.-**

-La prescripción enfermera en Nutrición, es una herramienta que desarrolla habilidades asistenciales y necesidades formativas, cuyo reconocimiento legal, hace que las intervenciones nutricionales lleguen a la Capacitación necesaria para conseguir Excelencia en los Cuidados.

-Los cuidados estandarizados y/o personalizados, se diseñan con un método que permite prestarlos de una forma racional, lógica y sistemática.

-Al hacer una Valoración Inicial por Patrones Funcionales de Salud -con unas Escalas modificadas- se adaptan los Indicadores según las necesidades de dichos Cuidados.

#### **NOTAS INFORMATIVAS FUERA DE ABSTRACT**

\* El Documento se denomina "DECLARACIÓN DE ANTEQUERA"

\*\* Relación de enfermeras del GRUPO NURSE participantes en la DECLARACIÓN, junto a la coordinadora e invitada, M<sup>a</sup> Lourdes de Torres Aured: Rosalía Rioja Vázquez; Ana Domínguez Maeso; Mercedes López-Pardo Martínez; M<sup>a</sup> Estrella Cañones Castelló; M<sup>a</sup> José de la Torre Barbero; M<sup>a</sup> Victoria Fernández Ruiz; M<sup>a</sup> Ángeles Beltrán Buendía; Lourdes Padilla Romero; M<sup>a</sup> Victoria Requena Toro; Noemí Rodríguez Mesa; M<sup>a</sup> Socorro Leyva Martínez; Manuel García Burguillos; Lourdes Padilla Romero; Juan Jesús García Bayona; Eva Pérez González; Margarita Sánchez Hernández.

\*\*\* La DECLARACIÓN se entregará completa a los asistentes al Foro de Cartagena.

### **ADECUACIÓN DE LA DIETA DEL PERSONAL SANITARIO Y APLICACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS EN ALIMENTACIÓN A LOS NUEVOS PRODUCTOS ALIMENTARIOS.**

García-Talavera Espín NV, Gómez Sánchez MB, Zomeño Ros AI, Párraga Ruiz A, Nicolás Hernández M, González Valverde FM, Gómez Ramos MJ, Sánchez Álvarez C

#### **Introducción:**

Los nuevos productos alimentarios presentan un reto al consumidor a la hora de incorporarlos a su alimentación de un modo saludable.

#### **Objetivos:**

Conocer la adecuación del consumo alimentario del personal hospitalario y su capacidad para incluir correctamente en su alimentación diversos productos alimenticios del mercado.

#### **Material y métodos:**

Se diseñó una encuesta sobre ingesta de los distintos grupos de alimentos, basada en la Pirámide de la Alimentación Saludable. Se incluyó un gráfico de la pirámide y un listado de productos que debían ser incluidos en la misma. Los productos eran: relleno para sándwich, ensalada en conserva en lata, revuelto de verduras congelado, salteado de arroz congelado, tomate frito, cebolla frita, ensalada en conserva en tarro, caldo de pollo y crema de verduras. Se realizó un estudio descriptivo.

#### **Resultados:**

Se recogieron 341 encuestas. El 74.7% de los participantes fueron mujeres. Según categoría profesional la distribución fue: Facultativos 26.7%, Aux. Administrativo y personal de servicios 24.6%, Enfermeros 20.3%, Aux. Enfermería 18.5%, Fisioterapeutas y Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico o Laboratorio 10%.

El 56.9% de los participantes tenían un Índice de Masa Corporal dentro del normopeso, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el 33.5% sobrepeso tipo I o II, y el 9.6% presentaban obesidad en alguno de sus grados.

Las ingestas por grupos de alimentos fueron adecuadas a las recomendaciones para todos los grupos de alimentos ("Verduras y Hortalizas": 98.8%, "Frutas": 98.2%, "Patatas, arroz, pan y pasta": 97.5%, "Leche y derivados": 62.7%, "Carnes": 54.2%) salvo "Pescados" (38.1%) y "Legumbres" (46.0%).

La crema de verduras, el relleno para sándwich, el revuelto de verduras congelado, la ensalada en conserva en lata y el caldo de pollo fueron incorporados correctamente a la pirámide por más de un 50% de los participantes.

#### **Conclusiones:**

Las recomendaciones de la pirámide alimentaria se cumplen, pero cuando se trata de productos nuevos existe un desconocimiento de cuán saludables puedan ser.

La Pirámide de la Alimentación Saludable debería modificarse incluyendo los nuevos productos alimentarios.

### **OPINIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE ALIMENTACIÓN ECOLÓGICA EN EL HOSPITAL**

Gómez Sánchez MB, García-Talavera Espín NV, Zomeño Ros AI, Gómez Ramos MJ, González Valverde FM, Párraga Ruiz A, Nicolás Hernández M, Sánchez Álvarez C.

#### **INTRODUCCIÓN**

Los alimentos ecológicos no forman parte de la alimentación hospitalaria, salvo un hospital pionero, en Granada. Como Nutricionistas nos planteamos conocer el interés de los usuarios sobre la alimentación ecológica.

#### **OBJETIVOS**

Conocer la opinión de los usuarios de nuestro hospital sobre la alimentación ecológica.

#### **MÉTODO**

Se realizó una encuesta sobre alimentación ecológica a pacientes y familiares del Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).

La encuesta constaba de diez preguntas con distintas opciones de respuesta, divididas en 3 bloques: 1º datos demográficos, 2º



conocimientos de alimentación ecológica y 3º preguntas de opinión. Se realizó un estudio descriptivo.

## RESULTADOS

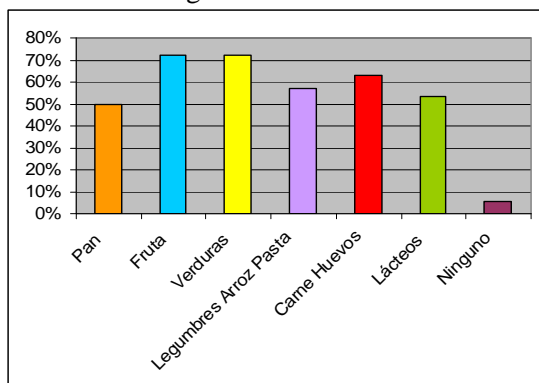
La encuesta se realizó a 95 personas (56.4% mujeres), con una edad media de 51.70±17.67 años. El 46.7% tenían nivel formativo elemental, 44.4% medio y 8.9% estudios superiores. El 19.4% residía en entorno rural, 45.2% en urbano menor de 25.000 habitantes y 35.5% urbano superior a 25.000 habitantes. Un 13.8% no habían oído hablar nunca de alimentos ecológicos, 6.3% los consumían habitualmente, 58.9% alguna vez y 34.7% nunca. Un 24.2% definieron erróneamente estos alimentos. Un 31.9% respondieron que eran caros en relación a la calidad aportada, 28.7% afirmaban que estaban en su precio y 39.4% desconocían el precio. Un 78.5% afirmaban que los ecológicos aportaban más beneficios a la salud que los convencionales y 7.5% que aportaban los mismos. Un 52.2% opinaba que los convencionales tomados durante largos periodos de tiempo perjudicaban la salud y 18.5% negaban esta respuesta. El 26.4% consume ecológicos por razones de salud, el 5.7% por sabor, el 5.7% razones medioambientales. En cuanto a los que no consumen ecológicos el 25.9% no los toman por razones económicas, 22.4% por la difícil localización en puntos de venta y 50.6% nunca se han planteado la razón de no tomarlos. El 64.9% opinan positivamente que en este hospital se consumieran ecológicos, 10.6% piensan que daría igual y 2.1% opinan que sería negativo.

A la pregunta sobre los alimentos ecológicos que les gustaría consumir en el hospital incidieron más sobre las frutas y verduras. Figura 1.

## CONCLUSIONES

Aunque solo el 6.3% consume ecológicos habitualmente el 64.9% piensa que en el hospital se debería ofrecer estos alimentos. Se detecta cierta confusión en los conocimientos sobre ecológicos.

Figura 1. Porcentaje de usuarios que consumirían alimentos ecológicos.



## MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CUIDADO DEL OBESO MORBIDO: RESPONSABILIDAD COMPARTIDA.

López-Pardo M., Fernández Ruiz V, Pérez Lorente I, Guirao Fuentes E, De la Torre Barbero MJ.

Centro de trabajo: Consultas externas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

### Introducción

En Andalucía un 19% de la población es obesa. En Endocrinología y Nutrición se atienden pacientes con un IMC del 40 o 35 si existen comorbilidades. Los pacientes son derivados a las consultas de enfermería para mejorar la adherencia a tratamiento y controlar el peso.

El obeso mórbido necesita además de una medición de parámetros antropométricos, apoyo emocional, enseñanza de la dieta y el ejercicio prescrito, implicando a familiares. Estas intervenciones requieren un tiempo considerable. Como consecuencia se generó una lista de espera de 200 pacientes, con una demora en la primera cita de dos y cuatro meses según los criterios de preferencia establecidos.

En el HURS se ha creado un grupo con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados y disminuir el tiempo de espera en la consulta de educación nutricional. Asumiendo el reto de optimizar los recursos existentes, mejorando la atención ofrecida. En el 2008 comenzó una nueva intervención enfermera "Enseñanza en grupo "aplicada a los obesos mórbidos, pre y post cirugía bariátrica.

### Metodología

En cuatro reuniones de trabajo se diseñaron:

- Dinámica de los talleres
- Registros y documentos específicos.
- Audiovisuales.
- Selección de material (publicados por la junta de Andalucía).
- Número de pacientes (20).
- Duración: doce horas y media repartidas en cinco citas.
- Temática: Apoyo emocional, enseñanza de ejercicio prescrito, enseñanza de fármacos y otras sustancias para la obesidad, enseñanza de la dieta prescrita.
- Sesiones: Cinco un día en semana durante un mes. Un 5º taller a los seis meses para comprobar resultados.

### Resultados

20 talleres, atendiendo a 370 personas, el 25'2 % varones, el 74'8 mujeres con edades comprendidas entre 12 y 77 años con una media de 44,5 años. En el taller final se realizó una encuesta de satisfacción clasificando este sistema como, el peor, uno más, o el mejor de los tratamientos

recibidos. El 99% de los encuestados contestaron que el mejor.

La lista de espera ha descendido siendo, un mes.

### **Conclusiones**

Ante la creciente demanda es necesario potenciar estrategias para atender mayor número de pacientes, y ofrecer cuidados de calidad, optimizando los recursos actuales.

### **ALIMENTA TU SALUD**

R. M<sup>a</sup>. Martínez\*, C. Aguila\*, R. León. C. Martínez\*, A. Domínguez\*\*, J. Del Sol\*\*\*, JJ. García\*\*, R. Rioja\*\*\*\*

Complejo Hospitalario Jaén, H. Materno Infantil URA\*, Farmacia\*\* Endocrinología y Nutrición\*\*\*, Hospital Universitario "Virgen de la Victoria", Endocrinología y Nutrición Málaga\*\*\*\*

### **INTRODUCCIÓN:**

Evidencias científicas, demuestran que la obesidad reduce la posibilidad de que una mujer, conciba naturalmente y disminuye el éxito del tratamiento para la fertilidad.

Personal de enfermería de la Unidad de Reproducción Asistida (URA), del Hospital Materno Infantil del Complejo Hospitalario de Jaén, consideran necesario diseñar un programa interno de Formación e Información, para cambiar actitudes relacionadas con el sobrepeso- obesidad e infertilidad, de la pareja.

### **OBJETIVOS:**

#### **Generales:**

➤ Elaborar un programa educativo para reducir la prevalencia de sobrepeso- obesidad y sus complicaciones

#### **Específicos:**

➤ Promover la modificación de hábitos alimentarios y estilos de vida, desarrollando conocimientos, habilidades y actitudes en los usuarios.

### **MATERIAL:**

- Enfermera con capacitación docente
- Aula de Educación para la Salud
- Proyector y material de escritorio
- Folletos informativos
- Tablas alimentarias

### **MÉTODOS:**

Se diseña un estudio cualitativo, prospectivo en el tiempo.

El programa se desarrollara en actividades:

1. Individuales: Evaluación inicial. Consulta goteo. Seguimiento refuerzo
2. Grupales: Los grupos serán de 5/6 pacientes, con seis sesiones (según la preparación / pericia del paciente) hasta alcanzar los objetivos.

Las sesiones tendrán una duración de 90 minutos:

➤ 10/15 minutos de entrevista para valorar los conocimientos y las dificultades adquiridos en el modulo anterior

➤ 35/ 40 minutos de exposición con participación activa de los pacientes

➤ 30/35 minutos de ejercicio practico

El dossier formativo lo impartirá una enfermera, con formación docente acreditada, incidiendo sobre el concepto de sobrepeso, obesidad, infertilidad, alimentación, nutrición, autoestima y la importancia de la actividad física, riesgos y beneficios.

### **RESULTADOS:**

➤ Programa educativo elaborado (primer trimestre 2009)

➤ Puesta en marcha del programa (tercer trimestre 2009). Se valorara en el año 2010

### **CONCLUSIONES:**

Nuestro modelo de cuidados puede mejorar la calidad de vida de los usuarios de la URA, incluidos en el programa, proporcionándoles a corto plazo un incremento del índice de fertilidad y a medio y largo plazo la prevención de los efectos deletéreos de la obesidad.

### **PROTOCOLO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS CON FRACTURA DE CADERA EN EL AREA DE SALUD DE CARTAGENA**

Ana Belén López Pérez .María de los Ángeles Rubio Gambin. Ana María Cayuela García. María Isabel Pedreño Belchi. Luisa M<sup>a</sup> Ramírez Muñoz. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición. Hospital Santa M<sup>a</sup> del Rosell (Cartagena).

### **INTRODUCCIÓN:**

La prevalencia de malnutrición en pacientes que reciben tratamiento quirúrgico es del 40%-45% al ingreso y aumenta en pacientes con múltiples patologías. Esto conduce a una pérdida de masa muscular y panículo adiposo aumentando el riesgo de caídas, fracturas de cadera y úlceras por presión.

### **OBJETIVOS:**

Evaluar el estado nutricional de los pacientes mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera entre Noviembre 2008 y Enero 2009 en nuestro hospital y realizar un abordaje nutricional en aquellos pacientes con malnutrición o pacientes de alto riesgo, para disminuir el número y severidad de complicaciones postquirúrgicas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde Noviembre 2008 hasta Enero 2009, se ha realizado una valoración de los pacientes mayores de 75 años ingresados por fractura de cadera para tratamiento quirúrgico en el Hospital S<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del

Rosell, utilizando los siguientes parámetros. Hª clínica, Mini Nutritional Assessment (MNA), índice de masa corporal (IMC), analítica general (hemograma, albúmina, prealbúmina, transferrina, colesterol, hierro, ferritina).

#### **RESULTADOS:**

Se han evaluado 36 pacientes (72% mujeres y 28% varones). El 50% presentaba MNA de 17-23,5 puntos (riesgo de malnutrición), 39% < 17 puntos (malnutrición) y a un 11% no se les pudo realizar la escala de valoración nutricional (por problema generalmente social). Un 36% de los pacientes presentaban IMC < 24 Kg/m<sup>2</sup>. Dado el alto porcentaje de malnutrición y pacientes de riesgo encontrados a todos les pautamos suplementos de Arginina (10g/d durante 10 días) y suplementos nutricionales orales (500-1000Kcal/día, 30% de proteínas), que se mantienen al alta hospitalaria durante seis meses. Un 10% precisó nutrición enteral por sonda nasogástrica con dietas hiperproteicas (18% -22% de proteínas).

#### **CONCLUSIONES:**

El 100% de los pacientes mayores de 75 años que ingresan por fractura de cadera presentan malnutrición o alto riesgo de malnutrición. Se recomienda un adecuado soporte nutricional mediante el empleo de suplementos hiperproteicos orales y Arginina para reducir las complicaciones quirúrgicas, mejorar la recuperación funcional y prevenir la formación de úlceras por presión.

### **PROTOCOLO DE VALORACIÓN NUTRICIONAL Y SOPORTE NUTRICIONAL PERIOPERATORIO EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN EL ÁREA DE SALUD DE CARTAGENA**

Ana María Cayuela García. María de los Ángeles Rubio Gambin. Ana Belén López Pérez. María Isabel Pedreño Belchi. Luisa Mª Ramírez Muñoz. Servicio de endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Sª Mª del Rosell. (Cartagena).

#### **INTRODUCCIÓN:**

Los pacientes afectados de cáncer de cabeza y cuello presentan un alto riesgo nutricional. La desnutrición es un factor de riesgo en el desarrollo de complicaciones médico-quirúrgicas, por lo que la valoración nutricional es de gran importancia en su buena evolución.

#### **OBJETIVOS:**

Mejorar y mantener un buen estado nutricional de los pacientes con tumores de cabeza y cuello en el periodo perioperatorio y durante el tratamiento adyuvante con radioterapia y/o quimioterapia. Educar al paciente, familiares y cuidadores para el buen manejo de la nutrición enteral domiciliaria

(NED) de los pacientes dados de alta con sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía (PEG).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Todos los pacientes diagnosticados de tumores de cabeza y cuello desde Marzo de 2006, por los servicios de Otorrinolaringología (ORL), Cirugía Masilo facial (CMF) y Oncología en el Área de salud de Cartagena son remitidos a la unidad de nutrición del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Sª Mª del Rosell. En consulta son valorados por el médico y enfermería. Durante la visita se realiza historia clínica, exploración física, diagnóstico y tratamiento. Enfermería en el preoperatorio lleva a cabo su propia historia. En el postoperatorio inmediato se inicia nutrición enteral y posterior seguimiento a diario de su situación nutricional. Al alta tanto al paciente como al educador principal se les continúa impartiendo educación nutricional y revisiones en consulta de enfermería.

#### **RESULTADOS:**

Entre Enero y Agosto de 2009, se estudiaron 20 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico. En un 65% se consiguió una clara mejoría de su situación nutricional reflejada en distintos parámetros antropométricos como circunferencia del brazo (CB) y pliegue tricúspido (PT), un aumento de la masa magra, y de la calidad de vida subjetiva de estos pacientes.

#### **CONCLUSIONES:**

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello conllevan una alta morbi-mortalidad, un empeoramiento del estado nutricional y una cierta ansiedad ante su nueva situación clínica. Mediante la intervención nutricional perioperatoria y al alta hospitalaria, junto con el seguimiento en consultas externas mejoramos su estado nutricional y la calidad de vida del enfermo.

### **INDICADORES DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN UNA UNIDAD DE OBSTETRICIA**

Pérez Zaa, M; Lorenzo Benitez, H. Supervisora de Neonatología, Supervisora de Obstetricia, Hospital de Cabueñes.

#### **INTRODUCCIÓN**

El hospital consta de 500 camas y atiende a una población de 300.000 habitantes. Se producen 2.399 partos al año. De ellos el 22.34 % son ingresos en el Servicio de Neonatología, y de ellos 3.33 % ingresan en los puestos de Cuidados Intensivos. El porcentaje de cesáreas es de 7.16% anual.

Desde hace 5 años basándonos en el punto 4 de la OMS y la UNICEF para favorecer la lactancia materna se ponen en marcha una serie de medidas, como son: el poner al pecho al recién Nacido en la

primera hora de vida, el contacto piel con piel (CPP) en el paritorio y la estancia del niño en la Unidad de Observación del Recién Nacido (UORN) queda reducida a dos horas, para favorecer el alojamiento conjunto madre-hijo.

### **OBJETIVOS**

Describir los indicadores que favorecen la Lactancia Materna (LM) en una Unidad de Obstetricia.

### **METODOLOGÍA**

Recogida de datos de la UORN, Servicio de Neonatología y Unidad de Obstetricia.

Variables:

Contacto piel con piel

Puesta al pecho en la primera hora de vida.

Alojamiento conjunto madre-hijo en la Unidad de Obstetricia.

Mayor apoyo por parte del personal sanitario a la lactancia materna, en base a una formación continuada.

### **RESULTADOS**

El porcentaje de los RN que se pusieron al pecho en la 1ª hora de vida es el 89.5 %

El porcentaje de RN con CPP es de un 93%

El porcentaje de la Lactancia en la 1ª hora de vida es del 90%

El porcentaje del alojamiento conjunto madre-hijo es de un 72.5 %

### **CONCLUSIONES**

El alojamiento conjunto favorece el aumento de la lactancia materna exclusiva.

La formación continuada del personal en habilidades de lactancia materna aumenta el apoyo a la madre en la unidad de obstetricia.

La coordinación con atención primaria es básica para asentar la lactancia materna ya instaurada en la unidad de obstetricia.

## **CONOCIMIENTO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EMBARAZADAS OBESAS, OBTENIDOS A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA**

Autores: Rodríguez Olalla L1, Domínguez Maeso A2, Pastor Moreno G3, Del Sol Arroyo M J4, García Bayona, J J.2

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Materno Infantil.- Unidad de Gestión Clínica Tocoginecología, Consulta de Alto Riesgo.

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Médico Quirúrgico.- Unidad de Gestión Clínica de Farmacia.

<sup>3</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Unidad de Investigación.

<sup>4</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Médico Quirúrgico.- Unidad de Endocrinología y Nutrición.

### **INTRODUCCIÓN**

La Obesidad, considerada como la epidemia del siglo XXI, en la mujer gestante es un factor de alto riesgo para el embarazo, repercutiendo negativamente tanto en la madre como en el feto.

En la consulta de Alto Riesgo Obstétrico se controlan aquellas embarazadas con un IMC superior a 35. Es importante conocer cuales son los hábitos alimentarios en estas pacientes para que al participar en un programa de Educación Nutricional podamos actuar sobre los hábitos incorrectos, consiguiendo mejores resultados obstétricos.

### **OBJETIVOS**

- Saber si el formulario utilizado, se adecua, al perfil de las pacientes participantes en el Programa de Educación Nutricional.

- Conocer los hábitos alimenticios de dichas pacientes.

### **METODOLOGÍA**

El estudio fue realizado en el primer semestre del 2008, Los datos se obtuvieron del registro de enfermería, previa autorización de la paciente a participar en el estudio. En la primera visita se pasó un formulario con 14 ítems, a contestar mediante la formula: nada, poco, normal, bastante, mucho.

Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS.

### **RESULTADOS**

Participaron en el programa de nutrición 65 gestantes, de las cuales cumplieron la encuesta correctamente 50 pacientes.

El 76,9% de las pacientes entendieron y contestaron correctamente al cuestionario. En cuanto a los hábitos alimentarios de las gestantes, los resultados obtenidos indican que los alimentos que se consumen con “*bastante o mucha frecuencia*”, son: legumbres, patatas, pastas y arroz (60%), carnes (50%) y frutas (41,6%).

En cuanto a alimentos ingeridos con una frecuencia “*normal*” encontramos los pertenecientes al grupo del pan (54%), los pescados (50%) y los huevos (49%). En tercer lugar, y como alimentos consumidos, con “*poca o ninguna frecuencia*”, están, frutos secos (68%), chucherías (60%) y dulces (60%).

### **CONCLUSIONES**

Aunque el porcentaje de pacientes que han contestado correctamente el cuestionario es alto, consideramos necesario detallar de manera más exhaustiva el contenido del mismo, con el objetivo de obtener resultados más específicos y de mayor alcance.

En referencia a los hábitos de alimentación, resulta imprescindible incidir no solamente en el tipo de alimentos que se deben consumir, sino en la cantidad de los mismos y en el número de ingestas diarias.

## LA ABORTABILIDAD EN MUJERES OBESAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Rodríguez Olalla L.1, Hijona Elosegui J. 1, Domínguez Maeso A.2, Navarro Rojas M. 1, Torres Díaz F. 1, Torres Martí J.1

<sup>1</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Materno Infantil.- Unidad de Gestión Clínica Toco ginecología, Consulta de Alto Riesgo.

<sup>2</sup> Complejo Hospitalario de Jaén.- Hospital Universitario Médico Quirúrgico.- Unidad de Gestión Clínica de Farmacia.

### INTRODUCCIÓN

El incremento de obesidad se considera un problema de salud pública de carácter mundial. Diversos estudios relacionan la obesidad pregestacional con resultados desfavorables obstétricos y perinatales, considerando unos de los más frecuentes el aborto.

El hecho de considerar la asociación: obesidad y gestación, un embarazo de riesgo, hace que ofertemos un programa de educación nutricional que aunque muchas de ellas no pueden terminar por interrumpirse la gestación, puede ayudar a disminuir su IMC en sucesivas gestaciones.

### OBJETIVOS

- Averiguar datos sociodemográficos.
- Conocer datos obstétricos y grado de ansiedad

### METODOLOGIA

Se recogieron los datos del registro de enfermería, del programa de nutrición, en pacientes con IMC superior a 35 desde el año 2005 hasta Agosto del 2009. Siendo criterios de exclusión: no acudir al programa, el haber abortado antes de acudir a la consulta, tener HTA previa al embarazo, diagnóstico de Diabetes Gestacional o tipo 2

Se analizan los datos por técnica de porcentajes.

### RESULTADOS

- 17 Pacientes con una edad media 32 años
- Estudios de Paciente: básicos 31,5%, FP/BUP 37%, universitarios 37,5%;
- Estudios de la pareja: básicos 82%; FP / BUP 6% universitarios 12%.
- Actividad laboral fuera de casa 53%. (Dato importante en el manejo de un plan de alimentación).
- La ansiedad es alta (>65) en el 67 %, pudiendo ser esta una causa de su desorden alimentario
- La semana media de aborto es la 9ª, un 65% no tienen ningún hijo y 6% han abortado anteriormente.

### CONCLUSIONES

El nivel académico de la mujer es adecuado para recibir formación nutricional, siendo este inferior en el marido.

Consideramos importante que las pacientes que aborten adquieran unos conocimientos sobre

hábitos alimentarios saludables en un programa de nutrición. Las embarazadas durante el tiempo que aún están gestantes, se encuentran más motivadas para el aprendizaje. Es por ello que la derivación debe ser lo mas precoz posible, ya que la disminución del IMC antes del embarazo, puede disminuir la prevalencia de abortos.

## NUESTRAS ACTIVIDADES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

**Nutr Hosp. 2009; 24(4):384-414**

COMPARATIVA DE LAS INGESTAS DIETÉTICAS DE REFERENCIA (IDR) DE LOS DIFERENTES PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, DE ESTADOS UNIDOS (EEUU) Y DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

### Autores

M. Cuervo<sup>1,2\*</sup>, M. Corbalán<sup>1\*</sup>, E. Baladía<sup>3\*</sup>, L. Cabrerizo<sup>4</sup>, X. Formiguera<sup>5</sup>, C. Iglesias<sup>6</sup>, H. Lorenzo<sup>7</sup>, I. Polanco<sup>8</sup>, J. Quiles<sup>9</sup>, M. D. Romero de Ávila<sup>10</sup>, G. Russolillo<sup>11</sup>, A. Villarino<sup>12</sup> y J. Alfredo Martínez<sup>1,2,17</sup>

### Comité revisor

J. Álvarez<sup>5</sup>, C. Arias<sup>13</sup>, J. M. Ballesteros<sup>13</sup>, J. Basulto<sup>3</sup>, A. Carbajal<sup>14</sup>, D. de Luis<sup>5</sup>, A. García-Gabarra<sup>15</sup>, M. A. Gassull<sup>6</sup>, A. Gil<sup>16</sup>, C. Gómez-Candela<sup>6</sup>, M. Jiménez<sup>7</sup>, M. León<sup>16</sup>, M. Manera<sup>3</sup>, A. Marcos<sup>17</sup>, I. Marques<sup>11</sup>, J. Román Martínez<sup>12</sup>, G. Oliveira<sup>5</sup>, R. M. Ortega<sup>9</sup>, M. Planas<sup>16</sup>, M.<sup>a</sup> J. Rubio<sup>13</sup>, J. Salas<sup>16</sup>, G. Salvador<sup>9</sup>, A. N. Troncoso<sup>13</sup>, G. Varela<sup>17</sup>, C. Villar<sup>13</sup> y J. Warnberg<sup>17</sup>

\*Estos autores han contribuido de igual forma a la preparación del presente artículo.

<sup>1</sup>Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD). <sup>2</sup>Instituto de Ciencias de la Alimentación de la Universidad de Navarra (ICAUN). <sup>3</sup>Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP-AEDN). <sup>4</sup>Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). <sup>5</sup>Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). <sup>6</sup>Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada (SENBA). <sup>7</sup>Asociación de Diplomados en Enfermería de Nutrición y Dietética (ADENYD). <sup>8</sup>Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP). <sup>9</sup>Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). <sup>10</sup>Asociación Española de Licenciados y Doctores en Ciencia y Tecnología de los Alimentos (ALCYTA). <sup>11</sup>Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas (AEDN). <sup>12</sup>Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDECA). <sup>13</sup>Agencia Española de Seguridad Alimentaria - Nutrición (AESAN). <sup>14</sup>Departamento de Nutrición. Universidad Complutense de Madrid. <sup>15</sup>Asociación Española de Fabricantes de Preparados Alimenticios Especiales, Dietéticos y Plantas Medicinales (AFEPADI). <sup>16</sup>Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). <sup>17</sup>Sociedad Española de Nutrición (SEN). España.



## NOTICIAS DE INTERÉS

### Web sobre el cáncer infantil

La Fundación Josep Laporte ha presentado una nueva página web dirigida a facilitar el entendimiento del cáncer a niños afectados, sus familiares y maestros, que forma parte del proyecto 'Itinerario de Navegación del Paciente con Cáncer'. Se puede consultar en la dirección: <http://www.itinerariodelpacienteconcancer.org>.

### Incontinencia Infantil

La pediatra Rocío Santiago ha puesto en marcha [incontinciainfantil.es](http://incontinciainfantil.es), un portal interactivo y monográfico sobre la enuresis infantil. Aunque las cifras varían según la fuente, se calcula que la enuresis afecta en torno a un 10% de la población española de entre 4 y 15 años, lo cual refleja que se trata de un problema más habitual de lo que a priori pudiera parecer. Tres cuartas partes de los niños y púberes que la padecen mojan la cama con una frecuencia superior a las dos veces por semana.

A través de [incontinciainfantil.es](http://incontinciainfantil.es), los padres pueden enviar preguntas a la pediatra, que le proporcionará un asesoramiento totalmente personalizado y gratuito. Además, analizará y comentará las cuestiones fundamentales que suelen plantearse en torno a la enuresis infantil en su blog, abierto a los comentarios tanto de los usuarios como de la propia especialista en respuesta a estos.

### PROGRAMA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (DICTA)

La iniciativa que desarrolla la Conselleria de Sanidad, en colaboración con la de Educación, tiene como objetivo general detectar precozmente los trastornos de la conducta alimentaria y promover hábitos de vida saludables en la población adolescente escolarizada en la Educación Secundaria de centros públicos, privados y concertados en la Comunitat Valenciana.

El programa DICTA, que durante el pasado curso escolar permitió prevenir 171 de casos de estas enfermedades en adolescentes, ha reiniciado su actividad para el curso 2009-2010. A lo largo de sus ocho años de existencia, este proyecto "pionero" en Europa ha contado con la participación de más de 300 centros educativos, y cerca de 20.000 alumnos pertenecientes a los 22 departamentos de salud de la Comunitat, según informó la Generalitat en un comunicado.

El desarrollo del programa se lleva a cabo por parte de profesores, tutores y orientadores de los propios centros docentes, quienes reciben formación y capacitación específica, acreditada oficialmente por la Conselleria de Educación, y cuyo procedimiento de trabajo está protocolizado vía on-line, a través de la página web de [www.ditca.net](http://www.ditca.net)

Así, entre las actuaciones sobre el alumnado, la Conselleria destacó la prevención primaria, que se centra en el formato taller y que consta de cuatro sesiones, como son imagen corporal; autoimagen y autoestima; alimentación, nutrición y publicidad; y medios de comunicación.

Por otra parte, los programas de detección precoz se basan en la utilización de instrumentos de cribado. De esta forma, según explicó Sanidad, "si se da un caso sospechoso, el alumno debe someterse a nuevas pruebas que permitan confirmar o no el diagnóstico y, si procede, instaurar el tratamiento más adecuado para cada persona".

El procedimiento para la detección precoz de anorexia y bulimia que utiliza DICTA se basa en dos fases. La primera consiste en la realización de cuestionarios autocumplimentados por el alumno en el aula y, posteriormente, en una entrevista del orientador del centro escolar a aquellos alumnos que han superado el punto de corte en la primera fase. Una vez detectados los posibles casos, éstos se remiten para su confirmación diagnóstica y el posible tratamiento, a los correspondientes centros de salud

---

## LIBROS

NIC y NOC, dos pilares del conocimiento enfermero



Supone la quinta y la cuarta edición, respectivamente, de las obras, que presentan la actualización de la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC en sus siglas en inglés) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC), las más utilizadas por la

enfermería española en su práctica diaria junto con los diagnósticos (NANDA).

#### **NIC**

La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.

#### **NOC**

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente. Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones

#### **Lenguaje Común**

Todas las intervenciones y resultados están basados en la investigación clínica actual desde distintos ámbitos, Pueden utilizarse para comunicar una información común de las diferentes situaciones, pero también para proporcionar a los profesionales una forma de atención individualizada a los pacientes. A través de estas clasificaciones se establece un lenguaje común para la práctica profesional que va a permitir la mejora de la calidad de los cuidados y el desarrollo de la profesión. Este lenguaje común enfermero, va a facilitar el establecimiento de un criterio universal para todas las intervenciones y resultados de enfermería y así garantizar un servicio asistencial de calidad en condiciones similares en cualquier parte del mundo

---

### **JUNTA DIRECTIVA**

#### **Presidenta**

Herminia Lorenzo Benítez  
H. Cabueñes. Gijón, Asturias  
E-mail: [herminia@telecable.es](mailto:herminia@telecable.es)

#### **Vicepresidenta**

Isabel Calvo Viñuela  
H. U. La Paz, Madrid  
E-mail: [isabelcvjb@yahoo.es](mailto:isabelcvjb@yahoo.es)

#### **Secretaria**

Ana Domínguez Maeso  
Complejo hospitalario, Jaén  
E-mail: [adominguezmaeso@yahoo.es](mailto:adominguezmaeso@yahoo.es)

#### **Tesorera**

M<sup>a</sup> Antonia Rico Hernández  
H. U. La Paz, Madrid  
E-mail: [trico@reditel.net](mailto:trico@reditel.net)

#### **Vocal 1**

Carmen Urzola Castro  
H. Gral. S. Jorge, Huesca  
E-mail: [curzola@telefonica.net](mailto:curzola@telefonica.net)

#### **Vocal 2**

Magdalena Jiménez Sanz  
H.U. Marqués de Valdecilla, Santander  
E-mail: [mjimenez@hmv.es](mailto:mjimenez@hmv.es)

#### **Vocal 3**

Isabel González González  
H.U. Marqués de Valdecilla, Santander  
E-mail: [igogon@ono.com](mailto:igogon@ono.com)

#### **Coordinadora Boletín ADENYD**

Joaquina Díaz Gómez  
H.U. La Paz, Madrid.  
E-mail: [joaqui.diaz@ono.com](mailto:joaqui.diaz@ono.com)

---