

**“Un hombre nunca sabe de lo que es capaz hasta que lo intenta” Charles Dickens**

### Editorial de la Presidenta.

#### Informe de la Junta Directiva

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

#### Noticias de interés

---

## EDITORIAL

*“No es el haber recibido una lección lo que nos salva sino el haber sabido aprovecharla”*

George Canning

El día 12 de mayo una vez más, se celebró el Día Internacional de la Enfermería. Día que se ha ocupado este año en los cuidados enfermeros de las patologías crónicas como la diabetes, las enfermedades respiratorias y las enfermedades cardiovasculares. En todas ellas ocupa un valor predominante los cuidados nutricionales. Todos conocemos la relación directa entre el estado nutricional y la estancia hospitalaria y con ello el aumento del gasto en la atención sanitaria. Gasto, que la desnutrición incrementa, que la amplitud de tratamientos (antibióticos) descontrola, y que luego el sistema sanitario achaca a los profesionales que formamos parte de este sistema y que se ha convertido en uno de los temas de la crisis económica del siglo XXI.

Entre las diversas definiciones de la calidad de la atención está: “La medida en que los servicios de salud mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados de salud para el individuo y la población y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales” Implícito en las numerosas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país: el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

Sin lugar a dudas, los profesionales enfermeros que trabajamos en cualquier campo específico, como la nutrición, sin titulación oficial, nos hemos formado para dar la mejor calidad en la atención sanitaria y hemos conseguido que revierta directamente sobre las patologías crónicas y sobre el gasto sanitario. Esta calidad nos permite presentar guías de actuación integrales, planes de cuidados, manuales etc. para cualquier patología, aunando esfuerzos entre las distintas sociedades enfermeras, que componemos el mapa nacional de sociedades.

Este afán de investigación y de lucha por la mejora continua de la calidad, en los cuidados que administramos, ha sido una de las señas de identidad de los enfermeros

y por ello la oportunidad de acceder a la nueva titulación de Grado (Licenciatura de Enfermería) es un estímulo para potenciar nuestra profesión equiparando la diplomatura de ahora al resto de las titulaciones universitarias, pudiendo acceder a niveles más altos de la administración y sobre todo poder estar en el lugar que nos corresponde como enfermeros.

¡Enhorabuena a todos!

## INFORMES DE LA JUNTA DIRECTIVA

### PRESIDENTA

#### Felicitación de los Comités de FESNAD

El Comité Organizador del II Congreso FESNAD celebrado en Barcelona el pasado mes de marzo, nos ha agradecido la participación en el congreso, que ha contribuido al éxito del evento, así como por la calidad de las mesas y la exposición de los ponentes. Han sido unánimes, mi agradecimiento además a todos aquellos socios que quisieron participar en el congreso y que por alguna u otra razón no pudieron hacerlo.

#### Candidatura para renovación de la Junta Directiva de FESNAD

El pasado mes de abril tuvo lugar la convocatoria a la renovación de la Junta directiva de FESNAD, Elecciones que se celebraron el día 28 de mayo durante la Asamblea General.

Al presentar mi candidatura como Presidenta de ADENYD adjunté un programa electoral.

Tanto las sociedades que optaron a cargos y no resultaron elegidas como miembros de la Comisión de Gobierno como el resto de Sociedades pertenecientes a la Federación fueron nombradas Vocales de la Junta Directiva

Las sociedades y las personas que se presentaron a cargos como las que salieron elegidas figuran en las siguientes tablas.

Sociedad	Cargo al que opta	Candidato
SENPE	Presidencia	D. Jordi Salas y Salvadó
SENC	Vicepresidencia	D. Luís Serra Majem
ALCYTA	Vicepresidencia	D <sup>a</sup> . Dolores Romero de Ávila Hidalgo
SEEN	Secretaria	D <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> Pilar Riobó Serván
AEDN	Secretario	D. Giuseppe Russolillo
SEDCA	Tesorero	D. Antonio Villarino

Sociedad	Cargo	Candidato
SENPE	Presidencia	D. Jordi Salas y Salvadó
ALCYTA	Vicepresidencia	D <sup>a</sup> . Dolores Romero de Ávila Hidalgo
AEDN	Secretario	D. Giuseppe Russolillo
SEDCA	Tesorero	D. Antonio Villarino

**Carmen Urzola Castro Vocal**, nos ha enviado, este resumen del Curso de disfagia al que asistió recientemente.

A lo largo del año en el Hospital de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme) se celebran cursos básico teórico – prácticos de disfagia orofaríngea, este curso está financiado y organizado por el Laboratorio Nestlé Healthcare Nutrition, y coordinado por el Dr. Pere Clave del Hospital de Mataró y la Sra. Isabel Ferrero, Diplomada en Enfermería del Hospital Pare Jofré de Valencia.

El curso es muy interesante, a lo largo de aproximadamente 14 horas distribuidas en 2 días se hace un recorrido exhaustivo por la Disfagia Orofaríngea, de la mano de reconocidos profesionales sanitarios, entre los que hay enfermeras que desarrollan su trabajo en el campo de la Nutrición y en Unidades de Disfagia, médicos, logopedas y dietistas.

Estructura del curso: el curso consta de un parte teórica y otra parte práctica con talleres

A lo largo del curso se obtienen los recursos necesarios para poder diagnosticar la disfagia mediante la Exploración clínica bedside: Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad y adaptar la alimentación del paciente al resultado de esta valoración.

A raíz de mi asistencia a este curso y para dar respuesta a la inquietud que la disfagia orofaríngea nos producía en la Unidad de Geriatria y Unidad de Nutrición, hemos puesto en marcha un Área de Disfagia compuesta por un grupo multidisciplinar.

Formamos parte de la misma un Geriatra que es el Coordinador de la Unidad, un Endocrinólogo (Coordinador de la Unidad de Nutrición), un Radiólogo, un Neurólogo, un Geriatra del Hospital Geriátrico, la Enfermera de UVSS (Unidad de valoración socio-sanitaria) una Logopeda y yo como Enfermera-Supervisora de la Unidad de Nutrición.

Hemos formado a las enfermeras de las Unidades de Hospitalización en la realización y valoración del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad, para que puedan realizarlo en turnos de tarde y festivos.

El Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MEC), es una técnica sencilla y

validada para ser realizada por enfermeras, en este test valoramos la detección de signos y síntomas de eficacia y seguridad para la deglución

## **SIGNOS A DETECTAR:**

### **1-SIGNOS DE ALTERACIÓN DE LA SEGURIDAD**

Signos sugestivos de que el paciente presenta una probable **ASPIRACION**

Riesgo de complicación respiratoria:  
**NEUMONÍA POR ASPIRACION**

La detección de algún signo de seguridad indica si se debe:

**INCREMENTAR LA VISCOSIDAD** y continuar la exploración  
**SUSPENDER LA EXPLORACION**

**TOS:** indica que parte del bolo ha atravesado las cuerdas vocales y ha alcanzado la vía respiratoria, y por lo tanto se ha producido una aspiración.

**CAMBIOS EN LA CALIDAD DE LA VOZ:** voz húmeda o sin fuerza después de la deglución sugiere que se ha producido una penetración o una aspiración

**DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE SATURACIÓN DE OXIGENO:** una disminución del 3% de la saturación basal sugiere una aspiración

### **2-SIGNOS DE ALTERACIÓN DE LA EFICACIA**

Signos sugestivos de que el paciente no ingiere la energía, los nutrientes y el agua suficiente.

Riesgo de **DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN**

La detección de algún signo de alteración de la eficacia:

Debe registrarse pero no obliga a la modificación de la viscosidad de la exploración.

**SELLO LABIAL:** Un inadecuado cierre labial favorece la pérdida de parte del bolo

**RESIDUOS ORALES:** la presencia de residuos orales post-deglutorios indica una alteración de la propulsión lingual y evidencia la ineficacia de la deglución.

**DEGLUCIÓN FRACCIONADA:** la incapacidad de tragar el bolo en una única deglución, puede comprometer la eficacia de la ingesta.

**RESIDUOS FARINGEOS:** la existencia de síntomas de residuos en la faringe después de la

deglución, sugiere una alteración del aclaramiento faríngeo del bolo.

**\*MATERIAL NECESARIO:**

- 300 ml de agua a temperatura ambiente
- Resource Espesante sabor Neutro en monodosis de 4,5 g y 9g.
- Jeringa de alimentación de 50 ml
- 3 vasos para preparar las viscosidades
- Pulsioxímetro o paciente monitorizado
- Aspirador
- Guantes
- Babero o sabanilla
- Hoja de registro

**\*PREPARACIÓN DE LAS VISCOSIDADES:**

Se recomienda preparar las viscosidades durante los 5 minutos previos a su administración.

**1.-LIQUIDO:** un vaso con 100 ml de agua a temperatura ambiente.

**2.-NECTAR:** un vaso con 100 ml de agua a temperatura ambiente agregar 4,5 g de RESOURCE Espesante y disolver hasta conseguir una textura de consistencia homogénea (al decantar el liquido espesado cae formando un hilo fino)

**3.-PUDDING:** un vaso con 100 ml de agua a temperatura ambiente agregar 9 g de RESOURCE Espesante y disolver hasta conseguir una textura de consistencia homogénea (al decantar el liquido espesado cae en masa).

**\*PREPARACIÓN DEL PACIENTE:**

- 1.-El paciente debe estar consciente y en alerta para colaborar en la prueba, (GLASGOW >11)
- 2.-Paciente sentado o incorporado al menos 30°
- 3.- Monitorizar el nivel de saturación de oxígeno y realizar 2 lecturas basales antes de empezar la exploración.
- 4.-Pedirle que diga su nombre o cualquier frase corta que servirá para tener una referencia de su tono y timbre de voz.
- 5.-Explicación de la prueba.

**\*SECUENCIA DE LA EXPLORACIÓN:**

La metodología debe seguirse de forma precisa. El MEC explora la seguridad y la eficacia de la deglución administrando al paciente bolos de viscosidad y volúmenes crecientes, en tres series:

VISCOSIDAD BAJA: LIQUIDA  
VISCOSIDAD MEDIA: NECTAR  
VISCOSIDAD ALTA: PUDDING  
VOLUMEN BAJO: 5 ml  
VOLUMEN MEDIO: 10 ml  
VOLUMEN ALTO: 20 ml.

Serie primera: VISCOSIDAD NECTAR:  
VOLUMEN 5 ml, 10 ml y 20 ml

Serie segunda: VISCOSIDAD LIQUIDO:  
VOLUMEN 5 ml, 10 ml y 20 ml

Serie tercera: VISCOSIDAD PUDDING:  
VOLUMEN 5 ml, 10 ml y 20 ml

El pulsioxímetro o el monitor medirá el nivel de saturación de oxígeno durante toda la prueba, con el fin de detectar aspiraciones silentes.

En cada serie se registra si se producen signos de alteración de la seguridad (tos, descenso de la saturación basal de oxígeno mayor de un 3% y cambio del tono de voz) y/o de la eficacia (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada). Cuando se encuentra algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se pasa ni a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior. Se concluye que no existe disfagia cuando no se evidencian signos de alteración en la seguridad ni en la eficacia en ningún momento de la prueba. La valoración se completa con una exploración de la cavidad oral, evaluándose el estado de higiene de la boca, la dentadura, la actividad motora y sensitiva y el reflejo nauseoso.

Tras la confirmación de la disfagia se desencadenan tres tipos esenciales de cuidados: **1) Los dietéticos**, que sustentándose en la información obtenida en la valoración referida, y siempre que no se contraindique la alimentación oral, empiezan por pautar una dieta específica para disfagia, con texturas, volúmenes y viscosidades adaptadas a las posibilidades de masticación y deglución de cada paciente. Las pautas de adecuación dietética se basan en guías clínicas para la disfagia de amplia aceptación internacional elaboradas por equipos multidisciplinares

**2) Los posturales**, orientados fundamentalmente a mantener la sedestación y la flexión anterior de la cabeza durante la ingesta y, en caso de hemiplejías, la rotación hacia el lado afecto. La indicación de otras maniobras deglutorias son evaluadas a petición de la enfermera que realiza la valoración de la deglución, en función de las características particulares de cada enfermo.

**3) Los formativos**, que consisten en instruir a los cuidadores del enfermo con disfagia en el manejo de esta, entregándoles al mismo tiempo un manual de cuidados básicos en la disfagia y citándolos a posteriores sesiones grupales de formación y refuerzo de los conocimientos

**Isabel González González Vocal** participó en el grupo que desarrolló la “Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil” como nos informó en otras ediciones de éste boletín. En ésta ocasión ha enviado esta información para que todo el que estéis interesado podáis consultar en las distintas web la información más detallada.

La Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) ha publicado en formato electrónico la “Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil”, documento realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y desarrollado por un grupo de reconocidos profesionales que pertenecen a diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud.

La obesidad infantojuvenil constituye un importante problema de salud en nuestro país debido a su prevalencia ascendente, su persistencia en la edad adulta y su asociación con otras enfermedades, además del enorme impacto económico que supone. Los cambios en la alimentación y en el estilo de vida han propiciado el aumento de esta patología. El tratamiento y fundamentalmente la prevención implican la adquisición de hábitos saludables de alimentación y de ejercicio físico, pero se requiere el apoyo del gobierno y de las instituciones para poder implementar muchos de los cambios requeridos.

Esperamos que este proyecto pueda contribuir de forma efectiva al tratamiento y especialmente a la prevención de la obesidad infantojuvenil, que es el aspecto clave para frenar el avance de este problema de salud.

Si tiene interés en obtener este documento en formato electrónico, lo encontrará disponible en la página web de la AATRM [www.aatrm.net](http://www.aatrm.net), en el portal AUnETS/ISCIII <http://aunets.isciii.es> y, próximamente, en la página web de Guía Salud, Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud, <http://www.guiasalud.es/home.asp>.

---

En el congreso FESNAD 2010 celebrado este año en Barcelona a primeros de marzo, se presentó una mesa de enfermería “**Cuidados nutricionales en el anciano**” moderada por Herminia Lorenzo.

Sus tres ponentes nos han enviado los siguientes resúmenes

### **Cribaje de malnutrición y hábitos alimentarios en la población anciana**

Isabel Calvo Viñuela del U. Nutrición H.U. La Paz, Madrid

Poder detectar el riesgo y la desnutrición es una medida de prevención orientada a mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de nuestros mayores. Al mismo tiempo que se disminuye el consumo de recursos sanitarios dirigidos a este segmento de la población, tan creciente en los últimos años y, previsiblemente será quien más demande nuestros cuidados de enfermería en el futuro.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organización de la Salud (JCAHO) recomienda hacer un cribaje nutricional en las primeras 24 horas de ingreso. Al mismo tiempo que en los hospitales europeos está considerado como un indicador de calidad.

Describió las diferencias entre los métodos de cribado automatizados y manuales, clarificando las ideas generales y la procedencia de cada uno de ellos: CONUT, NSR, Determine, MUST, MNA.

Expuso los datos analizados de un estudio prospectivo en 106 pacientes ancianos, mayores de 65 años, ingresados en M. Interna del H.U. La Paz. Con la aplicación sistemática del Mini Nutritional Assesment (MNA) en las primeras 48 horas del ingreso y una evaluación bioquímica y dermatológica. Se detectó en el 77% de los casos situación de Riesgo nutricional y malnutrición. Con estas altas cifras de desnutrición creemos que sería importante establecer un método de cribado al ingreso del paciente y ser realizado por la enfermera de hospitalización. Describió los resultados de los hábitos alimentarios de ese grupo poblacional como resultado del mismo estudio.

Habló de la implantación del método de cribaje nutricional: MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), como medida piloto en una planta de medicina interna de La Paz, con el recordatorio de la conveniencia de registrar la ingesta de comidas y la toma de suplementos. Advirtió de la evidencia de estos registros en nuestra profesión enfermera, forman parte de la historia de enfermería de hospitalización pues en el caso de no hacerlo, nunca aportaremos información acerca de nuestro paciente ni material para estudios posteriores. Todo ello implica una mayor evidencia de nuestros cuidados.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Vellas B., Guigoz Y., Garry P., Nourhashemi F., Bannahum D., Lauque S. and Albaredo J-L. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the Nutritional State of elderly patients.
- Dinsdale P. Hungry for help. *Nurs Stand*.2006
- Ranhoff AH, Gjoen Au, Mowé M. Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: the usefulness of MNA-SF. *J Nutr Health Aging* 2005
- MUST: BAPEN Advancing Clinical Nutrition: [www.bapen.org.uk](http://www.bapen.org.uk)

---

### “Anciano hospitalizado: Valoración nutricional y cálculo de sus requerimientos “

Esther Martínez Sancho U. Nutrición Hospital Infanta Sofía, Madrid

El envejecimiento es un proceso irreversible y progresivo. Al mismo tiempo que es un proceso natural del ser humano también es, diferente de un individuo a otro, muy heterogéneo.

Existen cambios fisiológicos: peso, talla, composición corporal; aumento de masa grasa profunda y disminución de la masa magra y del compartimento hídrico, de ahí la disminución de la sensibilidad del centro de la sed, además de los cambios en el estómago e intestino. Disminución del gusto por la reducción de las papilas fungiformes y por la atrofia de las papilas gustativas

El metabolismo basal disminuye lentamente con el envejecimiento debido a la pérdida de masa magra y la reducción de actividad física. Algo muy reseñable en el anciano es la presencia de sarcopenia (pérdida de tejido muscular) se relaciona con la edad y resulta ser un componente de la fragilidad, de calidad funcional.

De ahí la conveniencia de la práctica de ejercicio físico en esta etapa de la vida, de su participación en un programa de actividad y apoyado por una dieta con un contenido proteico apropiado.

Cuando hablamos del anciano hospitalizado recurrimos a una valoración nutricional de antropometría y la valoración global subjetiva (VGS) para obtener el cálculo de sus requerimientos a nivel calórico y proteico. Con el fin de categorizar el tipo de desnutrición y cubrir su carencia con un soporte nutricional.

Explicó de forma detallada y gradual los siguientes soportes: Adaptación de la alimentación oral mediante un cambio de textura, el uso de espesantes si se precisara. Y la

complementación de los suplementos, sin olvidar que la aceptación y seguimiento del tratamiento mejora cuando el paciente o cuidador pueden decidir la consistencia, textura, sabor del suplemento.

En el caso de no cubrir sus requerimientos habría que recurrir a la nutrición enteral y/o parenteral.

## BIBLIOGRAFÍA

- Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Ed Novartis Consumer Health
- Libro blanco de la alimentación de los mayores. Ed Panamericana 2004
- García Peris P. Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An Med Interna Madrid* 2004; 21:261-262
- Capo Pallás M. Importancia de la nutrición en la persona de edad avanzada. Ed Novartis 2002

---

### “CUIDADOS ENFERMEROS EN LA POBLACION GERIATRICA CON DEGLUCIÓN ALTERADA”

Cristina Blázquez Peccis. Unidad de Disfagia Fundación Jiménez Díaz-Capio, Madrid.

La deglución es una de las acciones neuromusculares más complejas que realizamos las personas. En ella intervienen la acción de seis pares craneales (V, VII, IX, X, XI, XII) y unos treinta músculos de la cara, boca, faringe y esófago, y su finalidad es permitir que los alimentos sólidos y líquidos sean transportados desde la boca hasta el estómago.

La deglución puede verse alterada por diversos problemas: anatómicos, neurológicos, psiquiátricos, llegando a producirse un trastorno para tragar los alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos. Esta alteración o dificultad para tragar es lo que definimos como Disfagia.

La severidad de la Disfagia orofaríngea puede variar, desde una dificultad moderada, hasta la total imposibilidad para la deglución, dando lugar a dos grandes grupos de complicaciones de gran trascendencia clínica:

- La Desnutrición y/o Deshidratación, que se produce cuando existe una disminución de la eficacia en la deglución.
- Un atragantamiento con obstrucción de la vía aérea, o más frecuentemente una aspiración traqueo bronquial, cuando existe una disminución de la seguridad en la deglución.

La aspiración puede causar una Neumonía en un 50% de los casos con una mortalidad asociada de hasta un 50%.

No podemos olvidarnos tampoco, del impacto psicológico, que la deglución alterada ocasiona en la persona que la padece, ya que comer se considera “uno de los mayores placeres de la vida”, por lo que multitud de encuentros familiares y actos sociales, ocurren alrededor de “una buena mesa”.

Los trastornos de la deglución son frecuentes al ir avanzando la edad. Se cifra que un 10% de la población de más de 50 años presenta disfagia por lo que en una sociedad como la nuestra donde la esperanza de vida continúa aumentando se espera que la cantidad de población con disfagia también aumente.

A menudo los problemas de la deglución son subestimados tanto por la población general como por los profesionales sanitarios.

La disfagia en el anciano es multifactorial y sus etiologías son diversas por lo que su detección suele ser difícil. La depresión, el deterioro cognitivo y los cambios en el comportamiento pueden retrasar la sospecha de disfagia por parte de los familiares. Además los problemas en la deglución son frecuentemente insidiosos y no llegan a manifestarse clínicamente hasta que pasados años de su aparición, las personas acaban desarrollando estrategias auto aprendidas que enmascaran los cambios en la deglución que ocurren cuando nos hacemos mayores.

Se cifra que en las residencias de ancianos la prevalencia de disfagia es del 30-40% y la prevalencia de Neumonía es de un 2% teniendo en cuenta además que muchas de las aspiraciones que sufre la población anciana son silentes ya que se cifra en un 27% la presencia de Neumonía en la autopsia.

## **CAUSAS DE DISFAGIA EN LA POBLACIÓN ANCIANA.**

Como ya hemos mencionado, en el anciano las causas de la disfagia son diversas y a menudo sumatorias:

### **1. CAMBIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO.**

Según aumenta nuestra edad se producen una serie de cambios en las distintas fases de la deglución : Fase oral Preparatoria y de transporte, Fase faríngea y Fase esofágica, que pueden condicionar tanto la eficacia como la seguridad en

la deglución, de hecho hay algunos estudios y autores que hablan de una posible “Presbifagia” en el anciano.

## **2. PATOLOGIAS RELACIONADAS CON LA FRAGILIDAD.**

Existen estudios que sugieren que el envejecimiento por sí mismo no aumenta el *riesgo de aspiración* pero la incidencia de enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares sí aumenta con la edad y estos trastornos llevan asociados alteraciones en la deglución con el consiguiente riesgo de aspiración, con una incidencia del 50% al 75%.

- **ACV**

La incidencia de disfagia aparece entre un 40-70% en pacientes que han sufrido un ACV y entre ellos un 45% aproximadamente sufre algún tipo de aspiración.

La morbilidad de los ACV relacionados con disfagia es alta, casi la mitad de los pacientes aspiran y hasta un 25% mueren de Neumonía aspirativa durante el primer año.

- **PARKINSON**

La prevalencia de la disfagia orofaríngea es del 52-82%. Estos pacientes además de tener grandes dificultades para autoalimentarse presentan alteraciones en todas las fases de la deglución.

A medida que la enfermedad avanza, la afectación de los pares craneales es mayor y el riesgo de aspiración puede llegar a alcanzar hasta un 20%.

Aunque la L-dopa mejora la función motora varios estudios realizados han demostrado que la disfagia persiste.

- **DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

El origen de la disfagia en estos pacientes se debe a dos causas, por un lado un deterioro cognitivo creciente que les lleva a presentar una Apraxia deglutoria a la que se une, una alteración motora progresiva.

- **ELA**

La esclerosis lateral amiotrófica suele presentarse en la sexta década de la vida y frecuentemente cursa con disfagia. Los pacientes con ELA presentan una pérdida neuronal progresiva a nivel de motoneurona superior e inferior.

La disfagia aparece como síntoma inicial en un 20-30% de estos pacientes cuando el origen es bulbar y como síntoma evolutivo en el 100%.

## **2. DISFAGIA POR YATROGENIA FARMACOLÓGICA.**

Es poco frecuente en la población general pero importante en los ancianos que habitualmente “están polimedificados”. Los fármacos pueden inducir dos tipos de disfagia:

**OROFARÍNGEA:** Fármacos que alteran la fase voluntaria de la deglución:

- Producen una alteración a nivel del SNC: la medicación sedativa (BZP, neurolépticos, etc.) se ha demostrado que aumenta el riesgo de Neumonía aspirativa en las personas institucionalizadas y debe por tanto ser evitada.
- Alteración de la secreción salivar, xerostomía: Anticolinérgicos, antihistamínicos.

**ESOFAGICA:** Fármacos que producen daño directo o indirecto sobre la mucosa:

- Alterando el tono del EEI: Vasodilatadores, Antagonistas del Ca, Betabloqueantes, teofilinas.
- Esofagitis: AINES.

## **IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y MANEJO ENFERMERO DE LA DISFAGIA.**

El papel de la enfermera en este proceso consistirá fundamentalmente en observar, valorar, monitorizar e informar.

### **1. Identificación y valoración de los ancianos con alteraciones de la deglución.**

Para los ancianos que presentan alteración de la deglución es fundamental su detección precoz para evitar las complicaciones derivadas de la disfagia.

Para poder identificar a los ancianos que presentan disfagia las enfermeras debemos conocer:

-Los factores de riesgo y los signos directos e indirectos de disfagia.

-Conocimiento de distintos métodos de cribado: Test del agua, Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), etc.

### **2. Manejo enfermero de la disfagia orofaríngea en el anciano.**

Numerosos autores afirman que para conseguir un tratamiento efectivo de la disfagia es necesario un equipo multidisciplinar donde la enfermera es un miembro clave. El manejo enfermero tiene como objetivo reducir el riesgo de aspiración y mantener la nutrición e hidratación a través de unas prácticas seguras de alimentación oral.

**El rol de la enfermera incluye:**

1 Conocer en que se basa el tratamiento de la disfagia oro faríngea: Adaptación de la dieta, practicas seguras de auto alimentación y

alimentación asistida en pacientes con deglución alterada, técnicas posturales compensatorias y/o maniobras deglutorias.

2 Asegurarse de que el paciente recibe la dieta adaptada, indicada por el médico.

3 Vigilar que el paciente y/o familia, conoce, comprende y utiliza, las técnicas posturales y maniobras facilitadoras de la deglución, que le han sido indicadas por el médico y/o logopeda.

4 Verificar que los fármacos orales, se administran también de manera segura para el paciente.

5 Comprobar que se monitoriza la ingesta oral del paciente, para poder valorar la eficacia de la deglución.

6 Asegurar también, que todos los miembros del equipo de enfermería, que cuidan del paciente, conocen los problemas que presenta para deglutir, así como, los cuidados específicos que necesita para alimentarse de una manera segura y eficaz.

7 Ser el nexo de unión, entre los distintos profesionales que componen el equipo multidisciplinar necesario para un manejo efectivo de la disfagia.

## **CONCLUSIONES**

1 La disfagia es un síntoma de importante incidencia y prevalencia en el anciano. Su diagnóstico suele ser difícil porque habitualmente está infravalorado por parte del personal sanitario, familiares y propio paciente.

2 Es necesario realizar una detección precoz de la disfagia que presentan nuestros ancianos para poder evitarles las complicaciones derivadas de la misma que van a mermar su calidad de vida

3. Un manejo efectivo de la disfagia necesita de un enfoque multidisciplinar donde la enfermera desempeña un papel importante tanto en la detección y valoración, como en el manejo de la disfagia orofaríngea.

## **BLIBIOGRAFIA.**

- Leopold NA, Kagel MC. Pharyngo-esophageal dysphagia in Parkinson's disease.
- Bucht G, Sandman PO. Nutritional aspects of dementia, especially Alzheimer's disease.
- Dray TG, Hillel AD, Miller RM. Dysphagia caused by neurologic deficits. *Otolaryngol Clin North Am* 1998; 31:507-524.
- Priefer BA, Robbins J. Eating changes in mild-stage Alzheimer's disease: a pilot study. *Dysphagia* 1997; 12:212-221.
- Lindgren S, Janzon L. Prevalence of swallowing complaints and clinical findings

among 50-70 year old men and women in an urban population. *Dysphagia* 1991; 6:187-192.

- Salvatierra J, De Pedro JE .Beneficios de la evaluación de la disfagia por una enfermera entrenada. *Evidencia*.2008 mar-abr; 5(20).
- Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica .Reproducido del Best Practice 2000; 4(2) ISSN 1329-1874.
- Manejo de la Disfagia y aspiración. Gabriel Jaume, Manuel Torres. Ed. Salvat.

---

En el Congreso SENPE 2010 celebrado en Badajoz, Concha Moreno Cejudo. Supervisora de Dietética y Diabetes. Complejo Asistencial de Segovia. Presentó la siguiente ponencia:

#### **“PAPEL DE LA ENFERMERA DE NUTRICIÓN EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL MEDIO HOSPITALARIO”**

Los TCA constituyen una tragedia personal para el paciente y la familia que tienden, en las actuales sociedades, a convertirse en problemas de salud pública. El tratamiento exige que una serie de profesionales trabajen conjuntamente para facilitar el restablecimiento de estos pacientes. El papel de la enfermera de nutrición tiene una gran importancia como educadora en la prevención de la enfermedad y en el tratamiento más eficaz durante la hospitalización, si esta llega a producirse y durante todo el proceso de recuperación.

#### **El comportamiento alimentario**

El comportamiento alimentario asegura, a través de un conjunto de conductas una triple función:

- Energética y nutricional: correspondiente a las necesidades básicas
- Hedonistas (placer): de tipo afectivo y emocional
- Simbólico: psicológico, social y cultural

Un comportamiento alimentario normal integra estas diferentes dimensiones y permite mantener un bienestar físico, psicológico y social que definen la salud. Este comportamiento debe cumplir su triple función biológica, afectiva y social y contribuir al bienestar general.

El comportamiento alimentario puede modificarse en numerosas circunstancias de tipo adaptativo (Ej.: en caso de un debut diabético o en el hipertiroidismo). No siempre podemos hablar de anorexia como un desorden alimentario (ej.: en el cáncer)

#### **Condiciones**

Para que se considere una característica del comportamiento alimentario como una “*patología del comportamiento alimentario*” se necesitan unas condiciones:

- Que la conducta alimentaria difiera, de manera importante, en el plano cualitativo o cuantitativo de la conducta habitual del individuo viviendo en el mismo ambiente.
- Que la conducta alimentaria tenga consecuencias nefastas sobre la salud física (obesidad, desnutrición, carencias...) o psicológicas (sentimiento de anormalidad, exclusión social, obsesiones, depresión...)
- Que la conducta testimonie una dificultad existencial, un sufrimiento psicológico o una lesión biológica sobre el control de la toma de alimento.

#### **A modo de Introducción**

En pocas enfermedades se conjunta de manera tan cruda lo somático y lo psíquico, lo individual y lo social como en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

La obsesión por el peso, el afán por adelgazar o la búsqueda de una figura perfecta se han convertido en patrones psicológicos y conductuales de muchas jóvenes adolescentes, fundamentalmente en occidente.

Los TCA, hacen referencia a un conjunto de actitudes, comportamientos y estrategias asociados a una preocupación permanente por el peso y la imagen corporal y una anormal conducta alimentaria. Tienen una gran relevancia sociosanitaria por su peculiaridad, su gravedad, su interés social, su complejidad y sus dificultades de diagnóstico y tratamiento.

La mayoría de los casos de anorexia se inician entre los 12 y 18 años. Sin embargo, el momento de la demanda asistencial se demora entre 1 y 3 años de media.

Hacer dietas es un logro asociado a las virtudes de control sobre los deseos del propio cuerpo y puede hacer sentir a la mujer (o a veces también a los hombres) que también controla otras áreas de la vida. Las presiones que sufren éstas para realizarse, ser útiles, independientes y competitivas, a la vez que conservan su tradicional papel de esposa, madre, y amas de casa, crean un ambiente propicio para la expresión de estos trastornos, en caso de existir una predisposición individual.

#### **Definición TCA**

Con este término, habitualmente, se hace referencia a dos perfiles de comportamiento que buscan la excesiva delgadez. Un tercer tipo, el de comedor compulsivo o Trastorno por atracón, que

manifiesta síntomas comunes a la BN y obesidad, ha sido recogido y caracterizado como trastorno independiente.

En esta ponencia me centraré solamente a la Anorexia nerviosa (AN) ya que es la patología de las descritas, que necesitan con más frecuencia el ingreso hospitalario

### **Anorexia nerviosa**

Se caracteriza por:

- Pérdida significativa de peso
- Vómitos autoprovocados
- Purgas intestinales
- Ejercicio físico excesivo
- Consumo de fármacos
- Distorsión de la imagen corporal
- Trastorno endocrino
- Retraso de crecimiento (si se presenta durante la etapa de crecimiento)

### **Subtipos:**

Restictiva: básicamente el individuo deja de comer alimentos habituales, elimina ingestas, periodos de ayuno

Purgativa: Se suceden episodios de atracones y/o purgativos (vómitos, diuréticos, laxantes...)

El ejercicio físico está presente en todo el proceso de enfermedad y a veces, durante el ingreso de los pacientes es la causa de la falta de aumento de peso. Se convierte en una verdadera obsesión

### **Etiopatogenia**

Trastorno con múltiples factores implicados, y únicamente hablaré los que en los diferentes modelos han atribuido un papel importante.

### **Factores Predisponentes**

Personales: Ser mujer, adolescente, tener o haber tenido sobrepeso, existencia de excesivo perfeccionismo y baja autoestima

Familiares: madre obesa o muy preocupada por el cuerpo, conflictos familiares, presencia de psicopatología en la familia

Sociales: presión social hacia la delgadez

### **Factores Precipitantes: el más habitual**

Puede ser la presencia de algún acontecimiento estresante o relacionado con la imagen corporal, que provoca miedo a engordar, presencia de atracones, y la sensación de estar dominado por el hambre y la comida, pero el más común es *hacer una dieta para perder peso*

El ayuno puede actuar como

- Iniciador
- Perpetuador de la enfermedad

### **Factores de mantenimiento o perpetuantes**

La dieta restrictiva es el principal factor de mantenimiento. A largo plazo, la dieta disminuye el ritmo metabólico basal, facilitando el ganar peso, lo que cronifica el cuadro. El hambre y la

frustración hacen la comida más atractiva y deseable, aumentando la hiperresponsividad emocional y disminuyendo la autoestima. Los comportamientos anoréxicos son reforzados positivamente por las personas del entorno.

Otros factores perpetuantes de la enfermedad pueden ser la desnutrición y/o otras patologías asociadas

### **Evolución de la enfermedad**

La anorexia nerviosa es una enfermedad compleja, grave, a menudo crónica, frecuentemente acompañado de malnutrición, que necesita la combinación de diferentes tratamientos durante las fases de la enfermedad. Esta incluye la reeducación nutricional, el tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico

Respecto al pronóstico, no se debe hablar de curación antes de los 4 años de evolución, aunque a veces puede ser mortal.

### **Tratamiento**

Siempre multidisciplinar

- Psiquiatra
- Psicólogo clínico
- Endocrino
- Enfermera salud mental
- Enfermera nutrición
- Trabajador social

### **Niveles asistenciales**

*El papel de la enfermería es especialmente relevante en la prevención de la enfermedad como agentes de salud y como enlace de un complicado engranaje interdisciplinar para el tratamiento en el medio hospitalario.*

### **Tratamiento en Atención Especializada**

Es conveniente mantener una buena coordinación con el equipo de Atención primaria (si el paciente proviene de allí) que conllevará:

- Intercambio de información.
- Valoración conjunta a la vista de los datos obtenidos.
- Planificación del tratamiento y seguimiento del paciente.
- Responder por escrito el informe de interconsulta.

*En este momento de la enfermedad es importante delimitar y clarificar qué debe hacer cada profesional.*

### **Hospitalización**

La hospitalización puede ser una fase más del tratamiento de los TCA y puede ser o no necesaria al inicio o a lo largo de la evolución del trastorno. La indicación de ingreso puede partir de distintas especialidades, aunque se debe coordinar equipo de Atención Primaria, Salud Mental y/o con el Servicio Hospitalario que vaya a hacerse cargo del

paciente. Es conveniente que mientras dure la hospitalización se mantenga un contacto fluido y frecuente con los profesionales implicados en el tratamiento hospitalario, de tal forma, que estemos informados de la evolución del paciente y se haga una planificación conjunta previa al alta hospitalaria.

El ingreso se realizará en unidades de psiquiatría, medicina interna o Nutrición, en función de los recursos disponibles, o en pediatría en menores de 18 años.

### **Criterios de ingreso:**

Los criterios que a continuación se señalan son orientativos y deben ser aplicados de forma flexible en el cada paciente.

- Desnutrición severa
- Evolución rápida de pérdida de peso (30% en tres meses o IMC menor de 17).
- Graves desequilibrios electrolíticos.
- Constantes biológicas muy inestables (tensión, pulso, temperatura...).
- Complicaciones orgánicas graves: diabetes, alteraciones cardíacas, deshidratación, hipotensión, bradicardia.
- Vómitos incoercibles.
- Dificultades de diagnóstico diferencial.
- Conducta suicida.
- Comorbilidad psiquiátrica importante: depresión mayor, TOC (Trastorno obsesivo compulsivo), abuso de tóxicos.
- Falta de respuesta al tratamiento ambulatorio.
- Situación familiar o social muy alterada.

### **Durante la hospitalización**

Durante el ingreso, el equipo terapéutico debe plantearse objetivos concretos y pautas de actuación individualizadas incluido un plan de alimentación. Este debe hacerse de forma consensuada por todos los integrantes del equipo para evitar manipulaciones o interpretaciones discrepantes.

El objetivo principal será Ingresar: comida, nutrientes....

- Y no gastar: calorías, energía) y mientras tanto tratar al paciente en toda la comorbilidad que pueda presentar
- En líneas generales se debe realizar:
- Valoración Nutricional
- Control de complicaciones
- Establecer un programa de alimentación y reposo, control de la hiperactividad o conducta purgativas.
- Apoyar a la familia, facilitando la comunicación y la expresión de sentimientos.

- Favorecer las relaciones interpersonales que mejoren la autoestima y la confianza.
- Fomentar una percepción realista del propio cuerpo.
- Estimular el interés por otras actividades.

Deben participar psiquiatras, psiquiatra de infancia y adolescencia, psicólogos clínicos, endocrinos, enfermeras de salud mental y enfermera de nutrición.

### **Papel de enfermera de salud mental**

En lo referente a:

- Normas de funcionamiento de la Unidad
- Control de peso diario
- Control de la ingesta de sólidos y líquidos
- Control de evacuación
- Reposo postprandial
- Vigilar rituales, comportamientos anómalos y ocultaciones
- Control (si precisa) de Nutrición artificial y suplementos

Se precisarán comedores donde el equipo de enfermería pueda prestar una atención adecuada a los hábitos alimentarios, salas comunes de actividades que fomenten las relaciones interpersonales y medidas de seguridad para prevenir y controlar las conductas autolesivas o las fugas.

La enfermera de nutrición basará su trabajo con esta patología en dos grandes áreas en el centro hospitalario y en la fase posterior hasta so alta definitiva

### **1. Papel de la enfermera de nutrición: Intervención nutricional**

Se basará en el apoyo al equipo de planta:

- Valoración Nutricional:
  - Peso, talla, IMC
  - Parámetros bioquímicos
  - Medidas antropométricos
- Cálculo de necesidades
- Colaboración en pauta de alimentación
- Alimentación total sustitutiva
- Suplementos
- Tipo de dieta oral
  - Kcal
  - Nº de ingestas
  - Control de comidas
- Progresión de peso

### **Cálculo de necesidades**

Energía: Cálculo sobre peso real no el ideal 25-30 kcal/kg/día. Aprox. 1000 kcal/día de inicio. Aumento progresivo según evolución

Proteínas: Calcular por encima de recomendaciones. 1-1,5 gr/kg/día y en base al peso ideal

Hidratos de Carbono: 50% de la energía total a ingerir

Grasas: 30% de la energía total, 1-1.5gr/kg/día

Micronutrientes

Hay que suplementar ya que con menos de 1500 kcal no está asegurados todos los micronutrientes necesarios en una alimentación equilibrada.

### **Fases del soporte nutricional**

Si la situación del paciente es muy grave y hay desnutrición severa se puede comenzar directamente con una alimentación total sustitutoria. Lo más habitual es elegir una nutrición enteral total por vía digestiva que se puede administrar continua o nocturna a través de una sonda de pequeño calibre. Si el paciente es colaborador puede utilizarse la vía oral

También se puede comenzar por una dieta oral añadiendo suplementos comerciales para alcanzar los requerimientos

Si se prescribe una dieta oral esta deberá ser *Equilibrada*

- Considerar contenido de grasa
- Considerar contenido de fibra
- Elegir alimentos de alta densidad nutricional
- Elegir alimentos de poco volumen
- Reparto en seis comidas al día

Se debe proporcionar progresivamente una mayor cantidad de alimentos básicos, hasta llegar al nivel adecuado de acuerdo a la edad, sexo, talla y peso real al principio del tratamiento. Al mismo tiempo, deben trabajarse los hábitos alimentarios de manera que, su dieta sea completa, equilibrada y bien distribuida durante todo el día. Los alimentos a añadir en el menú deben establecerse con arreglo a lo que la persona ingiere espontáneamente, incrementando su variedad y cantidad según la tolerancia y la evolución, por lo que la motivación y disposición del enfermo, para aceptar las orientaciones en su dieta, son esenciales

## **2. Papel de la enfermera de nutrición: Educación Nutricional**

A veces durante el ingreso, o en fases intermedias antes del alta definitiva, se puede comenzar una fase de educación Nutricional cuando el/la paciente adquiera un estado nutricional mínimo, esté motivado para recibir la educación, comprenda su utilidad y esté de acuerdo en recibirla. *La enfermera de nutrición* planificará esta formación

Los objetivos de la educación nutricional van encaminados a:

- Mejorar el estado nutricional

- Mejorar la actitud y comportamiento alimentario
- Conseguir un número adecuado de comidas y equilibrar la alimentación

### **Problemas durante el ingreso**

A lo largo del periodo, a veces largo, de las hospitalización, los pacientes continuamente manipulan al personal de enfermería, ocultan todo tipo de mecanismos utilizados para la “no” ganancia de peso (vómitos, EF.....) por lo que hace importante la continua negociación.

Los cambios en la alimentación deben realizarse despacio, con tiempo para que se asienten los cambios psicológicos necesarios para aceptar el incremento de peso. La mejora del peso es un índice de evolución favorable, aunque a veces el paciente se intranquiliza si observa que es muy rápido, en especial al inicio del tratamiento

### **Reflexiones para acabar**

Valores como la comprensión, la generosidad, la tolerancia y el respeto por el otro, son fundamentales en la recuperación del paciente con TCA y en la intervención exitosa en todas las fases del tratamiento hasta el restablecimiento de la persona anoréxica

Los TCA constituyen una tragedia personal para el paciente y la familia que tienden, en las actuales sociedades a convertirse en problemas de salud pública. En consecuencia intervenirlos eficazmente exige que los profesionales, cuidadores y pacientes trabajen juntos, integren conocimientos y experiencias; más si se tiene en cuenta que el tiempo para la recuperación es relativo, personal y único

En el momento del alta se elegirá siempre una de estas opciones:

- Seguimiento en las consultas del propio hospital del ingreso.
- Seguimiento periódico en el centro de salud mental.
- Hospital de Día.

Y siempre bajo la supervisión de todo el equipo multidisciplinar y con un papel importante de la *enfermera de nutrición* para trabajar la Educación nutricional

### **Bibliografía**

- Moral Iglesias, Leticia. Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades. Documento técnico.
- Loria Kohen, V. Gómez Candela, C. Manual teórico-práctico de Educación Nutricional en

trastornos de la conducta Alimentaria. Ed: Editores Médicos.2010

- Álvarez Hernández, J. y Cols. Evidencia Científica en Soporte nutricional especializado. Paciente pediátrico, con trastornos de la conducta alimentaria.2006.Ed. Novartis
- De Cos Blanco, A. Gómez Candela C. Nutrición en los Trastornos de la conducta alimentaria. Tratado de Nutrición. Tomo IV. Madrid; 2005
- INSALUD, Ministerio de Sanidad y Consumo. Trastornos del comportamiento alimentario-Criterios de ordenación de recursos y actividades.2000.
- Amaigrasement. Cahiers de Nutrition et de Diététique. Vol 36, N° HS 1 - décembre 2001 pp. 2136
- Annie HUBERT, Matthieu DE LABARRE La dictature de la minceur. Cahiers de Nutrition et de Diététique Vol 40, N° 6 - décembre 2005 pp. 300-306

---

**Isabel González González**, presento en las 21 Jornadas de Enfermeras Gestoras, la comunicación:

### **“AYER, EL HOY Y EL MAÑANA DE UNA BIBERONERÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”**

#### **INTRODUCCIÓN**

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander, cuenta con una Unidad de Biberonería ubicada en el Área Obstétrico - Pediátrica centralizada en donde, hasta hace casi 2 años, se preparaban todas las fórmulas en polvo para lactantes, individual y manualmente, según protocolo adaptadas a las necesidades de cada niño. Así mismo se realizan los procesos de lavado, desinfección y posterior esterilización fuera de la Unidad.

Nuestra biberonería tiene como “clientes” el Servicio de Urgencias Pediátrico, la Unidad Pediátrica de Corta Estancia, U.C.I. Pediátrica, Hospital de Día Pediátrico, 2 Unidades de Enfermería de Pediatría, la planta de Neonatología y la consulta de gastroenterología infantil.

También se proporcionan los biberones necesarios para la recogida de leche materna.

#### **OBJETIVOS**

- Evitar posibles errores en la preparación de biberones
- Disminuir el riesgo de contaminación en la preparación o manipulación de los biberones.

- Reducir el número de biberones solicitados por las plantas, roturas de los envases y pérdidas en su circuito.

#### **MÉTODO**

Después de varias reuniones de trabajo y visitar Hospitales con una organización adecuada a nuestras necesidades para conocer el funcionamiento de sus Unidades, en agosto de 2008, se implanta la alimentación con biberones monodosis para las leches de prematuros y de inicio.

#### **RESULTADOS**

Como consecuencia de este significativo cambio, hemos constatado:

- El número de biberones realizado es significativamente menor, disminuyendo el riesgo de contaminación por manipulación.
- Ahorro importante tanto en el apartado de recursos materiales como humanos.
- Disminución de pérdidas de envases

#### **CONCLUSIONES**

AYER se preparaban todas las preparaciones en polvo para lactantes de forma manual e individualmente.

HOY, las dietas que se hacen son leches especiales, leches de inicio a concentración requerida, papillas y leches de continuación.

MAÑANA, se incorporarán las leches de continuación también líquidas a las que se añadirán cereales para hacer las papillas.

El futuro no muy lejano llevará a la autogestión en cada unidad.

---

Magdalena Jiménez Sanz, enfermera de la Unidad de Nutrición y Dietética del H. U. Marqués de Valdecilla, en colaboración con un grupo de investigadores del Hospital Valdecilla y de la Universidad de Cantabria, ha obtenido el VIII Premio de Investigación otorgado por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. El trabajo premiado analizará los efectos que una suplementación específica para personas con deterioro cognitivo tiene sobre la actividad mental del grupo experimental. La mencionada enfermera nos comunica que considera muy importante la presencia de profesionales de enfermería en proyectos de investigación por constituir un aspecto fundamental para la consolidación de los objetivos profesionales de este sector de la sanidad.

## PUBLICACIONES SOCIOS

### **Comparación a 5 años de dos técnicas de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida seguidos en consulta enfermera**

M.<sup>a</sup> A. Rico Hernández<sup>1</sup>, E. Martínez Sancho<sup>2</sup>, M. Armero Fuster<sup>1</sup>, J. Díaz Gómez<sup>1</sup> y I. Calvo Viñuela<sup>1</sup>

*1Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. 2Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España.*

**Nutr Hosp. 2009;24(6):667-675**

### **Casos clínicos**

#### **Tratamiento dietético de la ascitis quilosa postquirúrgica: caso clínico y revisión de la literatura**

J. Olivar Roldán<sup>1</sup>, A. Fernández Martínez<sup>2</sup>, E. Martínez Sancho<sup>1</sup>, J. Díaz Gómez<sup>2</sup>, V. Martín Borge<sup>1</sup> y C. Gómez Candela<sup>2</sup>

*1Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. 2Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.*

**Nutr Hosp. 2009;24(6):748-750**

## NUESTRAS ACTIVIDADES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

M<sup>a</sup> Lourdes de Torres, como cada año nos envió las actividades que realizó con motivo del DNN, celebrado el 28 de mayo:

-Día 27, charla con celíacos de Aragón, sobre los etiquetados y rueda de prensa en el ICOEZ.

-Día 28 intervención directa en: Zaragoza en la Onda (Onda Cero); Protagonistas Aragón (Punto Radio); Escúchate en Aragón Radio. Aragón en Abierto (Aragón TV);

Taller de etiquetado en H.U. Miguel Servet; Carteles en ICOEZ y en HU Miguel Servet.

Nota personalizada en Heraldo de Aragón

## NOTICIAS DE INTERÉS

Mercedes Armero nos ha hecho llegar la siguiente información sobre su participación en el grupo de atención primaria y riesgo cardiovascular.

Se ha diseñado un cuaderno y hemos comenzado la fase de prueba, de Junio a Diciembre. Es bastante extenso (unas 150 páginas más o menos), pero gran parte de ellas están ocupadas por registros que deberá rellenar el paciente unas y el enfermero que le atiende, otras. Hay una introducción en la que se explica la importancia

de los cuidados y de que el paciente se responsabilice de ellos; también se explica cómo se debe usar el cuaderno, ya que requiere colaboración por parte de los pacientes y de los profesionales enfermeros.

Se han hecho 50 cuadernos para el pilotaje; de los que a mí me han correspondido 4 y que probaré en el centro de salud. Hemos pensado elegir pacientes con 3 ó más factores de riesgo cardiovascular, a los que veremos 5 veces a lo largo de estos 6 meses. En la visita 4 se le entregará al enfermo un cuestionario para que valore el cuaderno y que deberá devolver, contestado, en la última visita, la número 5.

En el momento que pase esta etapa, se evaluará el cuaderno. Os mantendré informados.

La próxima reunión será en el mes de Octubre.

## OTRAS NOTICIAS

### **El CIE elabora un manual sobre los cuidados de las enfermedades crónicas por el Día Mundial de la profesión**

*El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha elaborado, con motivo este miércoles de la celebración del Día Internacional de la Enfermera, un "completo" documento sobre la atención a los enfermos crónicos, que espera sirva de "herramienta de información y difusión social".*

Según informa en un comunicado el Consejo General de Enfermería de España, en el manual se encuentra el trabajo que realizan en enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y ciertos cánceres, que "representan una de las principales amenazas para la salud y el desarrollo humano", y que causan "el mayor número de muertes en el mundo", en concreto, 35 millones de muertes cada año, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, contiene las actuaciones que las enfermeras, de todo el mundo, están desarrollando para contribuir a cambiar la legislación de forma que se faciliten las elecciones saludables, por ejemplo, en lo que se refiere a la fabricación, etiquetado y precios de los alimentos; influir para que se asignen recursos nacionales para favorecer intervenciones eficaces y saludables; colaborar con las escuelas y los lugares de trabajo para promover entornos y prácticas saludables; y, aprovechar todas las oportunidades para informar y educar a los pacientes y a las familias.

Por otra parte, el documento sostiene que "es

urgentemente necesario que las enfermeras de todo el mundo tomen la iniciativa y se comprometan, con todas las partes y todos los sectores de la comunidad, a enfrentarse a la creciente amenaza que las enfermedades crónicas suponen para la salud y el bienestar mundiales".

Para ello, indica que quizá sea necesario que ejerzan influencia y defiendan los derechos en los planos nacional e internacional para que la legislación y la reglamentación faciliten opciones saludables, por ejemplo respecto de la producción, el etiquetado y los precios de los alimentos; influyan para que la asignación de los recursos nacionales se haga sobre una base de pruebas, para favorecer intervenciones eficaces y saludables; colaboren con las escuelas y lugares de trabajo para fomentar entornos y prácticas saludables; y aprovechen las oportunidades para informar y educar a los pacientes y las familias. En el mismo sentido, su presidenta Rosemary Bryant ha hecho un llamamiento a las enfermeras de todo el mundo para que, en su vida personal y en su función profesional, actúen "con decisión" para detener la pandemia de las enfermedades crónicas. "Es más importante que nunca que las enfermeras trabajen para conseguir que las opciones saludables sean opciones fáciles", señala.

---

### **Aumenta el sobrepeso y la obesidad en España, según el INE**

*Unos seis millones de españoles mayores de 18 años (17%) tienen problemas de obesidad, casi un 2 por ciento más que en 2008 (15,6%), y un 36,6 por ciento sobrepeso, más de un 1 por ciento más que el año anterior (37,8%), según la última Encuesta Europea de Salud 2009, publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).*

Según este informe, los problemas con la talla son más frecuentes en los hombres --18,6% con obesidad y 44,2% con sobrepeso-- que en el de las mujeres --15,6% con obesidad y 29,2% sobrepeso--, aunque en ambos sexos se agravan con la edad, ya que, entre las personas con 65 años o más el 43 por ciento tiene sobrepeso y 24 por ciento es obeso. Para el INE, "en el otro extremo destaca el peso insuficiente, que se da en el 8,2 por ciento de los jóvenes de 18 a 24 años", un problema que alcanza "al 13,2 por ciento de las mujeres de este grupo de edad, mientras que en los hombres de 18 a 24 años el peso insuficiente afecta al 3,4 por ciento". Respecto a los hábitos de alimentación, el 71 por ciento de las personas de 16 y más años dice comer verduras y 62,8 frutas 'al menos una vez al día'. Sólo 5 de cada 10

jóvenes de 16 a 24 años consume verduras diariamente, aumentando a 9 de cada 10 en los mayores de 64 años. En el caso de la fruta, más de 4 de cada 10 jóvenes la consume diariamente, frente a siete de cada 10 mayores de 64 años.

Además, el 62 por ciento de la población de 16 y más años realiza alguna actividad física 'intensa' o 'moderada' a la semana --63% en los hombres y 61% en mujeres--, un porcentaje que aumenta un 2 por ciento respecto a 2008, sobre todo en las mujeres, que han pasado de hacer deporte del 57 por ciento en 2008 a hacerlo el 61 por ciento. Por otra parte, el 27 por ciento desarrolla sólo alguna actividad 'ligera' y el 10 por ciento declara no realizar 'ninguna actividad'. Aunque la práctica de ejercicio es similar en ambos sexos, hay diferencias por edades: el 80 por ciento de los hombres de 16 y 24 años desarrolla alguna actividad 'al menos moderada' frente a casi el 65 por ciento de las mujeres. En cambio, en la franja de edad de 45 a 64 años, las mujeres realizan más actividad física: el 67% frente al 58,8% de los hombres.

---

Los científicos jiennenses Pilar Peña, profesora de Enfermería de la Universidad de Jaén (UJA), y Juan García López, del Complejo Hospitalario de Jaén, han empleado la bioimpedancia, un método de monitoreo no invasivo utilizado para evaluar la composición corporal, contenido y distribución del agua corporal, para determinar sistemáticamente la valoración nutricional en pacientes renales.

En una nota, Andalucía Innova indicó que bioimpedancia supone una técnica "poco agresiva, fiable y poco costosa" y se establece como "un instrumento más para valorar la situación nutricional de los pacientes sometidos a diálisis, constituyendo una importante aportación para la labor de educación sanitaria desarrollada por el personal de enfermería que trabaja con pacientes dializados". La profesora de la UJA, Pilar Peña, señaló que con este trabajo se pretende llegar a conocer la composición de la masa corporal de las personas con insuficiencia renal crónica terminal en programa de hemodiálisis, "ya que si se es capaz de determinar esas cantidades, se podría ayudar a estos pacientes evitando posibles complicaciones derivadas de la enfermedad o del tratamiento al que están sometidos". "El conocimiento de la composición corporal y de la distribución de los fluidos en estos pacientes es vital en la evolución clínica desde el punto de vista nutricional y de adecuación de la dosis de diálisis", añadió. En cuanto a los resultados, Peña destacó que serán de una "enorme importancia

para la valoración nutricional del paciente renal". "Pero podrían abrirse otras posibles líneas de investigación en cuanto al contenido total de agua, distribución compartimental, forma de distribución de la urea, e incluso algo muy importante en este tipo de pacientes, como es la aproximación al concepto de 'peso seco'", añadió

## Adelgazar de forma saludable y efectiva

CONSUMER EROSKI, en su compromiso con la información y formación al consumidor, ha elaborado una completa [guía para prevenir la obesidad infantil](#). En uno de sus apartados informa a progenitores y educadores sobre nociones básicas de alimentación en esta [etapa](#) de la vida, donde las necesidades de algunos nutrientes y alimentos son específicas y diferenciadas en comparación con otras edades.

La escuela, con un lenguaje adaptado a los adolescentes y una estética muy visual, dispone de varias herramientas para [enseñar a comer de forma sana](#): un cuestionario para que los adolescentes analicen sus hábitos, consejos prácticos para seguir una dieta sana que ayude a perder peso a quien lo necesita, formas divertidas y prácticas de preparar comida rápida o maneras de disfrutar de distintos alimentos como frutas y pescados.

Si te interesa la información, consulta en: <http://obesidadinfantil.consumer.es>

Merck Serono, división biotecnológica de la compañía químico farmacéutica alemana Merck, ha lanzado '[www.pku.com/es](http://www.pku.com/es)', una *web* que nace con el objetivo de informar y asesorar a pacientes y familiares sobre la fenilcetonuria (PKU), una enfermedad metabólica rara que afecta a la capacidad del organismo para metabolizar la fenilalanina (un aminoácido presente en muchos alimentos ricos en proteínas, presentes en la dieta habitual) que, sin tratamiento, puede generar retraso mental y otros problemas neurológicos.

Esta nueva *web* nace coincidiendo con la celebración del Día Mundial de la Enfermedades Raras, celebrado esta semana, y ofrece en cinco idiomas, incluido el castellano, amplia información sobre esta enfermedad --que en España tiene una incidencia de 1 por cada 12.700 habitantes-- y un directorio de clínicas, dietistas y nutricionistas.

Asimismo, muestra información sobre proveedores de alimentos y suplementos dietéticos que pueden ser útiles en esta enfermedad. Además, '[ww.PKU.com/es](http://www.PKU.com/es)' ofrece acceso directo a las *webs* de asociaciones de

pacientes en España y otros países europeos, junto a las de otras *webs* internacionales relacionadas con la PKU, informaron sus creadores.

Para asegurar un fácil acceso a dicha información, la página agrupa sus contenidos en cuatro apartados: 'Padres de recién nacidos con PKU', donde los padres de recién nacidos con PKU encontrarán toda la información relativa a los cuidados de su bebé, el significado de los términos relacionados con la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles.

## LIBROS

**M<sup>a</sup> Antonia Rico Hernández Tesorera**, nos recomienda para profundizar en el tema de la ENFERMEDAD CELÍACA la lectura del "Libro blanco de la enfermedad celíaca" Coordinado por la Dra. Isabel Polanco. INUTCAM Salud Madrid. Editado por ICM. Madrid 2008. Además nos ha realizado el siguiente resumen y puesta al día sobre el tema.

### La importancia de un diagnóstico precoz

La Enfermedad celíaca (E.C.) es un proceso autoinmune, que consiste en una intolerancia al gluten de por vida. Se produce en individuos genéticamente predispuestos (HLA- DQ2/DQ8). Cursa con una enteropatía de la mucosa del intestino delgado, favoreciendo la malabsorción de nutrientes.

La prevalencia de la enfermedad es del 1%, estando infradiagnosticada sobretodo en adultos, ya que de cada caso diagnosticado, entre un 5 y un 15% está, sin diagnosticar.

Un estudio de prevalencia realizado en 2008 por la Consejería de Sanidad de Madrid, ha puesto de manifiesto que mediante un cribaje realizado en escolares madrileños de 6 -18 años; 1 de cada 79 escolares es celíaco y 2 de cada 3 celíacos no habían sido diagnosticados en el momento del estudio. Es muy necesario, por tanto, la necesidad de favorecer el diagnóstico precoz.

Las manifestaciones clínicas de la E.C. son distintas en niños, adolescentes y adultos.

#### ◆ Manifestaciones clínicas en el niño:

Síntomas: diarrea, anorexia vómitos, irritabilidad, tristeza, dolor abdominal y estreñimiento.

Signos y alteraciones : Distensión abdominal, malnutrición, hipotrofia muscular, retraso pondero-estatural, anemia ferropénica, hipertransaminasemia.

#### ◆ Manifestaciones clínicas en el adolescente:

Síntomas: Frecuentemente asintomático, hábito intestinal irregular, menarquia retrasada, irritabilidad, dolor abdominal, artralgias/ dolores óseos, cefaleas, depresión.

Signos y alteraciones: Distensión abdominal, aftas orales recidivantes, hipoplasia del esmalte, talla baja no justificada, debilidad muscular, artritis, osteopenia/osteoporosis, anemia ferropénica.

◆ **Manifestaciones clínicas en el adulto:**

Síntomas: Dispepsia, diarrea crónica/estreñimiento, Síndrome de intestino irritable, artralgias/ dolores óseos, cansancio, infertilidad/abortos, depresión/ ansiedad, ataxia progresiva, menopausia precoz, parestesias, tetania.

Signos y alteraciones: Malnutrición por malabsorción, hipertransaminemia, edemas por hipoalbuminemia, neuropatía periférica, alteración coagulación, debilidad muscular, miopatía proximal, osteopenia/osteoporosis, anemia ferropénica, hipoesplenismo.

**DIAGNÓSTICO:**

√ **Datos clínicos**: La anamnesis junto con un examen físico cuidadoso, permite establecer el diagnóstico de sospecha de E.C. en aquellos casos que cursen con una sintomatología convencional.

√ **Marcadores Serológicos**: Análisis de Ac de la clase IgA.

- Ac. Antigliadina: Presencia de los Ac. frente a los Ag titulares dirigidos frente a las gliadinas ( fracción proteica del trigo soluble en alcohol) Poseen una sensibilidad y especificidad del 40-60%. Detecta las transgresiones de la dieta con una mayor sensibilidad en niños menores de 2 años.
- Ac. Antiendomiso: Proteína del tejido conectivo que rodea las microfibrillas del tracto gastrointestinal. A mayor positividad, mayor lesión intestinal. La sensibilidad y especificidad es del 95%. No detecta transgresiones en la dieta.
- Ac. Antitransglutaminasa tisular: Asociada a fibras que rodean al músculo liso y fibras endoteliales del tejido conectivo. Es el marcador de mayor sensibilidad y especificidad, siendo superior al 95%. No detecta transgresiones.
- Ac. Antipéptidos de Gliadina deamidada: son los de mayor especificidad de EC sobre todo para la detección de la transgresiones en la dieta, sin embargo la sensibilidad y especificidad para el diagnóstico es más baja de lo esperado, 60 %.

√ **Estudio Genético**: en la EC existe una asociación demostrada entre la presencia de determinadas variantes alélicas en genes de la región de clase II del complejo mayor de histocompatibilidad y la predisposición a padecer la enfermedad. En concreto, alelos que codifiquen proteínas HLA asociado a moléculas de tipo DQ2-DQ8. De hecho, el desarrollo de EC resulta raro en ausencia de estas dos variantes DQ2 y DQ8 , que en conjunto están presentes en 95 – 99% de los pacientes celíacos.

Población general: 30-40% HLA DQ2

√ **Biopsia Intestinal**: Es imprescindible la realización de, al menos, una biopsia intestinal y estudio histopatológico de una muestra de mucosa obtenida a nivel duodeno yeyunal. El estudio histopatológico conlleva la identificación de cambios estructurales y alteraciones citológicas que, únicamente en un contexto clínico y serológico adecuado, permite establecer el diagnóstico inicial de EC.

En el momento actual casi nadie pone en duda la necesidad de la primera biopsia intestinal en el momento de realizar el diagnóstico de sospecha y **antes de iniciar la dieta sin gluten**. Los criterios para el diagnóstico de EC, revisados en Budapest 1990, solo aconsejan una segunda biopsia intestinal de control de normalidad, después de una dieta sin gluten en aquellos casos en el que el paciente estuviera asintomático cuando se realizó la primera biopsia, o en caso de que la respuesta clínica a la supresión de gluten de la dieta haya sido dudosa y cuando el diagnóstico de sospecha se haya realizado antes de los dos años de edad.

**COMPLICACIONES**

Algunas complicaciones que el enfermo celíaco **sin tratamiento** puede presentar a medio y largo plazo son: Hipoesplenismo, insuficiencia pancreática exocrina, osteoporosis, yeyunoileitis ulcerativa crónica, colitis microscópica, sobrecrecimiento bacteriano, EC refractaria, linfoma no Hodckin, y carcinomas digestivos de faringe, esófago, estómago y recto.

**ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

Las enfermedades autoinmunes son un grupo de síndromes clínicos caracterizados por la activación linfocitaria, en ausencia de infección u otra causa identificable. Existe una asociación entre enfermedad celíaca y diversas enfermedades autoinmunes.

Actualmente es una cuestión a debate, si la EC es un proceso inflamatorio con respuesta autoinmune secundaria asociada, o si se trata de una

enfermedad autoinmune primaria inducida por factor exógeno conocido.

Los procesos autoinmunes asociados con E.C. son 10 veces más frecuentes que la población en general, y hasta 7 veces más frecuentes en pacientes diagnosticados por encima de 20 años. Esta asociación se cree que es debida a que todas comparten una misma base genética (alelos del sistema HLA) y a la existencia de mecanismos inmunológicos comunes.

#### **Procesos autoinmunes asociados a EC:**

Dermatitis Herpetiforme(100%); Diabetes Mellitus Tipo I (5-8%); Tiroiditis Autoinmune (4-8%); Déficit Selectivo IgA(5%); Neuropatía, Enfermedad de Addison, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Miocarditis Autoinmune, Linfoma, Artritis reumatoide, Lupus Eritematoso, Vitiligo y Alopecia areata, Psoriasis, Hepatitis Autoinmune, Cirrosis Biliar, Colitis microscópica, Púrpura trombocitopénica, Sarcoidosis.

#### **ENFERMEDADES ASOCIADAS**

Ciertos procesos o enfermedades se van a asociar con un mayor riesgo de presentar EC, bien por compartir una predisposición genética conocida (familiares de enfermos celíacos), por mecanismos inmunológicos (Diabetes Mellitus Tipo I, Tiroiditis Autoinmune...) o por factores no conocidos;

S. Down (10%), S. Turner (4-8%), S. Williams, Fibrosis Quística, S. Fatiga crónica, Fibromialgia Epilepsia, S. Cerebeloso/Ataxia, Depresiones Recurrentes.

En diciembre de 2009, en el Congreso de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid, se presentaron los primeros resultados del estudio de investigación que están realizando en conjunto el Servicio de Reumatología del Hospital Puerta de Hierro y la Asociación de Celíacos de Madrid.

Objetivo: investigar la utilidad de la dieta sin gluten (DSG) en pacientes con afectación severa por fibromialgia o dolor musculoesquelético crónico generalizado, con serología y/o biopsia negativas.

A partir de diciembre 2008 se realiza el seguimiento a los pacientes con DSG muy estricta, registrándose si ha habido una mejoría clínica relevante; los motivos para clasificar al paciente como "mejoría clínica relevante han sido: estar asintomático, no tener dolor generalizado, volver a trabajar, recuperar vida activa normal, pasar de vida limitada en cama o en silla de

ruedas, a caminar, retirada de psicofármacos y analgésicos, y mejoría clara de situación general a juicio del paciente.

Hay 160 pacientes incluidos en el estudio, 73 realizan DSG estricta, con Ac negativos; biopsia duodenal en el 90% sin atrofia vellositaria.

De los 73, hay mejoría clínica relevante en 25 (34%).

Estos son los primeros resultados de una investigación en curso.

Una posible explicación sería que puede haber una afectación leve en la biopsia duodenal, junto con los marcadores de susceptibilidad genética para EC.

#### **TRATAMIENTO DE LA E.C.:**

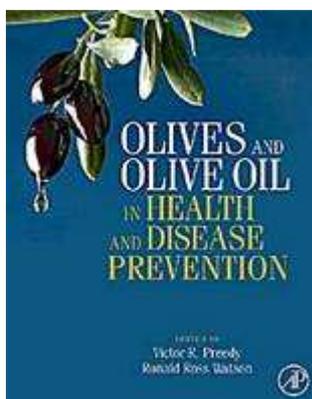
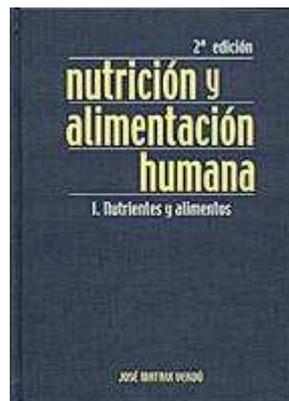
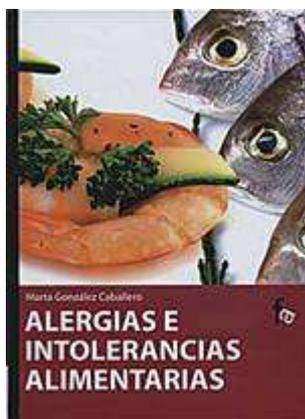
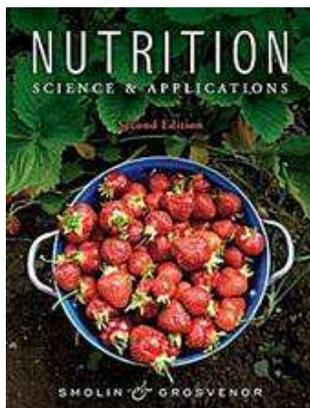
El único tratamiento eficaz de la EC es una **dieta estricta exenta de gluten** durante toda la vida.

Tratamiento sencillo pero con dificultades importantes a la hora de realizarlo estrictamente, por los condicionamientos de la vida social, el elevado coste de los productos dietéticos especiales y las dificultades tecnológicas para garantizar la ausencia de gluten.

#### Estrategias de tratamiento en investigación como alternativa a la dieta exenta de gluten:

- Prolylendopeptidasas, enzimas producidas por distintos microorganismos: Flavobacterium meningosepticum, Aspergillum Níger, Recombinante EP-B2.
- Cereales exentos de péptidos tóxicos gluten obtenidos mediante ingeniería genética.
- Sustancias bioactivas (Manan, glucosaminas) protectoras de la mucosa intestinal.
- Tratamiento farmacológico que interfiera en los distintos escalones de la respuesta inmunológica: bloqueo de receptores DQ2, de la Interleukina 15(IL15), de la TTG.
- Vacuna: a partir de Bordetella pertusis, que posee en su genoma una secuencia peptídica igual a la del gluten.

**Novedades Editoriales de Nutrición,  
Dietética y Tecnología de los Alimentos**



**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: [isabelcvjib@yahoo.es](mailto:isabelcvjib@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)