



Asociación de Diplomados en Enfermería
de Nutrición y Dietética.

BOLETIN INFORMATIVO

Nº 11, octubre de 2004

- Presidenta:** Dña. M^a Lourdes de Torres Aureo. H.U. Miguel Servet. Zaragoza.
E-mail: marilurde@terra.es
- Vicepresidenta:** Dña. Mercedes López-Pardo Martínez. H.U. Reina Sofía. Córdoba.
E-mail: mlopezparado@uco.es
- Secretaria:** Dña. M^a Luisa Sanz Muñoz. Complejo Hospitalario. H. Santa Bárbara. Soria.
E-mail: msanz@hsor.sacyl.es
- Tesorera:** Dña. M^a Teresa Motilla Valeriano. H.U. Puerta de Hierro. Madrid.
E-mail: temotilla@terra.es
- Vocales:** Dña. Natalia Ibáñez López. C. S. Bustarviejo. Madrid.
E-mail: nataibalo@hotmail.com
- Dña. Concepción Vázquez González. H.U. Vall D´ Hebrón. Barcelona.
E-mail: conciwg@hotmail.com
- Dña. Concepción Ibáñez González. Complejo Hospitalario. H. Santa Bárbara. Soria.
- Coordinadora Boletín:** Joaquina Díaz Gómez. H.U. La Paz. Madrid.
E-mail: joaqui.diaz@teleline.es

Información general de la Junta Directiva

Desde mayo pertenecemos a la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) y hemos sido incluidas en los diferentes Comités: Presidencial, M^a Lourdes de Torres Aureo, Organizador, Joaquina Díaz Gómez y en el Científico Natalia Ibáñez López.

Vicepresidenta y Coordinadora grupo NIPE

En la tarde del día 17 de Septiembre del 2004 se celebró en Málaga la segunda reunión general del grupo NURSE (Reunión Enfermeras de Nutrición del Sur).

En dicha reunión, se informó de los trabajos realizados que han sido incluidos en el grupo, desde el 24 de septiembre del año anterior hasta la actualidad, y son los siguientes:

1. Proyecto NIPE

Coordinadora

Mercedes López-Pardo Martínez

Grupo monitor

José Luís Fenoy Macias, Julia Fraile Bustos, Inmaculada Gavilán Roperro, Ana Domínguez Maeso, Pepa del Sol Arroyo, Victoria Fernández Ruiz, María José de la Torre

En este momento, este proyecto se encuentra en el proceso final de las intervenciones:

- Enseñanza de la dieta prescrita.
- Manejo de la nutrición

Intervenciones previstas para comenzar próximamente:

- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
 - Asesoramiento nutricional.
2. Trabajo sobre protocolo de implantación de la sonda Bengmark (nasointestinales N. E.) cuya realización está siendo llevada a cabo por Rocío Guisado Moran.
 3. Colaboración con la Junta de Andalucía en la elaboración de los procesos de nutrición. Los representantes de enfermería son: Carmen Mellado Pastor y José Luís Fenoy Macias. Dicho grupo ha llevado a cabo cuatro reuniones, contando siempre con la

colaboración de los miembros del grupo NURSE

4. Elaboración del mapa de competencias. El cual está siendo diseñado por: Ana M^a Morales Peña y Luís Miguel González
5. Diseño de la “Metodología Nurse” para el tratamiento de la obesidad. Cuya elaboración está siendo confeccionada por: Estrella Cañones Castelló, Mercedes López-Pardo Martínez, M^a José de la Torre Barbero y M^a Victoria Fernández Ruiz.

Durante la reunión se plantea la necesidad de dar un marco legal al grupo y que pueda ser realmente, representativo. Durante este trimestre se realizarán las fichas de inscripción al grupo con los datos de los participantes y unos estatutos que regulen las responsabilidades de los miembros del mismo.

Luís Miguel González Peña queda encargado de realizar un proyecto con dichos estatutos por lo que quedamos muy agradecidos, ya que, sin pertenecer directamente a un servicio de nutrición, se ha prestado a trabajar y asesorarnos en muchas ocasiones.

Durante la reunión se acuerda seguir siendo un grupo de trabajo respaldado e integrado en ADENYD y la SANCYD; por tanto, cuando se realicen todos estos trabajos, se comunicarán a ambas sociedades para su aprobación.

Cualquier enfermero/a que no esté en contacto con nosotros y quiera pertenecer al grupo deberá comunicarlo al secretario del grupo Augusto Adrián Pérez Mateo, Supervisor de la Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición del Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Cartas dirigidas a la Asociación

Dña. Magdalena Jiménez Sanz
Unidad de Nutrición y Dietética
H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.

[Estimad@s compañer@s:](mailto:Estimad@s_compañer@s:)

Mi deseo es comunicaros, en mi condición de vocal de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), que esta sociedad multidisciplinar, en la que entre otros colectivos participamos enfermeras, ha iniciado una nueva actividad que considero interesante para nuestro colectivo y creo contribuirá al desarrollo del conocimiento de la Enfermería y la Dietética. Se ha realizado el I Foro de Formación SENPE para Enfermería y Dietética (Granada 19/06/04), reunión que ha querido ser el comienzo de futuros Foros para nuestros colectivos, donde poder debatir, compartir y aunar proyectos y trabajos que surjan en nuestras áreas de conocimiento.

El tema elegido por el comité científico-educacional de SENPE para este I Foro y aceptado por la junta directiva fue el de “*Medicina Basada en la Evidencia: su utilidad y su aplicación práctica*”. Cuando el programa fue presentado recibí felicitaciones y también quejas por el tema elegido. El día anterior al inicio del Foro recibí un correo de nuestra presidenta de ADENYD, en la que me indicaba el desacuerdo de la junta directiva y de algunos socios con el título y ponentes. Todos los comentarios son siempre de agradecer cuando las formas y modos son los adecuados, ya que contribuyen a la mejora de los planteamientos iniciales. Seguidamente os resumo el Foro.

En la introducción a la jornada, presenté las definiciones de la Medicina y la Enfermería Basada en la Evidencia, ambas bajo el paraguas más general de la Atención Basada en la Evidencia y de los objetivos generales que debe alcanzar la práctica de la Enfermería Basada en la Evidencia. A continuación, Ana Pibernat (Hospital J. Trueta), expuso un caso de aplicación práctica en el Proceso de una Guía Práctica de Nutrición con un caso de diabetes gestacional. A. García de Lorenzo (Hospital La Paz) nos habló de los objetivos, conceptos, y las herramientas de búsqueda, tanto activas como pasivas. Finalmente abordó el cómo evaluar las guías clínicas por medio de ejercicios prácticos y técnicas de búsqueda bibliográfica. J. C. Montejo (Hospital 12 de Octubre), expuso los métodos de evaluación de los artículos científicos y la literatura médica; se hicieron ejercicios prácticos de análisis de publicaciones originales, revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis.

Al finalizar el Foro, se pasó una encuesta a los asistentes para valorar el curso.

Los resultados de la encuesta los presento en la siguiente tabla.

PRIMER FORO DE FORMACIÓN SENPE PARA ENFERMERÍA Y DIETÉTICA JUNIO 2004

VALORACIÓN DEL CURSO				
Nº TOTAL DE ENCUESTAS 69	BAJO	MEDIO	ALTO	NS / NC
1 ¿Se han formulado los objetivos del curso al inicio del mismo?	...	20%	70%	10%
2 ¿Ha cumplido el curso sus expectativas?	6%	30%	62%	1%
3 Calidad global del curso	...	25%	75%	...
4 Grado de utilidad de los temas tratados.	4%	20%	71%	4%
5 Método de trabajo empleado.	3%	33%	62%	1%
6 Capacidad pedagógica del profesorado.	...	10%	88%	1%
7 Grado de participación	15%	42%	41%	3%
8 Duración	22%	40%	35%	3%
9 Información previa al curso.	30%	42%	25%	3%
# Local, instalación y ambientación	3%	19%	70%	8%
11 Nivel del Curso	...	23%	73%	4%

Yo creo que el Foro ha sido una herramienta pluridisciplinaria que ha servido para ayudarnos a incrementar nuestros conocimientos en la evaluación y valoración de resultados clínicos en nutrición.

Un abrazo
Magdalena Jiménez Sanz

Actividades Científicas de los socios

En el XX Congreso de la SENPE, participaron en el Curso Básico de Nutrición para Diplomados de Enfermería y Dietética y en las mesas redondas, compañeras nuestras y que amablemente nos han enviado los siguientes resúmenes:

DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

Dña. M^a Rosario Tarrazo Espiñeira
H. San Agustín. Avilés

La desnutrición es una de las causas que inciden de forma negativa en la morbi-mortalidad de los pacientes ingresados en los hospitales. Existen estudios que demuestran la existencia de desnutrición en un 30% de los pacientes ingresados; esta cifra puede aumentar hasta el 50% en pacientes con patología tumoral. También se incrementa el riesgo de desnutrición en aquellos pacientes que ven prolongada su estancia hospitalaria.

Se podría definir la desnutrición como: “Un trastorno de la composición corporal que se caracteriza por un exceso de agua extracelular, déficit de potasio y de masa muscular, asociado con frecuencia a disminución del tejido graso e hipoproteïnemia, que interfiere con la respuesta normal del huésped a su enfermedad y tratamiento”. (Sitges Serra)

Clasificación:

1-Marasmo o desnutrición calórica- Se produce por un déficit parcial o total de energía y nutrientes o por una mala utilización de los mismos. Se produce pérdida ponderal entre otros signos. Ej.: estenosis esofágica

2-Khashiorkor o desnutrición proteica- Producida por insuficiente aporte proteico o por un incremento de las necesidades proteicas. Frecuente la aparición de edemas debido a hipoalbuminemia. Ej.: politraumatismo

3-Mixta o calórico-proteica- Se presenta en aquellos paciente con desnutrición marasmática previa que sufren una enfermedad aguda. Es la forma más grave de desnutrición porque afecta a todos los compartimentos. Ej.: SIDA

4-Estados carenciales- Se producen cuando hay déficit de algún nutriente, básicamente vitaminas y oligoelementos; no suele aparecer aisladamente, sino en el seno de algún tipo de desnutrición. Ej.: anemia ferropénica

Etiología:

Son muy variadas las causas que originan la desnutrición en los pacientes hospitalizados. Situaciones prolongadas de ayuna, abuso de sueroterapia, requerimientos aumentados y no debidamente cubiertos, falta de registros de enfermería que reflejen ingestas, evolución ponderal del paciente, etc.

Consecuencias:

La desnutrición conlleva una serie de repercusiones negativas para el paciente. Retraso en la formación del callo de fractura en pacientes traumatológicos, cicatrización lenta y dificultosa de la herida en pacientes quirúrgicos, disminución de la capacidad de respuesta inmune con incremento del riesgo de infecciones postoperatorias y la aparición de úlceras por decúbito son algunas de ellas. Aparte de las consecuencias anteriormente expuestas conviene saber que todos los órganos/aparatos, en mayor o menor medida, resultan afectados como consecuencia de la desnutrición.

Enfermedades ocasionadas por deficiencia de nutrientes:

El agua tiene unas funciones fundamentales en nuestro organismo, entre ellas la de ser solvente de muchos solutos orgánicos, aparte es componente de todos los tejidos corporales, actúa como medio de transporte de nutrientes diversos y mantiene la temperatura corporal. Su déficit produce la deshidratación, lo cual descompensaría también los electrolitos que van disueltos en ella y son fundamentales, entre otras cosas para el mantenimiento del equilibrio ácido-base, para la distribución del agua y el mantenimiento de la irritabilidad muscular.

Los antioxidantes (vit A, C, E, Selenio), contrarrestan los efectos perjudiciales de los radicales libres, evitando la destrucción de la membrana celular y potenciando el sistema inmunológico; por lo que su déficit acarrearía un incremento de la tasa de infecciones.

El calcio la vitamina D y el fósforo en situaciones de déficit producen osteoporosis, osteomalacia y raquitismo en los niños.

El déficit de Fe y Cu, produce anemia microcítica hipocrómica, y el de vit B12 y ácido fólico anemia megaloblástica; estos déficits son los más comunes en el medio hospitalario.

Así pues, podemos concluir que el mantenimiento de un correcto estado nutricional

en el paciente hospitalizado incide positivamente en tres puntos:

- Promoviendo la curación de la enfermedad de base.
- Evitando o disminuyendo el número de complicaciones.
- Acortando la estancia hospitalaria.

CÁLCULO DE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES

Dña. Gloria Cabezas García
H.U. Valladolid

La primera recomendación establecida basándose en conocimiento científico, fue en el periodo de la recesión económica de 1880, el Dr. Eduar Smith estableció la ración mínima para paliar el hambre y el ayuno en 3000 calorías y 80 g de proteínas.

En España, el Centro Superior de Investigaciones Científicas elaboró unas tablas de ingestas recomendadas en energía y nutrientes para la población española en el año 1981, revisadas en 1994. En este mismo año la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), con el consenso de la Unidad de Nutrición de la Oficina Regional para Europa de la OMS, confeccionó unos objetivos nutricionales para la población española, en los que matiza las recomendaciones de la OMS; en la formulación de estos objetivos tuvieron en cuenta los hábitos de consumo de la población española.

El interés prioritario de la ciencia ha estado orientado hacia la supresión de las enfermedades carenciales de origen nutricional. Y de esta preocupación por los aspectos cuantitativos de la dieta se ha pasado gradualmente a considerar la importancia de los aspectos cualitativos del proceso alimentario.

El objetivo de estas directrices es el de orientar a la población general, o a distintos grupos de edad, sobre los niveles de ingesta de nutrientes que, permitan alcanzar un estado nutricional óptimo en la mayor parte de la población.

Necesidades y recomendaciones

Las necesidades energéticas de un individuo son la cantidad de energía alimentaria que debe ingerirse para compensar el gasto energético en función de la talla, la composición corporal, el nivel de actividad física y el mantenimiento de una buena salud. En los niños, las necesidades energéticas incluyen las asociadas a la formación de tejidos

La determinación del gasto energético total puede hacerse por diferentes métodos, la forma más habitual es a través de ecuaciones predictivas

que comúnmente tienen en cuenta, edad, peso, talla y sexo.

Proteínas

Son los principales elementos de las células y tejidos del organismo. La recomendación para la población sana adulta en general es mantener la ingesta en torno a 0,8 g/ Kg de peso/ día; de 1,2 y 1g/ Kg de peso/ día para niños de 1 a 10 años y adolescentes respectivamente. En los objetivos propuestos para la población española, por la SENC, fue que el aporte energético proporcionado por las proteínas fuera del 13% del volumen energético total.

Hidratos de carbono

Son la base de la alimentación de gran parte de la población mundial. Los objetivos nutricionales fijados por la SENC, recomiendan un aporte entre el 50 – 55% de la energía de la dieta. El consumo de fibra debería ser superior a 25g/día.

En la edad infantil, se recomienda un incremento gradual del consumo de hidratos de carbono a partir de los 2 años, de manera que, a los 5 años los niños sigan las recomendaciones de los adultos.

Grasa

Son necesarias para la realización de importantes funciones en el organismo. Los aportes, según la SENC, son que la cantidad de grasa total no supere el 30% de la energía total; con el siguiente reparto: ácidos grasos saturados el 7 – 8 %, ácidos grasos poliinsaturados el 5 % y los ácidos grasos monoinsaturados el 20 %.

Para los niños y adolescentes, el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición recomendó, la ingesta en un 35 % del contenido calórico total, con un reparto del 8 – 12 % en forma de ácidos grasos saturados, del 6 al 10 % para los poliinsaturados y los monoinsaturados, no existe necesidad de restringirlos, debiendo ser superior al 15 %.

Agua

Es el elemento más abundante en el organismo humano. Se recomienda la toma de 1ml/Kcal ingerida en adultos y 1,5 ml/ Kcal ingerida en niños. En relación con el peso corporal, las necesidades son de 35 ml/ Kg de peso en adultos y de 50 –60 ml /Kg de peso en niños.

Sodio

Es el catión extracelular más importante. La ingesta oral recomendada en adultos es de 30 a 40 mg / Kg y de 9 mg / Kg en niños.

Calcio

Es el mineral más abundante. Se aconseja un aporte de 800 mg/ día hasta los 6 años. A partir de

esa edad y hasta los 10 años puede mantenerse el mismo nivel de ingesta, parece que cifras superiores hasta 1200 mg/ día pueden aumentar el depósito de calcio en el hueso. Desde los 11 años y hasta finalizar la adolescencia el aporte oscila entre 1200 – 1500 mg/ día; y en adultos 1200 mg/ día.

Conclusión

El conocimiento de los requerimientos nutricionales durante todo el ciclo de la vida y en varios estados patológicos, es esencial para promover una buena salud.

PLANTEAMIENTO PRÁCTICO DEL SOPORTE NUTRICIONAL

Dña. Isabel Calvo Viñuela
H.U. La Paz. Madrid.

Los hábitos alimentarios son un factor determinante de estado de salud en la población. La mejora del estado nutricional ha contribuido al descenso de las enfermedades infecciosas mientras que en los países desarrollados es bien conocido que unos hábitos alimentarios inadecuados se relacionan con un gran número de enfermedades: HTA, cáncer, obesidad.

Coexisten dos marcos de actuación:

- En la atención primaria, los profesionales sanitarios conocen las características demográficas y sociales de la población a la que atienden y es lugar idóneo donde se debe enfatizar la labor de prevención y consejo sobre hábitos alimentarios saludables. La educación del paciente y de su entorno junto con la sensibilización y formación del personal sanitario son herramientas imprescindibles para lograr una buena alimentación.

- Y en el hospital, ya han pasado veinte años desde que la malnutrición hospitalaria se identificó como un problema no sólo en patologías médicas sino quirúrgicas. La hospitalización asocia una mayor prevalencia de malnutrición, reconocida por una oportuna valoración y debido a una serie de actitudes en el medio hospitalario.

Desde estos dos marcos se debe ejercer una especial vigilancia sobre el estado nutricional de aquellas personas que sufren situaciones de aislamiento, depresión y dificultad para una adecuada ingesta en su domicilio. Ya que son múltiples los factores que llegan a dificultar una alimentación adecuada y suficiente: alteraciones para la deglución, enfermedades gastrointestinales, etc.

Si quedara reseñado en la historia de enfermería de hospitalización el peso del paciente al ingreso junto con unas simples observaciones y preguntas acerca de la ingesta, de una inesperada

pérdida de peso, se podría identificar a los pacientes de riesgo y beneficiarse lo más pronto posible de una intervención nutricional que consiste en la actuación terapéutica oportuna cuando apreciamos que el paciente no tiene un estado nutricional adecuado con la ingesta de las dietas basales que el hospital dispone.

Nuestro objetivo nutricional es asegurar la ingesta de energía y de cada uno de los nutrientes a través de una dieta en aquellos pacientes que requieren un plan alimentación especial y que generalmente supone una modificación en energía y nutrientes o una modificación de la textura de los alimentos y bebidas.

Modelos de intervención nutricional:

Siempre que exista capacidad para la alimentación oral, la dieta, bien sea equilibrada y acorde con las guías de alimentación saludable o modificada en textura, juega un importante papel en el soporte nutricional de estos pacientes.

- **Alimentación Básica Tradicional:** Es la elección ideal y eficaz para alimentarse, siempre y cuando aporte todos los nutrientes necesarios, aunque se modifique la textura a través de la trituración. El consejo dietético suele resultar muy efectivo en pacientes con riesgo de desnutrición.

- **Alimentación Básica Adaptada:** favorece la nutrición de la persona que no puede alcanzar un adecuado aporte nutricional con la alimentación triturada.

1. Dietas trituradas de alto valor nutricional.
2. Modificadores de la textura (espesantes, bebidas espesadas, agua gelificada y gelificantes).
3. Módulos y suplementos nutricionales para enriquecer la dieta (Módulos de macro y micronutrientes, módulos específicos y suplementos).

- **Suplementación:** La administración de fórmulas nutricionales por vía digestiva que no requiere el empleo de sonda de alimentación. La indicación de la suplementación dependerá del trastorno y su situación nutricional. Se elegirá el suplemento según las necesidades energético-proteicos de cada paciente y de su condición clínica.

DEFINICIÓN DE PROTOCOLOS DIRIGIDOS A CUIDADORES DE PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

Dña. Magdalena Jiménez Sanz.

H. U. “Marqués de Valdecilla”. Santander

La introducción de la técnica de nutrición enteral en el domicilio (NED) ha supuesto un importante avance, como parte fundamental de los tratamientos, y el hacer posible que el paciente se libere de la estancia en el hospital sin que esto

condicione su estado nutricional. Además de suponer una importante reducción de los costes hospitalarios. Para poder llevar a cabo la NED es necesario desarrollar un modelo organizativo que debe iniciarse en el “protocolo de alta hospitalaria”, considerando fundamental la fase de “educación y entrenamiento de los pacientes y/o cuidadores”, para garantizar una adecuada administración de la nutrición. El desarrollar un programa educativo con unas fases de aprendizaje y una metodología que aseguren la asimilación de los conocimientos tanto teóricos como prácticos es imprescindible, puesto que vamos a transferir la responsabilidad de los cuidados al paciente y/o cuidador, apoyado en su seguimiento por el equipo de Atención Primaria y la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCYD). Es de destacar en España la labor que viene realizando el grupo NADYA (Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria) para optimizar la asistencia dirigida a estos pacientes.

I Protocolo de Alta Hospitalaria del paciente con NED

1. Valoración del entorno familiar y social
2. Grado de aceptación y responsabilidad
3. Lugar de residencia del paciente
4. Fases a seguir en el pre-alta de la NED
 4. 1. Fase de adaptación al soporte nutricional
 4. 2. Fase de educación y entrenamiento
 4. 3. Fase de planificación del traslado
 4. 4. Fase de coordinación y apoyo con el equipo receptor
 4. 5. Fase de seguimiento.

II Diseño de un programa educativo para pacientes y/o cuidadores con NED

1. El aprendizaje (motivar e incentivar), con los métodos de educación, la demostración práctica y las metas a conseguir.
2. La enseñanza.
3. Entrenamiento del paciente/cuidador.
4. Cuidador del paciente, informal y formal como son el servicio de ayuda a domicilio (SAD), la enfermera de Atención Primaria y el personal auxiliar y/o de enfermería en instituciones o residencias.

5. ¿Dónde se educa al paciente y/o cuidador?

III Protocolo de educación y adiestramiento paciente/cuidador

La cuidadosa enseñanza del cuidador tiene unos objetivos un procedimiento y un programa que hay que desarrollar.

IV Control y seguimiento en el que intervienen un gran número de profesionales de la salud, que van a proporcionar una atención integral al paciente en el domicilio.

Conclusiones

Hay que garantizar al paciente el adecuado aporte nutricional y para ello se procederá a una correcta enseñanza de los cuidados necesarios para garantizar la administración de la nutrición. Es necesaria la existencia del cuidador informal y de un equipo sanitario multidisciplinar de seguimiento, que realicen su trabajo de manera coordinada.

PROTOCOLO DE NUTRICIÓN PARENTERAL

Dña. Herminia Lorenzo Benítez
H.U. Cabueñes Gijón

Desde 1620, cuando se produjeron los primeros intentos de administrar tratamientos por vía endovenosa a animales hasta el momento actual, ha habido una evolución en la administración de nutrición parenteral en todos los aspectos implicados en ella, tanto materiales como humanos. En la Nutrición parenteral (NP), la investigación ha modificado tanto la composición de la unidad de nutrientes que ha permitido individualizar su administración según patologías con las modificaciones adecuadas en proteínas, lípidos y carbohidratos.

En cuanto a los materiales, la evolución de la composición de los catéteres intravenosos ha permitido alargar el tiempo de administración e incluso la forma con el menor riesgo posible de infecciones nosocomiales e incluso con disminución de la morbi-mortalidad; por otro lado la evolución de los sistemas de administración, las bolsas que contienen los nutrientes y la creación y evolución de bombas de infusión ha permitido una mayor facilidad de manejo a la hora de la administración de nutrición parenteral domiciliaria (NPD), permitiendo reintegrar al paciente a su entorno habitual con una mayor independencia de cuidados y aumentando su calidad de vida.

Asimismo, la formación de los profesionales implicados en los pacientes con nutrición ha dado lugar a la constitución de equipos de trabajo con formación específica para coordinar la asistencia a estos pacientes: Unidades de Nutrición, Unidades de Nutrición Domiciliaria, Unidades de Hospitalización a Domicilio. Equipos de Asistencia Domiciliaria y equipos de Atención Primaria.

En el ambiente hospitalario, la experiencia ha llevado a la creación de protocolos que permiten poner en marcha los planes de cuidados imprescindibles para instaurar, administrar y realizar un buen seguimiento en los pacientes con Nutrición parenteral.

Estos protocolos nos permiten conocer el concepto de NP, las indicaciones, los objetivos,

los tipos de NP, la composición de cada bolsa y la razón de los contenidos, cómo se calculan las necesidades nutricionales, cuáles son las vías de administración, los cuidados de estas vías y, por supuesto, las complicaciones: cómo evitarlas y qué mecanismos se van a poner en marcha cuando se produzcan.

Además, hemos de saber que los planes de cuidados de enfermería han demostrado su eficacia en todos los aspectos relacionados con la instauración de la NP, la inserción del catéter, la realización de los controles clínicos y al mantenimiento del catéter para disminuir las posibles complicaciones infecciosas. Y además, señalar la importancia de la valoración nutricional tanto en el paciente hospitalizado como en el caso de la NPD, siendo en éste último un factor determinante un plan de educación y adiestramiento al paciente y a su familia.

Bibliografía: Fernández Pérez S.; Lorenzo Benítez H. Análisis de los cuidados administrados a pacientes quirúrgicos con catéteres venosos centrales y administración de Nutrición Parenteral total. I premio de Investigación de Enfermería en la XVI edición de los Premios de Investigación del Área V de Asturias. Año 2003

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO CON PATOLOGÍA HEPATOBILIAR

Dña. Joaquina Díaz Gómez.
H.U. La Paz. Madrid.

Las alteraciones hepato biliares, tanto anatómicas como funcionales, pueden condicionar los procesos digestivos, absorptivos y metabólicos; secundariamente, compromete tanto el estado nutricional del paciente, como la evolución y el tratamiento de la enfermedad.

Los objetivos de las recomendaciones son: mantener un adecuado estado nutricional, conocer el efecto de los diferentes alimentos sobre las distintas patologías para no agravar su sintomatología y reducir la morbi-mortalidad perioperatoria.

En la fase postoperatoria, el inicio de la alimentación oral está condicionada por la estabilización de la situación general del paciente y la normalización del peristaltismo. Ha de realizarse precozmente, para reducir las complicaciones, y la incorporación de los alimentos debe ser progresiva, según tolerancia.

Recomendaciones dietéticas en el postoperatorio

Después de haber sido sometido a una anestesia general, una cirugía abdominal y un período de ayuno más o menos prolongado, se producen una serie de alteraciones metabólicas y un

enlentecimiento de las funciones gastrointestinales; todo ello va a condicionar el inicio y la progresión alimentaria en estos pacientes.

El período de normalización del peristaltismo suele variar entre 1 y 6 días después de la cirugía. No es recomendable el inicio de la ingesta oral hasta que el peristaltismo se haya restablecido.

Por grupos de nutrientes, los carbohidratos son los de más fácil digestión y absorción, mientras que las grasas presentan una mayor dificultad; esto marcará la secuencia a seguir en la progresión alimentaria.

Fase 1: Cuando el paciente presente un peristaltismo adecuado, se iniciará la alimentación oral con dieta líquida, exenta en grasas y proteínas: agua, infusiones, caldos desgrasados, y zumos, en pequeñas cantidades y repartido en 5 ó 6 tomas al día.

Fase 2: Si existe una buena tolerancia, se mantiene la exclusión de grasas y proteínas, y se incorporan los carbohidratos en forma de sopas de pasta o arroz y purés de patata y zanahoria en los primeros platos, y en los postres, frutas elaboradas, sin piel, en compota, asadas o en turmix.

Fase 3: Asegurada su tolerancia, se ampliará a una alimentación completa; platos poco elaborados, de fácil digestión, sin alimentos flatulentos y con escasa cantidad de grasas. Dependiendo del tránsito intestinal, puede ser necesario restringir la lactosa y la fibra insoluble e irlos incorporando progresivamente.

Recomendaciones dietéticas al alta

Tanto en la resección hepática como en la colecistectomía, las recomendaciones alimentarias serán de dieta saludable, con bajo consumo de grasas en los primeros meses y, después, moderado. Las ingestas se repartirán en 5 ó 6 tomas al día, en pequeñas cantidades para no saturar los procesos digestivos, absorptivos y metabólicos.

En los pacientes sometidos a una duodenopancreatectomía cefálica, la monitorización de los niveles de glucemia nos alertará sobre una posible insuficiencia endocrina, y la presencia de esteatorrea, de una alteración en su función exocrina. Las recomendaciones dietéticas basadas en una dieta equilibrada y saludable habrán de ser individualizadas en función del control metabólico, necesidad y tipo de insulina, y del grado de esteatorrea y recomendar que evite el alcohol.

Conclusiones:

Al ingreso, debe estimarse el estado nutricional del paciente, para poder reducir la morbi-mortalidad perioperatoria.

Durante la hospitalización, conviene realizar el control y seguimiento de la ingesta, del peso y de la albúmina, como mínimo, para prevenir las complicaciones asociadas a la malnutrición.

Todo paciente quirúrgico, antes de ser dado de alta, debe conocer las recomendaciones nutricionales que ha de seguir, tenerlas por escrito, así como los datos del profesional sanitario de referencia para consultar en caso de duda.

Nuestras actividades en los medios de comunicación

En el periódico El Día de Córdoba y en Canal Sur Radio en el programa matinal han realizado sendas entrevistas a nuestra compañera Mercedes López-Pardo, sobre el tema de la prevención y tratamiento de la obesidad y sobre las visitas guiadas al Hospital Reina Sofía de los niños de los institutos; dentro de las cuales, ella realiza una charla de educación nutricional sobre hábitos saludables.

Congresos y encuentros sobre Nutrición y Dietética

- VIII Foro Nacional de Enfermeras en Nutrición Dietética. Anual, 22 y 23 de octubre. 2004, Sede: Jaén
E-mail: adenyd@enfermundi.com
uncydjaen@yahoo.es
- Seminario de Nutrición Clínica. Dr. Abraham García Almansa. Anual 25 de octubre. Sede: H.U. Gregorio Marañón de Madrid.
- Nutrición Práctica. Anual. Sede: Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Abril de 2005.
Información e inscripción: Dietecom España. C/ Ayala, 58, 1º C. 28001 Madrid. Tel: 915779065. E-mail: s.l.dietecom@telefonica.net
- I Congreso Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD). Quinquenal. Sede: Palacio de Congresos de Madrid. 9 - 11 de marzo, 2005.

Web: www.tilesa.es/fesnad
www.fesnad.org

Actos Científicos de interés general

- VIII Encuentro de Investigación en Enfermería. Anual, 2004 en Sevilla, 17-20 noviembre. Información e inscripción WEB

de la Unidad de Investigación:
<http://www.isciii.es/investen>.

- III Congreso Nacional de Informática y Enfermería. Inforenf 2005. Bidual.
www.seis.es

Premios de investigación

VI PREMIO ADENYD

Podrán optar a este PREMIO todos los trabajos publicados en revistas, así como las comunicaciones y pósters presentados en actos científicos (Congresos, Jornadas y Premios de Investigación de Enfermería), cuyo autor principal sea Diplomado en Enfermería, o estudiante de último año de ésta Diplomatura y su tema verse sobre la Nutrición y/o la Dietética.

No podrán presentarse aquellos trabajos que hayan recibido otros premios.

Deberán hacerse llegar a la Secretaria de la Asociación antes del 31 de diciembre de 2004.

La dotación será de 600 €

SECRETARIA:

Dña. M^a Luisa Sanz Muñoz.
Nutrición y F.C.

Complejo Hospitalario, H. Santa Barbara
Paseo de Santa Barbara s/n. 42005 Soria.
Tel.: 975234302, Fax: 975234305
E-mail: adenyd@enfermundi.com
msanz@hsor.sacyl.es

Noticias de interés

Dña. Magdalena Jiménez Sanz, vocal de la J. D. de la SENPE, nos ha enviado un resumen de las Mesas y Comunicaciones de enfermería en el último congreso de dicha Sociedad celebrado en mayo. Esta información nos puede servir para conocer las líneas y temas de interés de nuestro colectivo, los profesionales que están trabajando en cada uno de ellos, como estímulo para participar en nuevas ediciones y en otros actos científicos, etc.

Resumen del XX Congreso SENPE

Una vez pasado este XX Congreso que se celebró en Salamanca y recordando los contenidos, me complace comunicaros algunas de las intervenciones de enfermería que han tenido lugar, tanto de ponentes como de comunicantes. Es importante que, en éste foro podamos mantener nuestra presencia y aumentar la participación.

Comenzó el congreso con el curso Básico de Nutrición Clínica SENPE-NUTRICIA, para diplomados, del que me complace deciros que ha

sido acreditado como actividad de formación continuada sanitaria del Sistema Nacional de Salud por la Agencia Lain Entralgo.

MESAS REDONDAS DE ENFERMERÍA

1. Papel de la enfermería y la dietética en nutrición artificial domiciliaria: del hospital al domicilio

- *El rol de la nutrición en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.*

J. Soldevilla Agreda. Enfermero. H. de la Rioja. La Rioja.

- *Vías de acceso y complicaciones de la Nutrición Enteral Domiciliaria.*

J. M. Xandri Graupera. Enfermero. H. Virgen de la Arrixaca, Murcia

- *Circuito de la NED: del hospital al domicilio*
C. Vilarasau, C. Fisac, G. Creus y Virgili
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

2. Paciente quirúrgico. Enfermería y Dietética

- *Recomendaciones nutricionales en el paciente quirúrgico con patología hepatobiliar*

Joaquina Díaz Gómez. Enfermera de Nutrición y Dietética. H.U. La Paz. Madrid.

- *Administración, seguimiento y monitorización de los pacientes con nutrición enteral.*

Cleofe Pérez-Portabella Maristany. H. Vall d'Hebron. Barcelona

- *Administración, seguimiento y monitorización de los pacientes con nutrición parenteral*

Ana Domínguez Maeso. Enfermera-supervisora de Nutrición y Dietética. H. U. Complejo Hospitalario de Jaén.

3. Educación Nutricional

- *Programa de adiestramiento nutricional en pacientes sometidos a cirugía bariátrica.*

Rosa García Hernández. Enfermera de Nutrición y Dietética. H. C. U. Lozano Blesa. Zaragoza.

- *Definición de protocolos dirigidos a cuidadores de pacientes con Nutrición Enteral Domiciliaria.*

Magdalena Jiménez Sanz. Enfermera de Nutrición y Dietética. H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.

- *Educación nutricional en una sociedad intercultural.*

Begoña Alonso Zulueta. H. San Dureta. Palma de Mallorca

COMUNICACIONES

Las comunicaciones aceptadas en el área temática de enfermería y dietética las podéis encontrar en la pagina web de SENPE www.senpe.com, "Nutrición Hospitalaria" Supº1, vol XIX, 2004.

Os pongo los títulos por si os interesan y queréis consultar:

- Cambios en la calidad de vida evaluada mediante BAROS (bariatric analysis and reporting outcomes system) en pacientes de obesidad mórbida intervenidos con la técnica de Salmon
- Estado Nutricional, ingesta de macro y micronutrientes en pacientes candidatos a transplante de hígado.
- Proyección extrahospitalaria del plan de cuidados nutricionales: "Informe de enfermería al alta".
- Valoración del estado nutricional en personas ancianas a su ingreso hospitalario
- Sensibilidad y especificidad de las pruebas de screening de desnutrición hospitalaria
- Actuación dietética en planta de hematología.
- Dieta por turmix en pacientes hospitalizados como factor de riesgo de desnutrición.
- Influencia del estado nutricional en la evolución del paciente oncológico.
- Control de calidad de la estabilidad y biodisponibilidad de los carbohidratos en dos dietas diferentes para insuficiencia renal.
- Progresión de sondas transpilóricas colocadas en la cama del enfermo.
- Evaluación de un programa de educación nutricional en el tratamiento de la obesidad mórbida (OM).
- Los indicadores de calidad en nutrición parenteral en el enfermo crítico. Necesidad de un protocolo.

Un saludo

Magdalena Jiménez Sanz

Entidades colaboradoras

NOVARTIS, NUTRICIA y VEGENAT.

Notas de la redacción

Gracias a todas las personas que han colaborado en esta nueva edición por el esfuerzo realizado. Vuestras aportaciones son las que mantienen viva esta publicación.

Invitación a todos los que hayáis presentado, ponencias, comunicaciones, póster, etc., en Jornadas, Congresos, etc., a que enviéis un pequeño resumen. **Máximo una página, tamaño de letra 11 y espacio sencillo.** Para poder ampliar y actualizar conocimientos, unificar criterios y actuaciones. Al resto, cualquier aportación a cualquiera de las secciones de este boletín y que pueda ser interés para todos nosotros.