

# ADENYD

Asociación Española de Enfermeras de Nutrición y Dietética

Revista No. 3

## Yogurt y obesidad

**Enfermería** como Directivo de Salud

**Un reto:** Formación Continuada en Nutrición

**Pluriprofesional:** Seminarios, Talleres. Cursos, Sesiones

**Formación en Nutrición** en el grado de enfermería: Teoría y prácticas.

**Áreas de capacitación** para la enfermera educacional.

**Metabopatías:** nutrición y cuidados en el niño

**Malnutrición en el ePOC** y otras patologías neumológicas.

**Enfermedades:** Neurológicas y disfagia.

**Conceptos básicos** en nutrición y dietética en la enfermedad renal crónica

**Soporte nutricional** y control de nutrientes en los pacientes en diálisis.

**Diabetes** y educación alimenticia, una simbiosis perfecta

## Hidratación mixta

Informar a la población de **Aspectos Epidemiológicos**

**Valoración nutricional** por patrones funcionales

ZARAGOZA

2013

DEL 24 AL 26 DE OCTUBRE

XV

FORO ADENYD

LA ENFERMERA EN LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL

ADENYD

Asociación de Enfermeras  
de Nutrición y Dietética

www.foro15adenyd.com

Secretaría Técnica:



MasterCongresos

foro15adenyd@mastercongresos.com

www.mastercongresos.com

Tel: +34.91.662.46.50

# Editorial

# Zaragoza un lugar de encuentro

## Cuidados Nutricionales

Volumen No.2  
Enero a Julio de 2013

ÓRGANO OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERAS DE  
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA  
www.adenyd.es

## Directora

Mercedes López-Pardo Martínez  
Presidenta de la Asociación Española de  
Enfermeras de Nutrición y Dietética.  
Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y  
Nutrición del Hospital Universitario Reina Sofía  
de Córdoba.  
mlopezpardo@uco.es

## Directora Honorífica

Joaquína Díaz Gómez

## Editora

Carmen Urzola Castro  
Vocal de la Asociación Española de  
Enfermeras de Nutrición y Dietética.  
Unidad de Nutrición y Dietética del Hospital  
General San Jorge. Huesca.  
carmenurzola@gmail.com

## Redactora jefe

Olga Ruiz Guerrero  
Enfermera responsable de comunicación  
del Hospital Universitario Virgen de la Victoria

## Comité de redacción

Estrella Cañones  
M<sup>a</sup> Luisa Sáenz  
M<sup>a</sup> Yolanda Castillo  
M<sup>a</sup> Lourdes de Torres  
Carmen Martín Salinas  
Gloria Ortíz Miluy  
M<sup>o</sup> José de la Torre Barbero  
Guillermo Molina Recio

Nutrición y cuidados es propiedad de  
ADENYD

La magnífica infraestructura tecnológica para ferias o congresos que brinda la ciudad de Zaragoza y a lo que añadimos unas buenas comunicaciones viales, nos mueve a mostrar a esta ciudad y a este equipo, capacitados para llevar con garantía el desarrollo del FORO de ADENYD en 2013, aún contando con los momentos duros de recesión por los que estamos pasando. Queremos que resulte un FORO intelectual y científicamente productivo, realizado con la austeridad que marcan los tiempos, pero sin un ápice de menoscabo en la alegría y unidad que viene caracterizando la reunión anual de enfermeras interesadas en el mundo de la nutrición.

Aragón es una tierra fuerte y sus paisanos acogedores con todas las gentes que aquí llegan con buena voluntad y ganas de compartir, porque si algo sobresale del bravo carácter aragonés es su generosidad y falta de dobleces, junto con su confianza en la palabra dada y que se demuestra en la tranquila seguridad de sus calles.

Podría parecer al pensar en Zaragoza, que es una simple capital de provincias (que literalmente lo es) pero estamos hablando de la quinta ciudad de España, con dos universidades potentes, con centros de investigación de referencia, con varios hospitales entre ellos el tercero de España en capacidad de camas, todos ellos con la mejor tecnología punta y a su vez, centros de referencia en algunos tratamientos.

Deseo fervientemente que una vez más las enfermeras demos que desafiamos a la crisis y que sea tal la asistencia a Zaragoza, que podáis decir que os ha resultado la estancia, como si fuesen unas vacaciones en un campus científico-gastronómico-cultural y sobre todo, económico.

Preside el cartel, que anuncia este FORO, como no puede ser de otra manera la Basílica de El Pilar que se une en lontananza con la torre de La Seo, en dibujo tomado desde la orilla izquierda del río Ebro con la figura impresionante del puente Romano.

Esa imagen tan conocida de Zaragoza está techada por un rico cielo de jamón de Teruel fileteado, en el que relumbra un sol de melocotón de Calanda, parcialmente cubierto por unas dulces cebollas de Fuentes de Ebro.

Todos esos alimentos tan dietéticos y equilibrados, están recubiertos de una bolsa de Nutrición Artificial, porque la Enfermera de Nutrición educa a los usuarios y pacientes tanto para recibir una dieta equilibrada en forma de sanos alimentos, como si por patologías diversas, ha de hacerlo con productos químicamente definidos, en los que los nutrientes están listos para ser asimilados.

Por último vemos unos dedos enfermeros tecleando un ordenador, herramienta ya imprescindible para el desarrollo de su función asistencial, docente, gestora, investigadora. Lo único no reflejado materialmente en el cartel, es el cariño expectante del Comité Organizador y del Comité Científico por veros en Zaragoza; aunque estamos seguros de que se percibe con sólo mirarlo.

Nuestro agradecimiento más profundo a la agencia Mastercongresos, que tan bien ha sabido plasmar nuestra idea, en este apetitoso cartel.

Zaragoza constituye una puerta abierta al futuro y al progreso. Nuevas infraestructuras para celebrar grandes eventos, unas excelentes comunicaciones y servicios de calidad nos avalan.

Nuestra ciudad es un cómodo lugar de encuentro. Para cualquier evento que exija infraestructuras y experiencia, Zaragoza es la perfecta anfitriona, porque está en continua actividad e innovación, aunando profesionalidad y hospitalidad.

Zaragoza disfruta de una privilegiada situación en el valle medio del Ebro, encrucijada de vías naturales, que ha propiciado su crecimiento. Dispone de un aeropuerto internacional a 9 kilómetros de la ciudad y cuenta con una completa red de autovías y autopistas y una red ferroviaria, reforzada con la línea de Alta Velocidad que nos une con Madrid y Barcelona a poco más de una hora.

El transporte público, dentro de la ciudad, se ha visto mejorado con el Tranvía, que atraviesa la ciudad de norte a sur en su trayecto actual en tan sólo 20 minutos, y que ha venido a completar los medios ya existentes, bastante puntuales y abundantes.

Nuestra ciudad cuenta con numerosas sedes de eventos, equipadas con la más moderna tecnología, con extraordinarios servicios técnicos y con un personal altamente cualificado. Cuenta además con una excelente oferta hotelera y una capacidad de casi 10.000 camas, basada fundamentalmente en la calidad y en la diversidad.

Sí, los congresistas deciden –por su cuenta– prolongar su estancia para el fin de semana, encontrarán que romanos, musulmanes, judíos y cristianos han dejado su huella en forma de patrimonio vivo y han conformado la singular personalidad de esta urbe y el carácter abierto de sus gentes. Fruto de este mestizaje de culturas es el riquísimo patrimonio histórico de la ciudad de Zaragoza.

Todos los asistentes podrán disfrutar, en apenas unos metros, del fascinante legado romano, que dejó su huella en impresionantes restos arqueológicos; del encanto del arte mudéjar, declarado

Patrimonio de la Humanidad; de las tradiciones cristiana y judía; de la fuerza y la inteligencia de la obra de Goya y de la grandiosidad barroca del Pilar.

Asimismo, nuestra ciudad es a lo largo del año, un foco de actividad cultural variada e intensa. Así, se ha convertido en sede de importantes festivales y exposiciones, dedicadas a todo tipo de artistas y toda clase de arte.

Hay que descubrir también los nuevos espacios y actividades que ofrece, edificios como el Pabellón Puente, la Torre del Agua o el Acuario Fluvial, y espacios verdes como el Parque José Antonio Labordeta o el Parque del Agua, que permite, sin salir de la ciudad, jugar al golf, disfrutar de un spa o de un parque multiaventura, recorrerlo en tren o bicicleta o pasar un día en la playa.

Zaragoza ofrece también al visitante un ambiente cálido y acogedor, es una ciudad volcada a la calle. Plazas y avenidas se llenan de gente que charla, lee, pasea... Abiertos y vitales, los zaragozanos no sólo reciben a todos con espíritu hospitalario y les ofrecen su calor humano, sino que se muestran siempre dispuestos a compartir con ellos su ciudad, sus tradiciones, sus fiestas y su alegría de vivir.

La gastronomía aragonesa incorpora un amplio repertorio de excelentes productos, combinando tradición e innovación. Si se busca un ambiente más informal, ir de “tapas” es la alternativa perfecta; auténticos caprichos gastronómicos, las tapas suponen un mundo de colores y sabores que, en Zaragoza, se distingue por la calidad y la variedad.

En el entorno cercano de nuestra ciudad, es rico en patrimonio y en multitud de opciones, para practicar deporte, de actividades acuáticas o de montaña, para disfrutar del turismo de salud en balnearios, o para conocer, en relación con el turismo enológico, las cuatro denominaciones de origen de nuestra Comunidad Autónoma.

Por último, es imprescindible destacar que Zaragoza es una ciudad accesible, que permite conocerla a fondo de una forma cómoda.

*Marilou de Torres Aued*

# Normas de publicación

## CARACTERÍSTICAS

Es la publicación científica oficial de la Sociedad Española de Enfermeras de Nutrición y Dietética (ADENYD). La Revista publica trabajos sobre temas los ámbitos de nutrición, dietética y alimentación.

Exclusivamente se aceptan originales que no hayan sido publicados, ni estén siendo evaluados para su publicación, en cualquier otra revista sin importar el idioma de la misma.

## MODALIDADES DE PUBLICACIÓN

Se admitirán originales que puedan adscribirse a las siguientes modalidades y tipos:

- Artículos originales. Descripción completa de una investigación cualitativa o cuantitativa en el campo de la nutrición, que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica y rigurosa. La extensión máxima será de 12 páginas conteniendo un máximo de 6 tablas y 6 figuras.
- Artículo original breve. Se tratará de artículos originales que cumpliendo las mismas exigencias que estos su extensión y contenido no supere las 6 páginas, 3 tablas y 3 figuras.
- Revisiones. Serán revisiones, preferiblemente sistemáticas, relacionadas con un tema de interés que contengan un análisis crítico que permita obtener conclusiones. Las revisiones normalmente serán solicitadas directamente por los Editores a sus autores y el texto tendrá que tener una extensión máxima de 12 páginas, 6 tablas y 10 figuras.
- Notas clínicas: descripción de uno o más casos de excepcional interés que supongan una aportación al conocimiento clínico.
- Cartas a la revista: relacionadas con artículos aparecidos en la publicación. Su extensión máxima será de 2 páginas.
- Editorial: artículo sobre temas de interés y actualidad. Se escribirán a petición del comité editorial.
- Otros. Adicionalmente, se admitirán para su publicación noticias, informes, conferencias, cursos, convocatorias de reuniones y congresos así como de premios y becas. La extensión y forma de presentación de los textos recibidos para este apartado estarán sujetos sin notificación previa a las modificaciones que el Comité Editorial estime convenientes.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

El comité de redacción confirmará la recepción de los trabajos recibidos en la revista e informará en el plazo más breve posible de su recepción. Los trabajos remitidos para publicación serán evaluados mediante el método de la doble revisión por pares. El autor principal podrá proponer revisores que no estén vinculados al original remitido. Las consultas referentes a los manuscritos y su transcurso editorial, pueden hacerse a través de la página web.



## ELABORACIÓN DE ORIGINALES

La preparación del manuscrito original deberá de hacerse de acuerdo las Normas y Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (versión oficial en inglés accesible en la dirección electrónica: <http://www.icmje.org>. Para la traducción en español puede revisarse el enlace URL: <http://www.metodo.uab.es/enlaces.htm>). En la web de la revista (<http://www.adenyd.es>) están disponibles las presentes Normas de publicación. Para la correcta recepción de los originales deberá incluirse siempre:

### 1. Carta de presentación

Deberá hacer constar en la misma:

Tipo de artículo que se remite. Declaración de que es un texto original y no se encuentra en proceso de evaluación por otra revista. Cualquier tipo de conflicto de intereses o la existencia de implicaciones económicas.

La cesión a la Revista de los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos.

Los trabajos con más de un autor deben ser leídos y aprobados por todos los firmantes.

Los autores deben declarar como propias las figuras, dibujos, gráficos, ilustraciones o fotografías incorporadas en el texto. En caso contrario, deberán obtener y aportar autorización previa para su publicación y, en todo caso, siempre que se pueda identificar a personas.

Datos de contacto del autor principal: nombre completo, dirección postal y electrónica, teléfono e institución.

Si se tratase de estudios realizados en seres humanos, debe enunciar el cumplimiento de las normas éticas del Comité de Investigación o de Ensayos Clínicos correspondiente y de la Declaración de Helsinki vigente, disponible en español en la URL: <http://www.metodo.uab.es/enlaces.htm>

### 2. Título.

Se indicarán, en página independiente y en este orden, los siguientes datos:

Título del artículo. Apellidos y nombre de todos los autores, separados entre sí por una coma. Se aconseja que figure un máximo de ocho autores. Mediante números arábigos, en superíndice, se relacionará a cada autor, si procede, con el nombre de la institución a la que pertenecen. Dirección de correo-e que desean hacer constar como contacto en la publicación.

### 3. Resumen

Deberá ser comprensible por sí mismo sin contener citas bibliográficas. Será presentar la siguiente estructura: Introducción · Objetivos · Métodos · Resultados · Discusión · Conclusiones

### 4. Palabras clave.

Debe incluirse al final de resumen un máximo de 5 palabras clave que coincidirán con los Descriptores del Medical Subjects Headings (MeSH) accesible en la URL siguiente: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>

### 5. Abreviaturas

Se incluirá un listado de las abreviaturas presentes en el trabajo con su correspondiente explicación.

### 6. Texto.

De acuerdo a la estructura siguiente:

Introducción · Objetivos · Métodos · Resultados · Discusión · Conclusiones · Bibliografía

Es necesario especificar, en la metodología, el diseño, la población estudiada, los sistemas estadísticos y cualesquiera otros datos necesarios para la comprensión perfecta del trabajo. En caso de investigación cualitativa el análisis de resultados deberá ser estructurado y significativo y las conclusiones deben de condensar el conocimiento adquirido y recoger la relación entre los elementos estudiados.

### 7. Agradecimientos

En esta sección se deben citar las ayudas materiales y económicas, de todo tipo, recibidas señalando la entidad o empresa que las facilitó. Estas menciones deben de ser conocidas y aceptadas para su inclusión en estos agradecimientos .

### 8. Bibliografía

Tienen que cumplir los Requisitos de Uniformidad del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas, como se ha indicado anteriormente. Las referencias bibliográficas se ordenarán y numerarán por orden de aparición en el texto, identificándose mediante números arábigos en superíndice. Para citar las revistas médicas se utilizarán las abreviaturas incluidas en el Journals Database, disponible en la URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

### 9. Figuras y fotografías

Deben elaborarse teniendo en cuenta las siguientes indicaciones: Se realizarán utilizando programas informáticos adecuados que garanticen una buena reproducción (300 píxeles de resolución por pulgada) en formato BMP, TIF ó JPG. No se admiten ficheros de Power-point ni similares. Los gráficos y las figuras serán enviados en blanco y negro o en tonos de grises.

## ENVÍO DE ORIGINALES

Los trabajos se remitirán por vía electrónica a través de la dirección de correo: [nutricioncuidados@adenyd.es](mailto:nutricioncuidados@adenyd.es) o utilizando la página web de la revista: [www.adenyd.es](http://www.adenyd.es)

# EL YOGUR: ¿PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD?

Autora: Dña. Mari Lourdes de Torres Aured. Enfermera Prescriptora. Responsable de U. de Dietética y Nutrición. H. U. Miguel Servet. Miembro del Observatorio de la Nutrición y el Estudio de la Obesidad de AESAN.

La Enfermería está inmersa en un proceso asistencial de evolución rápida- aunque muy afianzado- y la “prescripción” la sitúa dentro de un marco legislativo sin precedentes, lo que a su vez le supone un punto de inflexión en el desarrollo de las competencias profesionales. La prescripción atribuye a las enfermeras un conjunto de conocimientos, habilidades y competencias –que por formación ya le vienen dado- sin menoscabar las atribuciones de otros profesionales; porque la formación y la atribución competencial son ámbitos distintos en los que se pretenden objetivos diferentes. Yogur, enfermería y obesidad.

El tratamiento de la obesidad para una enfermera educadora en nutrición es una de las intervenciones más comunes, tanto en el aspecto alimenticio como en el acompañamiento y refuerzo emocional. La aplicación de los cuidados estandarizados y/o personalizados del abordaje de la obesidad se diseña de acuerdo a un método que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y protocolizada.

Enfermería hace una valoración inicial del paciente por patrones funcionales de salud, con unas escalas modificadas para la obesidad en la que se adaptan los indicadores, según las necesidades de cuidados nutricionales y emocionales que requiera la persona.

**El yogur es un elemento muy adecuado para la prescripción enfermera en la intervención del abordaje de la obesidad. La prescripción enfermera en nutrición se basa en el conocimiento científico y la capacidad legal, lo que hace que mejore la actitud y la motivación, tanto del paciente como del profesional.**

El yogur es un elemento muy adecuado para la prescripción enfermera en la intervención del abordaje de la obesidad, dadas las características que hacen de él un alimento muy completo porque:  
-Es un alimento ampliamente reconocido como saludable.  
-Está integrado en la cultura alimentaria de la población.  
-Su composición en macro y micro nutrientes es muy equilibrada a la vez que completa.  
-Su ingesta resulta útil en cualquier estado del ciclo vital.

Por su composición nutricional, el yogur está descrito en la evidencia científica y en los estudios epidemiológicos como un coadyuvante magnífico para las dietas hipocalóricas:  
-Aceptación alimenticia, porque sacia el apetito.  
-Aceptación psicológica, porque tranquiliza saber que no se aportan calorías de más.

## Educación nutricional en la obesidad

La educación nutricional es parte de la función asistencial de la enfermera como responsable de controlar la alimentación del paciente, conjuntamente con el manejo de la medicación.

El circuito educacional en los cuidados del abordaje de la obesidad, se completa al observar el lenguaje verbal y no verbal, al conocer las fobias y filias alimenticias, al afrontar los miedos ante ese nuevo reto; al interpretar la dificultad de comprensión y aceptación de su proceso, así como a conocer la actitud en la toma de decisiones y ver si las hace con coherencia o autoengaño. Al final, como siempre, la enfermera evalúa y registra.

## Prescripción enfermera y yogur

La prescripción enfermera en nutrición se basa en el conocimiento científico y la capacidad legal, lo que hace que mejore la actitud y la motivación, tanto del paciente como del profesional. La estrategia educacional en el diseño de la dieta abarca:

- Negociar un plan de alimentación individualizado.
- Diseño de menús diarios (laborales y de fin de semana) y uno de semana completa.
- Reforzar los hábitos favorables al abordaje de la obesidad.
- Fomentar la corrección de hábitos inadecuados y poco saludables.
- Elección de alimentos y técnicas culinarias adecuadas, con recetas alternativas.
- Sustitución de aceite y/o nata por yogur en algunas salsas o guarniciones o cremas.
- Control calórico por equivalencias, dentro de los grupos de alimentos.
- Uso adecuado de alimentos con fibra, sin obsesiones.
- Planificar un programa de ejercicios adecuado a las limitaciones del paciente y seleccionar actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada.
- Pesarse al paciente regularmente en consulta.
- Animar al paciente para acudir a las revisiones, como fomento de la adherencia a tratamiento.

## Conclusiones

La prescripción enfermera en Nutrición es una herramienta que desarrolla las habilidades asistenciales y necesidades formativas de los profesionales, cuyo reconocimiento legal hace que las intervenciones nutricionales lleguen a la capacitación necesaria para conseguir Excelencia en los Cuidados. Es por ello que el yogur es el gran aliado en la elaboración de menús hipocalóricos que deben prescribirse en la prevención y/o tratamiento de la obesidad.

# Malnutrición en EPOC y otras patologías respiratorias

Autor: Ángel Abad Hontoria. Enfermero del Servicio de Neumología HCU. “Lozano Blesa” Zaragoza

El EPOC es una patología que se caracteriza por una limitación crónica y progresiva al flujo aéreo asociada a una reacción inflamatoria anómala, cuya principal causa es el tabaquismo. Una de sus principales complicaciones es la pérdida de peso y desnutrición, la cual variará según el grado de gravedad de la enfermedad respiratoria. Este estado de desnutrición que cursa con astenia, fatiga, debilidad muscular, etc, se denomina caquexia.

La realización de una primera y adecuada valoración de enfermería, puede suponer un elemento de gran importancia para detectar situaciones potenciales de riesgo nutricional. Esta valoración debe detectar los elementos más importantes para evaluar el estado nutricional y su posible evolución y poder establecer las primeras acciones de un “Plan de Cuidados de Enfermería” adecuado a la situación detectada.

Las alteraciones en la nutrición incluyen tanto la desnutrición (más típica en enfermedades enfisematosas) como la obesidad (más común en bronquitis crónica).

Se estima que la incidencia de la malnutrición en pacientes que presentan un grado moderado de EPOC oscila en torno al 40%; y se ha observado que para el mismo grado de lesión pulmonar los enfermos con caquexia presentan un peor pronóstico, además de mermar su calidad de vida.

La alteración nutricional en el paciente respiratorio afecta a varios niveles: por un lado a nivel muscular ya que hay una disminución de la contractilidad de la musculatura respiratoria (diafragma, escalenos...), por otro lado afecta a los centros respiratorios alterando el impulso ventilatorio, afecta también al parénquima pulmonar a través de la disminución de surfactante, lo que a su vez favorece la aparición de atelectasias y enfermedades enfisematosas; y por último se ve comprometido también el sistema inmunitario, lo que aumenta el riesgo de padecer infecciones respiratorias.

Por ello es conveniente realizar en todos los pacientes respiratorios una adecuada valoración nutricional, para lo cual se usan una serie de parámetros antropométricos (IMC, pliegues cutáneos...) y bioquímicos (albúmina, transferrina...).

En cuanto a la etiología de la desnutrición en pacientes con EPOC es multifactorial: por un lado hay un déficit de ingesta producida por la disnea que presentan estos pacientes; por otra parte hay un aumento del consumo energético ya que hay un incremento del trabajo respiratorio por parte de la musculatura respiratoria; y por otro lado se produce una mala absorción intestinal debido a la multiingesta de fármacos (teofilina, esteroides...).

El tratamiento de la desnutrición en pacientes con EPOC va encaminado a su vez a mejorar la función respiratoria, es aconsejable realizar más número de comidas al día pero de poca cantidad (6 comidas). Se debe evitar aquellos alimentos que causen digestiones pesadas, flatulencias o resulten difíciles de masticar. Se aconseja además aumentar del flujo de oxígeno durante las ingestas ya que para el paciente respiratorio el hecho de ingerir alimentos supone un importante esfuerzo que incrementa la fatiga.

A nivel hospitalario el tratamiento de elección es la terapia de suplementos nutricionales adecuados. Esta terapia puede no sólo controlar y reducir la desnutrición en pacientes con EPOC, sino que además presenta otros efectos beneficiosos tales como: la prevención del desarrollo, progresión y exacerbación del EPOC, y la supresión de la inflamación.

**Se debe evitar aquellos alimentos que causen digestiones pesadas, flatulencias o resulten difíciles de masticar.**

# La función Gestora de Enfermería en: La Empresa de Salud

Autora: Dña Teresa Antoñanzas Lombarte. Enfermera Asesora. Dirección General de Calidad y Atención al Usuario. Gobierno de Aragón

Algunos conceptos necesarios para abordar la función gestora de enfermería dentro de una empresa de salud son:

La función directiva, gestionar servicios de salud, la responsabilidad en la gestión de los cuidados, habilidades para gestionar equipos de personas, la corresponsabilidad en la sostenibilidad del sistema Sanitario; y la centralidad del paciente/usuario y su familia.

Mi primera reflexión es que para hablar de gestión en enfermería o de gestión clínica, antes, deberíamos mirar un poquito hacia atrás, porque en definitiva somos "fruto de lo vivido y de nuestra historia", y mi propuesta se centra en algunas preguntas: ¿Hemos liderado realmente los cambios?, ¿Ha existido un problema de confianza profesional para la gestión?.

Las enfermeras hemos gestionado con diferentes formulas y herramientas, según los momentos y esta gestión ha hecho crecer a esta profesión, pero... ¿Hemos sido capaces de que esta función gestora

trascendiera más allá de nuestra profesión?, ¿Hemos sabido hacer "escuela" y pasar el testigo de lo aprendido y de lo experimentado?, ¿Estamos en los niveles de decisión de las Políticas Sanitarias?, ¿Hemos sido capaces de general Confianza y Seguridad en los usuarios?...

Es muy importante determinar qué competencias, siempre basadas en los valores, debemos adquirir y exigir a la hora de ocupar puestos de gestión en enfermería. No podemos obviar que la atención sanitaria es un servicio suministrado por personas para personas. Por eso, el factor humano es clave.

El Sistema Sanitario es un espacio en el que se canalizan sentimientos, necesidades, emociones, derechos y deberes. Requiere de sus profesionales un profundo conocimiento de sus cambios y de su evolución, porque, en mi opinión, si no es así, no sabemos lo que queremos transmitir a los ciudadanos cuando les hablamos de copropiedad y de responsabilidad de todos en su sostenibilidad.

Para finalizar mi intervención tratare de interrelacionar algunos conceptos:

Competencia profesional, Madurez, Crecimiento, Compromiso, Motivación, Comunicación, Profesionalidad y otros conceptos que son fruto de los nuevos escenarios que ahora nos toca vivir: Corresponsabilidad, Sostenibilidad, Decisiones compartidas, Copropiedad

¿Cuál es el futuro de Gestión en enfermería? En los nuevos equipos y organizaciones profesionales tiene que predominar: la acción frente a la planificación, la libertad frente a la rigidez, la estructura en red frente a la jerarquía y la confianza frente al control.

Y aunque no hay recetas, es importante saber reconocer la adversidad, establecer objetivos claros, nunca tirar la toalla, respetar siempre a las personas; y otorgar confianza, reconocimiento y centrarse en los resultados. Así como, tener capacidad de innovación y visión de oportunidad, para orientar la gestión clínica de los cuidados hacia la excelencia e integrarla en la política de las organizaciones sanitarias.

# Un reto pluriprofesional: Formación Continuada en Nutrición. Seminarios, Talleres, Cursos y Sesiones.

Dr. Sebastián Celaya Pérez. Jefe de Sección UCI Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Profesor Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Las profesiones sanitarias necesitan de una actualización continua en sus conocimientos y en éste proceso tiene un papel predominante la formación continuada, que se define como aquella actividad formativa para el profesional sanitario que, efectuada después de la titulación básica y de especialidad, persigue el objetivo de mantener y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes componentes básicos de la competencia que permitan al profesional sanitario adecuar permanentemente su actuación a los estándares y necesidades que su profesión le exige.

Históricamente los estudios sobre Nutrición en nuestro País han estado abandonados dentro de las Licenciaturas de Medicina y Enfermería. Los avances desarrollados en las últimas décadas del siglo pasado, en el ámbito de la Cirugía y los Cuidados Intensivos, llevaron a algunos profesionales relacionados con estas áreas de conocimiento a desarrollar un interés creciente por los conocimientos en nutrición, dada la relevancia de las técnicas de soporte nutricional para la supervivencia de los pacientes. Las Sociedades científicas tuvieron que

desarrollar una importante labor de difusión del conocimiento entre los profesionales sanitarios, que en aquellos momentos no se prestaba en la Universidad. La SENPE fue desde sus inicios la pionera de desarrollar una visión multidisciplinar de los conocimientos en Nutrición, puesto que para el correcto desarrollo de estas técnicas se hacía preciso el trabajo conjunto de enfermería, cirujanos, Intensivistas, farmacéuticos, bioquímicos, endocrinos, etc..

Desde entonces la formación continuada en el campo de la Nutrición ha experimentado un desarrollo espectacular mediante la utilización de diversas herramientas como Seminarios, Talleres, Cursos y Sesiones. En todo momento se ha llevado a cabo bajo un enfoque pluridisciplinar en el que la enfermería juega un rol central, por tratarse de la profesión que atiende directamente los cuidados del paciente.

En los equipos pluriprofesionales la enfermería es responsable de proporcionar los cuidados y los conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en las diferentes etapas del ciclo vital. Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la

población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan a lo largo de toda la vida. Por ello la formación continuada debe ir encaminada a proporcionar las habilidades y conocimientos precisos que hagan posible:

- Valorar las necesidades nutricionales en las diferentes etapas de la vida
- Valorar los requerimientos derivados de la enfermedad.
- Enseñar a nutrirse de forma equilibrada.
- Adecuar la alimentación e hidratación a las circunstancias de cada individuo.
- Preparación y administración del soporte nutricional artificial.
- Valoración del estado de nutrición y realización de un seguimiento nutricional
- Evaluación de los resultados y preparación para el alta hospitalaria.

También existe otro apartado que se imparte como formación complementaria a la nutricional: GESTION de CUIDADOS: Diagnósticos Enfermeros, Estrategias de Gestión, Relaciones Interpersonales, Comunicación, Planteamientos de Investigación.

## Formación en Nutrición en el Grado de Enfermería:

### Teoría y prácticas.

Autor: Dr. Luis Bernués Vázquez. Profesor de Nutrición y Farmacología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

La formación en Nutrición en Enfermería ha estado presente desde antes de que esta titulación se incorporara en la universidad, probablemente este hecho se deba a que la alimentación se considera como una de las necesidades básicas de las personas y aparece en todos los modelos de enfermería.

El actual marco legal que regula el desarrollo del Grado de Enfermería, justifica la necesidad de formación en Nutrición. Desde la Directiva de la Comunidad Económica Europea, 2002/0061 que establece un curriculum para las enfermeras responsables de cuidados generales, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (Ley 44/2003), que desarrolla el ejercicio de las profesiones sanitarias y la orden CIN/2134/2008 que establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el

ejercicio de la profesión de Enfermería. En el Módulo de Formación Básica se recoge:

- La competencia de conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable.
- Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran.
- Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.

Este marco legal hace que la totalidad de planes de estudio del Grado de Enfermería contemplen la formación en Nutrición, organizada como materia básica independiente o bien asociada a otras materias básicas como Bioquímica, Fisiología, Farmacología o Terapéutica. Hay una gran coincidencia en la asignación

de 6 ECTS, y presentan unos contenidos bastante homogéneos:

- Conceptos de necesidades energéticas, nutrientes y sus funciones fisiológicas, los alimentos como fuente de energía y nutrientes.
- Estudio de la alimentación de personas sanas, y en los distintos momentos el ciclo vital.
- Estudio de la valoración del estado nutricional de los individuos y manejo de registros sobre valoración nutricional.
- Las necesidades nutricionales de las personas con problemas de salud.
- Los problemas de salud más prevalentes relacionados con la alimentación desde el abordaje de los cuidados enfermeros, como el Soporte Nutricional Externo, entre otros.
- Sin olvidar la elaboración de dietas equilibradas así como la preparación saludable de los alimentos.

## Áreas de capacitación para la enfermera educacional

Autor: Prof. Dr. Máximo A. González Jurado

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid y Presidente del Consejo General de Enfermería

Entre las funciones de las enfermeras se encuentra la que se desarrolla en el ámbito de la educación sanitaria, como parte del proceso de atención al paciente, para promover, mantener y recuperar la salud.

El progresivo envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y el consiguiente incremento de las tasas de dependencia previstas para los próximos años, así como la tendencia a reducir las estancias hospitalarias, implica que, tanto pacientes, como familiares y cuidadores no profesionales, tendrán que enfrentarse a tareas complejas; que deberán estar apoyadas por enfermeras que desempeñen una clara función como educadoras.

Para ello, es necesario el desarrollo de las capacidades y competencias que permitan a estos profesionales crear la mejor respuesta ante las situaciones que requieran de la educación sanitaria, como herramienta para mejorar y mantener la salud, consiguiendo el bienestar de los pacientes.

Las áreas de capacitación de la enfermera educacional parten de las competencias básicas y generales de cualquier enfermera, y requieren un entrenamiento en competencias específicas. Por lo tanto, es necesario identificar primero, cuales son dichas competencias, para después desarrollarlas o mantenerlas, si ya se poseen. Y, por último, evaluarlas y certificarlas.

De manera transversal, para cualquier enfermera que realice educación para la salud, será necesario entrenar las capacidades relacionadas con la comunicación, el liderazgo, la motivación, la toma de decisiones y el trabajo en equipo; competencias pedagógicas y competencias investigadoras que permitan aplicar la mejor evidencia.

Asimismo, la enfermera como educadora de pacientes debe conocer los aspectos específicos del proceso que se pretenda abordar con educación. Por ejemplo, si se van a trabajar aspectos nutricionales relacionados con la diabetes, deberá poseer formación específica en este tema, conocer la patología de base, sus complicaciones,

los pilares del tratamiento, las características del paciente y familiares, el entorno, etc.

A partir de ahí, el profesional deberá ser capaz de valorar cuales son las necesidades relacionadas con la educación sanitaria, diagnosticar factores de riesgo y problemas reales y su abordaje, así como planificar la intervención educacional, incluyendo cuáles serán los objetivos a conseguir, la metodología a emplear y la evaluación de los resultados.

En definitiva, la enfermera educacional deberá adquirir competencias transversales que pueda aplicar en cualquier ámbito en el que desarrolle esta función, y a su vez desarrollar las específicas relacionadas con el tema que deba abordar desde la educación sanitaria, todo ello basado en la mejor evidencia científica, para conseguir motivar a los pacientes y crear o modificar hábitos que les permitan aumentar su seguridad y su la calidad de vida.

Los errores innatos del metabolismo (EIM) son un conjunto de enfermedades causadas por una mutación genética, que tiene como efecto la producción de una proteína anómala, lo cual conlleva una alteración en el funcionamiento fisiológico de la célula. Existe un mal funcionamiento de una o varias vías metabólicas y, como consecuencia, puede producirse un acúmulo de sustrato no metabolizado, una menor formación del producto final y/o una activación de vías metabólicas alternativas, que puede dar lugar a metabolitos tóxicos.

Las manifestaciones clínicas de los EIM van a ser muy variadas, en muchas ocasiones son irreversibles y aparecen fundamentalmente en épocas precoces de la vida.

El conocimiento de este tipo de enfermedades ha ido aumentando progresivamente desde principios del siglo XX y actualmente existen más de 700 trastornos definidos.

## CRIBADO NEONATAL

El cribado neonatal consiste en la detección sistemática de errores congénitos del metabolismo en edad neonatal. Habitualmente se realiza mediante toma de sangre al RN a partir del 3º día de vida.

El objetivo del cribado es hacer un diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento adecuado antes de que se produzca un daño irreversible.

Los programas de Cribado Neonatal se iniciaron en los años 60 con la detección de la fenilcetonuria. Posteriormente en los años 70 se incorpora la detección del hipotiroidismo congénito. En España el primer programa se creó en Granada (1968), iniciándose al año siguiente en Barcelona y Madrid. En la década de los 90 se desarrolla la aplicación de la tecnología

de Espectrometría por Masas en Tandem que posibilita la ampliación del Cribado Neonatal con la detección de más de 40 errores congénitos del metabolismo. Actualmente en España existen 9 Comunidades Autónomas con Programa de Cribado Ampliado para alrededor de 20 errores congénitos del metabolismo.

## TRATAMIENTO DE LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

Aunque existen diferentes terapias para algunos EIM, el tratamiento dietético es la herramienta más importante, efectiva e imprescindible para la mayoría de ellos.

Es necesaria una manipulación dietética en forma de suplementación, exclusión o restricción de un alimento o grupos de alimentos. El diseño de la dieta dependerá también de la edad del paciente, estadio de la enfermedad, y tolerancia particular a ciertos principios inmediatos (proteínas, hidratos de carbono, lípidos.), teniendo en cuenta sus gustos y costumbres.

De esto se desprende que es necesario elaborar siempre una dieta individualizada que deberá ser revisada y modificada frecuentemente.

El objetivo principal será conseguir un crecimiento y desarrollo adecuados y prevenir descompensaciones por la enfermedad. Por todo ello, es imprescindible contar con un equipo multidisciplinar que controle este proceso y, dentro de este equipo, la enfermera de nutrición constituye un pilar básico en lo que se refiere a la elaboración de la dieta, educación (familia/paciente), apoyo y seguimiento de estos pacientes.

## Cómo informar a la población a través de los medios de Comunicación

Autor: Dr. Juan José Badiola Díez. Presidente de la Agencia Aragonesa de Seguridad Alimentaria y del Consejo General de Colegios de Veterinarios. Catedrático de la Universidad de Zaragoza

Las noticias relacionadas con la salud y la alimentación tienen un interés creciente para los ciudadanos, que se incrementa cuando se trata de alarmas. Estas generan una mayor demanda de información, que los medios de comunicación intentan satisfacer.

El conocimiento y sensibilidad de la población sobre estas materias están determinados por su tratamiento en los medios de comunicación, que condiciona su percepción por la ciudadanía. Por ello, la información, además de comprensible, debe ser rigurosa y prudente, para evitar provocar estados de ansiedad, incertidumbre o temores infundados que pueden causar graves daños sociales.

Los ciudadanos reciben este tipo de información a través de la televisión, la prensa escrita, la radio, e internet. La televisión es el gran medio de comunicación de masas que tiene el valor de la imagen con gran poder de síntesis y que llega de manera directa al ciudadano. Los periódicos realizan una información más elaborada, señalan el interés de la información, por lo que suelen ser fuente habitual de información para los demás medios de comunicación, combinan información escrita e imagen y contienen información y opinión. Las noticias de la radio tienen el valor de la inmediatez y el mensaje de voz directo, aunque su duración es corta, y se reciben en cualquier momento y lugar.

Las consultas a través de internet están adquiriendo cada vez más

importancia, a medida que su uso se generaliza entre la población; aunque para el ciudadano resulta difícil conocer la fiabilidad de las fuentes.

Para elaborar información sobre salud y alimentación, las fuentes de información son un elemento clave para los medios de comunicación. Estos requieren que sean independientes, fiables y expertas. Son fuentes habituales las agencias de prensa, que proporcionan un gran volumen de información e indican la actualidad y relevancia de la noticia, pero requieren un proceso de selección, y las páginas web, que suministran una información rápida y fácil de conseguir, pero cuya fiabilidad es preciso conocer.

Las revistas científicas proporcionan una información rigurosa, aunque difícil de valorar por los profesionales de la comunicación. Entre éstas destacan las publicaciones indexadas, que son sometidas a un proceso de revisión previa por otros científicos que avala su calidad y que suelen declarar las limitaciones de los estudios realizados. Las no indexadas no suelen contar con ese aval, lo cual debe ser conocido por el informador.

La información obtenida de expertos, es otra importante fuente para los medios de comunicación, a la que conceden un gran valor. Por ello, procuran contar con expertos fiables, capaces de resumir y con gran disponibilidad. Los periodistas especializados tienen su propia agenda de contactos, lo que es menos frecuente entre periodistas no especializados. Los expertos preferidos suelen ser profesionales o cien

# Enfermedades neurológicas y disfagia

Autora: Dña M<sup>a</sup> Jesús Chopo Alcubilla. Enfermera. Supervisora de Neurología H.U. Miguel Servet. Zaragoza.

La disfagia es una consecuencia frecuente en las enfermedades neurológicas, ya sea como consecuencia de lesiones o disfunciones del SNC, los nervios, la unión neuromuscular o el músculo. Su presencia supone complicaciones importantes para el paciente neurológico, como son la neumonía por aspiración, la deshidratación y la desnutrición; por lo que es evidente la importancia de un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de la misma que puede disminuir la aparición de complicaciones.

Como enfermeras debemos conocer qué signos y síntomas deben hacernos sospechar de la presencia de disfagia, que pueden alterar la seguridad y/o la eficacia de la nutrición. Existen métodos que sirven para realizar un correcto diagnóstico de la misma:

-Test del Agua, desarrollado y validado por DePIPPO que, mediante la administración de distintos volúmenes de agua, puede orientarnos sobre el riesgo de padecer disfagia; si bien nos indica que puede existir riesgo en cuanto a la seguridad, no determina si la deglución es eficaz.

-Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). Basado en el hecho de que en los pacientes con disfagia neurógena la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad mejoran la seguridad de la deglución. Utiliza bolos de tres volúmenes y viscosidades diferentes y detecta alteraciones tanto de seguridad como de eficacia de la deglución.

-Videofluoroscopia, técnica radiológica que es considerada como el gold standard en el estudio de la disfagia oro faríngea. Consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y antero posterior de la ingesta de un líquido hidrosoluble, con viscosidad y volúmenes similares a las utilizadas en el MECV-V.

## El tratamiento de la disfagia comprende dos pilares fundamentales:

- 1-La dieta. Modificando texturas y volúmenes que garanticen la seguridad de la misma
- 2-Técnicas de deglución seguras: medidas posturales y ejercicios fortalecedores.

La disfagia puede ser el primer síntoma de una enfermedad neurológica progresiva no diagnosticada. El manejo de la disfagia depende del estadio y de su severidad. La rehabilitación de la deglución se centra en minimizar el riesgo de aspiración mediante

técnicas compensatorias posturales, maniobras deglutorias y modificaciones en la textura del alimento.

## Disfagia en la enfermedad de alzheimer y en otras demencias

La enfermedad de Alzheimer, principal causa de demencia, no produce una alteración sensoriomotriz, incluyendo cavidad oral y faríngea, hasta sus últimas fases. De todas formas, el deterioro global cognitivo que resulta de esta demencia contribuye de manera importante a la discapacidad para comer de modo independiente.

Existen muchas otras causas de demencia aparte de la enfermedad de Alzheimer, como la demencia multiinfarto. Además hay que tener presentes otras causas que pueden producir una alteración cognitiva, tales como medicación sedante, depresión, hipotiroidismo y déficit de vitamina B12.

## Disfagia en las enfermedades neurológicas que presentan alteraciones del movimiento: enfermedad de parkinson

La disfagia es un síntoma que se encuentra frecuentemente en la EP, pero raramente es tan severa que precise gastrostomía. Potencialmente puede afectar tanto la fase orofaríngea como la fase esofágica de la deglución. De todas formas, existen estudios que sugieren que las anomalías en la deglución existen en todos los niveles de severidad de la EP, lo que ocurre es que en los estadios iniciales no interfieren con la alimentación. La neumonía por aspiración es proporcionalmente más frecuente en la EP que en los accidentes cerebrovasculares.

## Disfagia en la esclerosis lateral amiotrófica

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es un trastorno esporádico, de etiología desconocida en el que en algunos casos el paciente presenta una alteración del control voluntario de los músculos afectos, aumento de los reflejos de tronco y labilidad emocional. La disfagia es un síntoma frecuente de esta enfermedad. Puede dar lugar a una neumonía por aspiración y, además, comprometer la nutrición.

Existe la imposibilidad de mantener una postura erecta para una deglución segura, ya que no se puede mantener protegida a la vía aérea, unido al fracaso en la producción de un reflejo tusígeno suficiente para «limpiar» a vía aérea.

# Conceptos básicos en **Nutrición** y **Dietética** en la enfermedad **Renal Crónica**

Autora: Dña Gloria Millán Asín. Enfermera. Unidad de hemodiálisis Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Supervisora de Neurología H.U. Miguel Servet. Zaragoza.

La dieta es un pilar fundamental en el tratamiento de las distintas fases de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), en la ERC avanzada, Diálisis y Trasplante. El tratamiento dietético debe iniciarse desde el momento en el que se detecta la enfermedad y es distinto en cada fase.

- Dieta en la ERC avanzada: es conveniente una dieta hipoproteica y baja en fósforo, con los objetivos de enlentecer el avance de la ERC y evitar la desnutrición.

- Dieta en la Diálisis: sus objetivos son tratar otras comorbilidades (HTA, diabetes), controlar la ingesta de líquidos, evitar la hiperpotasemia y la hiperfosforemia y preparar el organismo para el trasplante, todo ello manteniendo un buen estado nutricional.

Es necesaria una dieta hiperproteica, baja en fósforo, sodio y potasio. La ingesta calórica debe ser en torno a 30-35 kcal/Kg/día, y la proteica de 1,2 gr/kg/día en hemodiálisis y de 1,3 g/Kg/día en Diálisis Peritoneal.

## COMPONENTES DE LA DIETA

### Proteínas

Son grandes moléculas que forman la materia prima de todas las células que componen nuestros órganos y tejidos. El 50 % de la ingesta proteica debe corresponder a proteínas animales de alto valor biológico, que contienen todos los aminoácidos esenciales. Las proteínas vegetales carecen de alguno de estos aminoácidos esenciales

### Hidratos de Carbono

Son la principal fuente de energía que nuestro organismo utiliza de forma habitual para desarrollar la actividad diaria. Pueden ser complejos (pan, pasta, arroz, legumbres, que deben aportar el 45-55 % de las calorías de la dieta) y simples (azúcar, miel, mermelada, que deben aportar el 10 % de las calorías de la dieta).

### Lípidos

Son la principal fuente de reserva energética. Se recomienda que aporten un 30%-35% del valor calórico total, el 10%-12% como

grasa monoinsaturada, el 10% como grasa poliinsaturada y menos del 7% como grasa saturada. El colesterol debe ser inferior a 300 mgr/día.

En el paciente con ERC es fundamental la educación nutricional ya que precisa una dieta compleja para conseguir un adecuado aporte de nutrientes.

### Minerales

Potasio, que controla la contracción muscular y la transmisión de impulsos nerviosos. Sus niveles elevados pueden dar graves complicaciones, en especial arritmias cardíacas. Se encuentra especialmente en verduras, frutas, legumbres, frutos secos y chocolates.

Las técnicas de cocinado (troceado, remojo y doble cocción) son fundamentales en el control de su aporte.

**En el paciente con ERC es fundamental la educación nutricional ya que precisa una dieta compleja para conseguir un adecuado aporte de nutrientes.**

-Fósforo: Su elevación produce alteraciones óseas y patología cardiovascular. Se encuentra ampliamente distribuido en las proteínas, haciendo difícil la limitación de su ingesta. Interesa la limitación de aditivos con contenido en fósforo añadidos a los alimentos procesados, que puede considerarse como fuente oculta de fósforo.

-Sodio: favorece elevación de la tensión arterial y aumenta la sensación de sed. Como alternativas, podemos potenciar el uso de hierbas aromáticas, aceite de oliva virgen y aceites aromatizados. No deben utilizarse sales especiales que contienen potasio.

En el paciente con ERC es fundamental la educación nutricional ya que precisa una dieta compleja para conseguir un adecuado aporte de nutrientes. Las indicaciones dietéticas deben ser individualizadas, no prohibir, sí recomendar; enseñar al paciente los trucos necesarios para que pueda disfrutar con su dieta.

# Soporte nutricional y control de nutrientes en los pacientes en DIÁLISIS

Autora: Dña. Gloria Millán Asín. Enfermera. Unidad de Hemodiálisis. HUMS. Zaragoza.

Los riñones se encargan, entre otras funciones, de limpiar la sangre de nuestro organismo. Cuando se produce una Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), pueden comenzar a aparecer algunas complicaciones.

La alimentación en la enfermedad renal crónica debe ir dirigida a conseguir varios objetivos: intentar que esta enfermedad avance lo mas lentamente posible, que la alimentación no aumente la acumulación de sustancias toxicas, o que mantengamos un estado nutricional adecuado, entre otros.

El tratamiento dietético, que debe iniciarse cuando se detecte la enfermedad, pasa por distintas etapas:

-Dieta en ERCA: se aconseja hacer una restricción de proteínas especialmente cuando el filtrado glomerular esta por debajo de 40ml/min./1,73m. Recomendamos 0,8 g /kg/día. Estas restricciones deben de estar monitorizadas en caso de riesgo de desnutrición cuando prevalecen ingestas proteicas mas elevadas.

Los hidratos de carbono se deben tomar en poca cantidad, a través de hidratos sencillos y mayor cantidad de hidratos complejos ( El 55-60% de las calorías diarias). Las grasas nos aportan del 30-35% de las calorías diarias. De éstas, más de las dos terceras partes deben de ser de grasas insaturadas y el resto de las saturadas. Dentro del grupo de los minerales Na, K y P, se recomienda la disminución del consumo (puede variar en función de la situación de cada persona).

El Na y su acumulación es responsable de aumento de la TA y retención de líquido con edemas. El P es indirectamente responsable de deterioro progresivo de los huesos y arterias. Cuando las cifras de P en sangre están alteradas pueden variar esas cifras de Ca ( la cantidad recomendada de Ca en prediálisis 1000-1500 mg/día).

El K se encuentra presente en frutas y verduras, y hay que tener en cuenta las recomendaciones para disminuir el K de los alimentos (remojo y doble cocción). La restricción hídrica en ERCA no es necesaria para mantener la diuresis.

-Dieta en diálisis: la cantidad de proteínas aconsejada es mayor. En HD entre 1-1,2 gr./Kg./día. En DP entre 1,2-1,5 gr./Kg./día. En esta etapa es importante la restricción hídrica. En HD será volumen de orina + 500 -700 ml/día, en anuria 1000ml/día.

En DP la restricción es menor, por lo que se recomienda individualizar, según balance.

-Dieta en trasplante renal: se aconseja tomar una cantidad moderada de proteínas 1gr/kg/día. En los primeros dos meses se recomendará un aporte mayor. La dieta dependerá de sus parámetros analíticos.

### Monitorización del estado nutricional

Se realizara periódicamente entre 1-3 meses valorando los siguientes parámetros: Albúmina, peso, peso ideal, valoración global subjetiva, aparición de nitrógeno proteico (n PNA ó n PCR) y encuestas nutricionales.

Recomendaciones generales: realizar todas las comidas del día, cocinar con aceites vegetales- en especial de oliva-, precaución con el consumo de carnes y pescados azules ,limitar lácteos ,aplicar remojo y doble cocción a verduras y hortalizas, limitar el consumo de frutas y no usar sales bajas en sodio porque tienen K.

### Medicación en la enfermedad renal

Para mantener los niveles de K y P como complemento a la dieta se prescribe el uso de quelantes de P y K.

# Diabetes y educación alimenticia, una simbiosis perfecta

Autora: Dña Mª Luisa Lozano del Hoyo. Enfermera Sap sector Zaragoza II

De todas las patologías crónicas, posiblemente es la diabetes mellitus en la que el control nutricional es más importante para el buen control de la patología. El seguimiento de una alimentación equilibrada y saludable es considerado como una de las medidas más importantes para la prevención y el tratamiento de la diabetes.

La OMS especifica que la dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar su aparición. La individualización de objetivos glucémicos es fundamental, si bien el consejo dietético y la educación sanitaria son importantes para el éxito terapéutico.

Las personas con diabetes mellitus deben recibir tratamiento nutricional individualizado, indicado por un profesional cualificado, con el fin de lograr los objetivos terapéuticos a través de los profesionales de enfermería, por su cercanía y su capacidad. Sin una educación terapéutica no hay tratamiento efectivo. El profesional sanitario debe dotar de las herramientas necesarias para que se efectúen cambios de conducta (alimentaria, entre otras) que propicien el auto cuidado de la diabetes por el propio paciente.

La ingesta energética para alcanzar y mantener el perfil de normo peso se sitúa en unos aportes de 20-25 Kcal/Kg de peso y día. Un 55-60% de hidratos de carbono, 1 g/Kg de peso y día para las proteínas y menos de 30% de la ración energética a partir de las grasas (ADA 2013), aunque las proporciones de los principios inmediatos pueden ajustarse de manera

individualizada para cumplir los objetivos metabólicos y las preferencias de cada paciente.

El control del peso debería suponer la primera estrategia nutricional para controlar la glucemia en personas con DM tipo 2 y en personas con sobre peso u obesidad. La reducción de peso en estas personas es efectiva para mejorar el control de la glucemia y de los factores de riesgo cardiovasculares.

Las dietas de índice glucémico bajo pueden reducir la HbA1c hasta en un 0'5%. La pauta dietética representa uno de los principales desafíos en el tratamiento de esta patología, debido a la complejidad de los factores sociales, culturales y familiares, que suelen conducir a bajos niveles de adhesión.

El principal objetivo del tratamiento dietético es estas personas es ayudar a modificar sus hábitos alimentarios, haciendo que cubran sus necesidades energéticas y nutrientes, mejorando su control metabólico y reducir/retrasar las complicaciones.

Todo esto pasa por una adecuada encuesta alimentaria, teniendo en cuenta que, según recientes estudios, la ingesta calórica real es más alta que las auto estimaciones, y que las comidas desordenadas pueden suponer un riesgo en la salud a largo plazo.

El grado de adherencia a la dieta y otros cambios en estilos de vida requieren del apoyo constante del equipo sanitario, ayudando al paciente a aumentar su motivación y su nivel de autogestión.

## Hidratación mixta: una alternativa

Autora: Dña. Raquel Sisás Rubio. Responsable Área de Enfermería. Hospital San Juan de Dios. Zaragoza.

Es por todos sabido que cada vez se hace más latente la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y terminales, así como una mayor esperanza de vida. Por eso es necesario el desarrollo de nuevas técnicas, pero sin olvidar las ya conocidas. Este es el caso de la hipodermocclisis: efectiva, satisfactoria y de bajo coste. Consiste en la infusión de fluidos y medicamentos directamente en el tejido subcutáneo, a través de una palomilla en la zona abdominal, preferentemente, o en los muslos.

Es menos conocido que se trata de una técnica centenaria, pero fue introducida en la clínica pediátrica en los años 40 por Gaisford y Evans. Más tarde se hizo muy popular en otras especialidades, tanto que se utilizó de manera indiscriminada y comenzó su desuso. En geriatría se usó hasta los años 50. Sin embargo, en la actualidad se ha vuelto a considerar como una técnica eficaz y económica en ancianos y pacientes terminales, tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario. Muchos son los estudios que corroboran dicha afirmación. Incluso en 1998 se formularon las guías para el uso de la hipodermocclisis por el Hipodermocclisis Working Group.

En 2003 se publican las guías en Reino Unido. Pacientes con deshidratación leve o moderada (como aporte hídrico junto a dieta VO), con problemas de deglución y con limitación en el acceso venoso, con deterioro cognitivo, y pacientes terminales son subsidiarios de beneficiarse de esta técnica. No debe considerarse como alternativa en situación de emergencia, deshidratación severa, coagulopatía, o en pacientes en diálisis.

La hidratación SC reporta muchas ventajas como: prevención de la

hospitalización en pacientes deshidratados levemente, técnica segura, simple, cómoda, que no impide la movilización de las extremidades, requiere menos supervisión, menos riesgo de sobrehidratación, sin riesgo de tromboflebitis, y además es poco dolorosa.

No obstante, pueden aparecer algunos efectos adversos: necrosis en el punto de inserción del catéter, edema en la zona de infusión, celulitis local o equimosis. Sin embargo son muy pocos los casos descritos.

Por otro lado, restacar un estudio realizado en 2009 en el Servicio de Geriatría de la Clínica Carlos Lleras Restrepo, Colombia.

Nuestra experiencia en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Zaragoza, y en los 5 ESAD propios, es que, a pesar de ser en el momento una técnica muy implantada en pacientes con enfermedad terminal en el hospital y en domicilio; poco a poco se va generalizando al resto de unidades geriátricas de nuestro Hospital, cuando se necesita una hidratación en pacientes con disfagia a líquidos y levemente deshidratados junto a su dieta, evitando técnicas más cruentas como la SNG.

Una vez hidratados, tanto su nivel de conciencia como su estado físico mejoran, pudiendo prescindir del soporte hídrico SC. Por lo tanto, se puede concluir, a la vista de los diversos estudios publicados, y por la experiencia en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza; que la hipodermocclisis es una técnica sencilla, económica (tan importante en estos tiempos), y satisfactoria, tanto para pacientes como para profesionales de enfermería.

# Valoración Nutricional por patrones funcionales de salud

Autora: Dña. Maria Sese Sanchez. Enfermera Responsable U. Dietética y Nutrición. Hospital Mutua De Accidentes De Zaragoza (MAZ) Master En Investigación. Prof. Asociada Facultad le Ciencias de la Salud.

La nutrición es un proceso complejo que comprende el conocimiento de los mecanismos mediante los cuales los seres vivos utilizan e incorporan los nutrientes, para desarrollar y mantener sus tejidos, y obtienen la energía necesaria para realizar sus funciones. Una buena nutrición ayuda a prevenir enfermedades y a desarrollar el potencial físico y mental. De ahí que sea preciso estar atento a la hora de detectar posibles problemas de salud, que en el caso de la nutrición, supone una necesidad soporte de otras necesidades, por lo que una alteración en ella supone un desequilibrio en las demás.

El término valoración significa evaluación. En enfermería, el término se utiliza para describir la evaluación inicial y continuada del estado de salud de una persona, familia o comunidad. La valoración sistemática y premeditada es un proceso intencionado basado en un plan para recoger y organizar la información con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos.

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero. Define 11 patrones funcionales de salud: patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades, desarrollados a partir de la interacción entre el paciente y su ambiente.

Cada patrón es una expresión de integración biopsicosocial, por lo que no se puede comprender ningún patrón sin la comprensión de los demás. Las áreas de los patrones de salud proporcionan un formato de valoración estándar para una base de datos básica con independencia de la edad, el nivel de cuidados o el trastorno médico del paciente. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad.

Todos los seres humanos tienen en común algunos patrones funcionales que contribuyen a su salud, calidad de vida y logro de su potencial humano. La descripción y evaluación de los patrones de salud permiten a la enfermera identificar patrones funcionales (necesidades del paciente) y patrones disfuncionales (diagnósticos enfermeros).

Los patrones nutricionales de los pacientes y los hábitos dietéticos subyacentes siempre han sido competencia de las enfermeras debido al reconocimiento por su parte para que todas las funciones vitales y el bienestar dependan de un adecuada ingesta y del suministro de nutrientes a los tejidos. El eje de la valoración en

el patrón funcional- metabólico es el consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas.

El objetivo de la valoración es recoger datos acerca del patrón típico de consumo de comida y líquidos. Además, se valoran indicadores amplios de las necesidades metabólicas, como los estados de crecimiento. Las referencias subjetivas se obtienen observando el consumo de alimentos y líquidos, los problemas percibidos por el paciente y por otros; las acciones llevadas a cabo para resolver dichos problemas, y los efectos percibidos de tales acciones

El examen proporciona datos de los efectos observables de la ingesta de nutrientes y la cicatrización relativos a las necesidades metabólicas. Por todo ello, la realización de una primera y adecuada valoración de enfermería, supone un elemento de gran importancia para detectar situaciones potenciales de riesgo nutricional (por defecto/ por exceso).

**La descripción y evaluación de los patrones de salud permiten a la enfermera identificar patrones funcionales (necesidades del paciente) y patrones disfuncionales (diagnósticos enfermeros). la realización de una primera y adecuada valoración de enfermería, supone un elemento de gran importancia para detectar situaciones potenciales de riesgo nutricional**

Esta valoración debe detectar los elementos más importantes para evaluar el estado nutricional y su posible evolución y poder establecer las primeras acciones de un "Plan de Cuidados de Enfermería" adecuado a la situación detectada.



# **XVI FORO NACIONAL**

**ASOCIACIÓN DE ENFERMESARAS  
DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**



**TOLEDO  
OCTUBRE 2014**