

RNC

Publicación Científica sobre Nutrición Clínica
de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral: AANEP
Órgano Oficial de la FELANPE

*Incorporada a la base de datos LILACS, Literatura Latinoamericana
y del Caribe en Ciencias de la Salud*

*Auspiciada por las Asociaciones Argentina, Chilena
y Paraguaya de Nutrición Clínica*

Registro de la Propiedad Intelectual Nº 282238

Editada por Ediciones de La Guadalupe

S U M A R I O

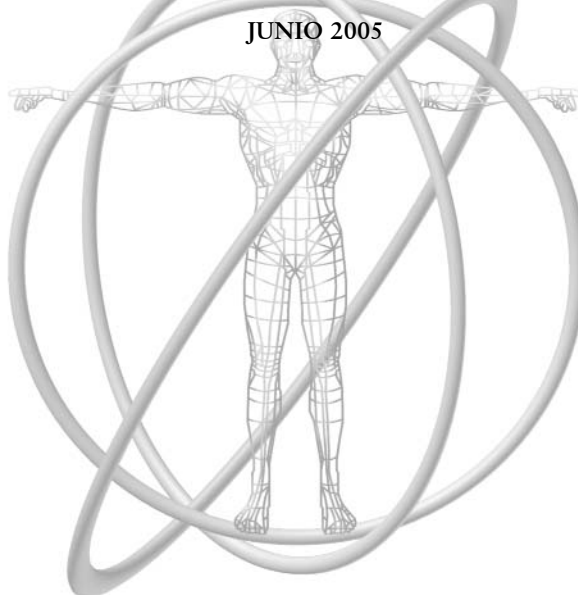
— 76 —

EDITORIAL

por Adriana Crivelli

— 77 —

ABSTRACTS PRESENTADOS EN
XII CONGRESO ARGENTINO IV DEL CONO SUR
DE SOPORTE NUTRICIONAL Y METABOLISMO
JUNIO 2005



El volumen XIV, Nº 2 pertenece a los meses de julio, agosto, septiembre de 2005

La reproducción total o parcial de los artículos de esta publicación no puede realizarse sin la autorización expresa por parte de los editores. La responsabilidad por los juicios, opiniones, puntos de vista o traducciones expresados en los artículos publicados corresponde exclusivamente a sus autores.

STAFF EDITORIAL**DIRECCIÓN CIENTÍFICA**

Dra. Adriana Crivelli

COMITÉ CIENTÍFICO EDITORIAL

Dr. Eduardo Ferraresi
 Lic. Nutr. Roxana Guida
 Dra. Claudia Kecskes
 Dr. Francisco Martino
 Dr. Humberto Fain
 Dr. Gustavo Kliger
 Dra. Adriana Fernández
 Dra. Marcela Fabeiro
 Farm. Mariela Suárez

Ilustración de tapa

Nube y Flor
 Baruj Salinas

Correspondencia: AANEP: Lavalle
 3643, 3° piso, of. F - 1053
 Buenos Aires, Argentina
 Tel: 4864-2804

COMITÉ CONSULTOR**En Argentina**

Dr. Andrés De Paula
 Dr. Horacio González
 Lic. Nutr. Paula Guastavino
 Dr. Mario Perman
 Dr. Juan Carlos Pernas
 Farm. Rodolfo Raviolo
 Dr. Isaías Schor
 Dr. Marcelo Tavella
 Farm. Ana María Menendez

En Chile

Dr. Juan Kehr
 Dra. Julieta Klaassen
 Dr. Alberto Maiz
 Dr. Nicolás Velazco

En Paraguay

Dra. Clara Búrguez
 Dra. Flora Suárez de Achón
 Dra. Silvia Silva de Checo

En Uruguay

Dr. Hugo Bertullo
 Dra. Estela Olano

En España

Dr. Jordi Salas i Salvadó

En Brasil

Dr. Dan Waitzberg

COORDINADOR DE PUBLICACIONES DE FELANPE

Dr. Mario Císero Falção



NUEVA DIRECCIÓN DE E-MAIL:

✉ aanep@speedy.com.ar

COMISIÓN DIRECTIVA AANEP

— **Presidente** —

Dra. Adriana Crivelli

— **Vicepresidente** —

Farm. Angélica García

— **Secretario** —

Dr. Gustavo Kliger

— **Tesorero** —

Dra. Adriana Fernández

— **Dir. Área Médica** —

Dr. Horacio González

— **Dir. Área Nutric.** —

Lic. María Elisa Guidoni

— **Dir. Área Farm.** —

Farm. Mariela Suárez

— **Dir. Área Enfermería** —

Lic. en Enf. Silvia Ilari

— **Vocal** —

Dr. Eduardo Ferraresi

— **Vocal** —

Dr. Carlos González Infantino

RNC es una edición trimestral de

SERVICIOS
EDITORIALES

Ayacucho 720, PB - C1026AAH
 Buenos Aires, Argentina
 Telfax: 4372-8327 / 4373-6366
 E-mail: rnc@fibertel.com.ar
edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

— **DIRECCIÓN EDITORIAL** —

LIC. Iris Uribarri

— **DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO** —

Daniela C. Tamashiro

— **PUBLICIDAD** —

Jessica Sánchez Voci

EDITORIAL

Un encuentro logrado

En este número queremos hacerles conocer los resultados de nuestro último Congreso. Como en cada edición el número de participantes ha ido en aumento, este año alcanzó una audiencia de 1.350. El nivel de los expositores, nacionales y extranjeros ha colmado las expectativas de los concurrentes, circunstancia que afortunadamente nos ha sido expresado en varias oportunidades. Con gran satisfacción además vimos que el número de trabajos presentados también se incrementó, hemos recibido un 25% más que en el 2003. Un porcentaje destacado de estos trabajos han sido elaborados por colegas latinoamericanos de Brasil, Paraguay y Uruguay.

En el marco del Congreso se premiaron 3 trabajos que serán publicados en su versión completa en los próximos números de nuestra revista.

En conclusión podemos decir que el Congreso ha sido exitoso desde todo punto de vista.

Para informarse pueden comunicarse con la secretaría de AANEP.

Toda esta información que hemos anotado para compartir con nuestros lectores no nos debe hacer olvidar las implicancias profundas de eventos de esta naturaleza en la que se pone en juego el trasvasamiento de conocimientos: ideas, hallazgos, conclusiones que se profieren y se ofrecen para ser aceptadas o debatidas en el espacio abierto de un Congreso que nos reúne.

Esta modalidad espacial, este dispositivo de salas y lugares donde nos ubicamos para oírnos y para darle recepción a la palabra de cada uno, que pone en movimiento el intercambio de pensamientos, tiene larga tradición en occidente, que desde el ágora griega entendió en esta modalidad una vía regia para el saber que se mancomuna.

Esta dinámica, este "formato" de comunicación que implica un Congreso nos anima toda vez que se realiza y toda vez que concluye porque pone de manifiesto un logro: el intercambio que nos enriquece: cara a cara, en recíproca presencia.

Finalmente, queremos recordarles que está a su disposición la base de Datos FUNDANEP, para registro de pacientes con Soporte Nutricional Domiciliario al igual que las Bases para la Certificación de Experto en Soporte Nutricional.

*Dra. Adriana Crivelli
Presidente de AANEP*



ABSTRACTS PRESENTADOS EN CONGRESO

"NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA: CUANDO EL RECURSO HUMANO ES ESCASO...
URGE UNA OPTIMA ORGANIZACIÓN EN RELACIÓN A LA DEMANDA."

Leiva Castro A, Marin R, Cabral A, Rossi M.

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Don. Victorio Tetamanti (HIEMI). Mar del Plata.

Objetivo general: analizar la intervención del Team de Soporte Nutricional, en el seguimiento de niños con nutrición enteral domiciliaria (NED) durante los años 2002-2005 en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Victorio Tetamanti (HIEMI).

Objetivo específico: describir el grupo de pacientes en asistencia, el abordaje en equipo, y como herramienta fundamental, la educación articulada desde un Instructivo/Cartilla que se trabaja junto con el grupo familiar. Evaluando de manera prioritaria la eficacia de la aplicación de este instrumento formativo para la familia y su incidencia en el éxito del tratamiento en el hogar.

Material y métodos: se realizó el análisis retrospectivo de 37 historias clínicas de pacientes atendidos en el Área de Terapia Nutricional (equipo conformado por dos médicos y dos enfermeros) que hubieran tenido indicación precisa de externación con Nutrición Enteral Domiciliaria, en el período 2002-2005. Se elaboró una planilla de registro considerando la patología de base, diagnóstico conjunto con otras especialidades, ensayos de tolerancia con sonda nasogástrica y/o realización de gastrostomía, entrega de material orientador sobre el tratamiento y el logro del autocuidado progresivo desde la fase pre-alta hacia la fase domiciliaria.

Resultados: durante los años 2002-2005 se identificaron 37 casos (10 de los cuales son derivaciones de la zona), 18 en Programa de NED con bomba infusora y 19 con la modalidad en bolo. Se registran 12 casos de parálisis cerebral, 7 de atresia de esófago, 6 de patologías gastrointestinales, 5 cardiopatías, 4 con fibrosis quística y 3 EPOC. Con respecto a las fórmulas lácteas el 100% fueron especiales (hidrolizados proteicos, sin lactosas y enriquecidas con módulos calóricos). La deglución alterada se verificó en 16 pacientes. En el 100% de los casos se trabajó a partir de la entrega del Instructivo en la fase Pre-Alta, corroborando la tarea de aprendizaje por parte del cuidador. El alta se programó en cada caso, con estabilidad clínica del paciente, previa visita al domicilio en conjunto con el Trabajador Social o mediando informe social respectivo. Hacia la fase domiciliaria, 30 de los casos lograron autonomía completa (aprendizaje, asistencia a los controles, contacto telefónico y retiro de insumos en fecha), siendo en 7 de los casos un logro de autonomía parcial a causa de situaciones socioeconómicas complejas, con acceso dificultoso al hospital y con red de apoyo familiar insuficiente. A la fecha se registran 3 fallecidos (por su patología de base), 2 casos que finalizan tratamiento NE en bolo y 5 que suspenden NE con bomba infusora (y continúan en bolo), todos clínicamente estables.

Conclusión: la compleja naturaleza del tratamiento domiciliario con Nutrición Enteral, hace necesaria una evaluación y un programa de educación para los pacientes.

La monitorización se debe realizar desde un programa individualizado, de carácter preventivo, en el que se articulen un conjunto de servicios y técnicas de intervención de profesionales de la salud (enfermeros, médicos nutriólogos, cirujanos, gastroenterólogos, trabajadores sociales, psicológico) brindando apoyo psicosocial y familiar, con el objetivo básico de favorecer el incremento de la autonomía personal en su medio habitual de vida. Es por lo tanto esencial que se organice un adecuado y fuerte sistema de apoyo.

Constituyendo el Team de Soporte Nutricional obtenemos la eficacia en el tratamiento nutricional en base a una indicación correcta e individual para la nutrición artificial, sustentando programas ambulatorios y de educación continua destinado a grupos de pacientes específicos, con controles periódicos.

Se ha logrado con este programa de educación continua y programada la autonomía con seguimiento en el 90% de los pacientes garantizando el sostén y crecimiento.

ABSTRACTS PRESENTADOS EN CONGRESO

ESTUDIO DE MALNUTRICIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL GUILLERMO RAWSON

Álvarez MG, Camenforte AN, Martín NT.

✉ noemartin@sinectis.com.ar

Introducción: muchos estudios han sido publicados con la prevalencia y causas de desnutrición en los pacientes hospitalizados, tomando poblaciones médicas, quirúrgicas o ambas y todas se acercan bastante, más allá del grado de desarrollo del lugar en el que se hayan tomado.

Conscientes de esta situación se decidió este trabajo sobre Evaluación Global Subjetiva, en el mes de octubre de 2003, en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Guillermo Rawson.

En este Servicio la vía de alimentación utilizada es la oral y/o enteral. En la alimentación enteral, la vía de acceso más utilizada es la nasogástrica, con un sistema de administración de flujo discontinuo y por medio de sistema gravitatorio. Las fórmulas que más se utilizan son las fórmulas completas y poliméricas y en algunos casos, dependiendo de la patología, se complementan con fórmulas modulares y elementales.

Objetivo: comprobar si la malnutrición intrahospitalaria de nuestro Servicio de Clínica Médica coincide con los datos a nivel nacional publicados por la AANEP 1999.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo sobre un total de 96 pacientes internados, de los cuales se tomó como muestra representativa un total de 60 pacientes para la realización de la Evaluación Global Subjetiva.

Resultados: total de pacientes: Internados: 96 Encuestados: 60

En los últimos 6 meses: sobre un total de 60 pacientes, 32 (53,3%) tuvieron cambios en el peso y 28 (46,7 %) no registraron cambios.

En las últimas 2 semanas en el total del 60 pacientes, 36 (60 %) disminuyeron de peso y 24 pacientes (40 %) no tuvieron disminución de peso.

Resultados de la EGS: 19 pacientes (31,70%) resultaron bien nutridos, 29 pacientes (48,30%) presentaron desnutrición moderada y 12 pacientes (20%) desnutrición severa.

Conclusiones: los resultados obtenidos se acercan a los datos publicados por la AANEP 99 a nivel nacional.

Por tal razón, consideramos necesario continuar con la investigación y motivar a las autoridades de Salud Pública para la creación de una Unidad de Asistencia Nutricional.

IMPACTO DE LA DESNUTRICIÓN EN SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL PARAGUAY

**Ferreira Heyn AM, Goiburu ME, Jure MM, Báez Ayala AR, Mora S.
APANEP (Asociación Paraguaya de Nutrición Enteral y Parenteral)**

✉ meigoiburu@hotmail.com

Objetivo: determinar la asociación entre pacientes quirúrgicos que tienen indicación de soporte nutricional pero no lo reciben y su evolución (tiempo de estancia, morbilidad y mortalidad).

Materiales y métodos: estudio prospectivo en el que fueron incluidos los pacientes dentro de las 72 horas de su admisión a los servicios de Cirugía General en 6 hospitales públicos del Paraguay, ingresados desde junio del 2003 hasta abril del 2004 (casos consecutivos). El riesgo nutricional se evaluó con el Nutritional Risk Screening (NRS 2002) definido por el estado nutricional y el incremento de los requerimientos causados por el stress metabólico. Un listado de complicaciones fue el-

borado antes del estudio. Se realizó el seguimiento para determinar el tiempo de estancia, complicaciones y mortalidad. Los datos fueron procesados con el EPIINFO 2002 considerándose una $p < 0,05$ como significativa y expresados como riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: fueron incluidos 469 pacientes de los siguientes hospitales: Instituto de Previsión Social 29% (n=137), Clínicas 24% (n=113), Itagua 24% (n=103), Cáncer 11% (n=53), Emergencias 11% (n=52), Quemados 2% (n=11), con una edad promedio de 51 20 (15 - 98) correspondiendo un 52% al sexo masculino. El 74% de los pacientes fue intervenido quirúrgicamente. El Índice de Masa Corporal (IMC) promedio fue de $23,8 \pm 5$ con un peso medio de 64 ± 15 . El 46,7% de los pacientes tuvo complicaciones. El 43,7% recibió dieta oral normocalórica, el 51,2% dieta hipocalórica, el 3,6% se encontraba en ayuno y el 1,5% recibió nutrición enteral. Los diagnósticos más frecuentes fueron: cáncer 24,3%, enfermedad biliar 8,2%, peritonitis 7,5%, pancreatitis 4,9%. Según el NRS 2002 el 48,2% se encontraban en riesgo nutricional (n=226) y el 51,8% no (n=243). En los pacientes con ayuno o dieta hipocalórica que estaban en riesgo nutricional encontramos un 54,4% de complicaciones totales versus 41,8% en los que no estaban en riesgo nutricional ($p < 0,05$) RR 1,66 (1 - 2,86). El 10,5 % de los pacientes en ayuno o dieta hipocalórica y en riesgo nutricional obitó versus el 3,5% sin riesgo nutricional ($p < 0,02$) RR 3,55 (1,08 - 11,65). El tiempo de estancia mayor de 14 días en los pacientes con ayuno o dieta hipocalórica y en riesgo nutricional fue del 52,6% vs el 37,2% del otro grupo ($p < 0,019$) RR 1,41 (1,04 - 1,93).

Conclusiones: el porcentaje de los pacientes quirúrgicos en riesgo nutricional es elevado en el Paraguay. Los pacientes en riesgo nutricional con ayuno o dieta hipocalórica y con indicación de tratamiento nutricional pero que no lo reciben, tienen mayor tiempo de estancia y morbimortalidad que los pacientes sin riesgo nutricional.

SOPORTE NUTRICIONAL EN HEMODIÁLISIS

Arébalo PM⁽¹⁾, Gadea O⁽²⁾, Cabral AM⁽³⁾, Brukman J⁽¹⁾

Centro nefrológico CENEMAR ⁽¹⁾, Clínica Pueyrredón ⁽²⁾, NutriHome ⁽³⁾, Mar del Plata.

pamoncet@yahoo.com.ar

Introducción: el Síndrome Malnutrición-Inflamación-Aterosclerosis (MIA), frecuente en la Insuficiencia renal crónica (IRC), es un predictor importante de morbimortalidad en diálisis. En la inflamación, las citoquinas proinflamatorias asociadas a la pérdida de masa muscular y enfermedad aterosclerótica, aumentan la mortalidad cardiovascular. Una adecuada diálisis, complicaciones cardiovasculares, inflamación y malnutrición urémica son los determinantes de sobrevida más importantes en este grupo de pacientes. El soporte nutricional en hemodiálisis es utilizado para prevenir o corregir la malnutrición urémica.

Objetivo: de esta presentación es describir el caso de un paciente con DM 1, IRC terminal en hemodiálisis (HD), desnutrición severa (DNS) y gastroparesia (GP) que recibió Alimentación Enteral (AE) domiciliaria.

Paciente masculino de 66 años DM 1 de 30 años de evolución, con retinopatía proliferativa, neuropatía periférica y autonómica, GP, enteropatía diabética, IRC terminal en HD trisemanal de 5 años de evolución se traslada a nuestro centro de diálisis. Se diagnostica DNS por Evaluación Global Subjetiva, con pérdida del 25% de su peso habitual, hiporexia, esteatorrea, mialgias y disminución importante de masa muscular y grasa. Se interpreta la esteatorrea secundaria a sobrecrecimiento bacteriano que revierte con tratamiento antibiótico. La endoscopia digestiva alta constata restos alimentarios en fundus gástrico y esofagitis por candida grado II. La biopsia intestinal fue normal y el Ac Antitransglutaminasa negativo. La TAC de abdomen informa calcificaciones vasculares múltiples a nivel del territorio mesentérico. El monitoreo glucémico era aceptable con una dosis de Insulina (I) NPH e I Corriente prealmuerzo. Inicia AE Cíclica domiciliaria con sonda nasoyeyunal más aporte por vía oral para cubrir 35 kcal/kg/d 1,5 g Prot./kg/d con fórmula polimérica durante 3

meses. En su evolución presenta hiperglucemia durante la administración de la AE y se cambia la fórmula por otra baja en hidratos y con fibra. Se rota la I. a I. Glargina e I. Aspártica con mejor respuesta y sin episodios de hipoglucemia. Al mes requirió tratamiento antibiótico por esteatorrea con curva de peso estable. Presentó mejoría de parámetros antropométricos, bioquímicos y aumento del apetito llegando a cubrir el 80% por vía oral. La diálisis fue de alta eficiencia. El mayor inconveniente presentado por el paciente consistió en las horas que debía recibir la alimentación y dificultad en la marcha.

	Inicio	1 ^a mes	2 ^a mes	3 ^a mes
Peso	55,500	57,000	57,700	59,700
PT/AMB	6/21,1	5/22,93	5/22,93	5/23,93
Albúmina	3,2	3,4	3,6	3,6
Colesterol	100	163	189	161
PCRn		0,78		1,61
KTV/URR		1,22/66,3		2,11/81,4

Conclusión: el soporte nutricional en este paciente suplementó la vía oral y junto al mejor control metabólico y la diálisis adecuada permitió un balance positivo y mejoría de parámetros nutricionales, pero otras estrategias son necesarias para tratar el síndrome MIA presente en la IRC terminal.

INSUFICIENCIA INTESTINAL: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN PACIENTES ADULTOS

Kecskes C, Martínez MI, Crivelli A, Merlo G.
Grupo de Soporte Nutricional Domiciliario- Argentina
kecskes@sinectiscomar

Objetivo: describir y analizar desde el punto de vista clínico y nutricional en pacientes con Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD), las causas de la insuficiencia intestinal (II), las complicaciones infecciosas (IRC) y no infecciosas relacionadas al acceso venoso y la evolución clínica.

Material y método: estudio retrospectivo. Se analizaron pacientes con NPD ingresados a partir de enero de 1998 hasta diciembre de 2004. Se cuantificó la tasa de infecciones relacionadas al catéter venoso central, diagnosticada según criterios clínicos y bacteriológicos; la incidencia de complicaciones mecánicas (salida accidental/ desplazamiento, oclusión y disrupción del catéter venoso central). Se analizaron los motivos de finalización de la NPD (alta nutricional, fallecimiento, negativa del paciente a continuar el tratamiento, entre otras).

Análisis estadístico: test de Mann-Whitney para comparar medias de variables continuas y test exacto de Fisher para variables categóricas.

Resultados: en el análisis se incluyeron 43 tratamientos en 41 pacientes adultos, pacientes de los cuales 23 fueron de sexo masculino y 20 de sexo femenino. La edad media al inicio de la NPD fue de 57 años (DS 14,4; r 83 a 19). La causa de la insuficiencia intestinal fue: 11 suboclusiones/ pseudo-obstrucciones intestinales (255%), 21 síndrome de intestino corto (628%): secundario a isquemia intestinal 14 (52%) y a post-resecciones intestinales-fístulas intestinales de alto débito 13 (48%) y 5

pacientes (117%) presentaban: 2 fístulas intestinales altas (1 enfermedad de Crohn), 1 atrofia intestinal asociado a inmunodeficiencia común variable, 1 obstrucción esofágica y 1 colitis ulcerosa. 16/43 pacientes (37%) presentaban enfermedad neoplásica. Los días totales de NPD fueron de 9.772, mediana 118 días (promedio de 227 días \pm 340, r 1.784 a 10). 3 pacientes recibieron nutrición enteral concomitante y 26 pacientes ingerían alimentos por vía oral.

Respecto de las complicaciones infecciosas, el número de episodios de IRC fue de 153 por cada 1.000 días catéter y el n° de complicaciones mecánicas fue de 07 episodios/1.000 días catéter (3 desplazamientos /salidas accidentales, 2 oclusiones y 2 roturas del catéter). Presentaron 1,45 episodios de suspensiones de la NPD seguido de internación por año (promedio de 109, r 4 a 0). El N° de internaciones relacionadas con la NPD fue de 7 episodios totales, 2 por IRC y las restantes se debieron a complicaciones mecánicas del catéter /desplazamientos/ salida accidental 5 y oclusión 1). 11 pacientes continuaban recibiendo NPD al momento del estudio, 32 finalizaron el tratamiento: 21 por fallecimiento (66%), 8 alta nutricional (25%), 3 suspendieron por otras causas no médicas (9%). De los fallecidos, el 62% de los pacientes presentaba enfermedad neoplásica y la causa de muerte no se relacionó con la NPD.

Respecto de la longitud de intestino remanente, los pacientes con alta nutricional, presentaban más de 50 cm de intestino delgado y colon indemne o resección parcial del mismo. De la comparación entre el grupo de pacientes con alta nutricional vs los fallecidos surgieron los siguientes resultados:

	Fallecidos (n=21)	Alta nutricional (n=8)	
Edad	58,1 (DS 15,2)	60,6 (DS 11,5)	p 0,6; NS
Días NPD	116	150	p 0,3; NS
N° susp /365 días	3,48 (DS 5)	1,23 (DS 1,9)	p 0,3; NS
N° IRC/1000 días	1,14 (DS 2,1)	2,4 (DS 3,8)	p 0,6; NS

NS estadísticamente no significativo

La presencia de enfermedad oncológica entre las dos poblaciones mostró diferencias estadísticamente significativas, p 0,003.

Conclusiones: la causa más frecuente de indicación de NPD fue el síndrome de intestino corto secundario a isquemia mesentérica o resecciones intestinales amplias. Existe una alta prevalencia de enfermedad oncológica en la población estudiada, comportándose como factor predictivo de mortalidad. El resto de los factores analizados no mostraron diferencias estadísticas significativas al momento del análisis-

GLUTAMINA EN PACIENTES CRÍTICOS PROLONGADOS. INFORME PRELIMINAR DE ESTUDIO PROSPECTIVO

**Loudet C, Perman MI, Ryan S, Cicive L, Czerwonko DA, Grucci JA,
Salvatierra CL, Goldín MF.**

Soporte Nutricional - Servicio de Terapia Intensiva Adultos - Hospital Italiano de Buenos Aires.

cecilia.loudet@hospitalitaliano.org.ar

Objetivo: la glutamina (GLU) es un aminoácido (AA) condicionalmente esencial en situaciones de injuria/infección y su déficit se asocia con complicaciones y peor pronóstico en pacientes críticos (PC). El objetivo del estudio es evaluar el efecto del suplemento de GLU endovenosa en la incidencia de infecciones, la estadía en UTI (EstUTI) y hospitalaria (EstHO) y la mortalidad en PC, en comparación con el suplemento isonitrogenado e isovolumétrico de AA estándar.

Material y Métodos: estudio prospectivo, controlado, randomizado y doble ciego, realizado en una UTI polivalente (28 camas) de un hospital universitario, en pacientes inflamados por diferentes etiologías, con score APACHE II de ingreso ≥ 10 , que pudieran requerir cuidados críticos prolongados (6 o más días) y soporte nutricional (SN) en forma de alimentación enteral (AE) y/o parenteral (AP). Este informe corresponde al análisis de los primeros 20 pacientes (corte piloto).

Los PC se evaluaron a partir del 3er día de internación; si cumplían criterios de inclusión se randomizaban para recibir 0,4 gr/kg/día de alanil-glutamina (Dipeptiven®) endovenoso (grupo GLU) por un mínimo de 7 días, o igual dosis de aminoácidos estándar (grupo AA). El SN se indicó en forma independiente del estudio, acorde al protocolo habitual de la UTI.

Se evaluaron los scores APACHE II, SOFA y TISS₂₈, la incidencia de complicaciones infecciosas: neumonía (NAR), sepsis por catéter (SRC), infección del tracto urinario (ITU) y meningitis (M) (definidas por criterios del CDC), la EstUTI y la EstHO, la mortalidad en UTI, en el hospital y hasta los 6 meses del alta. Se evaluaron otros parámetros como PCR y glucemias. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA 7.0 (T Test y Chi² según corresponda).

Resultados: se evaluaron 20 pacientes, con los siguientes promedios y porcentajes: Edad: 47,2 (± 19) años; Sexo M: 55%; APACHE II: 18,2 ($\pm 3,7$); TISS₂₈: 26,7 ($\pm 7,2$), SOFA: 6,35 ($\pm 2,5$); SN con AE 60% y con AP 40% (el grupo GLU 54,5% de AP y el AA 22,2%); Mortalidad: 25%; Días de ARM: 21 ($\pm 9,6$); EstUTI: 28 ($\pm 14,3$); EstHO 35,3 ($\pm 18,1$); Días en protocolo: 8,65 ($\pm 2,2$).

En la tabla siguiente se observan las características de los grupos GLU y AA (diferencias NS)

	Edad (años)	Apache II	TISS 28	SOFA	Días aporte	EstUTI	EstHO
GLU (n=11)	52,7 ($\pm 15,8$)	17,7 ($\pm 3,5$)	27,7 ($\pm 7,0$)	5,9 ($\pm 2,7$)	9,0 ($\pm 2,0$)	28,9 ($\pm 12,7$)	36,4 ($\pm 17,2$)
AA (n=9)	40,2 ($\pm 21,2$)	18,7 ($\pm 4,1$)	25,4 ($\pm 7,6$)	6,8 ($\pm 2,0$)	8,1 ($\pm 2,3$)	27,0 ($\pm 16,6$)	34 ($\pm 19,9$)

En la Tabla se observan las infecciones y mortalidad de ambos grupos (* = $p \leq 0,05$)

	Infecciones	NAR	SRC	ITU	M	Mortalidad
GLU (n=11)	54,5%	36,3%	36,3% *	0 % *	18,2% *	27,2%
AA (n=9)	88,9%	77,7%	11,1% *	22,2% *	22,2% *	22,2%

Conclusiones: los pacientes randomizados tuvieron similares características en APACHE II, SOFA y TISS₂₈. Hubo una tendencia a presentar mayor edad en el grupo GLU.

En el grupo GLU hubo menos infecciones totales, NAR, ITU y M (estas dos últimas significativas) pero más SRC (pero el grupo GLU tuvo mayor cantidad de AP: 54,5% vs. 22,2%). No se encontraron diferencias en la EstUTI, EstHO ni en la mortalidad. Los resultados parecen similares a los de la literatura (disminución de infecciones), aunque la falta de significación en algunos tipos de infecciones, EstUTI y EstHO y mortalidad podría deberse al todavía escaso número de pacientes.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN DE NIÑOS
EN DIÁLISIS PERITONEAL AMBULATORIA

Sbarbati GF, Rey GE, Osimani NE, Ruscasso JD, Suarez A, Urrutia MI, Boiardi ME.

Servicio de Nutrición. Servicio de Nefrología.

Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata.

Introducción: los niños con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en diálisis peritoneal ambulatoria (DPCA), frecuentemente pueden desarrollar desnutrición calórico-proteica, debida a la baja ingesta calórica y a las pérdidas de proteínas a través de la diálisis, especialmente albúmina. El estado nutricional debe ser evaluado al ingreso a diálisis y luego periódicamente.

Se ha demostrado que algunas variables antropométricas, como talla, índice de masa corporal (IMC) y velocidad de crecimiento se correlacionan con la mortalidad de los niños con IRCT. En los pacientes en diálisis la ingesta proteica recomendada es alta, para cubrir las pérdidas, la hipoalbuminemia es un predictor de morbimortalidad.

Objetivo: evaluar el estado nutricional de un grupo de niños en DPCA.

Material y método: de los niños que se encuentran en DPCA en el Servicio de Nefrología de nuestro hospital (n° 23) se seleccionaron 14 niños, que tenían un seguimiento nutricional entre 6 y 12 meses. Se registró etiología de la IRCT y edad de ingreso a diálisis. Se obtuvo: peso, talla, albúmina sérica, al ingreso, tres, seis, nueve y doce meses del inicio de la diálisis. Se calculó: IMC y velocidad de crecimiento (VC) entre ingreso y doce meses. Los datos antropométricos fueron expresados en puntaje Z.

Se calculó la ingesta proteica, como aparición de nitrógeno ureico normalizado (nPNA).

Resultados:

- ♦ Edad media de ingreso a diálisis: 6,4 años (rango 7 meses - 13,5 años)
- ♦ Etiología de la IRCT: displasia y/o uropatías (n 6), secuelas post urémico hemolítico (n 6), otras causas: glomerulonefritis (n 1) y vasculitis (n 1).
- ♦ El valor promedio de Z talla/edad fue: -1,82 al ingreso, -1,90 a los tres meses, -1,91 a los seis meses, -1,76 a los nueve meses y -1,69 a los doce meses de diálisis. En cinco pacientes con diagnóstico de displasia y/o uropatía se observó talla baja al ingreso (mayor de -2 SDS), sin recuperación durante la diálisis.
- ♦ El valor promedio de Z peso/edad fue: -1,43 al ingreso, -1,35 a los tres meses, -1,48 a los seis meses, -1,27 a los nueve meses y -1,30 a los doce meses del inicio de la diálisis.
- ♦ El IMC fue normal en todos los pacientes en los cinco controles realizados.
- ♦ La velocidad de crecimiento fue baja en los pacientes con talla baja desde el ingreso y en un paciente con talla normal al ingreso y deterioro posterior de la misma.
- ♦ Los valores promedio de albúmina sérica fueron: 3,7 , 3,6, 3,6, 3,8 y 3,5 gr/dl al ingreso, tres, seis, nueve y doce meses del inicio de la diálisis.
- ♦ El promedio de la ingesta proteica fue: 3,3 , 2,6, 2,4 y 2,4 gr/kg/d. en los controles realizados al ingreso, seis, nueve y doce meses del inicio de la diálisis.

Conclusiones: de la muestra en estudio se encontró que el peso de los niños estaba dentro de valores normales.

En los niños que presentaron patología renal desde el nacimiento se observó la talla baja, en relación a aquellos con patología renal adquirida durante la infancia.

El nivel de albúmina sérica se encontró ligeramente por debajo de los niveles esperados en pacientes en diálisis (valor deseado 4 mgr/dl). La ingesta de proteínas fue adecuada.

Esto demuestra que estos pacientes requieren un tratamiento conjunto entre Nefrología y Nutrición para optimizar su estado nutricional.

**EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS
EN NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA**

Martínez MI, Merlo G, Kecskes C, Crivelli A, Ilari S, Ryan S

Grupo de Soporte Nutricional Domiciliario
mainmar67@hotmail.com

Objetivos: describir y analizar desde el punto de vista clínico y nutricional a un grupo de pacientes con Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD), las complicaciones asociadas y la evolución.

Material y Métodos: estudio retrospectivo de datos extraídos de las historias clínicas de pacientes menores de 15 años que recibieron NPD entre agosto de 1997 y diciembre de 2004.

Los resultados se expresaron en valores absolutos, porcentajes, medias y desvíos estándar (DS).

Se analizaron los diagnósticos, el motivo del soporte nutricional, la longitud y tipo de intestino remanente en los pacientes con Síndrome de Intestino Corto (SIC), la incidencia de infecciones relacionadas al catéter central (según criterios clínicos y bacteriológicos publicados por CDC), de complicaciones mecánicas, metabólicas y hepáticas asociadas a la NPD; y los motivos de finalización.

Resultados: se registraron 22 tratamientos en 25 pacientes, 17 varones (77%) que recibieron un total de 8.840 días de NP (rango 7 a 1787 días), X 367,4 (DS 472,5). Edad media al inicio 2,42 años (DS 2,53). En todos los casos excepto uno, la indicación fue la malabsorción secundaria a insuficiencia intestinal. Los diagnósticos fueron SIC en 18 pacientes (82%), Pseudo obstrucción crónica intestinal (PSOCI) en 2, diarrea intratable en 1 y cáncer metastático en 1. Las causas de SIC fueron: vólvulo de intestino en 4 (22%), atresia intestinal en 4 (22%), gastrosquisis en 3 (16,6%), enteritis necrotizante en 3 (16,6%), enfermedad de Hirschprung extendida en 2 (11%), SIC congénito en 1 (5,5%) y hernia diafragmática complicada en 1 (5,5%).

La media de intestino remanente era de 47,64 cm (DS 25,1), rango 5-100 cm. Cinco (26%) pacientes conservaban la válvula ileocecal (VIC).

Las complicaciones registradas fueron:

Complicación	Número	Episodios c/ 1.000 días	Episodios / año
IRC	26	2,94	1,07
Secreción de entrada	8	0,9	0,33
Mecánicas	10	1,92	0,7
Metabólicas	11	1,2	0,43

Las IRC fueron en todos los casos bacterianas y ocurrieron en 8 pacientes (entre 1 y 8 episodios por paciente), en los 14 restantes (63,6%) no se registraron infecciones.

En cuanto a la afectación hepática asociada a la NP durante el tratamiento domiciliario 6 (27,2 %) pacientes no mostraron clínica, laboratorio o alteraciones ecográficas, 4 (18,1 %) tuvieron colestasis transitoria (GGT y FAL elevadas) y 3 (13,6%) colestasis mientras estuvieron con NPD, 3 (13,6 %) aumento transitorio o intermitente de transaminasas y GGT, 1 (4,5 %) colestasis con fibrosis, y 2 (9 %) cirrosis con hipertensión portal, en ambos casos fallecidos.

Evolución: 6 pacientes (27%) continúan recibiendo NPD, 4 (18%) fallecieron, 8 (33%) tuvieron alta nutricional, 1 (4%) fue trasladado al exterior, 3 (12%) suspendieron la NPD por internación (2 de los cuales reiniciaron mas tarde), y 2 (8%) suspendieron por alta voluntaria y cese de cobertura.

Conclusión: la NPD en manos de equipos multidisciplinarios posibilitó el retorno del paciente y sus familiares al hogar, con un riesgo de complicaciones asociadas al soporte que se encuentra dentro de los estándares publicados.

AFECTACIÓN UROLÓGICA EN EL SÍNDROME DE PSEUDO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA

**Fabeiro MC, Ceraci M, Prozzi MS, Dalieri ML, Barcellandi P, Bertolotti A*,
Pernas JC, González HF, Fernández A.**

Servicio de Nutrición del Hospital de Niños de La Plata

*Servicio de Urología del Hospital de Niños de La Plata

Introducción: el síndrome de pseudoobstrucción intestinal crónica (POIC) es raro y está definido por episodios recurrentes de oclusión intestinal sin obstrucción mecánica demostrable. Compromete cualquier segmento del tubo digestivo clasificándose como miopático o neuropático por biopsia intestinal tras mural. Puede asociarse a manifestaciones extradi digestivas de las cuales el compromiso urinario es el más frecuente. El objetivo del estudio es describir la afectación urológica y el tratamiento implementado en pacientes con POIC seguidos en el Servicio de Nutrición del Hospital de Niños de La Plata.

Material y método: estudio retrospectivo.

El trabajo se basó en el análisis retrospectivo de 15 historias clínicas de pacientes con pseudoobstrucción intestinal crónica incluidos 2 con síndrome de hipoperistálsis microcolon y megavejiga atendidos en el servicio entre mayo 10.988 y diciembre de 2004. Se incluyó en la evaluación: exámenes ecográficos prenatales, ecografía postnatal renal y de vías urinarias, cistouretrografía miccional, centellografía renal urodinamia, biopsia vesical y función renal por dosaje de creatinina sérica. El diagnóstico de infección urinaria se consideró con un recuento de bacterias igual o mayor a 10^5 UFC/ml en el urocultivo asociado a fiebre, disuria o exacerbación de sintomatología digestiva. Los resultados se expresan en media (X), rango (r) y porcentaje.

Resultados: se estudiaron 15 pacientes (10 mujeres y 5 varones) con una edad media de 8,2 a (0,08 a 19,8 a). El tiempo medio de seguimiento fue de 6,7 a (0,08 a 12,8 a), con una mortalidad de 35,7%. EL 86,6% presentó afectación urológica. El hallazgo más frecuente fue una megavejiga en el 84,6 %. En 6/11 (54,5%) se asoció a dilatación pielocalicial progresiva, en uno a reflujo vésicoureteral (9%) y se encontró aislada en 4/11 pacientes (36,3%). En el 15% de la serie se observó como única alteración reflujo vésicoureteral y en el 13,3% no se evidenció anomalías.

El diagnóstico prenatal de megavejiga se realizó en el 40%. Todos los pacientes con megavejiga presentaron episodios recurrentes de infección urinaria. En 5 pacientes se realizó urodinamia que mostró: hipcontractilidad del detrusor, incremento de la capacidad vesical y buena acomodación.

La biopsia de vejiga se practicó en 2/15 (13,3%) con resultado normal.

El tratamiento indicado en todos los niños portadores de megavejiga fue cateterismo urinario intermitente y profilaxis antibiótica. En 3/15 (20%) se practicó una talla vesical.

Conclusión: en niños con POIC la afectación urológica es muy frecuente. El hallazgo de megavejiga en exámenes prenatales puede ser la primera manifestación del síndrome. A pesar del compromiso urológico asociado a infecciones urinarias recurrentes el dosaje de creatinina sérica puede mantenerse en rango normal.

GRADO DE FORMACIÓN EN NUTRICIÓN EN PERSONAL DE BLANCO DE HOSPITALES ESCUELAS DEL PARAGUAY.
<p>Alfonzo LF, Goiburu B ME, Riveros MF, Ughelli MA, Aranda LA Dallman D, Rolón R, Balbuena C, Cáceres S, Jure GMM, Peña P.</p>
<p>Objetivos: evaluar la formación en nutrición del personal de blanco que trabaja en hospitales escuela del Paraguay.</p> <p>Materiales y métodos: encuesta realizada a 174 personales de hospitales escuelas del Paraguay, (29 % médicos, 29% estudiantes de sexto año de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, 11% farmacéuticos, 24% licenciadas en enfermería, 8% nutricionistas). La mayoría de los encuestados (85%) pertenece al Hospital de clínicas; para aumentar la muestra de farmacéuticos y nutricionistas se incluyó otros hospitales como el del Cáncer, Instituto de Previsión Social, Militar, Nacional de Itaugua, Quemado, Regional de Encarnación. La encuesta constaba de un cuestionario de selección múltiple de 20 puntos para determinar el grado de conocimiento en nutrición según la calificación obtenida.</p> <p>Resultados: la calificación mediana de un total de 20 puntos fue de 6 (0-15). Los médicos obtuvieron una mediana de 6 (2-15). Los estudiantes 7 (2-14). Los farmacéuticos 7 (0-15). Las licenciadas en enfermería 3 (0-11)3. Las nutricionistas 9 (4-13). El puntaje de las nutricionistas fue significativamente mayor que los otros grupos (p 0,0005).</p> <p>Conclusión: la formación en nutrición clínica en el personal de blanco no es completa. El grado de conocimiento en nutrición clínica es menor en los profesionales que no trabajan en el área de nutrición (farmacéuticos, estudiantes de medicina, médicos y enfermeras).</p>
EVOLUCIÓN FINAL DE PACIENTES CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA
<p>Merlo G, Kecskes C, Crivelli A, Martínez MI. Grupo de Soporte Nutricional Domiciliario <i>giselamerlo@hotmail.com</i></p>
<p>Objetivos: describir las características de un grupo de pacientes en Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) y analizar las variables que intervienen en su evolución final.</p> <p>Material y Métodos: estudio retrospectivo de la base de datos de pacientes adultos y pediátricos que recibieron NED bajo la supervisión de un equipo multidisciplinario entre 24/7/97 y el 30/06/04.</p> <p>Se analizó la relación entre la evolución definida como alta nutricional, es decir la autonomía de la NE, versus los fallecidos en tratamiento con NE y diferentes variables tales como la edad, el sexo, estado nutricional al ingreso al sistema, diagnósticos, motivos del soporte y su duración.</p> <p>Análisis estadístico: test exacto de Fisher para variables categóricas y Test de Mann-Whitney para comparar medias de variables continuas.</p> <p>Resultados: se analizaron 268 pacientes, 107 pediátricos (39,9 %) y 161 adultos (60,1%); 135 de sexo masculino (50,37%) y 133 femeninos (49,63%). Los días totales de NED fueron 37.085, con una media de 138,3 días (DS 192,1) y un rango de 1 a 1.344 días.</p> <p>Los motivos del soporte nutricional incluyeron: trastornos de la deglución (A) en 113 pacientes (42 %), incapacidad o contraindicación de la vía oral (B) en 43 (16%), ingesta oral insuficiente (C) en 88 (33 %), malabsorción (D) en 6 (2,2 %) y la combinación de A y C en 5 (1,8 %), y C y D en 13 (4,8%) una o más de ellas. Del total de los pacientes analizados, 135 fallecieron (50,37%) y 133 finalizaron la NED por alta nutricional (49,63%). En ningún</p>

caso el óbito se relacionó a complicaciones de la NE.

El estado nutricional de los pacientes al inicio de la NED se evaluó por el método de evaluación global subjetiva (EGS) para los adultos y porcentaje de peso / talla para los pediátricos; 188 estaban desnutridos (70,14%); 39 en riesgo de desnutrición (14,55%) y 41 normonutridos (15,29%). Las patologías se clasificaron por grupos etiológicos: enfermedades neurológicas (n 92) 34,32% y digestivas (n 68) 25,37%; y otras prevalentes aunque en menor cuantía: cardiológicas 23 (8,5%), patología de cabeza y cuello 21(7,8%), psiquiátricas 16 (5%), respiratorias 8 (2,9%), hematológicas 7 (2,6%), y otras (n32) como fibrosis quística, genéticas, genitourinarias, metabólicas, musculoesqueléticas, óseas, renales y SIDA. Ochenta y cuatro pacientes (29%) presentaban un diagnóstico oncológico asociado a los grupos etiológicos mencionados.

	Fallecidos (n = 135)	Alta nutricional (n =133)	
Edad (años)	Media 51,5 (DS 32,6)	Media 29,4 (DS 32,3)	P < 0,001
Sexo	Masc. 72, Fem. 63	Masc 63, Fem. 70	P 0,39 (NS)
Desnutridos o en riesgo n 227	121/135	105 / 133	P 0,005
Normonutridos (n 41)	14/135	27 / 133	(RR 1,2)
Días de NE	Media 151,2 (DS 226)	Media 125,3 (DS 149)	NS
Trastornos deglutorios n 117	70	47	P 0,009
Neurológicos (n 92)	52	40	P 0,19 (NS)
Oncológicos (n 84)	55	29	P 0,0015

Conclusión: los factores que predijeron el alta nutricional como evolución final de la NED fueron la menor edad, la ausencia de desnutrición al inicio y de trastorno deglutorio como motivo de la indicación de NE, y la ausencia de enfermedad oncológica.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS (HD) ESTUDIO PRELIMINAR.

Canicoba ME, López MJ.

GAMBRO HEALTHCARE - CERER. Buenos Aires.
marisacanicoba@hotmail.com

La desnutrición es un problema frecuente y grave de pacientes (pac) en HD. La prevalencia es entre 24 a 75% siendo un cofactor importante de morbimortalidad, que debe ser detectada de modo precoz, y raramente incluida como causa de muerte en estos pacientes.

Objetivo:

- Determinar la prevalencia de desnutrición de pacientes en HD.
- Evaluar la eficacia de cada uno de los parámetros utilizados.

Material y Métodos: estudio Descriptivo. Se incluyeron 164 pacientes edad promedio 51,82 años (rango 19-84 años), tiempo promedio en HD 5,6 +/- 1,4 años, 53% M y 47% F, entre Agosto/2003 y Diciembre/2004; siendo las 4 causas principales de IRC: Desconocidas: 29,87% Nefropatía Diabética 17,68%, Glomerulopatías 13,41% y Poliquistosis Renal 12,19%. Se evaluó el estado nutricional utilizando una escala de categorización basada en Evaluación Global Subjetiva (EGS), **Parámetros Antropométricos:** Peso, Talla, Índice Masa Corporal (IMC), **Parámetros Bioquímicos:** Albúmina, Colesterol, Tasa Catabólica Proteica (PCR) y KT/V equivalentes a ingesta proteica y ade-

cuación de diálisis respectivamente.

Resultados: la prevalencia de desnutrición de la población estudiada fue de 12,2% +/- 1,8. El promedio de Albúmina 4,03 gr/dl y Colesterol 163,87 mg/dl. KT/V fue menor a 1,3 en 15,85% de los pac. PCR fue menor a 1 gr/kg/día en 29,41% de los pac. La Tasa de Mortalidad fue de 16 %/ año.

Parámetros	D. Leve	D. Moderada	D. Severa	N ° total desn.
Egs	12	5	2	19
Imc	13	1	3	17
Albúmina	0	22	2	24

EGS: 1 y 2 puntos D. Severa, 3 a 4 D. Moderada, 5 D. Leve- IMC: 18,4 - 17 kg / m² D. Leve, 16,9 - 16 Kg./m², D. Moderada 15,9 - 15 kg/ m² D. Severa -Albúmina: D. Leve: 3,49 a 3 g / dl. D. Mod. 2,99-2,5g/d l D. Severa menor 2,49g/dl.

Conclusiones: la Albúmina sérica resultó un parámetro eficaz para la determinación de Desnutrición Moderada. La EGS y el IMC resultaron parámetros eficaces para la detección de Desnutrición Leve, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,87$) entre ambos métodos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 parámetros para la detección de Desnutrición Severa ($p = 0,07$). El PCR proporcionó información sobre el consumo proteico diario ingerido, permitiendo detectar pacientes con desnutrición subclínica. Resultaría de utilidad estimar el estado nutricional aplicando otras herramientas en el diagnóstico del estado de las reservas energéticas y proteicas de pacientes con insuficiencia renal en plan HD.

HIPERGLUCEMIA ASOCIADA A MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Nieva AM, Suárez MF, Koch ER, Poterala R, Rodríguez G, Amaro H.

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez - Unidad de Terapia Intensiva (UTI)

Objetivos: evaluar la asociación entre hiperglucemia y mortalidad.

Material y método: período de estudio: 1 de noviembre de 2004 al 1 de enero de 2005. Ingresaron 64 pacientes, de los cuales 30 cumplieron con los criterios de inclusión: ventilación mecánica (VM) y/o drogas inotrópicas endovenosas.

Población: edad entre 1 mes y 18 años; sexo masculino 60% femenino 40%; mediana de internación 9,5 días y de inotrópicos 3 días, mortalidad global 31%, mediana de score de mortalidad (PRISM) 10,2. De los 30 pacientes 8 fueron quirúrgicos y 22 clínicos. Se analizó el perfil glucémico al ingreso y durante los siguientes 5 días. Para el análisis de la glucemia se utilizó un autoanализador StatProfileM Nova biomedical - USA. Análisis estadístico: todas las variables son informadas en mediana y rango intercuartilo, dado la distribución no-normal de la muestra. Para las variables continuas se usó Mann-Whitney U-Test y Chi² para las categóricas. Se realizó análisis uno y multivariado usando modelo de regresión logística (Stata 8.0), para definir aquellas variables del outcome de interés "muerte". Expresando los resultados con intervalo de confianza 95%, asumiendo valor de P significativa < 0,05.

Resultados: en relación a las glucemias de ingreso presentaron valor mayor o igual 126mg% 22/30 pacientes (73,34%) siendo la mediana de 187mg%. El pico de hiperglucemia de las primeras 24 horas tuvo una mediana de 196mg%. A las 24 horas de internación presentaron

glucemia mayor o igual 250mg% 10/30 pacientes (33,3%).

En el análisis univariado las variables asociadas a muerte fueron edad, PRISM, glucemia basal del cuarto día y pico de glucemia de las primeras 24 horas.

En el análisis multivariado tienen asociación significativa las variables edad, PRISM y pico de glucemia de las primeras 24 horas. Asumiendo que a mayor nivel de glucemia al ingreso, según lo publicado en la literatura, hay más posibilidades de muerte, observamos que en esta muestra con pico de glucemia mayor o igual de 250mg% en las primeras 24 hs el 50% murió (5/10). Test de Chi²: Odds 2,84 IC 95% 1,57 - 6,28 P 0,059.

Conclusión: tanto la edad, PRISM y pico de glucemia de las primeras 24 hs, estarían asociados a la probabilidad de muerte en este tipo de pacientes ingresados a UTI.

En relación al pico de glucemia de las primeras 24 horas de internación observamos el valor de P con tendencia a ser significativa, el odds ratio es 2.84 a una vez mas chance de muerte si el pico de glucemia de las primeras 24 horas es mayor o igual 250 mg%.

SOPORTE NUTRICIONAL EN UN GRUPO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS

Strasnoy IB, Andrés ME, Barbeito SM, Ferraro MC, Durán AP, Franchello AB, Manucci, CV, Ramos, O

istrasnoy@hotmail.com

Introducción: el niño críticamente enfermo presenta mayor riesgo de desnutrición. Esto contribuye a un aumento en la morbilidad y mortalidad. El soporte nutricional tiene por objeto minimizar el catabolismo que sigue a la injuria aguda, promover el balance nitrogenado positivo, restablecer el crecimiento y contribuir a la mejoría clínica e inmunológica.

Objetivos: 1) Estimar la frecuencia de pacientes que recibieron Alimentación Parenteral (AP) entre los años 2000 a 2004 en la unidad de cuidados intensivos (UCIP) de nuestro hospital. 2) Evaluar tiempo de inicio y modificaciones de parámetros bioquímicos al comienzo y al finalizar la AP. 3) Valorar la relación entre inicio de AP y días de asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se seleccionó el total de pacientes ingresados a UCIP entre los años 2000 y 2004 que estuvieron en Alimentación Parenteral Total o mixta (APT + Enteral o Vía Oral), con edades comprendidas entre 0 y 20 años. Se excluyeron los pacientes que recibieron menos de 3 días de AP. Los pacientes se agruparon según edad: 0 a 2; 2 a 6; 6 a 10 y más de 10 años.

Resultados: la proporción de pacientes que requirieron AP por al menos 3 días fue de 1,23%, durante el período analizado. Se incluyeron 23 pacientes, 13 varones y 10 mujeres, con una media de edad de 6,75 (IC 4,1± 9,4) La frecuencia de soporte nutricional fue: APT: 34,8%, Mixta: 65,2%. El promedio de inicio de AP fue de 3,3 días (IC 1,3±5,3), los días totales AP fueron 13,9 (8,5±19,3) La frecuencia de pacientes que requirieron ARM fue de 22 (95,6%), con un promedio de días de ARM: 13,5±14,7. Se registraron en el período 9 defunciones (39%). Se describen a continuación las características de los pacientes según grupo etéreo.

	0 a 2	2 a 10	> 10
N (%)	9 (39,13)	6 (26,08)	8 (34,7)
edad	0,43 ± 0,2	6,7(± 2,6)	13,9 ± 1,30
Cal/kg	69 ± 17,97	50,7 ± 17,3	37,54 ± 18,29
Cal no P	134,22 ± 41,39	95,5 ± 34,4	113,5 ± 42,6

Se presenta a continuación la descripción de variaciones en parámetros bioquímicos relacionados con el estado nutricional.

	Inicio	Fin	Sig.
Prot. Totales	5,13+9,8	6,2+0,9	Z-2,7; p 0,008
Albúmina	2,39+0,7	3,2+0,6	Z -2,2; p 0,02

Se observó una relación directa entre el momento de inicio de la AP y el número de días en ARM (r 0,47; p 0,02).

Conclusiones: la frecuencia de pacientes en AP fue de 1,2 % en el período analizado. Se observaron incrementos en los niveles de proteínas totales y albúmina luego de recibir soporte nutricional, así como una relación directa entre el momento de inicio de la AP y los días en ARM.

El soporte nutricional iniciado precozmente en pacientes críticos contribuye no sólo a la mejoría del estado nutricional, sino que actúa como cofactor de las terapias específicas instituidas.

IMPACTO DE LA DESNUTRICIÓN SOBRE LA MORBIMORTALIDAD Y TIEMPO DE ESTANCIA EN PACIENTES TRAUMATIZADOS

Jure Goiburu MM, Goiburu ME

Centro de Emergencias Médicas

meigoiburu@hotmail.com

Introducción: en pacientes traumatizados graves se ha descrito un rápido desarrollo de desnutrición asociada a disfunción de órganos e infecciones nosocomiales.

Objetivos: evaluar el estado nutricional de pacientes ingresados a un Centro de Referencia Nacional de Trauma y su relación con la evolución.

Materiales y métodos: estudio prospectivo donde se evaluaron los pacientes adultos ingresados a los servicios de Terapia Intensiva, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial y Traumatología del Centro de Emergencias Médicas de Asunción-Paraguay, en forma consecutiva desde marzo del 2002 a marzo del 2004. Se determinó la prevalencia de desnutrición empleando la Subjective Global Assessment (SGA), el recuento de linfocitos (desnutridos $< 1.500/mm^3$) y la albúmina (desnutridos $< 3,4gr/dl$). Se realizó el seguimiento de los pacientes para determinar el tiempo de estancia, las complicaciones y la mortalidad hospitalaria. Los factores de riesgo analizados fueron: parámetros nutricionales (hipoalbuminemia, linfopenia, SGA), edad, sexo, intervención quirúrgica, anemia, Injury Severy Score (ISS). Los datos fueron procesados con el EPIINFO 2002, el SPSS fue utilizado para realizar el análisis multivariado. Para la comparación de grupos se consideró una $p < 0,05$ como significativa y los resultados se expresaron en riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza de 95%.

Resultados: fueron evaluados un total de 161 pacientes con edad mediana de 27 (14-92), 6% de mujeres y 94% de varones. El 74% de los pacientes provenía del interior y el 26% de la capital. Las localizaciones anatómicas del trauma más frecuentes fueron: traumatismo de cráneo 25%, trauma de tórax 16,6%, traumatismo de extremidades 15,4%, traumatismo abdominal 14%. La mediana del ISS fue de 20 (1-39). El 40% de los pacientes se encontraba desnutridos o en riesgo de desnutrición según la SGA, 45% linfopénicos y un 34% hipoalbuminémicos. Los factores de riesgo significativos luego del análisis multivariado fueron: para mortalidad la desnutrición según la SGA p 0,04 RR 4 (1-15) e ingreso a UTI p 0,0001 RR 53 (12-234); para las complicaciones la desnutrición según la SGA p 0,003 RR 2,9 (1,4-

5,8) e ISS mayor a 20 p 0,001 RR 8,4 (2,3-29,9) y para el tiempo de estancia la desnutrición según la SGA p 0,01 RR 2,3 (1,2-4,7) e ISS mayor a 20 p 0,03 RR 2,8 (1-7,3).

Conclusión: la desnutrición en pacientes traumatizados es un hallazgo frecuente al ingreso. Es importante diagnosticarla ya que es un factor de riesgo independiente de morbilidad, y prolongación del tiempo de estancia hospitalaria.

CONTAMINACIÓN DE FÓRMULAS ENTERALES USADAS EN TERAPIA INTENSIVA

Rodota L , Ryan S, Castro E, Perman M, Giacomelli P, Kecskes C, Ilari S.

Servicio de Alimentación y Programa de Soporte Nutricional, Servicio de Terapia Intensiva,
Hospital Italiano de Buenos Aires.

liliana.rodota@hospitalitaliano.org.ar

Objetivos: evaluar el nivel y las características de la contaminación bacteriana de diferentes formulaciones enterales (FE) utilizadas en Terapia Intensiva (TI), en el momento de la preparación y durante 24 horas de administración, según el tipo de formulación y el grado de manipulación.

Material y Métodos: estudio prospectivo, en pacientes de TI con alimentación enteral (AE). Se estudiaron 4 diferentes FE: lista para colgar (LC), líquida diluida con agua corriente (L+Ag), líquida + suplemento de caseinato de calcio (L+Ca) y en polvo reconstituida con agua corriente (P). La preparación se efectuó en TI inmediatamente antes de la administración. Se usó el contenedor original de las LC y un contenedor estéril en las otras 3 FE (durante las 24 hs). De cada uno de las FE se tomaron 6 muestras (Mu): basal (antes de iniciar la administración) y a las 3, 6, 9 y 23 horas de iniciar la misma. A las 6 horas de iniciada la administración se descartó el residuo y se preparó una nueva mezcla que se agregó al mismo contenedor y se repuso la LC con una segunda 2ª Mu basal. Las Mu se tomaron con técnica aséptica estandarizada, se rotularon con un código (ciego para el laboratorio) y se frizaron hasta el momento del cultivo en medios especiales para recuento de colonias de bacterias "mesófilas aeróbicas" y "coliformes" (procedimientos del CDC). Se registraron las condiciones clínicas de los pacientes, las características de la AE y las eventuales complicaciones digestivas de la alimentación enteral.

Resultados: en 81 pacientes se cultivaron 486 Mu. En la tabla se observa la mediana y el rango de unidades formadoras de colonias (ufc) de bacterias "no coliformes" en las 4 FE en los distintos horarios de toma de Rango de ufc de "Coliformes" en las diferentes FE y momento de toma de las muestras.

FE (Mediana y rango)	MU Basal	MU 3 hs	Mu 6 hs	2ª Basal 6 hs	Mu 9 hs	Mu 23 hs
LC	0 0 - 10.000	0 0 - 100.000	0 0 - 1.000	0 0 - 75	0 0 - 8.000	0 0 - 3.200
L+Ag	0 0 - 546	0 0 - 264	0 0 - 580	0 0 - 304	0 0 - 201	0 0 - 1.007
L+Ca	0 0 - 85.000	70 0 - 100.000	80 0 - 10.000	90 0 - 54.000	40 0 - 50.000	35 0 - 10.000
P	6.000 0-150.000	5.000 0- 200.000	10.000 0 - 85.000	7.500 0 - 90.000	3.500 0 - 40.000	3.000 0-1.000.000

Rango de ufc de "Coliformes" en las diferentes FE y momento de toma de las

FE	MU Basal	MU 3 hs	Mu 6 hs	2ª Basal 6 hs	Mu 9 hs	Mu 23 hs
LC	0	0	0	0	0	0
L+Ag	0 - 20	0	0 - 2	0	0 - 7	0 - 4000
L+Ca	0 - 10.000	0 - 20.000	0 - 90	0 - 9000	0 - 5.000	0 - 6700
P	0 - 38.000	0 - 8.000	0 - 10.000	0 - 1.000	0 - 95.000	0 - 1.000.000

Conclusión: las FE en polvo o con agregados del mismo tuvieron mayor contaminación bacteriana. La manipulación de las FE (incluyendo el agregado de agua) y el tiempo de administración aumenta el nivel de contaminación. Si se considera que las FE líquidas deberían ser estériles al inicio, los cultivos positivos con bajo conteo de colonias podrían ser debidos a la toma de las Mu. La contaminación con coliformes fue globalmente menor y predominantemente de las Mu manipuladas, con aislamientos bacterianos que no siguieron patrones de crecimiento.

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Buncuga MG, Bagilet DH, Giavedoni P, Lanati MG, Nieto RE, Rodríguez AA, Scolari Pasinato CM, Soriano MD.

II Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica. Universidad Nacional de Rosario. Hospital Escuela Eva Perón. San Martín 1645. (2152) Granadero Baigorria. Santa Fe. Argentina.
martinbuncuga@hotmail.com

Objetivos: determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados al servicio de Clínica Médica del Hospital Escuela "Eva Perón" (HEEP).

Material y métodos: se realizó un estudio observacional en pacientes de ambos sexos mayores de 18 años que fueron hospitalizados en la sala de Clínica Médica del HEEP durante el período comprendido entre el 01/01/2004 al 31/12/2004 y que aceptaron participar. Fueron evaluados por Evaluación Global Subjetiva (EGS) durante las primeras 24 horas de su internación.

Se excluyeron los que reunían uno o más de los siguientes criterios: embarazo o puerperio inmediato, internación en los 30 días previos, alteración del estado de conciencia que les impidiera responder las preguntas de la encuesta y los provenientes de otros servicios.

Resultados: durante el período que duró la observación se evaluaron 311 pacientes, de los cuales un 40% eran mujeres y un 60% eran varones; la edad media de los mismos fue de 51 años (DE \pm 16,20). El 52,7% de los enfermos estaban normonutridos (categoría A), el 47,2% estaban en riesgo de desnutrición o desnutridos (categorías B o C) y de éstos el 15,4% presentaban desnutrición severa (categoría C). De la población estudiada el 20% era mayor de 65 años, de los cuales el 58% pertenecía a la suma de las categorías B y C. Las patologías halladas con más frecuencia fueron: infecciosa (30%), digestiva (15%), cardiovascular (11%), respiratoria (10%), neurológica (8%) y oncológica (8%). El 80% de los pacientes con trastornos cardiovasculares y el 77% de los que tenían alteraciones neurológicas se encontraba normonutridos. El 81% de los enfermos oncológicos y el 62% de los que tenían patología digestiva se encontraba desnutrido o en riesgo de estarlo. Dentro de los pacientes

oncológicos se halló el mayor porcentaje de desnutridos severos (27%).

Conclusiones: el 47,2 % de los pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica de nuestro Hospital presentó desnutrición al ingreso. Este porcentaje difiere con el 34,5% reportado para pacientes con un tiempo de internación de uno a tres días del Estudio AANEP 99, realizado en instituciones públicas y privadas de nuestro país. Sin embargo los resultados hallados en nuestro trabajo, son semejantes a los de otros sitios de América Latina y reflejan la magnitud del problema. La presencia de algún grado de desnutrición en casi el 50% de los enfermos que ingresa a un hospital y lo que ello implica, debe considerarse un grave problema de salud pública.

Por lo expuesto destacamos la importancia de la difusión de estos datos, así como la necesidad de entrenar a los equipos de salud en la detección de la desnutrición para que los mismos, luego de comprender la gravedad, puedan poner en marcha una respuesta rápida y efectiva.

SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA SEVERA

Canicoba ME, Sada JL, Villafañe V, Gutiérrez, SC.

Servicio de Gastroenterología- Dpto de Alimentación.

Hospital Nac. Prof. Dr. Alejandro Posadas. Pcia Bs As.

marisacanicoba@hotmail.com

Introducción: la pancreatitis aguda severa (PAS) genera un estado hipercatabólico que conduce a la desnutrición del paciente (pacientes). La Nutrición Enteral (NE) es parte integral del tratamiento de sostén, al prevenir la disfunción de la barrera intestinal en esta enfermedad.

Objetivos: evaluar Estado Nutricional (EN) en pacientes con diagnóstico PAS. Determinar complicaciones NE.

Material y Métodos: estudio Descriptivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico PAS (1). Se determinó EN al ingreso y al egreso, se utilizó: Evaluación Global Subjetiva (EGS), Peso, Talla, y se calculó: Índice Masa Corporal (IMC), % Peso Habitual (%PH) y Albúmina. Se inició NE a través sonda nasoyeyunal, con una fórmula semielemental adicionada con glutamina, volumen inicial 30 a 40 ml/h, infusión continua, se aumentó progresivamente según tolerancia, en un rango de 10-25 ml/h, cada 6 a 8 hs, hasta alcanzar objetivos nutricionales a las 96 hs. Se registraron las complicaciones relacionadas con NE.

Resultados: se evaluaron 17 paciente (9 F y 8M), edad (mediana) 48 años (r 18- 72). La NE se inició a los 8 días (r 5-14 d). La duración media NE fue de 13 días (r 2-30 días). El 85,38% de los pacientes logró los objetivos nutricionales a las 96 hs 3 pacientes requirieron Alimentación Parenteral Total. No hubo muertes en este grupo de pacientes.

Tabla 1: evaluación estado

EGS	IMC	% PH	Albúmina
A = 88,2% B = 11,7%	A = 88,2% B = 11,7%	A = 88,2% B = 11,7%	A = 88,2% B = 11,7%

EGS: "A" Eunufrido, "B" en riesgo de Desnutrición. IMC: 18,4 - 17 kg /m² D. Leve ,16,9 - 16 Kg./ m², D. Moderada 15,9 - 15 kg / m²
D. Severa. ALBÚMINA: D. Leve: 3,49 a 3 g / dl. D. Mod. 2,99-2,5g/dl D. Severa menor 2,49g/dl.

Tabla 2. Soporte nutricional (aporte calórico promedio).

Inicio	24 hs	48 hs	72 hs	96 hs
347 kcal	450,1 kcal	1.007 kcal	1.476,5 kcal	1.793 kcal

Tabla 3. Complicaciones nutrición enteral (eventos).

Inicio NE	24 hs	48 hs	+ 48 hs
Gastrointestinales (vómitos, diarrea)	8	3	4
Gastrointestinales (vómitos, diarrea)	9	8	3

Conclusiones: este grupo de pacientes presentó un adecuado EN al ingreso y al alta. Las complicaciones de la NE se presentaron dentro de las 48 hs de iniciada y no requirieron la suspensión del soporte nutricional. La NE permitió mantener el estado nutricional en pacientes con PAS.

(1) Reunión de Consenso. Pancreatitis Aguda. Club del Páncreas de la Rep. Arg. *Acta Gastroenterol. Latinoam.* 2000, vol 30 (4): 249-252.

RESOLUCIÓN DE LA COLESTASIS EN SÍNDROME DE INTESTINO CORTO BAJO NUTRICIÓN PARENTERAL

Dalieri M, Barcellandi P, Fabeiro M, Prozzi M, Fernández A.

Servicio de Nutrición. Hospital de Niños de La Plata, Argentina.

soportenutricional@netverk.com.ar

Introducción: la colestasis (C) representa una de las complicaciones más frecuentes en pacientes pediátricos con síndrome de intestino corto (SIC) dependientes de nutrición parenteral (NP). La etiología es multifactorial pero la suspensión de la NP asegura la resolución. En pacientes dependientes de NP es necesario implementar medidas para minimizar la complicación.

Objetivo: analizar los factores que posibilitaron la resolución de C en SIC bajo NP.

Pacientes y método: Se revisaron 50 historias clínicas de pacientes con SIC ingresados al Servicio de Nutrición que presentaron afectación hepática. Se seleccionaron 15 con los siguientes criterios: desarrollo de C y resolución bajo NP. C: bilirrubina directa $\geq 2,0$ mg/dl, asociado a una o más alteraciones bioquímicas, sin proceso infeccioso concomitante. Duración de C ≥ 30 días. Se registraron: N° infecciones (sepsis) y N° de cirugías previas y posteriores a la normalización de la C; tiempo de ayuno, uso de NP continua y cíclica, días/paciente de NP al inicio de la C; presencia de ostomía y cierre, empleo de ácido ursodesoxicólico. Edad de ingreso y longitud del intestino remanente.

Resultados: edad X al ingreso: 1,6 meses (0-10). Longitud de intestino remanente X 46cm (15-90) Preservación de colon: n = 11. Edad al inicio de C: X: 63,9 días (9-169) Tiempo de NP al inicio de la C: X 59,4 días (7-147). Duración X de C: 99,5 días (30-225). Doce pacientes (80%) estaban ostomizados al diagnóstico de C. Doce niños (80%) desarrollaron C bajo ayuno. Valores X máximos hallados: Bil D X: 4,7 mg/dl (2,1-8); TGP X: 223UI/l (46-518); TGO X 193UI/l (38-503); Falc X: 1.081UI/l (295-2640); γ Gt: 247UI/l (69-557). Nueve pacientes reci-

bieron ácido ursodesoxicólico 30 mg/k/d. Ocho paciente mejoraron luego del cierre de ostomía (53%). Doce niños (80%) resolvieron la C luego de iniciar la alimentación X: 59,5 días (10-145). Diez pacientes obtuvieron mejoría al ciclizar la NP (67%) vs. 5 que recibían NP continua. Se constataron 4 episodios sépticos/paciente (3-7) previo a la resolución de la C vs. 1,2/paciente (0-12) Un solo paciente registró los 12 episodios. $P < 0,03$
El número de cirugías fue: 2,7/paciente (1-6) vs. 0,4/paciente (0-2) antes y luego de la normalización de C $p < 0,06$.

La X de la sumatoria de factores/paciente necesarios para superar la complicación fue: 4,2 DS = 0,5

Conclusión: Es posible resolver la C en pacientes dependientes de NP implementando el mayor número de medidas favorecedoras posibles. La disminución del número de infecciones, la suspensión del ayuno y la ciclización de los aportes de la NP son los factores más significativos.

EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Martínez MI, Fernández A, Verseci S, Segal E.

Hospital de Niños de La Plata, Argentina

mainmar67@hotmail.com

Introducción: la fibrosis quística (FQ) cursa frecuentemente con malnutrición de origen multifactorial. Una de las causas de malnutrición es la alteración del comportamiento alimentario que determina una ingesta por debajo de las recomendaciones.

Se ha diseñado una Escala de Evaluación Pediátrica del Comportamiento Alimentario (ECA) para evaluar conductas asociadas a una mala ingesta oral. Esta ha sido validada en pacientes con FQ de distintas edades.

Objetivo: evaluar la conducta alimentaria (CA) en un grupo de pacientes con FQ y su relación con el estado nutricional y el uso de soporte nutricional enteral o suplementos nutricionales orales.

Material y Métodos: se evaluaron pacientes con diagnóstico de FQ en seguimiento en el Centro de Fibrosis Quística del Hospital de Niños de La Plata mayores de 1 año y menores de 12 años durante una visita programada.

La ECA consiste en un cuestionario de 35 preguntas que se realiza al cuidador del niño. Las primeras 25 preguntas se refieren a las conductas positivas o negativas del niño respecto a los alimentos y al momento de alimentarse, que se cuantifica como 1 (nunca), 3 (a veces) y 5 (siempre). Las otras 10 están referidas a las actitudes y estrategias del cuidador y se cuantifican de la misma forma. Además para cada uno de los 35 ítems se pregunta si éste representa un problema o no para el cuidador. Se suman las respuestas positivas y los puntajes y se analizan según las fórmulas diseñadas por los autores. Se han establecido como puntos de corte el puntaje mayor de 84 o más de 9 respuestas positivas (SI) como sugestivos de la presencia de una alteración del CA. Se relacionaron los resultados con la edad, el sexo, el uso de nutrición enteral o suplementos nutricionales orales y el estado nutricional.

Resultados: se evaluaron 36 pacientes, 23 mujeres (63,8%), con una edad media de 4,08 años (+/- 2,5), rango 1,1-10,8. De ellos 8 (22%) recibían nutrición enteral nocturna y 5 (13,8%) suplementos nutricionales orales, 3 (8,3%) tenían suficiencia pancreática.

En 12 pacientes (33%) se obtuvo un resultado sugestivo de la presencia de una alteración del CA.

	puntaje	Nº de SI	Edad	Sexo	Enteral*	Suplementos
ECA alterada	95,5 (13,4)	11,2 (5,9)	3,7 (1,9)	F 66%, M 33%	3 (37%)	1 (8%)
ECA normal	61,54 (12)	2,5 (2,3)	4,2 (2,7)	F 62%, M 38%	5 (21%)	4 (16%)

* $P < 0,005$

	z P/ E	z IMC	z T/E
ECA alterada	- 1,72 (DS 1,91)	-0,31 (DS 0,82)	-0,89 (DS 1,08)
ECA normal	-1,29 (DS 1,38)	-0,53 (DS 1,3)	-0,71 (DS 1,07)

Los pacientes con NE tuvieron más frecuencia de ECA alterada (37%) que los pacientes con ECA normal (20%).
 $p < 0,005$ (χ^2) También se encontró correlación entre el uso de NE y el mayor puntaje total $p < 0,05$ (Pearson).

Conclusiones: se encontró una alta prevalencia de alteraciones del comportamiento alimentario en este grupo de pacientes con FQ, especialmente en los que recibían NE, aunque no podemos concluir que esta asociación sea consecuencia del soporte.

MODALIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL EN PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL AMBULATORIA. ABORDAJE DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Galarraga, MC, Dandeu, A, Aab, C.

Hospital de Niños de La Plata, Argentina.
 miriamgalarraga@hotmail.com

Introducción: la modalidad de intervención del Trabajo Social, se sostiene dialécticamente con la del equipo de salud desde una concepción integral de sujeto y salud. Esta propuesta es validada en la evaluación del impacto en la población con resultados favorables, lo que permite contar con datos relevantes para su formulación protocolar.

Objetivo: presentar una modalidad de intervención social en niños con una discapacidad visceral y que requieren nutrición parenteral (NP) por tiempo prolongado y en forma ambulatoria.

Población: 16 niños, 9 varones y 7 mujeres, entre 8 meses y los 14 años de vida en seguimiento por el Servicio de Nutrición y que realizan actualmente NP ambulatoria.

Material y Método: se distinguen dos etapas para la intervención social en el proceso de atención, que coinciden con la internación y el tratamiento ambulatorio.

En la internación se consideran tres momentos para el abordaje: 1) al inicio del tratamiento, se trabaja la organización familiar, su dinámica, encuadre cultural, situación de salud y económico social, favoreciendo el ejercicio de los derechos del paciente y su familia 2) se evalúa con el equipo de salud y la familia la posibilidad de implementar el tratamiento ambulatorio, a fin de permitir una mejor calidad de vida del niño en su ámbito sociofamiliar 3) acordado el tratamiento se interviene en forma simultánea sobre diferentes aspectos sustanciales para su viabilidad tales como: la situación familiar, los recursos, el aspecto habitacional, la red social.

En relación a la segunda etapa, se sostiene el monitoreo de la accesibilidad al tratamiento y la inserción social del paciente, en su ámbito familiar, recreación, educación, etc. Este proceso de atención se realiza a partir de dos perspectivas complementarias: a) el nivel disciplinar: entrevistas de primera vez y de seguimiento, referencia y contrarreferencia social, trabajo en red sectorial e intersectorial, talleres y b) el nivel interdisciplinario: reuniones del equipo de salud, entrevista interdisciplinaria con la familia, coordinación intra e interinstitucional, talleres.

Resultados: la observación sistemática y retrospectiva de las intervenciones sociales en la población descrita llevó a los siguientes resultados: en todos los casos se abordó la organización familiar para el sostén de la internación y el logro del tratamiento ambulatorio. En el

70 % se trabajó en la mejora de las condiciones habitacionales. En el 81% se realizó gestión de recursos, en el 62% orientación por pensión, 44% coordinación con obras sociales. Se intervino en el 81% de los casos en relación al aspecto educativo del paciente, 31% educación domiciliaria y el 50% educación formal. Se clasificó al 50% de la población como pobres estructurales. En el 25% se trabajó aspectos de violencia familiar. La contrarreferencia médico-social y coordinación intersectorial se realizó con la totalidad de los pacientes.

Conclusiones: esta modalidad de atención integral permitió que las familias se apropien de todos los recursos, criterios, y conocimientos acerca de la enfermedad y tratamiento. Desde el Trabajo Social se intervino teniendo en cuenta la singularidad de cada situación familiar, no sólo en lo que hace a la accesibilidad al tratamiento sino también para que la familia asuma un rol protagónico en la modalidad terapéutica. El abordaje de todos aquellos aspectos familiares, culturales, educativos, salud, económico, laborales, se constituye en un soporte fundamental y contribuye a prevenir las limitaciones en la inserción sociofamiliar.

PERFIL LIPÍDICO Y NIVELES DE FIBRINÓGENO PLASMÁTICO EN UN GRUPO DE PACIENTES ADULTOS HIV+. ESTUDIO PRELIMINAR.

MS Feliu^{*}, M Stambullian^{***}, R Bologna[#], I Casseti[#], NH Slobodianik^{***}.**

*Cátedra de Nutrición. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires. Becaria. #Helios Salud. Buenos Aires, Argentina.

msfeliu@ffyb.uba.ar

Objetivo: analizar el perfil lipídico y la concentración plasmática de fibrinógeno en un grupo de adultos HIV+.

Material y métodos: 18 pacientes, 12 del género masculino y 6 del femenino asistidos en Helios Salud, entre 26 y 40 años de edad, 72% recibe tratamiento antiretroviral, 56% presenta una carga viral < 50 copias/mL y el 100% CD4 > 200 células/μL. Se evaluó peso (P, kg) y talla (T, m), calculándose el índice de Masa Corporal (IMC, P/T²). Las muestras de sangre fueron tomadas en ayunas, en tubo heparinizado y sobre plasma se determinó por métodos calorimétricos, la concentración de colesterol total (CT), HDL, LDL y Triglicéridos (TG) (mg/dL). Las Apolipoproteínas A-I y B (ApoA-I y ApoB) y Fibrinógeno (F) se determinaron por inmunodifusión radial cuantitativa sobre placas (Diffuplate, Biocientífica) (mg/dL), calculándose la relación ApoA-I/ApoB (A-I/B). Los resultados fueron comparados con los respectivos valores de referencia.

Los resultados expresados como X±DE fueron: IMC=23,2±5,2; CT: 171,9±25,2; HDL: 48,1±12,3; LDL: 97,0±23,0; TG: 106,8±49,1; ApoA-I: 253,4±70,2; ApoB: 157,3±52,2; ApoA-I/ApoB: 1,7±0,7; F:378,7±112,0. Los resultados muestran que el 30% de los pacientes presenta CT>200, HDL< 45, LDL > 100 y sólo el 8% TG > 150. También, el 45 % y el 29% de la población estudiada muestra disminución de la relación ApoA-I/ApoB y aumento en la concentración de fibrinógeno (rango de referencia 150-400 mg/dL), respectivamente. Es importante remarcar que el 82% de los pacientes muestran niveles de fibrinógeno superiores a 288 mg/dL, valores asociados a mayor riesgo cardiovascular.

Conclusiones: los resultados obtenidos en pacientes HIV+, con acceso a cobertura médica, evidencian algunas alteraciones en el perfil lipídico y niveles de fibrinógeno. Estos hallazgos remarcan la utilidad de los parámetros bioquímicos en su seguimiento y la importancia de la conducta terapéutica nutricional, que conducirá al paciente a una adecuada selección de alimentos junto al tratamiento antiretroviral.

**Parcialmente financiado por Universidad de Buenos Aires (B060).*

NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA
EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Martínez MI, Fernández A, Verseci S, Segal E.

Hospital de Niños de La Plata, Argentina.

mainmar67@hotmail.com

Objetivo: 1) Evaluar la evolución del estado nutricional y de la función pulmonar en los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) tratados con Nutrición Enteral Nocturna Domiciliaria (NEND).

2) Evaluar las indicaciones, accesos, modalidad, fórmulas y aportes utilizados en la NEND.

Material y métodos: estudio analítico descriptivo de corte transversal y retrospectivo según datos extraídos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de FQ en seguimiento por el Centro de Fibrosis Quística del Hospital de Niños de La Plata hacia junio de 2004.

Se registraron: motivo de la indicación de NEND, edad al inicio y actual, duración, vías y fórmulas utilizadas, modalidad y número de días de perfusión por semana, porcentaje de las recomendaciones de energía para la edad y del 150% de la misma según DRI, cubiertas por la NEND. Para evaluar el efecto de la NEND en el estado nutricional se evaluaron el Z score de peso para la edad (Z P/E), Z score de Índice de masa corporal (Z IMC) y Z score de talla para la edad (Z T/E) en el momento del inicio de la NEND y en el momento del corte.

En los pacientes de más de 6 años capaces de realizar pruebas de función pulmonar confiables se analizaron volumen espiratorio forzado (VEF1) y capacidad vital forzada (CVF) 1 año previo al inicio de la NEND, en el momento del inicio de la misma y en el corte actual para valorar la tasa de progresión del deterioro pulmonar.

Los resultados se expresaron en valores absolutos, medias, DS y porcentajes.

Resultados: se analizaron 17 pacientes (12 mujeres, 70%) con una edad media hacia junio de 2004 de 6,81 (+/- 5,54) años, rango 0,45-19,8 años y una edad media al inicio de la NEND de 3,75 (+/- 3,78), rango 0,2-11,8 años. La duración media de la NEND fue de 3,06 años (+/- 2,22), rango 0,18-8 años.

Los motivos de la indicación de NEND fueron: fallo nutricional que no revirtió con otras medidas según lo definido en el consenso de FQ de la SAP de 1999, ingesta oral francamente menor a las recomendaciones con déficit ponderal y rápido deterioro pulmonar y nutricional que condicionaron un aumento de las demandas que no pudo satisfacerse por vía oral.

Los accesos enterales fueron sondas nasogástricas (SNG) en 4 pacientes (23%) y gastrostomías en 13 (77%) (9 endoscópicas percutáneas y 4 quirúrgicas, una de ellas con cirugía antirreflujo).

La infusión fue nocturna en 10 a 16 horas con bomba de infusión, entre 3 y 7 días por semana (media 6,11 +/-1,1); estimulándose la ingesta de una dieta hipercalórica por vía oral durante el día. La fórmula utilizada fue semielemental, sin lactosa con proteína hidrolizada y 50% del aporte de grasas como triglicéridos de cadena media, la misma se concentró o se le adicionaron módulos para lograr una densidad calórica de 1 a 1,3 kcal/ml.

La NEND aportó en promedio el 65,9% de las DRI para la edad de energía y un 43,8% si se calculaba el 150% de las DRI.

	Z score P/E (P 0,001)	Z score IMC (NS)	Z score T/E (p 04)
Al inicio NEND	-2,57 (1,51)	-1,02 (DS 1,22)	- 1,38 (DS 1,05)
Actual	-1,49 (DS 1,22)	- 0,59 (DS 0,65)	-1,05 (DS 1,1)

El FEV1 bajó una media de -3,25%/ año (DS 11,02) en el año previo al inicio del NEND y -2,27 (DS 1,03) /año luego del inicio de la NEND (NS).

Conclusiones: la NEND fue efectiva en mejorar el estado nutricional de los pacientes y se observó una tendencia a la disminución del deterioro en la función pulmonar.

PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN POSTNATAL
EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MEDIANTE UN PROTOCOLO
DE ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL PRECOZ E INTENSIVO

Dinerstein NA, Nieto R, Solana C, Pérez G, Raviolo JR, Larguía AM.

HMIR.Sardá. Esteban de Luca 2151 CP: 1246 Bs. As TE 4943-4892 Fresenius Kabi, Buenos Aires, Argentina.

rmnieto@intramed.net.ar

Introducción: la falla en el crecimiento post natal es frecuente en recién nacidos prematuros < 1.500 gr al nacimiento. ¿Los aportes calóricos y proteicos recomendados por el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP) para los recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP) dados precozmente permiten disminuir el retraso de crecimiento extrauterino, suponiendo que estos son suficientes para lograr un crecimiento aproximado al del feto intra útero?.

Objetivos: evaluar el efecto de un Protocolo de alimentación precoz e intensivo en RNMBP, en comparación con un control histórico, sobre: 1- Disminución del retraso del crecimiento extrauterino a las 40 semanas de edad post- concepcional (percentilo <10) 2- El crecimiento post natal, los aportes calórico-proteicos y sus déficit con respecto a las recomendaciones de la AAP.

Diseño: cohorte prospectiva con control histórico.

Método: se incluyeron todos los recién nacidos ≥ 750 g y ≤ 1.500 g que no presentaron malformaciones congénitas ni infecciones intrauterinas.

Intervención: aportes enterales de leche humana y/o fórmula para prematuros desde el primer día de vida, parenteral de aminoácidos desde el ingreso comenzando a 1,5 g/kg/d, con incrementos diarios de 0,5 g/k hasta un aporte de 4 g/kg/día. Glucosa, comenzando con 5,6 mg/kg/min y aumento según glucemia, hasta 13 mg/kg/min. Lípidos a partir de las 24 hs a 0,5 g/kg e incrementos de 0,5 g/kg/día hasta 3,5 g/kg/día, según trigliceridemia.

Resultados: la implementación de un protocolo de intervención nutricional redujo el riesgo de desnutrición postnatal Ora 0,063, (IC95% 0,019-0,20) ajustado peso de nacimiento percentilado, corticoides prenatales, días de ARM, morbilidad. Los déficit calóricos-proteicos en las primeras 4 semanas de vida fueron significativamente menores en el grupo tratado ($p < ,001$). Los niños con perímetro cefálico menor al percentilo 3 a las 40 semanas, fueron significativamente menos en el grupo tratado. ($p = ,0017$).

Conclusión: la implementación de este programa nutricional produjo una significativa reducción en la desnutrición post natal.

VALIDACIÓN DEL MÉTODO DE EVALUACIÓN CORPORAL POR BIO-IMPEDANCIA:
EL PAPEL DE LA HIDRATACIÓN

Pimentel, IC; Silva, CC; Costa, RP; MFJ, Kok; Magnoni, CD.

Hospital do Coração - Associação do Sanatório Sírio/SP

ipimentel@hcor.com.br

Objetivos: evaluar la interferencia de la ingestión hídrica antes de la determinación del tenor de gordura corporal y estimar la ingesta hídrica viable para un protocolo de atendimento en ambulatorio.

Material y Método: 27 funcionarios saludables, no obesos, siendo 23 mujeres (IMC $23,6 \pm 3,47$) y 7 hombres (IMC $24,7 \pm 2,3$) del Hospital do Coração en San Pablo fueron sometidos a una evaluación nutricional (peso, altura, determinación del índice de masa corpóreo y

circunferencia abdominal) acompañada de la identificación de la composición corporal por bio-impedancia eléctrica en dos fases: la primera 24 hs posterior a la ingestión mínima de líquidos (menor que 1.500 ml - fase de ingestión reducida de líquidos (FIRL) y la segunda fase después de 24 hs de ingestión aumentada de líquidos (mayor que 1.500 ml-fase de ingestión aumenta de líquidos (FIAL).

Resultados: la ingestión media de líquidos en el grupo masculino fue superior a la media del grupo femenino tanto en la primera cuanto en la segunda fase (hombres: 1.482 ± 419 y 3.391 ± 929 ; mujeres: 1.077 ± 343 e 2.348 ± 740 , respectivamente). Se observó, después de FIAL, una reducción de la gordura corporal estadísticamente significativa en el grupo de las mujeres (FIRL: $29,0\% \pm 5,5$ y FIAL: $28,4 \pm 4,8$) y en la totalidad de individuos analizados (FIRL: $26,7\% \pm 6,4$ y FIAL: $26,1 \pm 6,4$). En los hombres la reducción observada no fue estadísticamente significativa.)

Conclusión: la baja ingestión hídrica en el período que antecede la realización de la bio-impedancia eléctrica interfiere en los resultados obtenidos aumentando el porcentaje de tejido adiposo en individuos saludables en aproximadamente 1%. Los resultados sugieren que la ingestión hídrica en el día anterior al de la realización del examen debe ser superior a 2.000ml.

*Dirección postal: Desembargador Eliseu Guilherme, 123 Paraíso - São Paulo/ Brasil 04004-030
Teléfono: 55-11-3053-6554.*

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE INFECCIÓN RELACIONADA A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES SEMIIMPLANTABLES CON TÉCNICA DE LOCK

**Prozzi M, Dalieri M, Fabeiro M, Martinez M, Barcellandi P, Ceraci M, Vescina C,
Méndez A, Fernández A.**

Servicio de Nutrición y Dietoterapia del Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata, calle 14 N°1631, TE: 0221-4575153
soportenutricional@netverk.com.ar

Objetivos: evaluar la interferencia de la ingestión hídrica antes de la determinación del tenor de gordura corporal y estimar la ingesta hídrica viable para un protocolo de atendimento en ambulatorio.

Material y Método: 27 funcionarios saludables, no obesos, siendo 23 mujeres (IMC $23,6 \pm 3,47$) y 7 hombres (IMC $24,7 \pm 2,3$) del Hospital do Coração en San Pablo fueron sometidos a una evaluación nutricional (peso, altura, determinación del índice de masa corpóreo y circunferencia abdominal) acompañada de la identificación de la composición corporal por bio-impedancia eléctrica en dos fases: la primera 24 hs posterior a la ingestión mínima de líquidos (menor que 1.500 ml - fase de ingestión reducida de líquidos (FIRL) y la segunda fase después de 24 hs de ingestión aumentada de líquidos (mayor que 1.500 ml-fase de ingestión aumenta de líquidos (FIAL).

Resultados: la ingestión media de líquidos en el grupo masculino fue superior a la media del grupo femenino tanto en la primera cuanto en la segunda fase (hombres: 1.482 ± 419 y 3.391 ± 929 ; mujeres: 1.077 ± 343 e 2.348 ± 740 , respectivamente). Se observó, después de FIAL, una reducción de la gordura corporal estadísticamente significativa en el grupo de las mujeres (FIRL: $29,0\% \pm 5,5$ y FIAL: $28,4 \pm 4,8$) y en la totalidad de individuos analizados (FIRL: $26,7\% \pm 6,4$ y FIAL: $26,1 \pm 6,4$). En los hombres la reducción observada no fue estadísticamente significativa.)

Conclusión: la baja ingestión hídrica en el período que antecede la realización de la bio-impedancia eléctrica interfiere en los resultados obtenidos aumentando el porcentaje de tejido adiposo en individuos saludables en aproximadamente 1%. Los resultados sugieren que la ingestión hídrica en el día anterior al de la realización del examen debe ser superior a 2.000ml.

*Dirección postal: Desembargador Eliseu Guilherme, 123 Paraíso - São Paulo/ Brasil 04004-030
Teléfono: 55-11-3053-6554.*

NUTRICIÓN Y CRECIMIENTO EN PACIENTES PREMATUROS CON RIESGO DE DESARROLLAR DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Nieto RM, Dinerstein NA, Solana CL, Pérez GP, Raviolo JR, Larguía AM.

HMIR Sardá. Esteban de Luca 2151 CP: 1246 Bs. As TE 4943-4892 Fresenius Kabi, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: los pacientes con displasia broncopulmonar (DBP) muestran una falla en el crecimiento, cuando se los compara con pacientes sanos. Esto podría ser causado por la prematuridad, las dificultades para lograr aportes adecuados y/o el aumento de los requerimientos nutricionales.

Objetivos: 1- Evaluar el crecimiento desde el nacimiento y 40 s. postconcepcionales en RNMBP con y sin DBP. 2-Cuantificar y comparar los aportes y déficits nutricionales diarios desde el nacimiento a los 28 días de vida en pacientes que desarrollaron DBP. 3- Analizar el riesgo de desnutrición a las 40 semanas en pacientes con DBP.

Diseño: estudio de cohorte con dos grupos mutuamente excluyentes.

Población: RNMBP menores de 32 semanas de edad gestacional (EG) y con peso de nacimiento comprendido ≥ 750 y ≤ 1.500 g nacidos en la maternidad Sardá desde agosto 2001 y que al 31 de agosto del 2003 hubieran cumplido 40 s de edad gestacional corregida. Tratados mediante un protocolo nutricional precoz e intensivo siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría.

Resultados: 80 niños cumplieron los criterios de inclusión y 28 desarrollaron DBP. El peso de nacimiento y EG fueron menores en el grupo DBP media 1.045 g (± 204) vs. 1.240 g (± 183), ($p < ,001$) y EG 28 ($\pm 1,5$) vs. 29 ($\pm 1,2$) semanas. ($p < ,001$) La desnutrición postnatal evaluada por la caída del score Z entre el nacimiento y las 40 s fue mayor ($p,03$). El déficit acumulado de calorías y proteínas fue significativamente mayor en pacientes con DBP.

(-613 k/cal vs. -303 k/cal) ($p < ,001$) y (-16,5 g/k de proteínas vs. - 6,7 g/k) ($p < ,001$)

score Z al nacer y 40 s con DBP - 0,28 -1,16

score Z al nacer y 40 s sin DBP 0,05 -0,68

El riesgo de desnutrición a las 40 semanas en los niños con DBP aumenta 2,4 ajustado por EG, PEG, Déficit calórico y proteico acumulado a los 28 días de vida.

Conclusión: los niños que desarrollaron DBP tuvieron mayores déficit tempranos. Estrategias asistenciales adecuadas tendientes a disminuir la morbilidad respiratoria y los déficit nutricionales, mejoraran el crecimiento postnatal.

ROL DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN UTI ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS EN SOPORTE NUTRICIONAL EN UTI

Lara C, Santos M, Chamut G, Ceriani P, Castro P, Lueje N, Cataldi J, Risso Patron R, Lendaro C, Llerena.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Eva Perón (Ex Castex). San Marín.

crisantos@intramed.net.ar

Introducción: el hospital Eva Perón tiene una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con 8 camas de adultos. Es centro de derivación de pacientes (P) neurológicos graves, politraumatizados, cirugías mayores y patologías clínicas que requieran UTI a los que a diario se realiza Soporte Nutricional (SN) por vías de excepción.

Objetivos: conocer el estado nutricional (EN) de los P al ingreso a UTI con Valoración Global Subjetiva (VGS). Conocer la eficiencia de las medidas de SN implementadas.

Material y Métodos: se trata de un estudio observacional en el que se evaluaron 179 ingresos a UTI en el lapso de 5 meses consecutivos (01/03/04 al 31/07/04). Se realizó EN con VGS. Se incluyeron P que recibieron SN =o >2 días (d) prescripto por medico intensivista capacitado en nutrición crítica o medico nutricionista. Se realizo al ingreso VGS, APACHE. Se valoró SN con albúmina, recuento linfocitario, proteína C reactiva (PCR) y balance diario del aporte nutricional. También se consideró día de inicio (DI) y terminación de SN, patología, ARM, mortalidad.

Resultados: de los 179 ingresos presentaron VGS A: 43P (24,02%), B: 81 P (42,2%) C: 55P (30,72%). Del total de casos recibieron SN 63 P (35%). De éstos 63 P se constató VGS A: 3P (4,7%), B: 32 P (50,7%), C: 27P (42,8%). La VGS pasaron a B en los 3 pacientes que tenían categoría A; de B a C pasaron 15 de los 32 pacientes (46,87%). La albuminemia disminuyó en 20 pacientes (31,7%) Los 59 P en RN provenían de la sala de internación del hospital en un 57%. Sexo Masculino 41 P (65,1%); Femenino 22 P (34,9%). La edad osciló entre 19 y 84 años. El DI de SN fue 2,8 d promedio (0-9d). D de nutrición promedio: 13,6 d (2-62 d). P en ARM y SN fueron 51(80,9%). Apache promedio: 20,9. Mortalidad: 26 P (41,2%). La mortalidad global de la muestra total fue de 27.9%. Tipo de SN: Enteral. Sonda nasointestinal 52 P (82,53%), Gastrostomía 2 P (3,1%), yeyunostomía 4 P (6,3 %). De los enterales, 7P recibieron también alimentación parenteral (AP) (mixto 11,1%). Con AP solamente 3 P (5,8%).

Del laboratorio: Albúmina promedio 2,78 (se dosó en 55 P). Rto linfocitario 1.079 en promedio (en 49P). PCR se dosó solamente en 23P (rango 1,4-18) Patologías: Médicas 33 P (52,38%) de los cuales 1/3 eran neurológicos, quirúrgicos 30 P (47,61 %) la mitad neuroquirúrgicos.

Conclusiones: 1. La VGS permitió conocer que la mayoría de los P estaba en riesgo nutricional (RN) y casi la mitad desnutridos. 2. El mayor porcentaje de P con déficit nutricional estaban internados previamente en el hospital. 3. Los P con SN en UTI no mejoraron o empeoraron su condición nutricional. 4. Con este trabajo no hemos hecho más que confirmar la desnutrición hospitalaria alertada en gran cantidad de bibliografía. Programamos crear un equipo multidisciplinario de control de la N hospitalaria como un buen mecanismo para contribuir a evitar este problema.

**IMPACTO AL AÑO DE EDAD GESTACIONAL CORREGIDA
DE UN PROTOCOLO DE ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL PRECOZ
E INTENSIVA IMPLEMENTADO EN EL PERÍODO NEONATAL,
SOBRE EL CRECIMIENTO Y NEURODESARROLLO**

Schapira I, Dinerstein A, Pérez G, Solana C, Nieto R, Galindo A, Aspres N, Otheguy L, Benítez A, Raviolo R.

Neonatología, Hospital Ramón Sardá y Fresenius Kabi.
rmmnieto@intramed.net.ar

Introducción: la indemnidad del Sistema Nervioso Central (SNC) depende de factores intrínsecos (genéticos y hormonales) y extrínsecos (nutricionales, ambientales, sociales y emocionales) y es medida indirectamente por la valoración del neurodesarrollo.

Objetivo: evaluación del crecimiento, en comparación con un grupo control histórico, en RNMBP que recibió una intervención nutricional precoz e intensiva hasta las 40 semanas de edad gestacional corregida (E.co) y relación con la evaluación del desarrollo psicomotor al año (DP).

Material y métodos: ensayo clínico con control histórico. Población: recién nacidos menores de 32 semanas de edad gestacional al nacimiento y peso entre 750 g y 1.500 g.

Métodos: los pacientes del grupo tratado (GT) ingresaron prospectivamente a un protocolo de intervención nutricional enteral y parenteral precoz e intensivo, diseñado siguiendo las recomendaciones del Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría. Los pacientes del grupo control (GC) fueron alimentados en forma no protocolizada según criterio del médico de

cabecera. Como resultado se observó en un mayor aporte energético y proteico con menores déficit al final de la cuarta semana (794 kcal en GC vs. 353 en GT y 34 g vs. 11 respectivamente, $p < .001$). Puntos finales fueron: Desnutrición (peso < 10 percentilo a las 40 semanas de E.co, y DP mediante la escala de Rodríguez y col. Se realizó un análisis multivariado que incluyó como covariables: corticoides prenatales, bajo peso para edad gestacional, morbilidad neonatal agrupada, nivel de educación materna.

Resultados: 101 pacientes completaron la evaluación al año de E.co, 65 en el GT y 36 en el GC. El peso de nacimiento (1.150 vs. 1.190 g), la edad gestacional (30 vs. 29 semanas), la circunferencia craneana (25,9 vs. 26,5 cm), el porcentaje de bajo peso para la edad gestacional (8% vs. 3%), la exposición a corticoides prenatales (63% vs 75%), la morbilidad y estado socio-económico-cultural fueron comparables.

El porcentaje de niños desnutridos a las 40 semanas fue menor en el GT (38% vs. 72%, $p = 0,002$) y el perímetro cefálico mayor (35,4 vs. 34,6 cm, $p = 0,028$). El crecimiento del perímetro cefálico en centímetros del nacimiento al año, fue mayor en el GT (20,6 vs. 21,7 cm. $p = 0,026$). El DP al año de Eco. fue mayor en el GT (1,02 vs. 0,9). El análisis univariado muestra un aumento del DP de 0,13 puntos mayor en el GT IC 95%: (0,049-0,224). Este efecto persiste en el análisis multivariado, el DP aumenta 0,094 puntos IC 95%: (0,012- 0,0175) en el GT. El efecto de la educación materna fue significativo ($p = 0,045$) en el GT, aumentando el DP en 0,014 puntos por cada año de asistencia escolar IC 95%: (0,0003-0,0283).

Conclusión: en esta población, los pacientes que recibieron una intervención nutricional precoz e intensiva mostraron menor desnutrición a las 40 semanas de edad gestacional corregida y mejor DP al año de vida.

IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN A PACIENTES CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON CATÉTERES (IRC)

Ilari S, Ryan S, Kecskes C, Martinez MI, Merlo Gisella, Crivelli A.

Grupo de Soporte Nutricional Domiciliario

silvilari@yahoo.com.ar

Objetivos: evaluar los resultados luego de la implementación de un programa de capacitación y entrenamiento sistematizado dirigido a enfermeros, familiares cuidadores y pacientes que reciben Nutrición Parenteral Domiciliario (NPD).

Material y Métodos: estudio retrospectivo en base a la información de las historias clínicas de los pacientes en NPD obtenidas de los 2 años antes y los 2 años posteriores (grupos Pre y Post respectivamente) a la implementación de un programa de capacitación y entrenamiento teórico-práctico dirigido a los enfermeros, pacientes y familiares o cuidadores. El sistema, se implementó en enero de 2003 con los pacientes y personal de enfermería de reciente incorporación. Para enfermería el entrenamiento consiste en 2 ó 3 encuentros de nivel básico y 3 grupales de nivel más avanzado en el curso de cada año, con una duración adecuada para cada nivel. La capacitación para el paciente y su familia se acordó en los encuentros prealta de presentación del sistema, y en el domicilio se realizaron sesiones de entrenamiento con un tiempo determinado y durante los tres días consecutivos postalta, en los cuales se otorgaba la información necesaria para la implementación de la NPD y la prevención de complicaciones.

Uno de los parámetros utilizados para evaluar la efectividad del programa fue la incidencia de infecciones relacionadas a catéteres (IRC) definidas según los criterios clínicos y bacteriológicos del CDC. Estadística utilizada fue el Test de Mann Whitney.

Resultados: se analizaron 49 pacientes (61% sexo masculino), 62 tratamientos, pediátricos y adultos, 30 pacientes en el 1º período y 32 en el 2º período, rango de 4 meses a 60 años de edad. Los días de NP analizados corresponden a 13.678 (rango de 7 a 1.053 días), x 220 (DS

242). El diagnóstico más frecuente en ambos grupos fue el síndrome de intestino corto (SIC) de diferentes etiologías; seguido en el grupo pediátrico por diarrea intratable y pseudo obstrucción crónica intestinal (PSOCI); mientras que en adultos siguen en frecuencia la pseudo obstrucción y fístulas entero cutáneas.

En la siguiente tabla se observa la incidencia de IRC en el período previo y posterior a la implementación del programa:

Complicación	Período 2000-2002	Período 2003-2004
Días totales de NP (días \pm DS)	7.652 \pm 281	6.026 \pm 193
IRC (cada 1000 días catéter) ($x \pm$ DS)	2,5 \pm 5,1 *	0,6 \pm 2,2 *

* $P = 0,09$

Conclusión: luego del programa de capacitación se observó una evidente disminución de las IRC, que estadísticamente quedó en el rango de tendencia, probablemente debido al tamaño relativamente escaso de la muestra. Asimismo se observó una reducción en las suspensiones y reinternaciones, las visitas extras de enfermería y las consultas telefónicas a médicos y enfermeros de guardia. La nueva modalidad de entrenamiento posibilitó el retorno del paciente y sus familiares al hogar, con sesiones de capacitación y entrenamiento normatizadas, todo lo cual disminuyó el riesgo de complicaciones asociadas a niveles acorde a los estándares publicados y con elevado grado de satisfacción por parte del paciente y/o su familia.

COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON MALFORMACIONES DE LA PARED TORÁCICA

Abramson, H; Guida, R; Monti, MF; Ramos, MJ.

Servicios de Nutrición y Cirugía. Hospital Dr. Antonio A. Cetrángolo

Introducción: existen pocos datos sobre la composición corporal en pacientes con Pectus Excavatum y Carinatum. Se caracterizan por ser delgados y longilíneos. El objetivo del trabajo es brindar información acerca del estado nutricional de dicha población.

Material y Métodos: se evaluaron 26 pacientes (5 de sexo femenino -19,2%- y 21, masculino -80,8%-), con edades comprendidas entre los 10 y los 26 años, entre junio de 2003 y abril de 2005. Se tuvieron en cuenta los datos de peso, talla y edad para diagnóstico nutricional y la sumatoria de 4 pliegues (tricipital, bicipital, suprailíaco, y subescapular) para estimar porcentaje de grasa corporal. Se realizó el diagnóstico nutricional a partir del índice de masa corporal (IMC) y de las tablas de percentilos (P/T y T/E) para niños menores a 19 años. Para estimar masa libre de grasa, se utilizó el área muscular del brazo (AMB).

Resultados: IMC: El 47,6% de los hombres presentó normopeso y el 52,3% bajo peso. 40% de las mujeres presentaron normopeso y 60%, bajo peso.

P/T: Sólo 11 hombres pudieron ser valorados. El 63,6% presentó bajo peso, y el 36,3% normopeso. 2 mujeres fueron evaluadas. El 50% presentó bajo peso y el resto, normopeso. Los restantes pacientes no evaluados excedieron los límites de talla o edad.

T/E: 18 hombres ingresaron dentro de los límites de edad. El 88% se encontró dentro del rango normal y el 12%, por encima del límite superior. 4 mujeres fueron evaluadas. El 75% se ubicó dentro de la normalidad y el 25% lo superó.

Sumatoria de 4 pliegues y cálculo del porcentaje de masa grasa: el 62% del total de hombres presentó un porcentaje de grasa igual o menor al 15%. En el restante 38%, el porcentaje fue mayor a 15%. En las mujeres, todos los casos superaron el 15% de grasa, siendo el valor más frecuente 20%.

AMB: El 67% de los hombres se ubicaron por debajo del percentilo 10, el 28%, entre el 10 y el 50, y el restante 5%, entre 50 y 75. En las mujeres, el 80% se ubicó por debajo del percentilo 10 y el 20%, entre 10 y 25.

Conclusiones: se observa que hay similitudes en cuanto a los resultados, pudiéndose apreciar que en estos pacientes predomina el bajo peso, en ambos sexos. En cuanto a la talla, si bien la mayoría se ubica dentro de un rango de normalidad, la tendencia muestra sujetos de mayor estatura respecto de la media. Los hombres presentan porcentajes de grasa corporal menor al esperado, en tanto en las mujeres no se observan diferencias. Tanto en hombres como en mujeres, la masa libre de grasa se encuentra notablemente disminuida. Aún los sujetos ubicados dentro del rango de normalidad no superan la media. Por lo tanto, el bajo peso de estos pacientes se evidencia a través de la disminución tanto de la masa grasa como de la magra, aumentando así su riesgo nutricional.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN NIÑOS CON SOPORTE NUTRICIONAL POR INSUFICIENCIA INTESTINAL

Vercesi S, Fabeiro M, Dalieri M, Barcellandi P, Prozzi M, Fernández A.

Hospital de Niños de La Plata

soportenutricional@netverk.com.ar

Introducción: el soporte nutricional (SN) en trastornos que comprometen el crecimiento como la insuficiencia intestinal (II), puede influir en la aparición de alteraciones del comportamiento alimentario (ACA). El objetivo del estudio es investigar la frecuencia de patrones de ACA en niños con SN por II seguidos en el Servicio de Nutrición del Hospital de Niños de La Plata.

Material y métodos: se estudiaron 23 pacientes con diagnóstico de insuficiencia intestinal e indicación de soporte nutricional por un período mayor a 6 meses. El grupo se comparó con 21 controles sanos. Se registró: etiología de la II, sexo, edad al inicio del SN y al momento de la encuesta, tipo y vía de administración del SN, porcentaje de calorías aportadas por SN: según recomendaciones de RDI para nutrición enteral y gasto energético basal calculado por ecuación de Schofield para nutrición parenteral. La valoración de ACA se efectuó por la Escala de Evaluación Pediátrica de Comportamiento Alimentario (ECA), que está constituida por un cuestionario de 35 preguntas, 25 referidas a la conducta del niño frente a la alimentación y las últimas 10 relacionadas a las actitudes o estrategias parentales. Las respuestas tienen un puntaje predeterminado de 1 (nunca), 3 (a veces) o 5 (siempre). Se evalúa además si la situación planteada es o no un problema para el encuestado. El resultado se obtiene de ambas secciones, actitudes del niño y de los padres (total de frecuencias) con un punto de corte de 84 y número de respuestas positivas (punto de corte 9). Los resultados se expresan en porcentaje, media (x), desvío standard (DS) y los grupos fueron comparados por test: Mann Whitney.

Resultados: las características de los 2 grupos se presentan en la Tabla I. En 14/23 pacientes se indicó nutrición parenteral, en 3/23 enteral y los 6 restantes recibieron ambos tipos de soporte. La X del SN fue de 4,1 a (DS 4 r: 0,5-14,7 a). En el 74 % se inició en período neonatal y en 26% la x edad de indicación fue 4,7a. Todos los niños perfundieron nutrición parenteral por un catéter central semiimplantable, el 55,5 % recibió la nutrición enteral por sonda y el resto por gastrostomía. El porcentaje de kcal. s/RDI aportadas por SN fue x: 77,5% (DS 22,1 r 31% a 100%).

Tabla I Características de los grupos estudiados

Tabla II: Resultados de ECA:

Grupo	SN n 23	Control n 21
Edad	3,87 (3,96)	4,49 (4,23)*
Sexo femenino	11	10
Diagnóstico	SIC	
	17	
	POCI 4	
	Megacolon 2	

Grupo	SN	Control
Grupo	77 (18,24)	53 (12,12)*
Frecuencias (X)	5,26 (5,69)	1,7 (2,86)**
Respuestas positivas X	9	1
Frecuencias > 84	3	1
Respuestas positivas >9		

* $p = ,000$ ** $p < ,003$

* $p > 0,55$ SIC Síndrome de intestino corto. POCI Pseudo-obstrucción intestinal crónica

Los resultados de la ECA en ambos grupos se muestran en la Tabla II.

En el grupo con SN se evaluó la influencia de la edad al inicio del tratamiento (neonatal o posterior), el porcentaje de calorías provistas (punto de corte=70% de RDI) y la patología (SIC vs POCI $p=0,086$) no encontrando diferencias significativas.

Conclusión: el grupo estudiado mostró un puntaje mayor en la ECA comparado con los controles. Esto reflejaría la frecuencia aumentada de ACA en niños con soporte nutricional. Son necesarios estudios posteriores para determinar la influencia de la patología como factor de riesgo.

ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA

La Motta Casco MG, Caniggia M, Crivelli A, Baistrocchi A, Pfirter G, Lanati M, Viola M, de Barrio S, Selvaggio G, Pizarro B, Gómez JC.

Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas.

Hospital Gral. San Martín. La Plata.

jcgomez@netverk.com.ar

Objetivos: evaluar el estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca (EC) y su evolución en el tiempo considerando el cumplimiento de la dieta libre de gluten (DLG).

Material y métodos: se estudiaron retrospectivamente 247 pacientes con EC diagnosticados por medio de serología (AGA IgA, IgG, EmA IgA y (h) at - TG IgA) y endoscopia alta con biopsias de 2ª porción duodenal (según criterios de Marsh), 44 varones, 203 mujeres, edad promedio 35,9 años (rango 15 - 79). Se los dividió en 3 grupos según la forma clínica de la EC: G1 Asintomáticos (n=39), G2 Monosintomáticos (n=48) y G3 Polisintomáticos (n=160). Se obtuvieron datos de: índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de pérdida de peso (PPP) al momento de la primera consulta y al año. Se evaluó el cumplimiento de la DLG.

Resultados: si bien en los 3 grupos evaluados el IMC estuvo dentro de parámetros normales, al compararlos entre sí, se observó una media significativamente menor en el G3 ($p<0,05$). Cuando se evaluó el promedio PPP (PPP) en los 3 grupos al compararlos entre sí, se encontró diferencia significativa en el G3 ($p<0,05$). El mismo comportamiento de los grupos se observó al evaluar la pérdida de peso mayor al 10 % (Tabla 1).

Tabla 1. * p no significativa ** $p<0,05$

	G1 (n=39)	G2 (n=48)	G3 (n=160)
IMC \leq 18,5 kg/mts ²	5 (12,8 %)	6 (12,5 %)	53 (33,1 %)
IMC 18,6 - 24,9 kg/mts ²	27 (69,2 %)	35 (72,9 %)	99 (61,9 %)
IMC \geq 25 kg/mts ²	7 (17,9 %)	7 (14,6 %)	8 (5 %)
IMC promedio kg/mts ²	22,44 *	21,93 *	20,15 **
PPP (%)	4,56 (n=20 pac.)*	5,62 (n=23 pac.)*	11,82 (n=116 pac.)**
Pérdida peso > 10 %	2/39 pac. (10 %)*	4/48 pac. (17,4 %)*	56/160 pac. (48,3 %)**

* p no significativa ** $p<0,05$

De los 247 pacientes, al año se pudieron controlar sólo 128, de los cuáles 27,3 % según la serología, realizaban la DLG en forma estricta. Al comparar el IMC del G1 y G2 entre la consulta de inicio y al año no hubo diferencia significativa. La misma sí se presentó al comparar el mismo parámetro en iguales fechas en el G3. Con respecto al PPP, se constató una diferencia significativa en el G2 y en el G3 también al compararlos al inicio y al año. (Tabla 2).

Tabla 2

	IMC 1ª consulta	IMC control al año	PPPP 1ª consulta	PPPP control al año
G1	22,44 (n=39)*	22,89 (n=17) *	4,56 *	3,32 *
G2	21,93 (n=48)*	22 (n=29)*	5,62 **	3,13 **
G3	20,15 (n=160)**	22,2 (n=82)**	11,82 **	3,1 **

* *p* no significativa ** *p* < 0,05

Conclusión: el G3 presentó mayor compromiso del estado nutricional al inicio. A pesar de no cumplir estrictamente la DLG, ya que se constató sólo en el 27,3 % (control por serología), hubo una significativa mejoría de su estado nutricional. Esto sugeriría que el cumplimiento de la DLG, aunque parcial, mejora los parámetros nutricionales de acuerdo a la metodología que utilizamos para evaluarlos. Se perdió el 52 % de pacientes (no consultó al año). El IMC como parámetro único no fue en este trabajo un indicador de la repercusión de la malnutrición.

ESTADO NUTRICIONAL Y METABOLISMO ÓSEO COMO FACTORES PRONÓSTICOS
DEL PROGRAMA DE RESTAURACIÓN NEUROLÓGICA
DEL PACIENTE LESIONADO TRAUMÁTICO DE LA MÉDULA ESPINAL

Zamora F, Hernández E, Infante E, Araújo F, Cabrera J.

Centro Internacional de Restauración Neurológica. Cuba.

Introducción: la lesión traumática de la médula espinal trae como consecuencia pérdida de la fuerza muscular por debajo del nivel de lesión neurológica y se producen complicaciones que afectan el estado nutricional. La realización de una correcta evaluación nutricional nos permite diagnosticar formas clínicas y subclínicas de la desnutrición energética nutricional y la hipovitaminosis.

Objetivo general: validar el estado nutricional y el metabolismo óseo como factores pronósticos del Programa de Restauración Neurológica del paciente lesionado traumático de la médula espinal.

Material y Método: se estudiaron 30 pacientes con secuelas neurológicas por lesiones dorsales ingresados en la clínica de afecciones raquimedulares, agrupados según la escala de Frankel. Los pacientes fueron seleccionados según criterios de inclusión y exclusión establecidos. Se le aplicó la encuesta subjetiva global del estado nutricional del paciente hospitalizado para definir su estado nutricional. El grado de recuperación neurológica fue tomado como variable de respuesta, medido a través de la escala de Barthel. El peso, el índice de masa corporal (IMC), el pliegue tricótipal, la circunferencia del brazo, albúmina, conteo global de linfocitos y fosfatasa alcalina como predictivas y la dieta de intervención. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y continuo, el estudio a su vez fue aleatorio y abierto. Los datos fueron procesados en Excel y se les aplicó estadística descriptiva y análisis de correlación de variables.

Resultados: la media de los indicadores del estado nutricional y el metabolismo óseo al inicio y al final del tratamiento según la clasificación de Frankel se encontraron en cifras normales. En el análisis de correlación la albúmina y el conteo de linfocitos con la escala de Barthel se obtuvieron los siguientes resultados. Conteo inicial de linfocitos vs Barthel inicial $r = 0,40$, conteo inicial de linfocitos vs Barthel final $r = 0,39$, conteo inicial vs % mejoría $r = 0,39$. Albúmina inicial vs Barthel inicial $r = 0,37$, albúmina inicial vs Barthel final $r = 0,37$, albúmina inicial vs % mejoría $r = 0,36$.

Conclusión: los pacientes estudiados tenían un estado nutricional normal lo que favoreció que cuando se le aplicara el Programa de Restauración Neurológica tuvieran una buena respuesta al mismo.

FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE CUOTA SOCIETARIA A LA AANEP

Nombre y Apellido

Domicilio.....

Ciudad.....CP.....

País.....Tel/Fax.....

E-mail

Profesión.....Matrícula N°

Valor de la cuota anual: \$60 - Médicos
 \$50 - Nutricionistas/Farmacéuticos
 \$40 - Enfermeros

Autorización para el pago de cuota social período 2005/2006

....., de de 2005
 (Lugar y fecha)

El que suscribe, titular de la Tarjeta VISA N°.....
 autorizo por la presente a que el pago correspondiente a la cuota anual de suscripción como socio sea debitada en forma directa y automática en el resumen de cuenta de la tarjeta citada precedentemente y/o de sus correspondientes reemplazos.

De la misma manera se comprometo a informar cualquier cambio en el N° de tarjeta antes mencionado.

La presente autorización tiene validez desde la recepción de la presente por la AANEP, hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

Asimismo faculto a AANEP a presentar esta autorización en VISA a efectos de cumplimentar la misma.

VISA N° CÓDIGO DE SEGURIDAD.....

FECHA DE VENCIMIENTO..... TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....
 BANCO EMISOR.....

FIRMA.....ACLARACIÓN.....

OTRAS FORMAS DE PAGO:

Por depósito en Cta.Cte. N° 252-5 303-4 -Banco Galicia-, notificándonos via mail o telefónica su nombre y número de boleta de depósito.

Por Cheques: a la Orden de "ASOCIACIÓN ARGENTINA DE NUTRICIÓN ENTERAL -No a la Orden-, remitiendo los mismos por correo a nuestra Sede (Lavalle 3643, 3° F, 1190 Capital Federal).

Nota: rogamos completar la presente ficha con letra imprenta y hacerla llegar a nuestra Secretaría sita en LAVALLE 3643, 3° "F" (1190) CAPITAL FEDERAL, por correo ó por medio de nuestro TEL/FAX 4864-2804, aanep@speedy.com.ar. En caso de haber ya abonado este período, rogamos nos hagan llegar a través de los medios indicados copia del recibo mediante el cual efectuaron el pago, como así también el presente formulario debidamente cumplimentado, a fin de actualizar nuestros registros.