

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 N° 282238

Editada por Ediciones de La Guadalupe

S U M A R I O

— 39 —

EDITORIAL

VII JORNADAS REGIONALES AANEP

— 41 —

TRABAJO ORIGINAL

DESNUTRICIÓN Y RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ANCIANO

— 47 —

ABSTRACTS PRESENTADOS EN
X CONGRESO DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE
NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL (FELANPE)

I CONGRESO LATINOAMERICANO
DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO

IV CONGRESO DEL MERCOSUR
DE NUTRICIÓN CLÍNICA

El volumen XV, Nº 2 pertenece a los meses de abril, mayo y junio de 2006

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

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 Falcao

COMISIÓN DIRECTIVA AANEP**Presidente**

Dr. Gustavo Kliger

Vicepresidente

Lic. Enf. Silvia Ilari

Secretaria

Dra. Corina Dlugoszewski

Tesorera

Farm. Mariela Suarez

Dir. Área Médica

Dra. Adriana Crivelli

Dir. Área Nutric.

Lic. Silvina Rovagnati

Dir. Área Farm.

Farm. Angélica García

Dir. Área Enfermería

Lic. Marta Erbetta

Vocal

Dr. Eduardo Ferraresi

Vocal

Dra. Claudia Kecskes

Ilustración de tapa

Sombras en la ventana
 Emilio Pettoruti



NUEVA DIRECCIÓN DE E-MAIL:

✉ aanep@speedy.com.ar

Correspondencia: AANEP:

Lavalle 3643, 3° piso, of. F - 1053

Buenos Aires, Argentina - Tel: 4864-2804

RNC

es una edición trimestral de



EDICIONES
DE LA GUADALUPE

DIRECCIÓN EDITORIAL

Lic. Iris Uribarri

DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO

Eugenia Grané

PUBLICIDAD

Jessica Sánchez Voci

Ayacucho 720, PB - C1026AAH

Buenos Aires, Argentina

Tel/fax: 4372-8327 / 4373-6366

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

EDITORIAL



Asociación Argentina de
Nutrición Enteral y Parenteral

VII JORNADAS REGIONALES AANEP

7 Y 8 DE AGOSTO DE 2006

HOTEL ALEJANDRO I - SALTA

CONFERENCIAS

- CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA
- SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES QUEMADOS
- SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA
- SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO
- HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OBESO CRÍTICO
- GLUTAMINA PARENTERAL
- EMULSIONES DE LÍPIDOS PARENTERALES
- SOPORTE NUTRICIONAL EN EL EMBARAZO

MESAS REDONDAS

- EVALUACIÓN NUTRICIONAL - ALIMENTACIÓN ENTERAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
- SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO - SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PERIOPERATORIO
- SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL - SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO
- SOPORTE NUTRICIONAL DOMICILIARIO - ACCESOS VENOSOS PARA AP
- SOPORTE NUTRICIONAL EN NEONATOLOGÍA - FORMULACIONES PARA SUPLEMENTOS Y AE
- FIBRAS Y LÍPIDOS EN AE - ALIMENTACION PARENTERAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DOMICILIARIOS
- ACCESOS ENTERALES

ARANCELES

	Arancel	Arancel con Beca AANEP
MÉDICOS	\$ 200.-	\$ 50.-
NUTRICIONISTAS	\$ 160.-	\$ 40.-
FARMACÉUTICOS	\$ 160.-	\$ 40.-
ENFERMEROS	\$ 120.-	\$ 30.-
ESTUDIANTES	\$ 80.-	\$ 20.-

PREINSCRIPCIÓN - FORMA DE PAGO**- En la sede de la Aanep**

Lavalle 3643 3° F - Buenos Aires - Tel. 011-4864-2804

- Por depósito bancario (presentar el talón de depósito en el inicio de las jornadas)

Banco de Galicia - Cuenta corriente n° 252-5303-4

A nombre de la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral.

Enviar el talón de depósito bancario y datos del inscripto (en letra clara) por fax a:

Acatena Meeting Planners al (011) 4794-4648.

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Secretaría General: Acatena Meeting Planners

Tel: 011-4794-4648/4799-3098

E-mail: acatena@acatena.com.ar - acatena@fibertel.com.ar



TRABAJO ORIGINAL

DESNUTRICIÓN Y RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ANCIANO

Baliño A¹

Médica Especialista en Clínica Médica

Ramuzzi G²

Médico Especialista en Gastroenterología

¹ Prof. de la Cátedra de Medicina Interna F. UNLP. Miembro titular del Comité de Alimentación Enteral y Parenteral del Hospital Zonal de Agudos, San Roque de Gonnet.

² Docente de la Cátedra de Medicina Interna F. UNLP. Miembro titular del Comité de Alimentación Enteral y Parenteral del Hospital Zonal de Agudos, San Roque de Gonnet.

Hospital Zonal de Agudos, San Roque de Gonnet.

Calle 508 e/ 18 y 19 Gonnet, La Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Teléfono: (0221) 484 45 07 Fax 471 15 93

Introducción

Durante el presente siglo asistimos a una situación singular, más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas.

Esto, considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan. La valoración geriátrica para la detección precoz de personas en riesgo de desnutrición o desnutridas y el conocimiento de las causas podría beneficiar en una intervención posterior.

El envejecimiento es un proceso complejo que abarca cambios moleculares, celulares, fisiológicos y psicológicos.

La nutrición juega un papel importante en este proceso a través de la modulación de las funciones de diferentes órganos y tejidos. Con frecuencia problemas económicos, funcionales y psicosociales influyen negativamente en el estado nutricional del adulto mayor⁽¹⁾.

Se sabe que en los senescentes existe una relación recíproca entre nutrición y enfermedad; se enferman más los ancianos desnutridos disminuyendo su vitalidad, bienestar y energía, por lo tanto deteriorando su calidad de vida.

Un estado nutricional deficiente constituye un importante factor desfavorable para el anciano, debido a que es un claro agravante asociado a numerosas enfermedades crónicas y también deteriora el pronóstico en el curso de patologías agudas. Un estado nutricional adecuado contribuye positivamente al mantenimiento de la función en los diferentes órganos y sistemas⁽²⁾.

Los efectos directos del proceso de envejecimiento parecen menos importantes de lo que solía pensarse, y algunas personas muy ancianas permanecen sanas siempre que su estado de nutrición sea bueno.

Sin embargo, año tras año, proporciones crecientes de personas ancianas se vuelven frágil-

les, con cierta disminución de la función visual, aumento de las alteraciones cognitivas y trastornos del equilibrio o la marcha, que afectan su capacidad de movimiento y pueden reducir sus posibilidades de adquirir y preparar comida. Además, la disminución del apetito debido a la menor actividad física, a problemas buco dentales o a trastornos del estado de ánimo pueden llevarlas a reducir la ingesta de nutrientes esenciales. A esta edad, a menudo los ancianos presentan una rápida declinación debido al estrés y a la pérdida de independencia ⁽³⁾.

En Suiza, la evaluación del estado nutricional de un grupo de 872 gerontes examinados (institucionalizados en hogares de ancianos, o en centros para enfermos con alteraciones cognoscitivas) se detectó malnutrición en un 38 % de pacientes ⁽⁴⁾.

Sin embargo, reportes hallados en publicación de Cuba donde se determina el estado nutricional de 468 ancianos, se registra como desnutridos al 15,6% de ellos pero se tomó como muestra a pacientes de Consultorios Externos, excluyendo los ancianos con limitaciones físicas y mentales ⁽⁵⁾.

Un estudio chileno similar con 109 pacientes evaluados en Consultorios Externos y analizados de manera similar a los otros grupos mencionados detectó "malnutrición" en 34% de los pacientes ⁽⁶⁾.

FACTORES QUE AFECTAN LAS NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL ANCIANO

Existen múltiples factores (físicos, fisiológicos, psíquicos y sociales) relacionados con el envejecimiento, que determinan cambios en las necesidades nutricionales de las personas de edad avanzada y que pueden afectar su estado nutricional, convirtiendo a este grupo en uno de los más vulnerables de la población, asociándolos en forma directa con la desnutrición.

1. ENFERMEDADES CRÓNICAS

Es frecuente que las personas ancianas presenten varias enfermedades crónicas simultáneamente, que pueden influir en el estado nutricional: diabetes, insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, hipertensión arterial, osteoporosis, coleditiasis, demencia, depresión, etc. Cuanto mayor es el número de enfermedades que padece, mayor es su probabilidad de presentar alteraciones nutricionales tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos recibidos ⁽⁷⁾.

2. CAMBIOS DEL APARATO DIGESTIVO

Las enfermedades del tubo digestivo pueden interferir con la digestión y la absorción de los nutrientes o producir anorexia.

Además, con el aumento de la edad, varían las ca-

racterísticas del tracto digestivo, con consecuencias sobre la nutrición del individuo.

A medida que aumenta la edad, las respuestas adaptativas del organismo a los cambios del medio se diferencian, hecho que al parecer también se produce en el tracto gastrointestinal.

En los ancianos, las enzimas intracelulares necesarias para adaptarse a cambios en la ingesta (ingesta de nutrientes diferentes), se adaptan al cambio más lentamente y en forma menos completa, al menos así se ha constatado en animales de experimentación. Se ha observado cierta reducción en la capacidad de reserva de absorción lipídica, no así de ácidos grasos y vitaminas liposolubles.

La mayor parte de los estudios no muestran diferencias notables en la absorción de aminoácidos. La secreción pancreática no parece tener una disminución notable.

La absorción de hidratos de carbono suele disminuir a medida que progresa la edad. Pero la pérdida de función probada de modo más fehaciente es la reducción en la absorción de calcio, ligada a los cambios del mRNA para los transportadores de calcio en el nivel de las membranas, y para las proteínas de unión con el ión presente en el interior de las células epiteliales del intestino delgado.

Se acepta que en el anciano las funciones de deglución y evacuación intestinal se encuentran deterioradas. Las alteraciones deglutorias de la vejez se producen sobre todo a nivel de la fase preesofágica o faríngea. Las causas probables son ACV, enfermedad de Alzheimer o demencia, que provocan alteraciones del SNC. Existe debilidad en el movimiento de la lengua y de los músculos de la boca, demorándose la transferencia de sólidos al esfínter esofágico superior. También podría estar afectado el vaciamiento gástrico de sólidos. Las mayores dificultades clínicas relacionadas son secundarias a alteraciones de la innervación autonómica.

El tránsito colónico y las funciones del intestino grueso no se alteran con la edad. Sin embargo, debido a la influencia de la menor actividad física y deambulación, los ancianos suelen presentar demoras en el tránsito colónico. Las alteraciones en la evacuación son más frecuentes en los ancianos que en los jóvenes.

Los factores nutricionales influyen en el curso y características del envejecimiento. Si bien éste es un proceso ineludible, es posible controlarlo en parte, atenuando al menos las desviaciones anormales ^(8, 9, 10).

3. LOS FÁRMACOS

Los ancianos son el grupo de edad que más fármacos consumen. Existen multitud de fármacos que pueden

influir tanto en la absorción, metabolismo y excreción de nutrientes, como en la sensación de apetito. Es preciso conocer los medicamentos que el anciano recibe, que incluya todos los medicamentos recetados por el médico y los que él toma por su cuenta (analgésicos, laxantes, ansiolíticos).

Cuanto más fármacos se consumen más posibilidades de presentar problemas nutricionales ⁽¹¹⁾.

Fármacos que interfieren en la nutrición:

o Digoxina: náuseas, falta de apetito, pérdida de peso, potencia la pérdida de magnesio.

o Diuréticos: aumentan la pérdida de agua, sodio, potasio y magnesio.

o Antiácidos: Disminuye la absorción intestinal de hierro, vitamina B1, vitamina B12.

o Laxantes: reducen la absorción de agua y de los nutrientes en general.

o Hierro: altera el tránsito intestinal produciendo tanto estreñimiento como diarrea.

o Antidepresivos: los ISRS disminuyen el apetito, los Tricíclicos facilitan el estreñimiento.

o Colchicina: reduce la absorción de vitamina B12, lactosa y grasas.

o Colestiramina: reduce la absorción de las vitaminas A, D, E, K y del Acido Fólico.

o Anticonvulsivantes: déficit de Acido Fólico, altera la mineralización ósea.

o Cefalosporinas: alteran el metabolismo proteico y de las vitaminas D y K.

o Tetraciclinas: disminuyen la vitamina K y la absorción intestinal de calcio.

o Alcohol: aumenta las necesidades de vitamina B, magnesio y zinc, reduce la masa ósea.

4. EL AISLAMIENTO SOCIAL

Con los cambios que se han producido en los modelos familiares en la segunda mitad del siglo XX cada vez son más los ancianos que viven solos. Una de las primeras actividades que descuidan los ancianos que viven solos o los que tienen un pobre soporte social, es la nutrición. Puede ser por pérdida de motivación para comer o por desconocimiento para preparar adecuadamente los alimentos. Un buen ejemplo es el "escorbuto del viudo", descrito en Inglaterra en los años cuarenta en aquellos ancianos que habían envidado recientemente y por desconocimiento en la preparación de los alimentos consumían únicamente alimentos enlatados, con una baja ingesta de vitamina C. Además el comer en compañía es esencial para mejorar el estado de ánimo.

5. LOS PROBLEMAS ECONÓMICOS

Con frecuencia los ancianos tienen dificultades económicas que les impiden adquirir la comida necesaria. Cuando esto ocurre, los primeros alimentos

que se evitan son los más caros que suelen ser los que aportan la mayor cantidad de proteínas, como las carnes y los pescados.

6. INCAPACIDAD FÍSICA

La incapacidad física puede ser a la vez causa y consecuencia de desnutrición en los ancianos. Una persona incapacitada (por ejemplo un anciano hemipléjico con pobre soporte social) puede desnutrirse por no poder comprar la comida, por no poder cocinarla, por no poder llevársela a la boca, o por no poder tragarla adecuadamente. De la misma manera, un anciano desnutrido irá poco a poco perdiendo su capacidad funcional hasta llegar a ser totalmente dependiente.

7. PROBLEMAS EN LA BOCA, ALTERACIÓN DEL GUSTO Y OLFATO

Cualquier alteración en la estructura anatómica o en las funciones fisiológicas de la cavidad oral, que afecten a la masticación o a la deglución, puede hacer que el anciano no siga una dieta adecuada. Las enfermedades dentales (caries, pérdida de piezas, ausencia de prótesis dentales o mal ajuste), periodontales (periodontitis), gingivales (gingivitis), de la lengua o cavidad oral (micosis, úlceras, cancer), de los labios (queilitis), de la musculatura oral (atrofia, enfermedades neurológicas que producen alteración de la deglución), de las glándulas salivares (boca seca), de la mandíbula y la articulación temporomandibular (dolor, limitación de la apertura de la boca), etc. pueden favorecer la aparición de desnutrición. Además se produce una pérdida de papilas gustativas linguales de la capacidad olfativa.

8. TABAQUISMO

El 20% de los varones mayores de 65 años son fumadores activos, mientras que sólo un 1% de las ancianas fuman habitualmente, aunque esta proporción está aumentando en los últimos años. El tabaco puede favorecer la desnutrición principalmente al disminuir el apetito, pero también al aumentar las necesidades de determinados nutrientes, como por ejemplo la vitamina C, que es hasta 60 veces mayores que los no fumadores.

9. ALCOHOLISMO

La prevalencia del consumo de alcohol entre los ancianos se sitúa alrededor del 45%. Los ancianos son más sensibles que los jóvenes al consumo de alcohol porque lo metabolizan de forma más lenta, por el mayor uso de medicaciones que pueden interactuar con el alcohol y por el mayor número de enfermedades crónicas que pueden interactuar con él. El abuso crónico del alcohol puede producir deterio-

ro cognitivo, hepatopatía, insuficiencia pancreática, miocardiopatía y empeorar enfermedades frecuentes en los ancianos como la hipertensión arterial y la diabetes ⁽¹²⁾.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS EN EL ANCIANO

Las personas mayores deben prestar especial atención a su alimentación, pues los problemas nutricionales son frecuentes y sus repercusiones mucho más graves que en otras etapas de la vida. Las Recomendaciones dietéticas para preparar una dieta saludable se resumen a continuación (Carbajal, 2001; Serra y col., 2001; Aranceta, 2000; Las Heras y col., 2000; Ortega y Requejo, 1999; Schroll y col., 1996; Tri-chopoulou y col., 1995) ⁽¹³⁾.

- Disfrutar con la comida y comer en compañía.
- Repartir los alimentos en 3-5 comidas diarias, haciendo más de una comida caliente al día.
- Consumir una dieta variada con alta densidad de nutrientes, incluyendo especialmente alimentos de origen vegetal (cereales, frutas, verduras, leguminosas) por su aporte de hidratos de carbono, fibra, minerales, vitaminas y una plétora de otros componentes no nutritivos que parecen tener un efecto protector en muchas enfermedades crónicas.
- Fomentar la moderación para mantener el peso estable y dentro de los límites aconsejados, equilibrando la ingesta de energía con lo que se gasta mediante la realización diaria de ejercicio físico. Evitar tanto el bajo peso como la obesidad. Un ligero sobrepeso puede ser un factor de protección en los ancianos, al contrario de lo que ocurre en jóvenes, como lo han puesto de manifiesto diversos estudios. La pérdida involuntaria de peso debe ser una señal de alarma.
- Realizar diariamente algún tipo de actividad física para aumentar las necesidades de energía y el consumo de alimentos. Además, previene la obesidad, mantiene la masa ósea, la independencia y la movilidad, reduce el riesgo de caídas y favorece la exposición al sol, contribuyendo a un adecuado status en vitamina D.
- Preservar el compartimento proteico para evitar una mayor pérdida de masa muscular. Las proteínas tienen que ser de alto valor biológico, de alta calidad.
- Cuidar el aporte de calcio. No conviene suprimir los lácteos de la dieta pues son los principales suministradores de calcio, con la alternativa de poder usar los desnatados para aquellas personas que tengan que cuidar la ingesta de grasa. En las personas con intolerancia a la lactosa que tengan molestias tras la ingestión de leche, se recomienda el consumo de yogur y leches fermentadas. El consumo de lácteos en

este grupo de edad tiene numerosas ventajas:

- Alto aporte de proteína, Ca, B2 y retinol
- Contienen cantidades apreciables de B1, fólico, niacina, B12, D, Mg, Zn y P
- Previenen la desmineralización ósea
- Fácil uso y conservación
- Fácil masticación, en general
- Algunos tienen un alto contenido de agua (80%)
- La leche descremada es uno de los alimentos con mayor densidad de nutrientes
- Moderar el consumo de sal y de alimentos salados, si existen otros factores de riesgo, a menos de 2400 mg de sodio al día (menos de 6 g de sal). La sal es esencial para la vida pero los productos frescos contienen la cantidad necesaria.
- Vigilar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación. Tomar unos dos litros al día. Los ancianos deben saber que tienen que beber agua a intervalos regulares aunque no tengan sed. Deben colocar a la vista la cantidad de agua que tienen que tomar diariamente.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas. Si existe consumo de alcohol, se recomienda no superar los 30 g de etanol/día. El alcohol puede deprimir el apetito, desplazar a otros alimentos de la dieta y puede interactuar con diversos nutrientes (B1, B2, B6, E, ...) o con los fármacos.
- Cuidar la dentadura y la higiene bucal para poder masticar bien y no tener que suprimir ningún alimento de la dieta. Cuanto mayor sea la restricción mayor será el riesgo de desequilibrios o deficiencias.
- Reducir el tabaquismo.
- En algunas situaciones será necesario recomendar el consumo de suplementos de minerales y vitaminas (vitamina D, B12, folatos, potasio, etc.) para mejorar el estado nutricional de los malnutridos o prevenir deficiencias en los que están a riesgo. (Ver Tablas I y II) ⁽¹⁴⁾.

La dieta debe incluir:

- Cereales, derivados (pan, arroz, pasta, galletas, ...) y papas deberán ser la base de la alimentación del anciano: 6-8 raciones/día (ración = 30-70 g en crudo).
- Verduras y hortalizas: 3-5 raciones/día. Conviene que una de las raciones se consuma cruda en forma de ensalada variada. Si existen problemas de masticación pueden prepararse en forma de purés, gazpacho, zumos (ración = 150-200 g en crudo).
- Frutas y zumos de frutas: 2-4 raciones/día. Las frutas se pueden consumir enteras, cocidas, asadas, en forma de macedonia o de zumos. Deberán estar maduras y bien lavadas (ración = 100-150 g).
- Legumbres: 2-3 raciones/semana. Si existen problemas de masticación, pueden prepararse en forma de purés (ración = 50-70 g en crudo).

Tabla I. Ingestas dietéticas de referencia (RDA)

Edad	Sexo	Vit. A (ug)	Tiamina B1 (mg)	Rivoflavina B2 (mg)	Piridoxina B6 (mg)	Vit. B12 (ug)	Vit. C (ug)	Vit. D (ug/UI)	Vit. E (mg/umol)	Vit. K (ug)	Niacina (mg)	Folato (ug)	Acido Panto- tenico (ug)	Biotina (ug)	Colina (mg)
51-70 años	Masc.	900	1.2	1.3	1.7	2.4	90	10/400	15/34,9	120	16	400	5,0	30	550
	Fem.	700	1.1	1.1	1.5	2.4	75	10/400	15/34,9	90	14	400	5,0	30	425
>70 años	Masc.	900	1.2	1.3	1.7	2.4	90	15/600	15/34,9	120	16	400	5,0	30	550
	Fem.	700	1.1	1.1	1.5	2.4	75	15/600	15/34,9	90	14	400	5,0	30	425

Todos los valores aquí señalados corresponden a la RDA (Recommended Dietary Allowances). Los mismos están expresados en cantidades diarias.
(*) El valor indicado corresponde a la AI (Adequate Intake)

Tabla II. Ingestas dietéticas de referencia (RDA)

Edad	Sexo	Calcio (mg/mmol)	Fósforo (mg/mmol)	Magnesio (mg/mmol)	Fluoruro (mg/mmol)	Hierro (mg)	Manganeso (mg)	Zinc (mg)	Cromo (ug)	Cobre (ug)	Yodo (ug)	Selenio (ug/mmol)	Molibdeno (ug)
51-70	Masc.	1200/30	700/22,6	420/17,5	4	8	2,3	11	30	900	150	55/0,70	45
	Fem.	1200/30	700/22,6	320/13,3	3	8	1,8	8	20	900	150	55/0,70	45
>70	Masc.	1200/30	700/22,6	420/17,5	4	8	2,3	11	30	900	150	55/0,70	45
	Fem.	1200/30	700/22,6	320/13,3	3	8	1,8	8	20	900	150	55/0,70	45

Todos los valores aquí señalados corresponden a la RDA (Recommended Dietary Allowances). Los mismos están expresados en cantidades diarias.
(*) El valor indicado corresponde a la AI (Adequate Intake)

- Leche y productos lácteos: 3-4 raciones/día. Pueden usarse productos semi y desnatados cuando haya que controlar el aporte de grasa saturada y de energía (ración de leche = 200-250 ml; yogur = 125 g; queso curado = 40-60 g; queso fresco = 60-80 g).
- Carnes, pescados y huevos: 2-3 raciones/día. Se recomienda el consumo de carnes magras usando preparaciones culinarias de fácil masticación. (ración = 100-150 g en crudo).
- Grasas y aceites: consumir con moderación (menos de 60 g/día). Se recomienda usar aceite de oliva. Moderar el uso de las frituras que, para algunas personas, pueden suponer una cantidad excesiva de energía o dificultar los procesos de masticación.
- Dulces, golosinas y azúcar: con moderación (menos del 10% de las calorías totales) cuando sea necesario controlar la ingesta de energía o cuando haya que administrar una dieta con alta densidad de nutrientes.

Bibliografía

1. Teresa Reyes Canela, Eduardo Triana Alvarez, Neyda Matos Perez, J Ramos Acosta. Salud en la tercera edad y calidad de vida. Rev. Geriatrianet.com. Año 2002. Vol 4 N°1.
2. P. J. Garry y Bruno J. Vellas. Envejecimiento y Nutrición. Conocimientos actuales sobre Nutrición. 7° Edición. 1997. Publicación científica N°565. OPS. Editores: Ekhard E. Ziegler Y L. J. Filer, Jr. 40:442-447.
3. R. Solans Laqué, C. Pérez Portabella, A. San José laporte y M. Vilardell Tarrés. Rev. Medicine 1999; 7 (124): 5821-5828.
4. Saletti A, Lindaren EY, Johansson L, Cederholm T. Nutritional status according to mini nutritional assessment in an institutionalized elderly population in Sweden. Gerontology 2000 May-Jun; 46(3):139-45.
5. Alcaraz Aguero, J. A. Fong Estrada, N. Álvarez Puig, A. Pérez Rodríguez. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor en el reparto Flores. Medisan 2001;5 (1):46-51.
6. C. Urteaga R, R. Isela Ramos H, E. Atalah S. Validación del criterio de evaluación nutricional global del adulto mayor. Rev Med. Chile. V129 N°8. Santiago. Agosto 2001.
7. Dr Victor Hugo Carrasco Meza. Servicio de Geriatria Hospital de Getafe. Artículo de publicación saludalia@saludalia.com (2002) Agosto 2000.
8. Revista Actualidad en Geriatria: Nutrición y ancianidad. N° 21:26-29; Año 4 -1997.
9. Michael W. Schwartz, MD. Raudy J. Seeley, PH. D. Neuroendocrine responses to starvation and weight loss. New England Journal of Medicine 336: 1802 -1811, 1997.
10. Rudi Roberto E. La nutrición y su influencia en el envejecimiento. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria 17:11,1997.
11. Nelson Jennifer K, Moxness Karen E, Jensen Michael D, Gesteineau Clifford G. Dietética y Nutrición. Manual de la Clínica Mayo 7° Ed. Cap. 4: 56 -68, 1996.
12. I. Iraizoz. Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. Servicio de Geriatria. Hospital de Navarra. Pamplona. Suplemento 1. Anales@cfnavarra.es
13. Angeles Carbajal. Recomendaciones dietéticas para personas mayores. La nutrición en la red. Set. 2002.
14. NCR (National Research Council). Recommenden Dietary allowances (RDA). Washington, DC: 1997-2001.



ABSTRACTS PRESENTADOS EN

**X CONGRESO DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA
DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL (FELANPE)**
**I CONGRESO LATINOAMERICANO
DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO**
**IV CONGRESO DEL MERCOSUR
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

Noviembre 2005

Comité Organizador
Presidente

Dr. Luis Alberto Nin Álvarez

Vicepresidente

Dr. Enrique D'Andrea

Secretarios

Q.F. Gabriela Camacho

Dra. Gabriela Parallada

Tesorero

Dr. Marcelo Yaffe

Pro tesorera

Nut. Ana Techera

Vocales

Dr. Adalberto Piedrabuena

Dra. Nora Guigou

Lic. Neldi Barrial

Nut. Nury Yunes

Coordinadora Área Pediátrica

Dra. Beatriz Sayagués

Coordinadora Área Enfermería

Lic. Mabel Pellejero

Coordinadora Área Nutricionistas

Nut. Serrana Tihista

Representante AANEP

Dr. Humberto Fain (Argentina)

Representante SBNPE

Dr. Daniel Magnoni (Brasil)

Representante SPN

Dr. Rafael Figueredo (Paraguay)

Comité Científico
Presidente

Dr. Juan Carlos Bagattini (Uruguay)

Dr. Mario Perman (Argentina)

Médicos

Dr. Hugo Bertullo (Uruguay)

Dra. Adriana Crivelli (Argentina)

Dr. Celso Cukier (Brasil)

Dr. Alberto Maiz (Chile)

Dra. Laura Mendoza de Arbo (Paraguay)

Nutricionistas

Nut. Serrana Tihista (Uruguay)

Nut. Roxana Guida (Argentina)

Nut. María Isabel Lamounier Vasconcelos (Brasil)

Lic. Jennifer Sommers (Paraguay)

Enfermería

Lic. Mabel Pellejero (Uruguay)

Lic. Silvia Ilari (Argentina)

Lic. María Isabel P. Freitas Cerbelli (Brasil)

Lic. Emma Rivelli (Paraguay)

Químicos Farmacéuticos

Q.F. Gabriela Camacho (Uruguay)

Q.F. Angélica García (Argentina)

Q.F. Michel Kfourilho (Brasil)

Q.F. Clementina Zuniga (Chile)

Q.F. Myriam Berino (Paraguay)

Pediatría

Dra. Beatriz Sayagués (Uruguay)

Dr. Humberto Fain (Argentina)

Dr. José Vicente Noronha Spolidoro (Brasil)

Dra. Isabel Hogdson (Chile)

Dra. Marta Cristina Sanabria (Paraguay)

Asesores Internacionales

Dr. Remy Meier (Suiza)

Nut. Laura Matarese (EEUU)

Nut. Emese Antal (Hungría)

Q.F. Luc Cynober (Francia)

Lic. Lee Varela (EEUU)

TEMAS LIBRES

CONSUMO DE GRASAS POLIINSATURADAS Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA:
UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Ronco AL, De Stéfani E, Deneo-Pellegrini H, Fabra A.
Institución Médica de Previsión, Asistencia y Servicios Afines (IMPASA). Montevideo, Uruguay.
✉ alronco@redfacil.com.uy

Objetivos: con el fin de conocer posibles asociaciones entre el consumo de ácidos grasos poliinsaturados Omega 6, Omega-3 y el riesgo de cáncer de mama (CM), un estudio caso-control fue conducido en el período 1999-2001.

Material y métodos: se entrevistaron 333 mujeres provenientes de una institución mutual montevideana con un cuestionario específico, 111 de las cuales eran casos certificados de CM y 222 eran mujeres sanas apareadas por edad a los casos, con una mamografía normal reciente. El cuestionario incluyó una detallada sección de frecuencia alimentaria (120 items), así como también sobre variables sociodemográficas, reproductivas, familiares, médicas y de estilo de vida. A los efectos del presente estudio, se enfatizó particularmente en los alimentos fuentes de grasas poliinsaturadas, como ser aceites, carnes rojas y blancas, carnes procesadas, mayonesa, leguminosas, alimentos fritos y panificados.

Resultados: tras ajustar por edad, status urbano/rural, nivel educacional, edad a la menarca, status menopáusico, número de hijos vivos, meses de lactancia, uso de anticonceptivos orales, uso de terapia de reemplazo hormonal, índice de masa corporal actual y a los 18 años, energía de la dieta, colesterol dietario, consumo de naranjas y tomates, un análisis multivariado encontró que altos consumos de grasas omega-6 (OR= 4.00 para el 3° tercil), y el cociente omega6/omega3 (OR= 2.73 para el 3° tercil) se asociaron positivamente con el riesgo de CM. El consumo de grasas omega-3 se asoció negativamente (OR= 0.49 para el 3° tercil).

Conclusión: si bien los resultados provienen de una muestra de pacientes en el subsector de alto riesgo (del sistema de salud mutual) y no son necesariamente extrapolables a la subpoblación de bajo riesgo (asistida en el sistema público hospitalario), la evidencia refuerza el potencial preventivo de las recomendaciones dietarias para reducir el impacto de la enfermedad en nuestra sociedad.

CONSUMO DE FRUTAS Y RIESGO DE CÁNCER DE MAMA:
UN ESTUDIO CASO-CONTROL

Ronco AL, De Stéfani E, Deneo-Pellegrini H, Fabra A.
Institución Médica de Previsión, Asistencia y Servicios Afines (IMPASA). Montevideo, Uruguay.
✉ alronco@redfacil.com.uy

Con el fin de conocer posibles asociaciones entre el consumo de frutas y el riesgo de cáncer de mama (CM) en Montevideo, los autores condujimos un estudio caso-control en el período 1999-2001. Un número total de 333 mujeres provenientes de una institución mutual montevideana fueron entrevistadas con un cuestionario específico, 111 de las cuales eran casos certificados de CM y 222 eran mujeres sanas apareadas por edad a los casos, con una mamografía normal reciente (Bi-rads 1). El cuestionario incluyó una detallada sección de frecuencia alimentaria, así como también sobre variables sociodemográficas, reproductivas, familiares, médicas y de estilo de vida. Se enfatizó particularmente para el presente trabajo, el análisis de los tipos de frutas (total 16 items, a saber: naranjas, jugo de naranjas, mandarina, manzanas rojas, manzanas verdes, uva moscatel, uva común, banana, ciruela, durazno, sandía, pera, ensalada de frutas, frutas cítricas, frutas no cítricas y frutas totales). Tras ajustar por edad, edad a la menarca, status menopáusico, duración de las menstruaciones, número de hijos vivos, energía de la dieta, historia familiar de CM, tabaquismo, vegetales totales, carne total, consumo de lácteos y frecuencia de ejercicio, un análisis multivariado encontró que altos consumos de

naranja (OR= 0.44), jugo de naranja (OR=0.20), frutas cítricas (OR=0.21) y frutas totales (OR=0.54) estuvieron asociados con riesgos significativamente reducidos de CM. La inclusión de ácido ascórbico (vitamina C) en los modelos de regresión, intensificó aún más la reducción de riesgo, sugiriendo que otros constituyentes de las frutas, como los flavonoides, podrían ser co-responsables de los resultados.

INFECCIÓN Y EXTERIORIZACIÓN DE "CATÉTER PORT": RELATO DE DOS CASOS EN PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL PERMANENTE.

Chueire FB, Unamuno MRDL, Carneiro JJ, Suen VM, Lemes Jr JLA, Cunha SFC, Marchini JS
Disciplina de Nutrologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

✉ fbchueire@hotmail.com

Relatamos dos casos inusuales de infección y exteriorización espontánea de catéter totalmente implantado para acceso de terapia nutricional parenteral (TNP). Los pacientes habían sido sometidos a resección intestinal extensa de delgado y recibían TNP periódicamente por 12 meses (JLS, masculino, 50 años) y 7 meses (HLB, femenino, 55 años). Las soluciones nutritivas eran infundidas en catéter permanente, con cámara implantada abajo del tejido celular subcutáneo, permitiendo punciones periódicas. En los dos casos, después del término de la infusión de TNP y retirada de la aguja, se observó aumento del orificio cutáneo en el local de la punción. En el retorno siguiente, había quejas de dolor, con hiperemia y edema local, sin manifestaciones sistémicas de infección. La TNP fue suspendida y los pacientes permanecieron en observación domiciliar, retornando al servicio después de una semana, cuando presentaron fiebre y exteriorización parcial espontánea del port y del catéter, con cantidad considerable de secreción purulenta local (JLS) y formación de absceso peri-port (HLB). Hubo crecimiento de *Staphylococcus epidermidis* multiresistente en la cultura de sangre periférico y swab de las manos de paciente JLS; en el local del catéter había *Staphylococcus aureus* sensible a la mayor parte de los antibióticos. En la punta de catéter, hubo crecimiento de incontables colonias de *Stafilococcus epidermidis* (JLS) y *Staphylococcus aureus* (HLB). En paciente JLS, utilizóse vancomicina (IV, por intracath en vena yugular del lado contrario) por 21 días; paciente HLB recibió Oxacilina + gentamicina (IV, por vena periférica) durante 15 días. El port fue sacado en los dos casos y hubo cicatrización local.

Conclusión: la infección peri-port puede evolucionar para tunelitis, que imposibilita el uso del catéter de forma definitiva. En pacientes que reciben TNP, la infección peri-port puede proseguir para septicemia, debido al comprometimiento de la capacidad inmunológica y la presencia de la solución nutritiva, que favorece el crecimiento bacteriano. La infección local del catéter totalmente implantado puede ser facilitada por el escaso tejido graso subcutáneo pectoral, por punciones repetidas en corto espacio de tiempo, asimismo de la mayor permanencia de la aguja, posibilitando la puerta de entrada para bacterias presentes en la piel o en el ambiente.

ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENDIMIENTO Y RASTREAMIENTO NUTRICIONAL HOSPITALAR (EMTNHAM).

Muniz LKM; Lacerda RA; Lopes R.
Hospital Alvorada, São Paulo, Brasil.

✉ cmtemuniz@yahoo.com.br

Introducción: el Ibranutri (Encuesta Brasileña de Desnutrición Hospitalar) demostró que la desnutrición hospitalar está presente ya en el momento de la admisión hospitalar y se empeora durante la internación, secundaria principalmente al desinterés del equipo de salud sobre el estado nutricional

NDR: LA PUBLICACIÓN DE LOS TEXTOS BRASILEÑOS HA CONSERVADO LA TRADUCCIÓN, LA SINTAXIS Y LA ORTOGRAFÍA DEL ORIGINAL DEL AUTOR.

del paciente y también al desconocimiento de este mismo equipo en relación a las consecuencias clínicas y económicas de la desnutrición.

Objetivos: el EMTNHAM estableció en los años 2004-2005 una serie de alvos de diseño estratégico objetivando el entrenamiento permanente de los equipos de salud en protocolos y estandarizaciones de rastreamiento, atendimento nutricional y monitoreo de las complicaciones clínicas inherentes a la dietoterapia enteral y/o parenteral.

Material e métodos: el EMTNHAM estableció como objetivos principales: 1) implantación del manual del EMTNHAM; 2) monitoreo de indicadores de calidad segundo el CQH (); 3) estandarización de la prescripción de la dieta enteral / parenteral; 4) estandarización de la dispensación de la dieta enteral / solución parenteral / glutamina en polvo y fibras solubles; 5) protocolo de orientación de enfermería con relación a cuidados con la dieta enteral; 6) entrenamiento de todo equipo de enfermería cuanto al diagnóstico de desnutrición, indicaciones de terapia nutricional y monitoreo.

Resultados y discusión: el EMTNHAM empezó sus trabajos con el diagnóstico preciso de todas las dificultades técnicas y administrativas encontradas en HAM que impedían el buen funcionamiento de la EMTN, estableciendo parámetros reales para elaboración de protocolos y rutinas para el funcionamiento de este equipo en ambiente hospitalar; El EMTNHAM aplicó en todo equipo de enfermería de HAM entrenamiento dividido en 3 etapas: 1° etapa : aplicado cuestionario compuesto de 14 preguntas con las dudas básicas que tenemos sobre terapia nutricional, 2° etapa: realizado entrenamiento específico para los puntos de inestabilidad, 3° etapa: reaplicado el mismo cuestionario para evaluación del grado de aprendizaje del equipo; entrenamiento del equipo de enfermería sobre las bombas de infusión y tubos utilizados y dietas enterales correspondientes; entrenamiento de los técnicos de farmacia sobre dietoterapia enteral (en HAM la dieta enteral es almacenada en la farmacia); entrenamiento del equipo administrativo que solicita la dieta enteral/solución parenteral después de la prescripción médica para optimizar la llegada de la dieta/solución al servicio de enfermería; educación permanente con temas actuales de terapia nutricional para el equipo de nutrición de la red Medial Saúde realizado por firma tercerizada responsable por la Nutrición, MedRest. Después del entrenamiento de todos estos profesionales involucrados en la terapia nutricional, el HAM cuenta, en la práctica con un sistema eficaz de rastreamiento nutricional, una vez que todos los profesionales que se quedan mas tiempo con el paciente (enfermería, nutrición, farmacia y equipo administrativo) son entrenados para diagnosticar precozmente pacientes desnutridos y/o con riesgo nutricional y accionar el EMTNHAM.

Conclusiones: solamente a través de entrenamiento y educación permanente, podemos optimizar y quedar pró-activo el trabajo del Equipo Multidisciplinar de Terapia Nutricional, en el ambiente hospitalar, eso porque estas acciones educan los profesionales de salud que pueden efectivizar y agilizar el rol del EMTN en cualquier hospital a través del establecimiento de normas palpables y viables para su realidad profesional.

MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA PANCREÁTICA SECUNDARIA A ENUCLEACIÓN DE CISTOADENOMA DE CABEZA DE PANCREAS

Arenas MH, Medina DG, Ibarra A, González OA, Anaya PR, Barrera TH,
Munguia TD, Arenas MD.

Medicanova, Centro Medico Puerta de Hierro, Guadalajara Jalisco México.

✉ arenas50@hotmail.com

Antecedentes: con el advenimiento de la tomografía computada, las lesiones quísticas del páncreas han sido identificadas con mayor frecuencia. El manejo quirúrgico de dichas neoplasias está basado en el conocimiento del diagnóstico diferencial, la historia natural de la neoplasia y la capacidad del cirujano.

Informe del caso: el objetivo del video es el de presentar el caso clínico de una paciente de 19 años de edad que se presenta con cuadro de dolor abdominal y se detecta en su estudio hiperamilasemia. La tomografía computada demuestra tumoración quística a nivel de la cabeza de páncreas y una

CPRE no demuestra comunicación aparente con el ducto de Wirsung sin dejarse prótesis en éste para el transoperatorio. Se somete a enucleación de la neoplasia y la base del tejido pancreático de donde emergía el tumor es afrontado. En el postoperatorio cursa con cuadro de pancreatitis manifestado por dolor, vómito e hiperamilasemia y presenta tempranamente una fistula pancreática la cual es manejada con reposo de tubo digestivo, octreotida y nutrición parenteral sin lograr el cierre de la misma después de 6 semanas de postoperatorio. Se le realiza una CPRE que demuestra amputación del Wirsung a nivel de la cabeza de páncreas por lo que reintervenimos a la paciente para realizar una derivación de la cabeza del páncreas a una asa en Y de Roux con lo que se logró el cierre de la misma.

Conclusiones: las neoplasias quísticas del páncreas deben ser siempre resecaadas, sin embargo la canulación del conducto de Wirsung mediante una prótesis en el preoperatorio ayuda a identificar en el transoperatorio la afectación de este durante la resección de la tumoración y a derivar la zona afectada de la resección y así prevenir la fistula pancreática, disminuyendo altos costos por el manejo conservador de la complicación.

SUPLEMENTACIÓN CRÓNICA DE CREATINA EN MODELOS DE RATONES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC).

Ravacci GR, Santos RVT, Costa Rosa LF, Waitzberg DL.

Departamento de Histología e Embriología Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo - ICB/USP SP Brasil

Introducción: la ICC representa una síndrome compleja caracterizada por anormalidades en la función ventricular y en la regulación neuro-hormonal, donde el metabolismo energético del músculo cardíaco quedase comprometido, siendo caracterizado por disminución en las concentraciones de creatina (Cr), disminuyendo su reserva energética vía creatina quinase y cambios en las actividades de algunas enzimas importantes para el metabolismo aeróbico y anaeróbico.

Objetivo: la propuesta del presente estudio fue analizar los efectos de la suplementación crónica de creatina en el metabolismo cardíaco en modelos de ratones con ICC, después de infarto de miocárdio.

Métodos: fueron utilizados ratones Wistar machos sometidos a cirugía cardíaca de oclusión de arteria coronaria izquierda, respectando la siguiente división; Grupo C (control); IC (infarto control); Cr+I (ratones suplementados con creatina durante 30 días seguidos de infarto, continuando la suplementación por mas 30 días); CrI (ratones sometidos a cirugía y después suplementados con creatina por un periodo de 60 días). La cantidad de creatina suministrada fue equivalente a 0,2g/kg de peso corporal del animal. El corazón fue sacado para análisis de la concentración de creatina (Cr) y actividad de las enzimas creatina quinasa (CK), citrato sintasa (CS) y fosfofrutoquinasa (PFK).

Resultados: con relación a la CK no se encontró diferencia significativa entre los grupos IC (3302 ± 1038) y C (3464 ± 690), pero fue observado un pequeño aumento en el grupo CrI (5423 ± 698) y una disminución en grupo Cr+I (1672 ± 831) comparados al grupo C. La actividad enzimática de PFK presentó aumento significativo ($p < 0,005$) en los grupos CrI ($0,045 \pm 0,012$) y IC ($0,03 \pm 0,007$), y disminución en Cr+I ($0,01 \pm 0,003$) cuando comparados al grupo C ($0,02 \pm 0,005$). Con relación a la actividad enzimática de CS, se observó un aumento significativo ($p < 0,005$) del grupo CrI ($172 \pm 39,9$) en relación a grupo C ($30,7 \pm 8,4$). La cantidad de Cr en el músculo cardíaco disminuyó ($p < 0,005$) en el grupo Cr+I ($4,22 \pm 0,9$), en relación a grupo IC ($6,78 \pm 1,9$) o grupo C ($3,94 \pm 1,3$).

Conclusión: pese a aumento de las actividades de las enzimas CK y PFK, el protocolo de suplementación utilizado en el grupo CrI fue eficiente en el mantenimiento del metabolismo aeróbico como evidenciado por significativo aumento de la actividad de la enzima CS, protegiendo parcialmente el corazón de los efectos glicolíticos de la ICC.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH QUE INICIAN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TAR)

Parada A ¹, Pérez C ², Klaassen J ¹, Rabagliatti R ², Faúndez L ², Chanqueo L ²

¹ Departamento de Nutrición y Diabetes, ² Departamento de Infectología

Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

✉ acparada@puc.cl

Introducción: la terapia antirretroviral, se ha asociado a trastornos metabólicos y de composición corporal. Los inhibidores de la proteasa (IP) pueden producir acumulación de masa grasa abdominal, aumento de triglicéridos y colesterol e insulino resistencia conduciendo a un aumento del riesgo cardiovascular.

Objetivos: el objetivo de este estudio es evaluar los efectos metabólicos y el riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes VIH(+) que comienzan TAR.

Materiales e métodos: 15 individuos adultos VIH(+) sin uso de TAR previo con CD4 < 350cell/mm³ o en etapa SIDA fueron incluidos. Se inició Lopinavir/ritonavir 400/100 + AZT/3TC 300/150, se midió perfil lipídico, glicemia e insulina resistencia por HOMA y se estimó el riesgo cardiovascular a 10 años según score de Framingham en la semana 0, 24 y 48.

Resultados: la edad promedio fue de 36,8 años, sexo H:14/M:1. La carga viral inicial fue en promedio de 5,15+0,56log₁₀ c/ml con una disminución significativa a las 48 semanas (14/15pacientes tenían < 400c/ml, p<0,001) y los CD4 aumentaron significativamente de 154 a 311 cell/mm³ (p<0,05). El peso tuvo un aumento significativo de 69,3±11,4 a 73,3±9,4kg, al igual que el IMC (25±3,3/26,5±3,02) (p<0,05), no hubo cambios en la masa grasa por pliegues cutáneos (p:0,24) ni bioimpedanciometría (p:0,165). No hubo diferencia en glicemia ni insulinemia. Se observó un aumento significativo en colesterol total de 154±32,7 a 199±49,8 mg/dL, triglicéridos de 169±106,5 a 287±214 mg/dL y C-HDL de 28,13±7,99 a 40,87±9,11 mg/dL a las 48 semanas. Se observó síndrome metabólico en un 20% y un 20% de insulino resistencia a las 48 semanas de uso de TAR. El RCV estimado a 10 años en la categoría de 10 a 20% correspondía a un 66% al inicio, este grupo disminuye a las 48 semanas a 26%. En la categoría de < 10%, al inicio era un 33% y a las 48 semanas aumento a 73%.

Conclusión: en pacientes VIH(+) que inician TAR, no hay aparición de lipodistrofia ni cambios de la composición corporal. Hubo un significativo aumento de C-HDL, contribuyendo a la disminución del riesgo cardiovascular después de 48 semanas de uso de TAR.

EVOLUCIÓN DE LA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON MÉTODO DE DEPURACIÓN EXTRA RENAL

Moussallem L, Gomes PN, Araújo LS, Costa JLF, Rosenblatt M, Farret JF.

Hospital Pró-Cardíaco-Río de Janeiro -Brasil.

✉ lunamou@globo.com

Objetivo: analizar y discutir el soporte nutricional de pacientes críticos con diferentes métodos dialíticos cuanto a su prescripción, evolución y complicaciones.

Métodos: estudio retrospectivo, observacional, donde fueran analizados 37 pacientes internados en el período de Abril de 2004 hasta Marzo de 2005, con diagnóstico de sepsis o shock séptico durante la internación, que necesitaron de métodos de depuración extra renal por Insuficiencia Renal Aguda o crónica Agudizada. Fueron considerados como portadores de Insuficiencia Renal Aguda aquellos que no tenían diagnóstico de Insuficiencia Renal crónica (IRC) anteriormente a la internación. Los pacientes con Insuficiencia Renal crónica que ya utilizaban algún método dialítico fueron excluidos del estudio. Fue considerado recuperación de la función renal la no necesidad de métodos dialíticos. Los pacientes fueron evaluados cuanto a la edad, sexo, APACHE II, uso de aminas, tiempo de internación, tiempo de soporte nutricional enteral, días permanecidos en dieta zero, días para alcan-

zar la cuota calculada (VET), balance calórico (VET calculado - dieta efectivamente recibida), porcentual de dieta prescrita que fue infundida, cantidad de proteínas y calorías prescritas por kg de peso, estado nutricional anterior, tipo de dieta prescrita, método utilizado para depuración extra renal y número de sesiones, recuperación o no de la función renal, ocurrencia de trastornos metabólicos (hiperglucemia = necesidad de uso de insulina exógena, hipoglucemia = glucemia < 60 y disfunción hepática = aumento de enzimas hepáticas y/o bilirubinas), gastrointestinales (residuo gástrico aumentado = residuo > 200ml en única medida y diarrea = 03 o mas episodios de evacuación con heces semilíquidas o líquidas) y electrolíticos relacionados o no a los métodos dialíticos y factores que dificultaron o pararon la evolución del soporte nutricional.

Resultados: de los 37 pacientes evaluados, 11 eran de sexo femenino y 26 de masculino. La edad media fue de 78 años. El APACHE II varió de 15 hasta 30 puntos, con mediana de 20. El tiempo de internación medio fue de 45 días y mediana de 35, mientras la duración media del soporte nutricional enteral fue de 38 días con mediana de 24. Todos los pacientes utilizaron aminas vasoactivas. 27 pacientes (75%) presentaron Insuficiencia Renal Aguda, mientras 9 eran crónicos agudizados. 14 pacientes (38,9%) recuperaron la función renal. Con relación a los métodos de depuración extra renal, los 37 pacientes utilizaron hemodiálisis convencional (HD), siendo que 9 fueron sometidos a Hemodiálisis continua (CVVHDF e CVVHF), 5 a hemodiálisis estendida lenta (HEL) y 2 a diálisis peritoneal (DP). El número promedio de sesiones por paciente fue 12 y la mediana 6.

El estado nutricional fue evaluado por IMC (índice de masa corporal) del paciente con el peso anterior a la internación, siendo 9 pacientes clasificados como obesos (25%), 13 como sobrepeso (36,1%), 14 como eutróficos (38,9%) y uno como bajo peso (2,8%). El VET calculado con base en la fórmula de Harris Benedict tuvo mediana de 1750 Kcal por paciente por día, mientras la mediana y la media de calorías prescritas por kg de peso por día fue respectivamente 25 y 25,4 Kcal/Kg/día. La mediana y la media de proteínas prescritas por kg por día fueron de 1,2g/ptrn/Kg/día, y del balance calórico fueron -331 y -200 Kcal por paciente por día. La media y mediana de días en dieta zero fue de 2 días y de días para alcanzar la cuota fue de 4,8 y 5 días. La mediana y la media del porcentaje de dieta infundida fue de 87 e 85%. 37 pacientes (100%) evolucionaron con hiperglucemia, siendo que 9 (25%) necesitaron de mas de 100 unidades de insulina por día y 6 (16%) presentaron disfunción hepática. 16 pacientes (43%) presentaron trastornos gastrointestinales, siendo 6 con diarrea, 9 con aumento de residuo gástrico y 2 con vomitos. No fue encontrada relación de aumento del residuo gástrico y de los vómitos con presencia de uremia. Todos los pacientes presentaron trastornos electrolíticos: 16 (43%) con hipernatremia, 14 (37%) con hiponatremia, 24 (64%) con hipocalcemia, 4 (10%) con hipercalemia, 2 con hipocalcemia y 3 con hipofosfatemia. El 60% de los trastornos pasaron en vigencia o hasta 12 horas post hemodiálisis. 11 pacientes (29%) tuvieron las dietas suspensas por: distensión abdominal (3), aumento de residuo gástrico (2), procedimiento quirúrgico (3), aumento de enzimas pancreáticas (1) y hemorragia digestiva (2). Las dietas permanecieron suspensas en promedio por 28 hrs. Los principales motivos que dificultaron la evolución del soporte nutricional fueron: inestabilidad hemodinámica con déficit perfusional (8), residuo gástrico aumentado (2) diarrea (1) y distensión abdominal (1). Después de análisis regresiva de los datos no fue encontrada correlación de balance calórico con la recuperación renal de los pacientes, pero fue observada una tendencia para que los pacientes que recibieron mayor cantidad de proteínas en la terapia dialítica tuvieran un mayor índice de recuperación de la función renal, dato que no se mostró estadísticamente significativo, necesitando de un estudio mas grande para confirmación.

Conclusión: a partir de este estudio podemos observar la dificultad en evaluar el soporte nutricional del paciente crítico en terapia de depuración extra renal, debido a una serie de factores que afectan el estado metabólico y nutricional de esos pacientes como uso de aminas, hipercatabolismo de la sepsis, alteración de la distribución del volumen corporal, pérdida de masa magra, dificultad en obtener medidas antropométricas, alteración de las proteínas plasmáticas y influencia del método de diálisis utilizado en el balance calórico y nitrogenado del paciente. Comparando los datos obtenidos con la literatura vigente, podemos discutir la necesidad de se aumentar la prescripción de proteínas por kg de peso principalmente en los métodos de CVVHDF y CVVH donde la pérdida proteica es mas intensa, aun que la mayoría de los nuestros pacientes tengan recibido hemodiálisis convencional. Importante también indicar la necesidad de evitar hiperalimentación y computar la contribución de las calorías suministradas en dependencia del método dialítico.

MANEJO QUIRÚRGICO Y NUTRICIONAL EN FALLA INTESTINAL CRÓNICA

Arenas MH, Anaya PR, González OA, Munguia TD, Arenas MD.
Medicanova, Centro Medico Puerta de Hierro, Guadalajara Jalisco México.
 ✉ arenas50@hotmail.com

Antecedentes: el síndrome de intestino corto es una entidad que pone en riesgo el estado nutricional y la salud. Requiere Nutrición Parenteral Total (NPT) a largo plazo y un manejo dietético cuidadoso para ofrecer calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo: presentar el caso de un paciente femenino de 47 años de edad sometida a resección intestinal masiva con un intestino remanente de 40 cm de yeyuno y que presentó como complicación absorción intestinal deficiente por reducción significativa de la superficie de absorción.

Resultado: manejo inicial con NPT y análogos de somatostatina a razón de 1.5 gr proteína y 30 cal/kg/día por 40 días. Pese a tolerar dieta oral, fue imposible destetarla del apoyo endovenoso por reaparición de diarrea profusa y pérdida ponderal. Tres meses después se re-evalúa el caso por nuestro grupo mediante colonoscopia ya que se desconocían detalles de la primera intervención. Se encontró, anastomosis yeyuno a colon ascendente en sentido látero-lateral con asa ciega de yeyuno y válvula ileocecal íntegra con 3 cm de íleon permeable y sano. Ante la presencia de válvula ileocecal se procedió a preparar con NPT preoperatoria y proceder a reinstalación fisiológica del aparato digestivo integrando a la superficie absorbente el asa ciega, desmantelando la anastomosis látero-lateral y reinstalando con anastomosis yeyuno-ileal término-terminal, colecistectomía y apendicectomía. Recibió NPT continua, luego cíclica y al unísono dieta blanda alta en fibra y complemento peptídico, logrando retirar NPT, mantener peso estable y sólo 4 a 5 evacuaciones diarias con 50 cm de intestino y válvula ileocecal integrada al tránsito digestivo.

Conclusión: ante la resección masiva de intestino, debe mantenerse las estructuras que favorecen un adecuado tránsito digestivo. La NPT es indispensable para el manejo agudo y crónico en tanto se establece la adaptación a la reducida superficie absorbente. El buen manejo del acceso endovenoso impide la aparición de infecciones relacionadas a NPT como aconteció en este caso.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL POR BIOIMPEDANCIA DE UN GRUPO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO HEMODIALÍTICO

Luis Alberto Nin Alvarez, Marcelo Yaffé Krakauer
Montevideo, Uruguay.
 ✉ marceloyaffe@movinet.com.uy

Introducción: la malnutrición proteico calórica, sigue siendo un importante factor que se correlaciona directamente con la supervivencia de los pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento dialítico (18). El análisis por impedancia bioeléctrica (BIA) es una promisorio herramienta para la evaluación de la composición corporal en grandes poblaciones por ser rápido, de bajo costo y no requerir un prolongado entrenamiento del observador ni validación cruzada (1). Se ha validado la utilización de la Bioimpedancia en múltiples estudios de composición corporal, encontrando una excelente correlación. El estudio de impedancia bioeléctrica se basa en la conducción de una corriente alterna de bajo voltaje a través del cuerpo. Los tejidos magros y los fluidos que contienen electrolitos son buenos conductores mientras que el hueso y la grasa son pobres conductores. La medida de la pérdida de voltaje permite, en base a múltiples ecuaciones de regresión múltiple, determinar los diferentes compartimentos corporales. En la práctica clínica, la BIA ha sido también utilizada para monitorizar el estado de hidratación y sus aplicaciones en diferentes tipos de pacientes, incluyendo los pacientes que se dializan.

Objetivo: evaluar la antropometría y la composición corporal en un grupo de pacientes en plan de hemodiálisis (HD) crónica.

Material y métodos: se realizará un estudio de Bioimpedancia a un grupo de 48 pacientes de un Centro Diálisis privado del país, considerando 48 estudios pre diálisis y 48 estudios post diálisis. Para el estudio se cuenta con un equipo de Bioimpedancia marca BODYSTAT modelo QUADSCAN de 4 frecuencias (5, 50, 100 y 200 kHz) con software para evaluación propietario, Bodystat Limited, Douglas, Isle of Man, British Isles. La información se volcará en una plantilla del programa Epi Info 2002 para el procesamiento de los datos. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y comparativo.

Resultados: la población estudiada presenta las siguientes características: 48 pacientes (19 hombres, 29 mujeres), con edad promedio de 62 años (rango: 16 - 88 años), una talla promedio de 161 cm. (rango: 144 - 178 cm.) y un tiempo promedio de tratamiento de 37 meses (rango: 2 - 95 meses). En cuanto a los resultados antropométricos y composición corporal obtuvimos: el peso promedio preHD es de 70 Kg., y postHD de 68Kg., obteniendo un descenso significativo del mismo ($p < 0.01$). El Índice de Masa Corporal (IMC) preHD es promedialmente de 27.1 (rango: 16.9 - 45.1) y postHD de 26 (rango: 15.9 - 43.8), asistiendo así a un descenso significativo del mismo ($p < 0.01$). La proporción de masa grasa preHD es de 33% (13% - 52%) y postHD de 36% (15% - 54%); y de la masa libre de grasa preHD de 67% (47% - 87%) y postHD 64% (45% - 85%), constatando una variación significativa ($p < 0.01$). En cuanto al compartimiento corporal agua, constatamos que hubo un descenso altamente significativo ($p < 0.001$) del porcentaje de agua corporal total en etapa preHD y postHD (66% & 52% del peso corporal promedialmente); si analizamos el compartimiento agua extracelular, asistimos a un descenso del mismo (24.9% & 24% pre y postHD respectivamente) estadísticamente significativo ($p < 0.05$), al igual si evaluamos el agua intracelular (29% & 28% pre y postHD) y el 3° espacio (0.6lt & 0.15lt pre y post HD) observamos una disminución significativa de los mismos ($p < 0.01$ y $p < 0.05$ respectivamente).

Conclusión: el estudio por impedancia bioeléctrica (BIA) es una herramienta sencilla, rápida, de bajo costo y fidedigna para la evaluación de la composición corporal en grandes poblaciones independientemente de su condición clínico-patológica y reproducible en cualquier momento de la evolución del paciente.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL POR BIOIMPEDANCIA DE UN GRUPO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL

Marcelo Yaffé Krakauer, Luis Alberto Nin Alvarez.

Montevideo, Uruguay.

✉ marceloyaffe@movinet.com.uy

Introducción: la malnutrición proteico calórica, sigue siendo un importante factor que se correlaciona directamente con la sobrevida de los pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento dialítico⁽¹⁸⁾. El análisis por impedancia bioeléctrica (BIA) es una promisorio herramienta para la evaluación de la composición corporal en grandes poblaciones por ser rápido, de bajo costo y no requerir un prolongado entrenamiento del observador ni validación cruzada⁽¹⁾. Se ha validado la utilización de la Bioimpedancia en múltiples estudios de composición corporal, encontrando una excelente correlación. El estudio de impedancia bioeléctrica se basa en la conducción de una corriente alterna de bajo voltaje a través del cuerpo. Los tejidos magros y los fluidos que contienen electrolitos son buenos conductores mientras que el hueso y la grasa son pobres conductores. La medida de la pérdida de voltaje permite, en base a múltiples ecuaciones de regresión múltiple, determinar los diferentes compartimentos corporales. En la práctica clínica, la BIA ha sido también utilizada para monitorizar el estado de hidratación y sus aplicaciones en diferentes tipos de pacientes, incluyendo los pacientes que se dializan.

Objetivo: evaluar la antropometría y la composición corporal en un grupo de pacientes en plan de Diálisis Peritoneal (DP).

Material y métodos: se realizará un estudio de Bioimpedancia a un grupo de 24 pacientes de un Centro Diálisis privado del país. Para el estudio se cuenta con un equipo de Bioimpedancia marca BODYSTAT modelo QUADSCAN de 4 frecuencias (5, 50, 100 y 200 kHz) con software para evaluación propietario, Bodystat Limited, Douglas, Isle of Man, British Isles. La información se volcará en una plantilla del programa Epi Info 2002 para el procesamiento de los datos. Se realizó un estudio transversal y descriptivo.

Resultados: la población estudiada presenta las siguientes características: 24 pacientes (7 hombres, 17 mujeres), con edad promedio de 52 años (rango: 18 - 78 años), una talla promedio de 157 cm. (rango: 131 - 178 cm.). En cuanto a los resultados antropométricos y composición corporal obtuvimos: el peso promedio es de 65.6 Kg. (rango: 38 - 107 Kg), que comparándolo con el peso Standard teórico de 57.6 Kg. (rango teórico: 33 - 94 Kg.) obtenemos que el grupo estudiado presente un aumento significativo del peso ($p < 0.01$). El Índice de Masa Corporal (IMC) es promedialmente de 26.7 (rango: 19.1 - 40). La proporción de masa grasa es de 35.1% (15.2% - 53.9%) y de la masa libre de grasa de 64.9% (46.1% - 84.8%) y cotejándolo con los valores teóricos de 26.4% (18% - 31%) y de 73.6% (69% - 82%), se constata una variación significativa ($p < 0.01$) de los mismos. En cuanto al compartimiento corporal agua, el porcentaje de agua corporal total en estos pacientes es de 52% del peso corporal promedialmente (36.8% - 65.1%); si analizamos el compartimiento agua extracelular, obtenemos un valor del 24% del peso corporal total y el agua intracelular el 27.6%. El 3° espacio promedialmente pesa 0.05lt (rango: -3.1 - 2.1 lt).

Conclusión: el estudio por impedancia bioeléctrica (BIA) es una herramienta sencilla, rápida, de bajo costo y fidedigna para la evaluación de la composición corporal en grandes poblaciones independientemente de su condición clínico-patológica y reproducible en cualquier momento de la evolución del paciente. La limitación que presenta en los pacientes con DP es las múltiples mediciones que deben hacerse en este tipo de enfermos para tener datos precisos de la variación del compartimiento agua a lo largo del día y la efectividad real del método dialítico.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CARDIÓPATAS

González M, Aranda G, Jimenez MC, Ayala F M, Figueredo R.
III Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, FCM, UNA.

La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) constituye un problema clínico de importancia considerable debido a la gravedad de sus manifestaciones y a su morbimortalidad. Una complicación importante es la caquexia cardíaca que se define como la pérdida de peso del 7,5 % del peso corporal anteriormente observado por el paciente, durante un tiempo de aproximadamente 6 meses.

Diseño: observacional, retrospectivo de corte transverso.

Se incluyeron 60 pacientes con diagnóstico de ICCG, internados en la III CCM, durante el período de enero a agosto de 2005, de todas las clases funcionales y con 5, 6 ($\pm 5,5$) años de evolución de la enfermedad.

50 % de sexo femenino y 50 % de sexo masculino, con rango de edad de 59, 2 ($\pm 16,8$).

De los estudiados, luego de la evaluación nutricional global subjetiva se concluyó que el 28 % presentaba desnutrición calórica proteica, 10 % estaba con riesgo de desnutrición.

Al evaluar el IMC, vimos que el 25 % presentaba los s por debajo de lo normal, con bajo peso en relación a la talla y edad encontramos 25 %.

Clasificados en relación a la clase funcional observamos que: 1 % de desnutrición clase I, 6 % clase II, 10 % en III y 13 % en clase IV.

Teniendo en cuenta la fracción de eyección.

Conclusiones: la evaluación del estado nutricional en los pacientes con ICCG, es muy importante y debe hacerse precozmente, teniendo en cuenta la VGS o las medidas antropométricas, dado que la desnutrición es muy frecuente en este tipo de pacientes y además es un marcador importante del pronóstico de la enfermedad.

EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EN HOSPITALES GENERALES PÚBLICOS DEL INTERIOR DEL PARAGUAY

Sanabria R, Rodríguez S, Gutiérrez L, Valdéz M, Von Novack MV, Chirife G, Figueredo R.
Instituto Privado de Nutrición Integral - Asunción - Paraguay.

✉ figuegri@uninet.com.py

La Evaluación Global Subjetiva (EGS), hoy en día, es el método más utilizado para determinar estado nutricional por ser sensible, reproducible, específica, sencilla de implementar y de bajo costo. Dada la importancia adquirida por este método, se realiza el presente estudio cuyos objetivos fueron: a) Determinar prevalencia de desnutrición hospitalaria mediante EGS en pacientes internados en Hospitales Públicos Generales del interior del País, considerando edad y tipo de enfermedad (cáncer e infecciones). El diseño fue observacional, transversal, multicéntrico. Se incluyeron al azar, pacientes adultos de ambos sexos, internados en salas de clínica médica o cirugía, de Tres hospitales generales: Hospital Regional de Coronel Oviedo; Hospital Regional del Instituto de Previsión Social de Ciudad del Este; y Hospital Regional de Concepción. Se excluyeron pacientes pediátricos y obstétricos. A todos se les realizó la EGS del estado nutricional.

Se estudiaron 80 pacientes, de los cuales 41,1% fueron mujeres y 58,9% varones. La edad promedio fue $63,3 \pm 12$ años. La EGS determinó que 40,1% de los pacientes se encontraban nutridos. 20,9% presentaban desnutrición moderada o sospecha (riesgo) de desnutrición; y 29,4% eran desnutridos severos. Fue significativamente elevada la prevalencia de desnutrición en pacientes mayores de 65 años, y en pacientes con diagnóstico de infección o cáncer, con relación a quienes no lo tenían. De los pacientes estudiados presentaron pérdida de peso el 70,6% de los pacientes. El promedio de pérdida de peso fue de $5,5 \pm 4,5$ kilos. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Diabetes Mellitus 23,5% de los casos, Hipertensión Arterial 23,5%, Cáncer 17,5 % y Accidente cerebrovascular 5,8%. La prevalencia de desnutrición hallada en el presente estudio, a través de la EGS es alta, y es comparable a otros estudios realizados en países vecinos. Los resultados de la EGS se correlacionan con los datos aportados por la albúmina sérica. La EGS del estado nutricional, debería formar parte de la evaluación clínica de todo paciente internado en Hospitales Generales del país.

EVALUACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN EL CENTRO DE TRATAMIENTO INTENSIVO DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS. MONTEVIDEO-URUGUAY.
RESULTADOS PRELIMINARES.

Alonso M, Manzanares W, Cancela M.

Centro de Tratamiento Intensivo. Hospital de Clínicas- Montevideo, Uruguay.

Introducción: la enfermedad crítica y en especial los estados de Respuesta Inflamatoria Sistémica se caracterizan por hipermetabolismo - hiperatabolismo que conducen a la malnutrición proteico-calórica. El soporte nutricional especial es parte fundamental en la estrategia de sostén del paciente crítico. El uso de protocolos de soporte metabólico y nutricional son indicadores de la calidad asistencial y deben ser realizados para optimizar el tratamiento del paciente crítico.

Objetivos: evaluar el cumplimiento de las diferentes etapas de la asistencia nutricional en un Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) universitario que actualmente carece de protocolos propios adaptados a su realidad asistencial.

Material y Métodos: estudio prospectivo, descriptivo sobre las prácticas de diagnóstico y asistencia nutricional. En una planilla fueron recogidos los siguientes datos: Ficha patronímica; Diagnóstico al ingreso; Evaluación Nutricional por índice de Masa Corporal (IMC); Cálculo de Requerimientos según Harris Benedict (HB) más Factor de stress (FS); Planificación e implementación del plan nutricional y Monitorización.

Resultados: durante el período comprendido entre abril y setiembre de 2005 se enrolaron los pacientes ingresados a CTI por un período > 24 horas y que recibieron alguna forma de asistencia nutricional. Se asistieron 131 pacientes (65 hombres, 48.5% y 69 mujeres, 51.5%). Edad mediana: 52 años (15-81). Score APACHE II promedio: 22. Estadía media en CTI: 13.4 días (2-92 días). Mortalidad en los pacientes que recibieron alguna forma de nutrición: 17%. Por diagnóstico se dividieron en los siguientes grupos: Respiratorio: n= 37 (27.6%); Neurocríticos n= 33 (24.6%); Sepsis e infecciones graves n= 15 (11.2%); Postoperatorio de Cirugía Cardíaca (POCC) n= 30 (22.3%); Politrauma n= 7 (5.2%); Transplantes renopancreáticos y Pancreatitis n= 2 (1.5%) cada grupo. Al ingreso se realizó evaluación nutricional utilizando el IMC en el 83% de los casos (n= 111), obteniéndose un valor promedio de IMC= 26.2 (14.1-45); n= 7 (3.6%) fueron desnutridos; n= 46 (41.4%) normonutridos; n= 29 (26.1%) presentaron sobrepeso; n= 27 (24.4%) fueron obesos y n= 2 (1.8%) obesos mórbidos. Los requerimientos nutricionales promedio fueron de 1830 Kcal. estimados según HB + FS. El 50% (n= 67) recibió Nutrición Enteral (NE) utilizando fórmulas enterales poliméricas industrializadas. La NE fue precoz (NEP < 48 hs) n= 57 (83.6%) y tardía (NET) n= 10 (16.4%); Nutrición Parenteral Total (NPT) n= 3 (2.2%); Vía Oral (VO): n= 64 (47.8%). En el grupo NEP la mortalidad fue del 31.5% (18/57) y en el NET 50% (5/10) (NS). El aporte promedio en el día 4 para el grupo NE fue 82% de los requerimientos estimados. Durante la estadía en CTI el aporte proteico-calórico real es el 61% de la prescripción nutricional (NE+ NP). En el grupo NP en las primeras 24 hs se administra promedialmente el 40% del estimado y el día 4: 85%. Las complicaciones digestivas vinculadas a la NE fueron: Retención gástrica (definida por VRG > 200 ml en 3 horas): 51%; Diarrea asociada a NE (^s 3 deposiciones líquidas en 24 hs): 24.5%; Estreñimiento (> 4 días sin deposiciones): 47.5%; Fístula traqueoesofágica: 1.5%; Aspiración de vía de aire con Azul de metileno no se confirmó en ningún paciente.

Conclusiones: de acuerdo con estándares reconocidos de calidad asistencial las diferentes etapas de la asistencia nutricional se cumplen en forma aceptable (> 80%) a excepción de la administración de las fórmulas enterales (61%). Estos hallazgos confirman la necesidad de la elaboración de protocolos para cada una de las etapas que conforman la asistencia nutricional y el soporte metabólico del paciente crítico, siendo la finalidad de las mismas la optimización de la calidad asistencial. En el momento actual, grupos interdisciplinarios trabajan en la confección de protocolos destinados a la mejoría esta calidad asistencial; en tal sentido en el corto plazo es prioritaria la implementación de pautas para la administración de las fórmulas enterales. La comprensión y la adhesión del equipo asistencial a los nuevos protocolos permitirán optimizar los resultados de la terapéutica.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON LEPRO

Canicoba ME.

Hospital Nacional Baldomero Sommer, Buenos Aires, Argentina.

Las nuevas estrategias de atención primaria de la salud fueron determinantes para modificar la atención de pac. con Lepra, posibilitando la atención en Salas de Internación en casas donde habitan enfermos auto válidos y sus familiares, recibiendo a través de la Institución el racionamiento en crudo. **Objetivos:** evaluar estado nutricional de pac. que residen en el hospital. Analizar el aporte calórico-proteico brindado por la Institución.

Material y métodos: estudio Transversal y Descriptivo. Se realizó una Evaluación Nutricional de pac. que residen en los 4 barrios que se encuentran en el hospital, a través de Parámetros Antropométricos, se obtuvo información disponible en las historias clínicas sobre Parámetros Bioquímicos = Urea, Hto, Colesterol Albúmina y de las patologías asociadas prevalentes.

Resultados: se evaluaron 219 pac. de un total de 246, edad promedio 56,4 años, 62,2% H y 37,8% M. La Obesidad resultó el trastorno nutricional de mayor prevalencia (74.3%). La prevalencia Desnutrición fue 3.6% Enutridos 23,7%. 10.9% de los pac. no concurrieron a la evaluación y 2.8% no tenían laboratorio actualizado (+ de 2 años). El promedio Albúmina fue 4.2 gr./dl, 28.45% no tenían registrado valor de Albúmina. Los valores de Hto, Urea determinaron un adecuado aporte

proteico. Dentro del diagnóstico nutricional se tuvo en consideración la búsqueda de patologías prevalentes como Diabetes que estuvo presente en el 11% de los pac, Dislipidemia = 32,8%, IRC = 9,3%, HTA = 33,6%.

BARRIOS	EUNUTRIDO	D. LEVE	O. LEVE	O. MODERADA	O.GRAVE	TOTAL
SOMMER	9	0	6	13	2	30
P. ARNAU	13	2	17	31	1	64
M. CRUZ	23	2	24	40	5	94
S. MARTÍN	7	0	12	12	0	31
TOTAL	52 (23.7%)	4 (3.6%)	59 (26.9%)	96 (43.8%)	8 (3.6%)	219 (100%)

Conclusiones: en base a los resultados obtenidos, existe una alta prevalencia de Obesidad Moderada-Severa en la población estudiada que no es coincidente con la literatura actual y pone de manifiesto la necesidad de adecuar a la brevedad el aporte calórico-proteico brindado por la Institución. Impulsar medidas preventivas a través de Programas de Educación con el propósito de mejorar el estado nutricional de la población en riesgo, mejorar la calidad de vida, reducir los factores de riesgo cardiovasculares, utilizando un modelo de intervención que incluya estrategias para el seguimiento de una dieta saludable y el aumento de la actividad física.

EVALUACIÓN DE LA PEROXIDACIÓN EN EMULSIONES LIPÍDICAS QUE SE USAN EN NUTRICIÓN PARENTERAL

Akamine D; Kfoury M F; Pinto VLM; Abdalla DSP.
Farmoterápica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas - USP, São Paulo, SP.

Introducción: las emulsiones lipídicas tienen un papel importante en las nutriciones parenterales, porque son excelentes fuentes de energía, así como, por su contenido en ácidos grasos esenciales. Las emulsiones lipídicas son isotónicas y pueden administrarse en la nutrición parenteral, en mezcla 3 en 1 (NPT). Tradicionalmente, se utilizaba la emulsión lipídica con ácidos grasos de cadena larga. Ahora, los productos disponibles comercialmente en Brasil contienen el aceite de soya, de oliva o de pescado, fosfolípidos de yema del huevo y glicerol. Entre los constituyentes de NPT (nutrición parenteral total), la emulsión lipídica es una fuente importante de sustancias oxidadas debido a la formación de peróxidos de lípidos y otros productos citotóxicos formados en la lipoperoxidación.

Objetivo: evaluar el contenido de hidroperóxidos lipídicos en las emulsiones lipídicas comercialmente disponibles en el mercado brasileño.

Materiales y métodos:

Emulsión Lipídica a 20% con TCL, basada en aceite de soya.

Emulsión Lipídica a 20% con la mezcla TCM/TCL, basada en aceite de soya.

Emulsión Lipídica a 20% con TCL, basada en aceite de oliva.

Emulsión Lipídica a 20% con el aceite de pescado.

Se identificaron los hidroperóxidos en las emulsiones por medio de cromatografía líquida de alta resolución con detector de quimiluminiscencia (CLAE-CL), usándose padrones de hidroperóxidos de linoleato de colesterol (CE-OOH), trilinoleína (TG-OOH) y lecitina (PL-OOH). Los hidroperóxidos de lípidos se extrajeron como descrito por Furazawa et al. (1999). Los extractos orgánicos se evaporaron en N₂, resuspendidos en la fase móvil y filtrados (0,22 mm). Después, una alícuota de 50 mL de la muestra fue inyectada en la columna LC18DB (25cm, 5m, 4,6mm, Supelco), con la respectiva precolumna, teniendo como la fase móvil una solución de metanol/t-butanol 2:1 (v/v) con un flujo de 1 mL/min. Los hidroperóxidos lipídicos de los eluatos reaccionaron con una mezcla de metanol y tampón bórax pH 10, conteniendo microperoxidase e isoluminol, a un flujo de 1 mL/min.

Los hidroperóxidos lipídicos presentes en las emulsiones se cuantificaron a través de las curvas de calibración de los padrones externos.

Resultados: se evaluó la lipoperoxidación de las emulsiones en la función del tiempo (0, 24 y 48 h), a temperatura ambiente. Los datos obtenidos demostraron que existen concentraciones bajas de productos de la lipoperoxidación en las emulsiones analizadas en el tiempo cero. Los índices más altos de lipoperoxidación, en función del tiempo, se observaron para la emulsión lipídica a 20% con aceite de pescado. Después de 24h a temperatura ambiente, los incrementos fueron del 121,88% de hidroperóxidos de trilinoleína, 106,39% de hidroperóxidos de linoleato de colesterol y 74,23% de hidroperóxidos de fosfatidilcolina. La emulsión lipídica a 20% con TCL, basada en el aceite de oliva, fue la más estable habiéndose observado aumentos del 17,33% de hidroperóxidos de trilinoleína, 10,52% de hidroperóxidos de linoleato de colesterol y 21,09% de hidroperóxidos de fosfatidilcolina, después de 24 horas a temperatura ambiente. Ese aumento de lipoperoxidación se permaneció a lo largo de las 48 h de almacenamiento. Las emulsiones con TCL y TCL/TCM, basadas en aceite de soya, presentaron valores intermedios de lipoperoxidación, en relación a las otras dos.

Conclusión: en las emulsiones lipídicas comerciales se observa la presencia de hidroperóxidos lipídicos, puesto que estas emulsiones contienen ácidos grasos polinsaturados que son sensibles al proceso de peroxidación. La intensidad de lipoperoxidación es proporcional al grado de instauración de los ácidos grasos presentes en las emulsiones. La emulsión que contiene aceite de oliva presenta intensidad de lipoperoxidación más menor, porque posee una cantidad más grande de ácidos grasos monoinsaturados. La emulsión lipídica basada en aceite de pescado es rica en ácidos grasos omega-3, especialmente ácido eicosapentanoico (EPA), que son sustratos muy altamente sensibles a la peroxidación, que resulta en un nivel alto de lipoperoxidación de esa emulsión. Esos datos indican la importancia del monitoreo de la lipoperoxidación de esas emulsiones usadas en nutrición parenteral, así como la necesidad de estabilización de ese proceso, considerándose que los lípidos oxidados tienen propiedades citotóxicas y proinflamatorias.

COMPARACIÓN DE DESEMPEÑO ENTRE EL MÉTODO AUTOMATIZADO Y FARMACOPEICO PARA DETECCIÓN MICROBIANA DE AEROBIOS EN NUTRICIÓN PARENTERAL ADULTA Y PEDIÁTRICA

Akamine D ; Cabral E; Hemmerly J; Kfoury M F y Pérez C.
Farmoterápica

Introducción: muchas metodologías son utilizadas para la detección de microorganismos en nutriciones parenterales (NP), desde las farmacopeicas, basadas en prueba indirecta de esterilidad, como las técnicas de filtración por las membranas, hasta las automatizadas, pero, no farmacopeicas, como los sistemas elaborados a partir de detección de producción de CO₂ por metabolismo bacteriano. Sin embargo, la detección rápida y fidedigna de los microorganismos presentes en formulaciones, son actualmente, los desafíos enfrentados por el control de calidad de algunas farmacias de manipulación, en un esfuerzo constante para controlarse los procesos, la que se espera una buena correlación costo-efectividad y capacidad por la detección de bajas cargas microbianas, como es el caso de la contaminación a través de técnicas y procesos de manipulación inadecuada de NP.

Objetivo: en este estudio, comparamos el desempeño en la detección de microorganismos en muestras de NP adulta y pediátrica entre el método no farmacopeico, automatizado, y farmacopeico.

Material y método: muestras de NP, adulta y pediátrica, en las que se agregaron, en cuatro diluciones diferentes (3x10 a 3x10⁵ UFC/mL), los siguientes microorganismos: E. coli, E., aerogenes, E. cloacae, K. pneumoniae y C. albicans. Las muestras generadas se evaluaron por el sistema automatizado y método farmacopeico. Después, se determinó la curva de crecimiento de E. cloacae, en medio de NP.

Resultados: el tiempo de detección por el sistema automatizado, no farmacopeico, fue proporcional al número de microorganismos en NP cuyo tiempo para la carga microbiana menor fue superior a 12 horas para todos los microorganismos analizados. La curva de crecimiento de E. cloacae, conta-

minante más frecuente de NP, alcanzó la fase exponencial en 5h40 y la fase estacionaria ($2,5 \times 10^6$ UFC) en 20h a partir de una concentración inicial de 1,2 UFC/mL.

Conclusión: el sistema de detección automatizado, se mostró más rápido que el método farmacopeico. Sin embargo, cuando están involucradas cargas microbianas bajas, como aquéllas en consecuencia de fallas de técnicas asépticas de manipulación, el sistema automatizado no trae ventaja en relación al método farmacopeico puesto que todavía es incapaz de detectar cargas microbianas bajas en un periodo inferior al tiempo transcurrido entre la manipulación y el inicio de la administración en el paciente (aproximadamente 5 horas).

ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS NO CRÍTICOS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE MONTEVIDEO

Manzanares W, Azcúnaga M, Barreiro T, González M, Gelós C, Alejandro S, Nacaratto S, Techera A, Viquer S, Cancela M.

Hospital de Clínicas. Universidad de la República (UdeLaR) Montevideo-Uruguay.

Introducción: la prevalencia de Desnutrición Asociada a Enfermedad (DAE) en el ámbito hospitalario ha sido reportada en un 30% - 50%, siendo una reconocida causa de morbimortalidad hospitalaria; es responsable de una estadía más prolongada así como de un incremento en los costos de la hospitalización.

Objetivos: 1. Pesquisar mediante el uso de la Evaluación Global Subjetiva (EGS), la prevalencia de la DAE en la población de pacientes quirúrgicos no críticos hospitalizados. 2. Estudiar la relación entre la DAE, el tiempo de hospitalización y el diagnóstico al ingreso hospitalario. 3. Evaluar el uso actual de las técnicas y estrategias de Soporte Nutricional Especial (SNE) en los pacientes quirúrgicos hospitalizados. 4. Demostrar con datos actualizados la necesidad de creación de una Unidad de Soporte Nutricional en el Hospital Universitario del Uruguay.

Material y Métodos: la valoración del estado nutricional fue realizada con el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) y con la Evaluación Global Subjetiva (EGS), calificando el estado nutricional según: A: normoalimentado, B: desnutrición moderada; C: riesgo moderado-severo de desnutrición; D: desnutrición severa. El análisis estadístico de los resultados se realizó utilizando EPI info 6 y EPI data 2.1.

Resultados: se encuestaron 104 pacientes, $n= 65$ (62.5%) hombres y $n= 39$ (37.5%) mujeres. Edad promedio: 56 años. Patologías: neoplasia digestiva (ND) y patología nefrourológica no neoplásica (URO): 9.6% cada una; neoplasia no digestiva (NND) 20%; vascular 17%; Postoperatorio 11.5%; infecciones y miscelánea: 32.3%. Por EGS, se agrupan en las categorías: A: 42.3%, B, C y D: 19.2% cada una. Existe 38.4% de DAE y 19.2% de riesgo de desnutrición. En el grupo ND la DAE es: 88% y en el grupo NND: 65%. Estadía promedio en días: categoría A: 19; D: 39. El análisis utilizando el método de Kruskal-Wallis (KW) muestra un KW: 8.684, $p= 0.03$, siendo el grupo de desnutridos severos (D) el de estadía hospitalaria más prolongada. El riesgo de desnutrición (C) está presente en el 19.2%, siendo los grupos NND y URO los de mayor prevalencia (3.8%). De acuerdo al análisis de estos datos, se concluye que la prevalencia de pacientes desnutridos es del 38.4%, en tanto que un 19.2% presentan un riesgo moderado a severo de desnutrición. Por su parte, el 42 % fueron normoalimentados (A). En el grupo NND ($n= 22$), el 45% ($n= 10$) es categoría D, siendo el grupo con mayor prevalencia de desnutrición severa, destacándose en este grupo la ausencia de pacientes normoalimentados; estos hallazgos se inscriben dentro de la conocida "caquexia neoplásica". Los neoplasmas de la esfera ORL ($n= 12$) son el subgrupo más frecuente (54.5%), dentro de los cuales el 45% ($n= 10$) presentaban desnutrición severa, representando el 83% del total de pacientes con NND. Vías utilizadas: oral: 86.5% ($n= 90$); SNE: 13.5% ($n= 11$); $n= 3$ reciben reposición hidroiónica sin nutrición. Vía enteral (E) gástrica ($n= 10$, 9.6%); el SNE era mixto (E+ P) en $n= 1$ (0.9%). La vía enteral pospilórica no se utilizó en ningún paciente. El grupo con SNE se discrimina en las siguientes categorías por EGS: A ($n= 1$); B ($n= 2$); C ($n= 1$); D ($n= 6$), por lo que se deduce que el 73% de los pacientes sometidos a SNE son desnutridos, con un 54.5% de desnutridos severos.

La evaluación según el IMC, mostró que el 20% eran desnutridos, en tanto que el 38% presentaban sobrepeso-obesidad. Valor del IMC medio: 23.97 ± 5.13 (14.30-38.00) Kg/m². El uso de IMC como método de valoración nutricional muestra un menor porcentaje de DAE, apartándose del resultado obtenido con EGS, habiéndose demostrado en el paciente hospitalizado que la pérdida ponderal debe ser significativa para alterar los valores del IMC.

Conclusiones: el 38.4% de DAE y el 19.2% de riesgo de desnutrición implica que la DAE es un grave problema entre nuestra población hospitalaria. Existe una relación entre el tiempo de hospitalización y la DAE, siendo el grupo de desnutrición severa el de estadía hospitalaria más prolongada. El IMC como elemento de valoración del estado nutricional no fue útil, apartándose de la EGS. A pesar de la alta prevalencia de la DAE, el SNE enteral y/o parenteral en el paciente quirúrgico no crítico es muy poco utilizado. Estos datos justifican y sustentan "per se" la creación de la Unidad de Soporte Nutricional en el Hospital Universitario de nuestro país.

ESTADO NUTRICIONAL E INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES ESTABLES PORTADORES DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Núñez E. ¹, Klaassen J. ¹, Leiva A. ², Díaz O. ², Acosta AM. ¹, Lisboa C. ²

Departamentos de Nutrición Diabetes y Metabolismo¹ y de Enfermedades Respiratorias²

Pontificia Universidad Católica de Chile. Proyecto FONDECYT N° 1010993

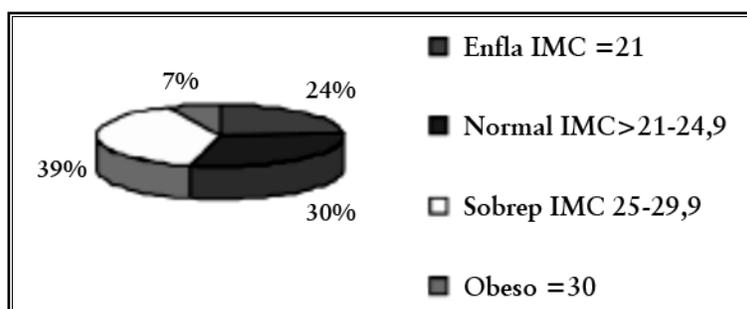
Depto. Nutrición Diabetes y Metabolismo P.U.C de Chile. Santiago, Chile

✉ emnunez@uc.cl

Introducción: la EPOC es la cuarta causa de muerte en el mundo. La malnutrición es común en los pacientes con EPOC y se caracteriza principalmente por depleción de la masa libre de grasa (MLG), incluso en pacientes que no tienen compromiso del peso corporal. Se ha sugerido que un proceso de inflamación sistémica de bajo grado podría contribuir a este compromiso.

Objetivo: evaluar el estado nutricional y su relación con: (a) la función respiratoria; (b) la fuerza muscular periférica; (c) la capacidad de ejercicio; y (d) la inflamación sistémica en un grupo de pacientes estables con EPOC. **Métodos:** Estudio de corte transversal en 102 pacientes con EPOC (29 mujeres), con edad promedio 68 ± 8 (DS) y VEF1 $45 \pm 19\%$ teórico, controlados regularmente en el Departamento de Enfermedades Respiratorias del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El estado nutricional se clasificó según índice de masa corporal (IMC). La masa libre de grasa (MLG) se estimó por impedanciometría, expresándose como índice de MLG (IMLG = MLG/talla en m²). Se consideró depleción muscular si IMLG $d < 15$ en mujeres y $d < 16$ Kg/m² en hombres. La función respiratoria se evaluó mediante espirometría y capacidad de difusión (DLCO). La fuerza muscular periférica se evaluó con dinamometría y la capacidad de ejercicio, mediante la distancia recorrida en 6 min (DR6), ambas expresadas como porcentaje del valor teórico. Para evaluar la presencia de inflamación sistémica se determinaron niveles séricos de TNF±, receptor TNF± -55 e IL-8 por ELISA en un subgrupo de 60 pacientes.

Resultados: Estado Nutricional según Función Pulmonar.



	LEVE	MODERADA	AVANZADA	MUY AVANZADA
Enflaq	0	6%	5%	14%
Normal	13%	29%	30%	43%
Sobrep	33%	42%	27%	14%
Obeso	54%	23%	38%	29%

El 20% presentó depleción muscular, siendo más frecuente en enflaquecidos (63%), aunque también se observó en normo peso (13%) y sobrepeso (3%). Al comparar los pacientes depletados con los no depletados la DLCO fue significativamente menor en los depletados, con una correlación significativa entre IMLG y DLCO ($r = 0,48$; $p < 0,0001$). En cambio, el VEF1 no fue significativamente diferente entre los dos grupos. La depleción muscular afectó significativamente la fuerza muscular periférica: $83 \pm 26\%$ vs. $101 \pm 25\%$; $p = 0,007$; y la DR6 $77 \pm 17\%$ vs. $86 \pm 17\%$; $p = 0,05$. Las correlaciones entre IMLG, fuerza muscular y DR6 fueron también significativas ($r = 0,37$ y $0,40$, respectivamente; $p < 0,001$ en ambos casos). Los niveles de TNF \pm , receptor TNF \pm -55 e IL-8 no evidenciaron diferencia en el subgrupo de pacientes con ($n = 20$) y sin depleción ($n = 40$) estudiados. No hubo correlaciones significativas entre IMLG y niveles de TNF \pm , receptor TNF \pm -55 e IL-8.

	MODERADA n=17	AVANZADA n=18	MUY AVANZADA n=25	
TNFa pg/ml	13.9 ± 2.6	15.8 ± 5.1	16.1 ± 5.2	Ns
TNFa -55 ng/ml	1.7 ± 0.4	1.7 ± 0.5	1.6 ± 0.5	Ns
IL-8 pg/ml	99 ± 122.1	47.2 ± 42.1	91.9 ± 100	Ns
NUT gr/24 horas	8.4 ± 3.9	8.6 ± 4.1	8.3 ± 3.3	Ns

Promedio \pm 1 DS.

Conclusiones: la depleción muscular es frecuente en pacientes con EPOC, especialmente cuando predomina el enfisema pulmonar (menor DLCO). Aunque es más frecuente en pacientes enflaquecidos, no debe descartarse en aquellos con peso normal o incluso con sobrepeso. Nuestros resultados apoyan la idea que la depleción muscular en estos pacientes se traduce en manifestaciones sistémicas tales como la disminución de la fuerza muscular periférica y menor capacidad de ejercicio. Asimismo, nuestros datos sugieren que en la EPOC podría existir un estado pro inflamatorio pues, aunque no comparamos con sujetos normales, los niveles de TNFa fueron significativamente mayores a los de una población normal (Visser et al), en que el percentil 95 alcanzó 6.1 pg/ml. Este estado pro inflamatorio parece ser independiente de la gravedad de la enfermedad y no relacionarse con la magnitud de la pérdida de MLG.

ENFOQUE NUTRICIONAL EN CÁNCER DE ESÓFAGO

Vitcopp GM; Löbbbe VA; Roca EL; Soifer GM; Fernández Marty PA.
Servicios de Cirugía y Nutrición, y Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología
"Dr.C.B.Udaondo" - Cap. Fed.

Antecedentes: en los pacientes con cáncer de esófago (CE), es imprescindible el apoyo nutricional enteral para tolerancia del tratamiento oncológico, que puede agravar transitoriamente la disfagia o bien como tratamiento paliativo para hidratarse y poder aportar nutrientes.

Objetivo: analizar comparativamente las distintas estrategias en el abordaje nutricional de pacientes

con CE. Lugar de aplicación: Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo". Diseño: estudio retrospectivo, comparativo. Población: 169 pacientes con CE asistidos entre mayo de 2001 y mayo 2005; edad promedio: 63,4 años.

Método: relevamiento y análisis de historias clínicas de casos donde se implementaron diferentes alternativas para nutrición enteral (sonda nasogástrica, SNG; gastrostomía quirúrgica, GQ; y gastrostomía percutánea, GPC), obteniéndose grupos de características similares (edad, grado de disfagia, estadio tumoral, performance status y estado nutricional). Se evaluaron: complicaciones, duración de la internación, tiempos de inicio y de objetivo nutricional, comienzo del tratamiento oncológico, y costos globales del procedimiento.

Resultados: se constataron 59 pacientes con GQ (34,9%), 98 con GPC (58%), y 11 con SNG (6,5%). Con SNG y GQ, se comprobaron mayor número de complicaciones (86 y 38%, respectivamente) y días de internación (9,3 y 11,3 días) en relación a la GPC (17% y 3,17 días). El grupo con GPC alcanzó el objetivo nutricional más precozmente (3,8 días), y registró un mayor porcentaje de pacientes (64%) que realizaron tratamiento oncológico.

Conclusiones: la GPC en pacientes con cáncer de esófago presenta un bajo índice de complicaciones y permite el inicio rápido de la alimentación enteral con menor costo. Por esta causa, consideramos que es la vía de elección para el soporte nutricional en esta población de pacientes.

EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CLÍNICOS

Ryan S, Rodota L, Perman MI, Castro E, Davila N, Reppetti M, Diaz J, Soriano ER.
Servicios de Terapia Intensiva y Alimentación, Dptos. de Enfermería e Información Hospitalaria
Hospital Italiano de Buenos Aires.

✉ mperman@fibertel.com.ar

Objetivos: evaluar la prevalencia de desnutrición hospitalaria, mediante la técnica de Evaluación Global Subjetiva (EGS), en pacientes con patologías médicas, internados en un hospital universitario de referencia.

Evaluar la asociación entre el grado de desnutrición determinado por EGS y algunos parámetros de evolución y pronóstico durante la internación: complicaciones, mortalidad, tiempo de estadía hospitalaria y costos de la misma.

Material y métodos: estudio prospectivo, que incluyó a pacientes adultos que se internaron en el hospital para diagnóstico o tratamiento de enfermedades médicas. No se incluyeron los pacientes en quienes se preveía una internación menor de 48 horas o que hayan ingresado por enfermedades quirúrgicas o terminales o que le imposibiliten la comunicación (para completar el cuestionario de EGS). La selección de los pacientes fue realizada por la enfermera coordinadora del estudio acorde a las pautas establecidas y en base al censo diario del hospital. La evaluación nutricional fue realizada dentro de las primeras 24 horas de internación, por equipos de dos profesionales (lic. nutrición, médicas, enfermeras), sin conocimiento previo de los diagnósticos del paciente ni la información registrada en su historia clínica. La evaluación nutricional consistió en la realización de: EGS (A = normal; B = desnutrición leve a moderada; C = desnutrición severa) composición corporal por bioimpedancia y a los pacientes que fue posible movilizarlos: antropometría (peso, talla, circunferencia braquial y los pliegues subcutáneos tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco) y fuerza muscular por dinamometría. De las muestras para la rutina bioquímica se obtuvo la siguiente información: recuento de linfocitos, dosaje de albúmina, prealbúmina, transferrina, glucemia, colesterol, triglicéridos, urea y creatinina. La incidencia de complicaciones durante la internación, la mortalidad, el tiempo de estadía hospitalaria y costos globales de la misma (acorde al sistema de facturación interna del hospital), se tomaron directamente de los registros del Departamento de Información Hospitalaria. El análisis estadístico se realizó con Stata 8, utilizando los tests ANOVA/Bonferroni, Kruskal-Wallis, Wilcoxon y chi², según corresponda. En este trabajo se analiza solo una parte de los datos y los resultados se presentan como media y desvío estándar (\pm ds) o mediana y

rangos intercuartiles 25-75 [IQ 25-75] o porcentajes, según corresponda.

Resultados: se incluyeron 290 pacientes con mediana de Edad de 57 (IQ 49-71) años, 57% hombres y 43 % mujeres. Los principales motivos de ingreso al hospital fueron: infecciones 28,6 % de los pacientes, cáncer 21,1 %, insuficiencia de órganos 13,1 % y causas varias 37,2 %. La mediana de Estadía Hospitalaria fue de 5 (IQ 3-9) días. La Mortalidad global fue del 4.14 % (12/290). La incidencia de complicaciones fue del 17.9 % (52/290). La mediana de los Costos globales (facturación interna) fue de \$ 2.633 (IQ 1259-6213). En la tabla se observa el porcentaje de pacientes en cada categoría de EGS y la mortalidad, las complicaciones, la estancia hospitalaria y los costos promedio de la internación en cada una de las categorías de la EGS.

	EGS "A"	EGS "B"	EGS "C"	P
Pacientes % (n)	46.4 (134)	33.2 (97)	20.4 (59)	---
Mortalidad % (n)	0.75 (1)	6.2 (6)	8.5 (5)	0.03 *
Complicaciones % (n)	19.4 (26)	20.6 (20)	10.2 (6)	0.27
Días estadía mediana (IQ 25-75)	4 (2-8)	5 (3-9)	6 (3-11)	0.21
Costos en \$ mediana (IQ 25-75)	2.180 (1333-5150)	2892 (1075-8723)	3011 (1279-8468)	0.28

* Las diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad se encontraron en la categoría A vs B ($p = 0.045$) y A vs C ($p = 0.014$) y no en B vs C ($p = 0.75$)

Conclusión: en la literatura hay pocos estudios de evaluación nutricional y pronóstico en pacientes clínicos. Dado el diseño del estudio, se evaluó una población seleccionada de pacientes con patologías médicas. Esta puede ser una de las causas del porcentaje relativamente alto de desnutrición ("A" + "B" = 53.6 %). Los pacientes normonutridos tuvieron significativamente menor mortalidad que los que tuvieron algún grado de desnutrición ("A" vs "B" y "C") pero no diferenció las categorías "B" y "C" entre sí. En las diferentes categorías de EGS no hubo diferencias en la incidencia de complicaciones, el tiempo de estancia y los costos de la hospitalización, lo cual puede explicarse en parte por la gran variabilidad de patologías y situaciones clínicas de los pacientes incluidos. El tiempo de internación relativamente corto de la población estudiada, no permitió observar cambios del estado nutricional en los pacientes que se pudo repetir la evaluación nutricional antes del alta hospitalaria.

COMPARACIÓN DEL COSTO Y COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DE UNA DIETA ENTERAL ARTESANAL DE HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO CON DOS OTRAS ESTRATEGIAS UTILIZANDO DIETA INDUSTRIALIZADA

Garcia RWD, Silva VC, Biff M, Penaforte FRO, Borges RM, Marchini JS, Nonino-Borges CB.
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Introducción: las fórmulas artesanales para nutrición enteral son consideradas importantes en terapia nutricional por tener capacidad de recuperar y/o impedir que se deteriore el estado nutricional de pacientes cuando la utilización de la vía oral no está indicada. Las formulaciones enterales industrializadas son nutricionalmente completas, con composición, estabilidad y osmolalidad definidas, mientras tanto presentan elevado costo, lo que puede restringir su empleo. La fórmula enteral artesanal es la alternativa aparentemente viable que exige del nutricionista la aplicación de sus conocimientos en técnica dietética para adecuarla a las necesidades del paciente. Actualmente existen pocos estudios demostrando el valor nutricional de fórmulas artesanales y su empleo de forma exclusiva puede representar un riesgo de déficit nutricional.

Objetivo: comparar el costo y composición nutricional da dieta enteral artesanal orientada en la alta hospitalar de pacientes de Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) con dos otras estrategias utilizando dieta industrializada.

Metodología: se observó la composición nutricional de dieta artesanal estandard orientada en la alta hospitalar de los pacientes de HCFMRP-USP, de una fórmula industrializada (Nutren 1.0, Nestlé®) y de una combinación de las dos fórmulas (1200 ml de dieta artesanal estandard de HCFMRP-USP asociada a 600ml de dieta industrializada). La análisis de la composición nutricional fue hecha por tabla de composición de alimentos (Tabela de Composição de Alimentos: Suporte para Decisão Nutricional, Sonia Tucunduva Philippi, 2002 2ed.), siguiendo informaciones del fabricante. Se utilizó la Dietary Reference Intakes (DRIS), para el rango de edad de 19 - 50 años como recomendación para todos los nutrientes analizados. Los costos de las 3 alternativas fueron analizados por encuesta de mercado.

Resultados: en una oferta calórica de 2000 kcal, la fórmula enteral industrializada correspondió a todas las DRIS, excepto la de fibras, a un costo de R\$ 43,10. La combinación de fórmula artesanal y industrializada, como propuesto y también en 2000 kcal, correspondió a todas las DRIS, excepto de fibras y fósforo, a un costo de R\$ 16,10. La fórmula artesanal estandard no alcanzó en 2000 kcal las DRIS de vitaminas A, E e C, niacina, B1, B6, fósforo, y hierro, su costo fue de R\$ 3,17.

Conclusión: la combinación de fórmula enteral artesanal y industrializada en proporción 2:1 mostró tener mejor costo-beneficio que otras estrategias terapéuticas por presentar adecuación en la mayoría de los nutrientes, con la ventaja de ser mas accesible a los pacientes, debido al menor costo. El empleo de fórmula enteral artesanal también puede ser una alternativa interesante, pero demanda suplementación de vitaminas y minerales.

EMPLEO DE FIBRAS SOLUBLES PARA LA PREVENCIÓN DE DIARREA EN PACIENTES CRÍTICOS SOMETIDOS A DIETOTERAPIA ENTERAL

Muniz LKM

Nascimento CRA Hospital Alvorada Moema SP

✉ emtnham@yahoo.com.br

Introducción: el apareamiento de diarrea como complicación clínica de pacientes críticos sometidos a nutrición integral, fue asociado, en la gran mayoría de los casos, a dietoterapia. Mientras tanto inúmeros factores de riesgo pueden ser apuntados en los pacientes gravemente enfermos como: hipoperfusión esplancnica, uso de antibióticos, tiempo de internación hospitalar, edad elevada y co-morbilidades. Algunos autores indican la ausencia de una definición universal de diarrea como responsable por la incidencia variable de diarrea en la literatura de 2-63% (EISENBERG 2002, WHELAN 2002).

Objetivos: observar se el empleo preventivo de fibras solubles en pacientes gravemente enfermos, sometidos a dietoterapia enteral, evita el apareamiento de diarrea.

Métodos: 52 pacientes internados entre enero y marzo en UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) de un hospital privado de São Paulo, diariamente, después de la dieta enteral, recibían 20 gramas de fibras solubles diluídas en 50-100 ml de água filtrada que eran infundidas "en bolus" por sonda nasointestinal (sne).

Resultados y discusión: el 57,6% de los pacientes eran mujeres y el 42,3% hombres. El promedio de edad fue de 65,1 años y el promedio de internación fue de 20 días. Cuanto al diagnóstico, el 26,9% fueron internados por Accidente Vascular Cerebral (AVC), el 57,6% con shock séptico (sepsis pulmonar y/o abdominal), el 15,5% otras patologías (ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, neoplasias, pancreatitis, etc.). Las dietas enterales infundidas fueron: el 65,3% poliméricas, el 15,3% oligoméricas y el 19,4% poliméricas específicas para diabetes (promedio 42 ml/h en bomba de infusión continua con pausa noturna de 6 horas). El 90,3% de los pacientes recibieron antibiotioterapia polimicrobiana, el 57,6% presentaron inestabilidad hemodinamica y necesitaron de drogas vasoactivas. Solo el 7,6% evolucionaron con diarrea (mas de 3 episodios de evacuación líquida/día).

Conclusiones: pese al perfil variado de los pacientes gravemente enfermos el empleo profiláctico de fibras solubles fue efectivo para minimizar el apareamiento de diarrea.

USO DE ÁNGULO DE FASE DETERMINADO POR BIOIMPEDANCIA
DE UN GRUPO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN TRATAMIENTO HEMODIALITICO

Marcelo Yaffé Krakauer, Luis Alberto Nin Alvarez.
Montevideo, Uruguay.

Introducción: la malnutrición proteico calórica, sigue siendo un importante factor que se correlaciona directamente con la sobrevida de los pacientes portadores de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en tratamiento dialítico ⁽¹⁸⁾. El análisis por impedancia bioeléctrica (BIA) es una promisoriosa herramienta para la evaluación de la composición corporal en grandes poblaciones por ser rápido, de bajo costo y no requerir un prolongado entrenamiento del observador ni validación cruzada ⁽¹⁾. Se ha validado la utilización de la Bioimpedancia en múltiples estudios de composición corporal, encontrando una excelente correlación ^(2,3,4,5,6,7,19). El estudio de impedancia bioeléctrica se basa en la conducción de una corriente alterna de bajo voltaje a través del cuerpo. Los tejidos magros y los fluidos que contienen electrolitos son buenos conductores mientras que el hueso y la grasa son pobres conductores. La medida de la pérdida de voltaje permite, en base a múltiples ecuaciones de regresión múltiple, determinar los diferentes compartimentos corporales. En la práctica clínica, la BIA ha sido también utilizada para monitorizar el estado de hidratación ^(8,9,10,11,12) y sus aplicaciones en diferentes tipos de pacientes, incluyendo los pacientes que se dializan ^(13,14,15,16,17). La Resistencia (R) de una sustancia, según la ley de Ohm, es proporcional a la variación de voltaje de una corriente eléctrica aplicada sobre ella. En el cuerpo humano, los tejidos magros son altamente conductores (baja resistencia) por estar formados por altas cantidades de agua y electrolitos. Por el contrario, el tejido graso y el hueso, por estar compuesto por escasa cantidad de agua y electrolitos, son poco conductores (alta resistencia) cuando se le aplica una corriente eléctrica. La Reactancia (Xc) o también conocida como resistencia capacitiva o capacitancia, es la oposición al flujo de corriente causada por un capacitor. Un capacitor consiste en dos o más placas conductoras separadas por un material aislante, y es utilizado como forma de almacenar energía. En el cuerpo humano, las membranas celulares están formadas por una capa lipídica (capa aislante) entre dos capas de proteínas cargadas iónicamente (capa conductora). La reactancia es un indicador fiel de la masa celular total y de la masa intracelular. Es de recordar que la masa grasa, el agua corporal total y el agua extracelular ofrecen resistencia a la corriente eléctrica, pero solamente las membranas celulares ofrecen reactancia. El Ángulo de Fase (Xc/R), es un método lineal de medir la relación entre la resistencia y la reactancia en los circuitos eléctricos. El ángulo de fase puede variar entre 0° y 90° (0° circuitos solamente de resistencia, 90° circuitos solamente capacitivos). La medida del ángulo de fase para un individuo sano varía entre 5.3° y 10°, dependiendo del sexo, condición física y edad entre otras variables. Ángulos de fase menores (baja reactancia) se correlacionan con muerte celular o alteraciones severas a nivel de la membrana celular; por contrapartida, ángulos de mayor valor, se correlaciona con mayor cantidad de membranas celulares intactas (mayor masa muscular) en el cuerpo.

Objetivo: evaluar el comportamiento de los valores de reactancia y resistencia corporal medidos por BIA a través del ángulo de fase y las diferencias que se generan entre el estado predialítico y postdialítico.

Material y métodos: se realizará un estudio de Bioimpedancia a un grupo de 48 pacientes de un Centro Diálisis privado del país, considerando 48 estudios pre diálisis y 48 estudios post diálisis. Para el estudio se cuenta con un equipo de Bioimpedancia marca BODYSTAT modelo QUADSCAN de 4 frecuencias (5, 50, 100 y 200 kHz) con software para evaluación propietario, Bodystat Limited, Douglas, Isle of Man, British Isles. La información se volcará en una plantilla del programa Epi Info 2002 para el procesamiento de los datos. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y comparativo.

Resultados: la población estudiada presenta las siguientes características: 48 pacientes (19 hombres, 29 mujeres), con edad promedio de 62 años (rango: 16 - 88 años), una talla promedio de 161 cm. (rango: 144 - 178 cm.) y un tiempo promedio de tratamiento de 37 meses (rango: 2 - 95 meses). En cuanto a los resultados antropométricos y composición corporal obtuvimos: el peso promedio

preHD es de 70 Kg., y postHD de 68Kg., obteniendo un descenso significativo del mismo ($p < 0.01$). El Índice de Masa Corporal (IMC) preHD es promedialmente de 27.1 (rango: 16.9 - 45.1) y postHD de 26 (rango: 15.9 - 43.8), asistiendo así a un descenso significativo del mismo ($p < 0.01$). La proporción de masa grasa preHD es de 33% (13% - 52%) y postHD de 36% (15% - 54%); y de la masa libre de grasa preHD de 67% (47% - 87%) y postHD 64% (45% - 85%), constatando una variación significativa ($p < 0.01$). La Reactancia (Xc) promedio en el preHD es 40.9 \pm (rango: 17.6 - 67.6) y en el postHD es de 53.3 \pm (rango: 18.4 - 79.3) por lo que constatamos un aumento significativo de la misma ($p < 0.01$). En cuanto a la Resistencia (R) corporal, las cifras promedios en el estado preHD son de 502.9 \pm (rango: 337 - 694.7) y en el postHD es de 577.2 \pm (rango: 387.4 - 769), por lo que asistimos a un aumento significativo ($p < 0.01$) de la misma. Pero, si bien observamos un aumento del valor del Ángulo de Fase (Xc/R) entre el estado pre HD y el postHD (4.7 & 5.3) este no es estadísticamente significativo. Si ajustamos los resultados de Reactancia, Resistencia y Ángulo de Fase obtenidos en base al tiempo de hemodiálisis utilizando como corte 12, 24, 36 y 60 meses, constatamos que los parámetros estudiados son mejores conforme menor es el tiempo de evolución del tratamiento, pero esta no es estadísticamente significativa.

Conclusión: el estudio por impedancia bioeléctrica (BIA) es una herramienta sencilla, rápida, de bajo costo y fidedigna para la evaluación de la composición corporal. El estudio de la Reactancia, Resistencia y el Ángulo de Fase en pacientes bajo tratamiento sustitutivo de la función renal crónico, es una precisa herramienta para valorar el grado de recuperación celular después de finalizada la sesión. Si bien no se demostró con este estudio como influye el tiempo de permanencia en plan hemodialítico y el deterioro celular, creemos que estos resultados están influenciados por otros estados mórbidos que presenta el paciente lo cual será objeto de estudio en una segunda etapa.

DIABETES GESTACIONAL, MOMENTO DE DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN CHILENA

Huidobro LA, Rozowski J, Uauy R, Prentice A.
London School of Higiene and Tropical Medicine, Universidad Católica de Chile.
✉ Andrea.huidobro@lshtm.ac.uk

Introducción: la incidencia de diabetes gestacional (DMG) ha aumentado en nuestro país. Su diagnóstico oportuno es importante dadas las consecuencias deletéreas para madre e hijo, durante el embarazo y en el largo plazo.

Objetivo: estudiar incidencia y momento de diagnóstico de DMG en embarazadas chilenas.

Métodos: seguimiento de mujeres con menos de 20 semanas de embarazo con glicemia basal y test de tolerancia a la glucosa al segundo y tercer trimestre de embarazo. Se toman datos clínicos, obstétricos y de parto y se compara población diabética diagnosticada en ambos trimestres.

Resultados: se siguieron 167 mujeres de 29,9 \pm 5,6 años ($\bar{x} \pm DE$), índice de masa corporal (IMC) pregestacional de 25,1 \pm 3,8, con 44% de ellas en sobrepeso. Se diagnosticó DMG en 23,95% de ellas, siendo edad e IMC factores de riesgo de DMG. Un 37,5% de las diabéticas se diagnosticó en el tercer trimestre del embarazo. La edad fue la única característica que difirió entre ambas poblaciones, siendo menor en las mujeres de diagnóstico más tardío (28,7 \pm 5,1 vs. 33,7 \pm 4,9 $p = 0,004$).

Conclusión: existe una importante proporción de diabéticas gestacionales de presentación tardía. Debieran revisarse las guías de diagnóstico de DMG que sugieren pesquisa en tercer trimestre sólo en presencia de factores de riesgo, dado que no existen factores que permitan sospechar su aparición tardía.

Proyecto financiado por el Wellcome Trust. Grant N° 062822.

MANEJO QUIRÚRGICO Y NUTRICIONAL EN FALLA INTESTINAL AGUDA

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Munguia TD, Arenas MD.
 Medicanova, Centro Médico Puerta de Hierro, Guadalajara Jalisco Mexico
 ✉ arenas50@hotmail.com

Antecedentes: las anastomosis del tubo digestivo son realizadas frecuentemente por el cirujano general en su práctica diaria. La dehiscencia de una anastomosis es consecuencia de factores técnicos o consecuencia de isquemia tisular y ocasiona morbi mortalidad elevada ya que se acompaña de peritonitis secundaria difusa. La meta del manejo de esta complicación es el control de la fuente de la infección a través de la exteriorización de los segmentos involucrados y el restablecimiento de la continuidad intestinal debe ser retardado hasta la resolución de la infección aun en localizaciones proximales.

Informe del caso: el objetivo del video es el de presentar el caso de una dehiscencia de anastomosis proximal al ángulo de treitz la cual fue manejada por una reanastomosis y en el cual se ejemplifican los principios quirúrgicos que el cirujano debe seguir para lograr el control quirúrgico adecuado de la fuente de la infección, el manejo nutricional domiciliario y finalmente la reconstrucción de la continuidad duodeno yeyunal.

Conclusiones: la exteriorización de los segmentos involucrados en la dehiscencia de una anastomosis aun en localizaciones proximales y la reoperación programada para remover la contaminación asociada y la prevención de la contaminación debe ser la meta del cirujano para lograr el control de la fuente de la infección. El manejo nutricional e hidroelectrolítico en domicilio es fundamental para mejorar el estado nutricional y disminuir costos de hospitalización prolongada y la continuidad debe ser restablecida tardíamente.

ASCITE QUILOSA: RELATO DE CASO DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS GANGLIONAR Y SIDA

Monte LVB, Lemes Jr JLA, Machado JC, Penaforte FR, Cunha SFC.
 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
 ✉ lemesjunior@terra.com.br

Ascite quilosa es una condición clínica rara, de elevada morbilidad y mortalidad, causada por el extravasamiento de linfa en la cavidad peritoneal. Transcurre del acometimiento de los vasos linfáticos por enfermedad linfática primaria, lesión abdominal traumática o quirúrgica, infección, neoplasias y enfermedad hepática crónica. Relatamos el caso de un hombre de 47 años, con historia de tos, flaqueza, hemoptise y pérdida de 10kg en un mes, además de moniliase esofágica y linfadenopatía generalizada. Fue hecho el diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida y tuberculosis ganglionar, habiendo sido iniciado tratamiento con Fluconazol y esquema RIP. Después de cuatro meses, el paciente presentaba cuadro de desnutrición clínica y laboratorial, ascite voluminosa, ictericia, alteración de la función hepática, además de insuficiencia adrenal. La paracentesis mostró líquido ascítico lechoso, con 579 mg/DL de triglicéridos, definiendo el diagnóstico de ascite quilosa. Fue sustituido el esquema terapéutico de la tuberculosis e introducido corticosteróide. El paciente pasó a recibir dieta vía oral alipídica, además de la terapia nutricional enteral con dieta semi-hidrolisada conteniendo triglicéridos de cadena media. Después de 15 días, como no hubiera mejora del volumen ascítico y había quejas de náuseas, vómitos y distensión abdominal, la dieta vía oral y la nutrición enteral fueron suspensas y fue introducida la terapia nutricional parenteral. En los 15 días siguientes, el paciente desarrolló neumonía e insuficiencia renal aguda refractaria a las medidas conservadoras; la nutrición parenteral fue suspensa y la nutrición enteral re-introducida. La ascite permanecía voluminosa y la paracentesis no mostró presencia importante de triglicéridos (50 mg/DL), sugiriendo la ausencia del componente quiloso. El paciente evolucionó con choque séptico, inestabilidad hemodinámica y óbito. Este caso es de particular interés debido a las múltiples causas de la ascite y por la desaparición de los triglicéridos en el líquido ascítico, en respuesta a la terapéutica nutricional.

DIETA Y PROGRESIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Liliana Gadola**Médico Nefrólogo. Montevideo, Uruguay.**

La importancia de la dieta en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica (IRC) es conocida de larga data. En 1869 Beale señalaba que la restricción proteica mejoraba los síntomas urémicos. Desde entonces mucho se ha investigado a nivel experimental y clínico. (Giordano y col) Al prescribir una dieta los objetivos serán no sólo mejorar la sintomatología urémica, sino enlentecer la progresión del daño renal y cardiovascular acompañante, en tanto se preserva un estado nutricional adecuado, ya que éste es un fuerte predictor de la morbi-mortalidad posterior. Diferentes nutrientes tienen un rol en la progresión de la IRC. La ingesta de sodio debe adecuarse por la incapacidad renal de excretar la carga sódica que lleva a hipertensión arterial e intraglomerular, conocidos factores de daño renal progresivo. (Brenner y col). El rol de la ingesta proteica en la agravación del daño renal, bien demostrado a nivel experimental, fue controvertido con estudios clínicos (MDRD). A nivel experimental Brenner, Hostetter y otros, en los 80, demostraron, (además del rol central del sistema renina-angiotensina), que la ingesta proteica determinaba vasodilatación intrarrenal y aumento de la presión hidrostática intraglomerular y la restricción proteica lograba menor progresión del daño renal en el modelo de NFX 5/6, por mecanismos hemodinámicos o no (aumento de TGF beta, PDGF, producción de matriz mesangial). La restricción proteica también reduce la proteinuria lo cual minimiza el daño renal (glomerular y tubulointerstitial) en varias nefropatías. Se recomienda la indicación en la IRC de una ingesta proteica de 0.7 - 0.8 g/k/día, o incluso menores si se asocian a aminoácidos esenciales y cetonaálogos. Levey y col. han demostrado que si se considera, no la indicación sino la ingesta real de proteínas, ésta se correlaciona con una menor tasa de descenso del filtrado glomerular en la IRC. La hiperfosforemia es un factor de riesgo para el desarrollo de HPT secundario y de calcificaciones vasculares. Severas restricciones de fósforo resultaron protectoras en ratas con ablación renal. La restricción proteica implica una simultánea disminución de fósforo ingerido. La acidosis metabólica de la IRC (por retención de ácidos fijos del catabolismo proteico con inadecuada excreción de amonio y menor reabsorción de bicarbonato renal) agrava la osteodistrofia renal, aumenta la proteólisis muscular, disminuye el filtrado glomerular, estimula la síntesis de amonio tubular, que por la vía alternativa del complemento causa inflamación tubulointerstitial y agrava el daño renal. La corrección con bicarbonato de sodio disminuye el daño renal pero el aporte de sodio puede agravar la hipertensión arterial. Hemos observado que aportar citrato de calcio a ratas Wistar con NFX 5/6 corrigió parcialmente la acidosis metabólica y disminuyó el daño funcional e histológico renal y que las células tubulares (KH2) en cultivo en medio ácido sufren transdiferenciación a miofibroblastos que disminuye con el agregado de citrato. Es controvertido el rol de los lípidos en la progresión de la IRC. La hiperlipidemia favorece el desarrollo de aterosclerosis sistémica y hay evidencia experimental de que agrava el daño renal sin modificar la presión intraglomerular. Los receptores de LDL de las células mesangiales activados por la hiperlipidemia, determinan proliferación y aumentan la producción de factores quimiotácticos de macrófagos, fibronectina y radicales libres de oxígeno. En los modelos de nefropatía crónica la producción de especies activadas de O₂ está incrementada y esto favorecería la oxidación de LDL que estimula a la endotelina, tromboxano A₂, angiotensina y citocinas proinflamatorias. Los inhibidores de HMG-CoA reductasa pueden (independiente de los niveles lipídicos) inhibir directamente la proliferación celular mesangial y la producción de factores quimiotácticos de monocitos. Varios autores han demostrado en la IRC un aumento del stress oxidativo y alteración de la vía del óxido nítrico (aumento de peroxinitrito y nitrotirosina) que podrían explicar la disfunción endotelial y el daño aterosclerótico observado. El aporte adecuado de vitaminas B6 y 12 y de ácido fólico podrían corregir la hiperhomocisteinemia observada y así prevenir el daño vascular producido por ésta. El estado nutricional de un paciente con IRC no sólo depende de la ingesta. Riella destaca el rol de enfermedades crónicas o agudas intercurrentes, alteraciones hormonales y acumulación de toxinas urémicas. A nivel experimental Mitch y col han encontrado en ratas urémicas un aumento del catabolismo proteico. En los pacientes en

diálisis se han encontrado otros factores, por ejemplo, un aumento de la oxidación de proteínas (protéolisis) causada por la acidosis metabólica principalmente. Simultáneamente se comprueba un estado inflamatorio crónico, en etapa predialítica y dialítica, que determina una disminución de la síntesis de albúmina, de transferrina y apo-A1, concomitante con un aumento de la síntesis hepática de "reactantes de fase aguda" como proteína C reactiva, ferritina, etc. Se considera que estas alteraciones estarían mediadas por interleucinas proinflamatorias como IL-1, IL-6, IL-8, TNF. Kaizu y col encontraron una correlación entre los niveles séricos de IL-6 y parámetros nutricionales como peso corporal, albuminemia y creatininemia. Himmelfarb y col destacan el rol de la albúmina como agente antioxidante pues sus grupos tiol son los principales antioxidantes plasmáticos, es un "scavenger suicida": al ser oxidada previene la oxidación de lipoproteínas y de la pared vascular. La hipoalbuminemia expone así al organismo a mayor riesgo por injuria oxidativa, y no es un mero marcador de bajo aporte proteico. Una prescripción dietética adecuada en la IRC puede contribuir a enlentecer la progresión del daño renal y lograr un estado nutricional adecuado, en la medida que se consideren y corrijan los demás factores metabólicos interactuantes.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL POR DIVERSOS MÉTODOS EN PACIENTES CLÍNICOS

Rodota L, Ryan S, Perman M, Delfante A, Cristina M, Villalonga L, Diaz J, Soriano ER.
Servicios de Terapia Intensiva y Alimentación, Dptos. de Enfermería e Información Hospitalaria
Hospital Italiano de Buenos Aires.

✉ mperman@fibertel.com.ar

Objetivo: evaluar el grado de concordancia entre diferentes métodos de evaluación/tamizaje nutricional, aplicados a una población seleccionada de pacientes con patologías médicas internados en un hospital universitario de referencia.

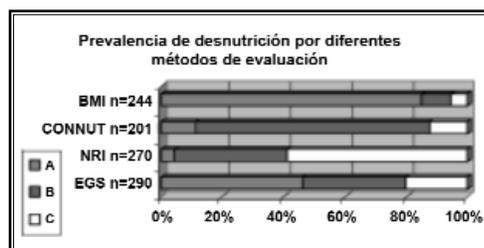
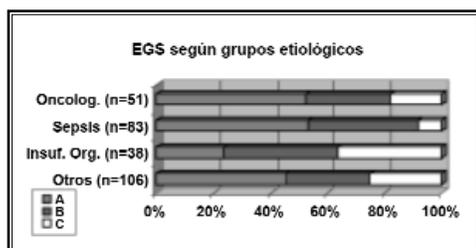
Material y métodos: estudio prospectivo, que incluyó a pacientes adultos que se internaron en el hospital para diagnóstico o tratamiento de enfermedades médicas. No se incluyeron los pacientes que se preveía que la internación sería menor de 48 horas o que hayan ingresado por enfermedades quirúrgicas o terminales o que le imposibilitaran la comunicación para contestar el cuestionario. La selección de los pacientes fue realizada por la enfermera coordinadora del estudio acorde a las pautas establecidas y en base al censo diario del hospital. La evaluación nutricional fue realizada dentro de las primeras 24 horas de internación, por equipos de dos profesionales (lic. nutrición, médicas, enfermeras), sin conocimiento previo de los diagnósticos del paciente ni la información registrada en su historia clínica. La evaluación nutricional consistió en la realización de: Evaluación Global Subjetiva (EGS), antropometría (peso, talla, circunferencia braquial y los pliegues subcutáneos tripital, bicipital, subescapular y suprailíaco), estudio de bioimpedancia eléctrica, fuerza muscular por dinamometría. De las muestras para la rutina bioquímica se obtuvieron los resultados de: recuento de linfocitos, dosaje de albúmina, prealbúmina, transferrina y colesterol. Se calcularon una serie de índices, de los cuales se presentan el Índice de Masa Corporal (IMC), el CONUT (Nutr Hosp 2002; 17: 179-188) y el Índice de Riesgo Nutricional (IRN) (Am J Surg 1980; 139: 160-167). El análisis estadístico se realizó con Stata 8. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativos (VPN) de la EGS para el diagnóstico de desnutrición (categorías B + C), tomando como patrones de referencia (gold standard) los valores anormales del BMI, del CONUT y del IRN. Se calculó el grado de concordancia de estos métodos para las distintas categorías de desnutrición utilizando el estadístico Kappa. Los datos se presentan como media y desvío estándar (\pm ds) o mediana y rangos intercuartiles 25-75 [IQ 25-75] o porcentajes, según corresponda.

Resultados: se evaluaron 290 pacientes, un 57 % hombres, con una mediana de Edad de 57 (IQ 49-71) años. Las causas más frecuentes de ingreso al hospital fueron las infecciones: 28,6 % de los pacientes, las neoplasias: 21,1 %, las insuficiencias de órganos 13,1 %, seguidas por una serie de otras causas: 37,2 %. La Estadía Hospitalaria fue de 5 (IQ 3-9) días, durante la cual hubo una incidencia de complicaciones del 17,9 % y una mortalidad del 4,14 %.

Por EGS categorizó a los pacientes de la siguiente manera:

A: Normonutrido	B: Desnutrición Leve/Moderada	C: Desnutrición Severa
46.4 %	33.2 %	20.4 %

En el gráfico de la derecha se observa el porcentaje de pacientes en cada categorías de la EGS acorde a los motivos de ingreso al hospital y en el de la izquierda el % de pacientes en c/u de las categorías de los 4 métodos.



EGS vs IMC: Sensibilidad 75 % - Especificidad 55,1%, VPP: 41 %; VPN: 84 %

EGS vs CONUT: Sensibilidad 60.7 % - Especificidad 58.5 %; VPP: 72 %; VPN: 46 %.

EGS vs INR: Sensibilidad: 53 % - Especificidad: 67 %; VPP: 97 %; VPN: 6 %

Conclusiones: acorde a la EGS, el 53.4 % de esta población de pacientes clínicos tuvo algún grado de desnutrición, lo cual fue aún mas marcado en el grupo de pacientes con insuficiencia de órganos. El grado de concordancia entre los 4 métodos fue significativo pero muy bajo. Comparando la EGS con cada uno de los otros métodos tomados como patrón de referencia, se observaron diferencias en la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN. Se puede concluir que los métodos evaluados miden parámetros conceptualmente diferentes y que no resulta sencillo determinar cual de los métodos tiene mejor capacidad predictiva de morbi-mortalidad.

NUTRIPREVENCIÓN EN ENFERMEDAD RENAL

Teresa Antoria

La nutrición adecuada es una herramienta que integra el manejo preventivo, interdisciplinario, de la enfermedad renal que promueve a nivel de prevención primaria un estilo de vida activo y una alimentación saludable, variada y equilibrada, conjuntamente con la aplicación de estrategias educativas con un enfoque biopsicosocial centrado en el individuo y su contexto.

Muchas patologías vinculadas a la alimentación: hipertensión (HTA), diabetes, dislipidemia, obesidad, litiasis renal, constituyen factores de riesgo de nefropatía. Si bien la susceptibilidad genética pesa, el ambiente puede influir favorablemente a través de buenas elecciones de estilo de vida en los aspectos alimentarios y de actividad física a fin de prevenir o limitar el daño renal.

Se analizará el abordaje dietético en este nivel en los aspectos del control de calorías, macro y micronutrientes así como de fitoquímicos y antioxidantes. En HTA la dieta DASH con restricción de sodio, es una dieta saludable que ha sido testeada en forma sistemática demostrándose que desciende la presión arterial, el colesterol LDL, la homocisteína, el stress oxidativo y la insulino resistencia. En diabetes tanto el estudio DCCT como el UKPDS mostraron que el buen control glucémico es decisivo para la prevención de enfermedad renal.

En prevención secundaria, el principal objetivo nutricional es coadyuvar en el retardo de progresión mediante modificaciones dietéticas precoces y oportuna, que puedan ser mantenidas en el tiempo y posibiliten un buen estado nutricional y una buena calidad de vida.

En el proceso de atención nutricional es crítica la valoración nutricional a través de parámetros objetivos: antropometría (peso, talla, cintura, cadera, pliegues cutáneos) y de datos bioquímicos (albuminemia $< 3.5\text{g/L}$ se vincula con inflamación crónica, acidosis y reducción de la ingesta y se asocia con incremento de la mortalidad); complementados con encuesta dietética, de modo de obtener un perfil que sustente la intervención nutricional en función de éste, del estadio de insuficiencia renal y de las comorbidades.

Es de destacar que en nuestro país en encuesta realizada en 1996 a población en tratamiento hemodialítico se identificó una obesidad premórbida de 44%. El impacto de la transición nutricional con la epidemia de obesidad y su cortejo con HTA, diabetes 2, dislipidemia e hiperuricemia ha implicado un desafío para los sistemas de salud de América Latina al que no somos ajenos. Sin embargo la reducción de peso en etapas tempranas conjuntamente con farmacoterapia puede mejorar la evolución de la nefropatía en obeso.

En otro extremo de la valoración nutricional en el paciente nefrológico es necesario identificar y recuperar a los desnutridos considerando su mal pronóstico desde el punto de vista de morbi-mortalidad. Intervención nutricional se analiza:

1. Modificación de la dieta en función del retardo de la progresión, la prevención de la enfermedad cardiovascular y el logro de un buen estado nutricional. Adaptada en cada etapa a la funcionalidad renal, se discute la reducción del aporte proteico, controvertido en los últimos años; el aporte de P, Na, K (acompañado fundamentalmente la medicación) y el aporte energético.
2. La selección de alimentos.
3. El uso de suplementos nutricionales y de alimentos vehiculizadores de nutrientes considerados renoprotectores a partir de diversos trabajos (proteína de soja, ácidos grasos, W3, antioxidantes) así como la exclusión de aquellos que producirían daño renal debido a la aplicación de procedimientos de preparación generadores de productos de glicación avanzada.
4. La adhesión a la dieta y las dificultades en la modificación de la conducta.
5. El rol del ejercicio y su importancia en la recuperación de la masa magra en deplecionados, así como en el mantenimiento de un buen estado nutricional.

RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ASMA EN ADULTOS JÓVENES

Morínigo C, Danei A, Fernández N, Cáceres M, Chirife G, González L, Repka S, Figueredo R, Espínola S.

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción - Paraguay.

✉ figuegr@uninet.com.py

Objetivos: determinar la relación entre el índice de masa corporal y la prevalencia de síntomas de asma en una población de adultos jóvenes.

Material y Métodos: Previa firma de un consentimiento informado, se reclutaron 250 estudiantes de la Carrera de Nutrición de una Universidad Privada de Asunción - Paraguay, de los cuales 95% eran mujeres y 5% varones. La edad promedio fue $21,9 \pm 3,9$ años. A dichos jóvenes se les realizaba una Encuesta, utilizando un Cuestionario modelo de ISAAC para asma y rinitis, así como cuestionarios sobre síntomas de reflujo gastroesofágico y actividad física. Se midieron peso y talla. Se realizó el análisis estadístico con Epi Info.

Resultados: El índice de masa corporal promedio de la población estudiada fue $21,2 \text{ kg/m}^2$ para las mujeres y $22,0 \text{ kg/m}^2$ para los varones. El 36,8% de los jóvenes manifestó haber tenido síntomas de asma alguna vez en la vida y 51,2% refirió síntomas de rinitis alguna vez en la vida. En los últimos 12 meses, presentaron episodios de sibilancias 13,2% y síntomas nasales 36,4%. Síntomas de reflujo

fueron referidos por 41,2% de los estudiantes. 61,2% realizaba ejercicios tres o más días de la semana. Los jóvenes con antecedentes de sibilancias presentaron un índice de masa corporal promedio mayor que los controles sanos (21,8 vs 21,0 kg/m² (p< 0,01). Las personas estudiadas con síntomas de asma en los últimos 12 meses tenían un índice de masa corporal promedio superior a los que no lo tenían (22,5 vs 21,0 kg/m² (p< 0,005). El análisis estratificado mostró que tanto el reflujo gastroesofágico, así como el sexo, la presencia de síntomas nasales y la actividad física no actuaban como factores de confusión estadística.

Conclusiones: existe una asociación estadísticamente significativa entre índice de masa corporal y la presencia de síntomas de asma en una población de adultos jóvenes.

INCIDENCIA Y RECONOCIMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Arias S, Blanco V, Bruzzone I, González C, Ruiz ME, Inchausti M, De Castro MJ, García F, Silveira R, Faber F, Dufau V, Esponda R, Elizondo T, Capurro D, Chambón C, Cardarelo MJ, Dorado M, Castro M, Bonilla S, Corbo C, Berasategui B, Alzamendi M, De María M, Cristiani F, Kurdian N, Graña S, De Pena P.

Clinica Medica "3" Facultad de Medicina Universidad de la República oriental del Uruguay.

✉ sylviaarias@montevideo.com.uy

Objetivos: determinar la prevalencia de la desnutrición en pacientes hospitalizados. Estudiar su evolución durante la internación. Valorar entre los pacientes desnutridos la aparición de complicaciones infecciosas durante la internación, úlceras de decúbito, la mortalidad, así como el tiempo de internación. Establecer el grado de reconocimiento del problema por parte del cuerpo médico.

Métodos: la población en la que se realizó el presente estudio es la usuaria del Ministerio de Salud Pública, la más carenciada, en un hospital general con áreas de medicina y cirugía, exceptuando la traumatología, ginecología y pediatría.

Se realizó el diagnóstico nutricional mediante parámetros antropométricos: índice de masa corporal, pliegue tricípital, circunferencia media del brazo, y perímetro muscular medio del brazo; e inmunológicos: linfocitosis. Los valores hallados se compararon con tablas percentiladas para igual edad y sexo para el diagnóstico de desnutrición (leve, moderada y severa), normonutrición, sobrepeso u obesidad. Se controló la evolución del peso en los pacientes que permanecían internados a la semana y 15 días del ingreso. Se consignaron la aparición de infecciones intrahospitalarias, úlceras de decúbito, estadía, mortalidad.

Conclusiones: se observó una prevalencia de desnutrición del 53% en los pacientes hospitalizados, con 46% de desnutrición grave. La misma tuvo una frecuencia significativamente mayor entre los mayores de 70 años y en los menores de 20 (p= 0,018). Se encontró un aumento de la mortalidad para los pacientes desnutridos estadísticamente significativo (p= 0,0142), así como una estadía hospitalaria promedialmente de cuatro días más (P< 0,05). Se observó una prevalencia mayor de complicaciones infecciosas y úlceras de decúbito también significativamente mayor entre los desnutridos (p= 0,008). Hubo una tendencia entre los pacientes desnutridos a perder peso mayor que en los demás pacientes pero la misma no fue estadísticamente significativa. Se registró un vago diagnóstico de desnutrición en el 16% de las historias médicas, y se realizó una prescripción dietética acorde en el 5% de los casos. La desnutrición se trata de la enfermedad más prevalente, menos reconocida y tratada de los pacientes hospitalizados.

Congresos, Cursos y eventos 2006



Congresos y Eventos año 2006

DESNUTRICIÓN Y SOPORTE NUTRICIONAL PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN PARA GRADUADOS FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES **Organizado por:**

- Programa de Soporte Nutricional - Servicio Terapia Intensiva de Adultos- Hospital Italiano de Buenos Aires
- Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP)
- Servicio de Nutrición y Dietética - Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata

Dirigido a:

- Médicos; Lic. Nutrición/Nutricionistas; Farmacéuticos; Enfermeras Univ/Lic. Enfermería

Metodología:

- Actividades presenciales: 256 horas (clases, seminarios, talleres)
- Realización de tareas en el domicilio, incluyendo monografía final
- Evaluaciones parciales periódicas y final
- Actividades prácticas opcionales en servicios habilitados por AANEP

Inicio: Viernes 7 y sábado 8 de abril de 2006. Solicitud de Informes por teléfono: de 8 a 14 horas en Secretaría UTIA del Hospital Italiano, tel. 4958-3458 y de 14 a 19 horas en la secretaría de AANEP, tel. 4864-2804.

Informes por mail: aanep@speedy.com.ar
gabriela.cantelli@hospitalitaliano.org.ar

JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PARENTERAL (AANEP)

Salta - 7 y 8 de Agosto de 2006

Hotel Alejandro I

Informes: secretaría de AANEP

Tel: 011-4864-2804

Lavalle 3643 3° F. E-mail: aanep@speedy.com.ar

28 CONGRESO ESPEN

Estambul - Turquía - 25/28 de agosto de 2006

www.espen.org

CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA **Gastro 2006**

2 al 5 de septiembre de 2006

Sheraton Buenos Aires Hotel
& Convention Center

San Martín 1225. Buenos Aires - Argentina.

Fecha límite de presentación de Trabajos:

28 de abril de 2006

Secretaría e Informes: MCI Congresos y Eventos
Viamonte 965 7° piso "A" (C1053ABS).

Buenos Aires. Argentina.

Tel: (54-11) 4325-1273 / 1290

E-mail: mci@mcimeetings.com

CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO NUTRICIÓN CLÍNICA Y SOPORTE NUTRICIONAL (ADULTOS Y PEDIATRÍA)

Organizan:

- IDIP (Instituto de Desarrollo e investigaciones Pediátricas)
- Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. La Plata.
- Servicio de Nutrición y Dietética. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata

Certificado por la Universidad Nacional de La Plata.
Marzo a diciembre de 2006.

Inicio: viernes 31 de marzo de 2006.

Actividades: 4° viernes de cada mes de 9 a 18 hs
y sábados 9 a 13 hs.

Dirigido a: Médicos, Lic. Enfermería,

Lic. Nutrición, Farmacéuticos

Informes:

- IDIP: institutoinvestigaciones@hotmail.com
- Tel: 0221-453-5901 (int. 1767)

IX° JORNADAS ARGENTINAS Y I° JORNADAS TRASANDINAS DE NUTRICIÓN 2006

Sociedad Argentina de Nutrición. Viamonte 2146 5° B.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1056ABH)

Tel: 011-4954-0400/0700. Mail: info@sanutricion.org.ar

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Novena Promoción (2006-2008)

Inicio: 21 de abril 2006

Lugar de actividades: Instituto Superior Octubre (SUTERH). Venezuela 346, San Telmo, Buenos Aires.

Carga horaria total: 630 horas

Requisitos para el ingreso: ser egresado de cualquier Universidad oficialmente reconocida con título de grado final correspondiente a carreras de cuatro años de duración como mínimo.

Inscripciones: Del 15 de febrero al 15 de abril de 2006 en la oficina de alumnos: 29 de Septiembre 3901, Remedios de Escalada, Lanús.

Horarios: lunes a viernes de 10 a 13 y de 14 a 20 hs.

APOYO NUTRICIONAL EN PATOLOGÍA DIGESTIVA I (PRIMERA PARTE)

Destinado a: médicos clínicos, gastroenterólogos, cirujanos, especialistas en Nutrición; Licenciados en Nutrición.

Organizado por: Grupo de Apoyo Nutricional del Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo" (Bs. As.).

El curso está estructurado en forma modular y se desarrollará mediante clases teórico-prácticas, con análisis y discusión de casos clínicos.

El curso se llevará a cabo todos los martes, desde el martes 30 de mayo hasta el martes 27 de junio.

Carga horaria: 25 horas

Días: martes, del 30 de mayo al 27 de junio.

Horario: 10 a 13 horas.

Lugar: Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo".

Caseros 2051 2º Piso Pabellón B Aula Magna.

Directora: Dra. Graciela M. Soifer.

PROGRAMA

MÓDULO 1. Apoyo Nutricional en Patología Clínica y Quirúrgica del esófago.

MÓDULO 2. Apoyo Nutricional en Patología Clínica y Quirúrgica Gástrica.

MÓDULO 3. Apoyo Nutricional en Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

MÓDULO 4. Apoyo Nutricional en Patología Clínica y Quirúrgica del Páncreas.

MÓDULO 5. Enfermedad celiaca y apoyo nutricional.

NUTRIENTE - MEDICAMENTO: SUS INTERACCIONES

Organizado por: Cátedra de Nutrición, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA.

Departamento de Docencia del Sanatorio Mater Dei.

Período: 1/junio/2006- 13/julio/2006

Informes e inscripción: Escuela de graduados.

Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA.

Junín 956 - Planta Principal.

Tel. 4 964-8214

XIV CURSO ANUAL DE NUTRICIÓN CLÍNICA

Destinado a médicos exclusivamente.

Carga horaria: 350 hs. cátedra

Evaluaciones: parciales, presentación de monografía y examen final.

Otorga puntaje para recertificación (150 puntos).

Dictado de clases: lunes y martes de 13:00 a 16:00 hs. (del 2 de mayo al 28 de noviembre)

Lugar: sede S.A.N. - Viamonte 2146 5º "B"

Ciudad Autónoma de Bs. As.

Comunicarse de lunes a viernes de 10:00 a 16:00 hs.- a los teléfonos 4954-0400/0700

E-mail: eventos@sanutricion.org.ar

CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL: NORMALIDAD, PREVENCIÓN Y PATOLOGÍAS

Destinado a médicos y licenciados en Nutrición con interés en el área pediátrica.

Carga horaria: 60 hs. cátedra

Se desarrollará el primer y tercer miércoles de cada mes, de Abril a Noviembre de 2006, de 19 a 22:15 hs, en la sede de la Sociedad.

Cada tema tendrá un enfoque teórico y práctico (modalidad taller).

E-mail: eventos@sanutricion.org.ar