

# RNC

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

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

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

*Registro de la Propiedad Intelectual Nº 282238*

*Editada por Ediciones de La Guadalupe*

## S U M A R I O

— **67** —

**editorial**

*Marcela Dalieri*

— **69** —

**trabajo original**

ESTADO DE LA PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA EN LOS HOSPITALES CUBANOS  
¿A CADA QUIEN SEGÚN SUS NECESIDADES?

*Grupo de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria en Cuba*

— **85** —

**abstracts presentados en**

XIV CONGRESO ARGENTINO - VI DEL CONO SUR DE  
SOPORTE NUTRICIONAL Y METABOLISMO

II CONGRESO ARGENTINO DE SOPORTE NUTRICIONAL  
Y METABOLISMO EN PEDIATRÍA

1º parte

**calendario 96**

## STAFF EDITORIAL

**DIRECCIÓN CIENTÍFICA**

Dra. Marcela Dalieri

**COMITÉ CIENTÍFICO EDITORIAL**

Dra. Adriana Crivelli  
 Dr. Eduardo Ferraresi  
 Lic. Nutr. Roxana Guida  
 Dra. Claudia Kecskes  
 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<sup>†</sup>  
 Farm. Rodolfo Raviolo  
 Dr. Isaías Schor  
 Dr. Marcelo Tavella  
 Farm. Ana María Menendez  
**En Chile**  
 Dr. Juan Kehr  
 Dra. Julieta Klaassen

Dr. Alberto Maiz  
 Dr. Nicolás Velazco  
**En Paraguay**  
 Dra. Clara Búrguez  
 Dra. Flora Suárez de Achón  
 Dra. Silvia Silva de Checo  
**En Uruguay**  
 Dr. Hugo Bertullo  
 Dra. Estela Olano  
**En España**  
 Dr. Jordi Salas i Salvadó  
**En Brasil**  
 Dr. Dan Waitzberg

**COORDINADOR DE PUBLICACIONES DE FELANPE**

Dr. Mario Císero Falção

## COMISIÓN DIRECTIVA AANEP

**Presidente**

Dra. Corina Dlugoszewski

**Vicepresidente**

Farm. Angélica García

**Secretaria**

Dra. Marcela Fabeiro

**Tesorero**

Dr. Eduardo Ferraresi

**Dir. Área Médica**

Dr. Gustavo Ramuzzi

**Dir. Área Nutric.**

Lic. Gabriela Perez

**Dir. Área Farm.**

Farm. Rosana Giangriego

**Dir. Área Enfermería**

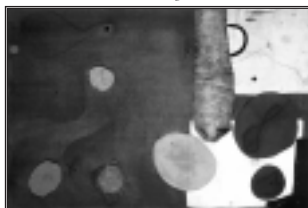
Lic. Marcela Rojas

**Vocal**

Dra. Adriana Fernandez

**Vocal**

Dra. Adriana Crivelli

*Ilustración de tapa*

descomposición gráfica sobre la obra  
*Collage*

*Técnica Mixta, 1929*  
 James Thrall Soby Fund  
 Joan Miró

 NUEVA DIRECCIÓN DE E-MAIL:  
 ✉ [aanep@fibertel.com.ar](mailto:aanep@fibertel.com.ar)

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

RNC  
 es una edición trimestral de

**EDICIONESDELA  
 GUADALUPE**

**Dirección Editorial**

Lic. Iris Uribarri

**Departamento de Arte**

Aldana Accomasso  
 Eugenia Grané

Ayacucho 702, 6° B - C1026AAH  
 Buenos Aires, Argentina  
 Tel/fax: 4373-0751/ 4372-0799  
[edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar](mailto:edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar)

## editorial

Estimados lectores:

En este número de la RNC veremos plasmada una vez más la realidad de la asistencia nutricional en pacientes hospitalizados.

A través del trabajo original minuciosamente llevado a cabo por el Dr Santana sobre “El estado de la prescripción dietética en Hospitales Cubanos” podremos proyectar el estado actual del entorno donde desarrollamos nuestra actividad institucional.

Muchas de las condiciones descriptas seguramente las vivimos diariamente donde quiera que trabajemos.

Resulta oportuno interrogarnos varias cosas: ¿Por qué? ¿Está bien así? ¿Es la indicación de una dieta un proceso muy complejo? ¿O es una indicación que se considera ajena a la posibilidad de curación y por lo tanto se menosprecia? ¿Quiénes deben ocuparse? ¿Cómo será nuestra realidad? ¿Tememos conocerla?

Evidentemente la lista de interrogantes podría volverse muy extensa, pero lo relevante sería comenzar con las respuestas.

Un dicho popular reza “mal de muchos consuelo de zonzos”. Esperemos no honrarlo...

En una segunda parte de esta publicación comenzaremos a presentarles los trabajos libres presentados en el último Congreso de Soporte Nutricional y Metabolismo realizado en el mes de Mayo del corriente año en la Ciudad de Buenos Aires.

Una vez más la AANEP pudo renovar esta actividad científica y nos permitió compartir entre los 900 profesionales inscriptos saberes y experiencias en el campo de la nutrición.

El comité científico del congreso ha evaluado cerca de 50 trabajos libres enviados y nos posibilita de ahora en más hacerlos extensivos a todos nuestros lectores.

Es nuestro mayor deseo que cada una de estas producciones pueda culminar en publicación en nuestra revista.

Un cordial saludo,

**Marcela Dalieri**

---

trabajo original

## Estado de la prescripción dietética en los hospitales cubanos ¿A cada quien según sus necesidades?

### Grupo de Estudio de la Desnutrición Hospitalaria en Cuba

*Correspondencia: Dr. Sergio Santana Porbén.*

*Afiliación: Grupo de Apoyo Nutricional.*

*Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".*

*San Lázaro 701. Ciudad Habana 10300.*

✉ [ssergito@infomed.sld.cu](mailto:ssergito@infomed.sld.cu)

### Resumen

Durante la conducción del Estudio Cubano de Desnutrición Hospitalaria se recuperaron 1251 prescripciones dietéticas. Estas prescripciones fueron agrupadas según la comunalidad de la denominación, y distribuidas de acuerdo a cualquiera de 12 categorías del problema principal de salud. La figura dietética hospitalaria se inspeccionó en búsqueda de información sobre la composición nutrimental de los alimentos a servir, y de la textura/consistencia corrientes. El 88.6% de las figuras dietéticas recuperadas no comportaban información sobre la composición nutrimental de la dieta servida a los pacientes encuestados. El 34.7% de las prescripciones dietéticas recuperados no aportó información sobre la textura/consistencia de los alimentos servidos. Las 5 figuras dietéticas más prescritas en la presente serie de estudio fueron la "dieta libre": término empleado vernáculamente para referirse a una dieta libre de modificaciones en la textura/consistencia de los alimentos servidos al paciente (56.0%); variaciones de la misma: "dieta libre sin sal" (14.4%); y "dieta libre reforzada" (8.1%). Entre ellas 3 comprendieron el 78.5% de todas las figuras dietéticas indicadas. La "dieta hiperproteica" (14.6%), y la "dieta básica" (6.9%) fueron las otras figuras prescritas con mayor frecuencia. Solo el 10.1% de las figuras dietéticas informaban sobre los aportes prescritos de energía, mientras que otro 2.4% reportaba sobre las cantidades indicadas de proteínas. La mediana de las prescripciones nutrimentales fue como sigue: Energía: 1500 Kilo-calorías (Mínimo, Máximo: 1200-4000); y Proteínas: 80 gramos (30-300). La prescripción dietética fue esencialmente independiente del problema principal de salud. El acto de servirle al enfermo hospitalizado los alimentos requeridos según el estado de salud y las necesidades nutrimentales y metabólicas es extremadamente complejo y caótico, lo que debe justificar tanto acciones intervencionistas educativas para todos los involucrados en el proceso de la prescripción dietética hospitalaria, como mejoras tecnológicas de los servicios de gastronomía hospitalaria que permitan una alimentación equilibrada y personalizada. Se espera de estas acciones que se puedan modificar las cifras corrientes de desnutrición hospitalaria.

**Palabras clave:** Dieta; Alimentación; Nutrición; Prescripción dietética; Gastronomía hospitalaria.

## Abstract

Twelve hundred fifty-one diet prescriptions were recovered during the conduction of the Recovered statements were aggregated according with the commonality of the denominations, and distributed by any of 12 different categories of patient's primary health problem. Hospital diet statements were further inspected in search of information regarding nutrient composition of foods to be prepared and served, and current texture/consistency. Eighty-eight point six percent of recovered diet statements did not bear any information on nutrition composition of food to be prepared and served to the surveyed hospitalized patients. Thirty-four point seven percent of recovered diet prescriptions did not give information on texture/consistency of prescribed foods. "Free diet": a term colloquially used to refer to a diet not modified in its texture/consistency (56.0%); variations of the "free diet": "free diet without salt" (14.4%); and "reinforced free diet" (8.1%); comprised 78.5% of all prescribed diet statements. "Hyper-proteic diet" (14.6%), and "Basic diet" (6.9%) were the other two frequently prescribed statements. Only 10.1% of the diet prescriptions did informed on the indicated energy quantities, whereas another 2.4% reported on the indicated protein needs. Median of nutrient prescriptions were as follows: Energy: 1500 Kilocalories (Minimum, Maximum: 1200-4000); and Proteins: 80 grams (30-300). Diet prescription was essentially independent from the primary health problem. The mere act of serving the hospitalized patient with the amounts of foods required by the current health state, and also metabolic and nutrient needs, is extremely complex and chaotic, and should justify intervention educational actions for all those involved in the process of hospital prescription diet, along with technological improvements in the hospital catering services that ultimately allow a personalized as well as a balanced diet. It is expected from these actions that current figures of hospital malnutrition to be modified significantly.

**Keywords:** Diet; Food; Nutrition; Diet prescription; Hospital gastronomy.

## Introducción

La prescripción dietética debe ser la indicación

central en el tratamiento de la enfermedad corriente del paciente<sup>[1-3]</sup>. La prescripción dietética puede adoptar la forma de un régimen alimentario diseñado según las recomendaciones nutrimentales formuladas para una población especificada<sup>[4-5]</sup>, o un planteamiento dietético construido expresamente para subpoblaciones de pacientes en la esperanza de influir positivamente sobre la evolución natural de la enfermedad, contribuir a paliar los síntomas, y/o lograr la sinergia con la medicación instalada<sup>[6-7]</sup>.

Se espera que la prescripción dietética tenga en cuenta la enfermedad corriente del paciente, los cambios ocurridos en los hábitos dietéticos, las necesidades nutrimentales estimadas en el momento particular de la evolución de la enfermedad, la concurrencia de situaciones que implican estrés metabólico, derivados de la condición corriente del paciente (sepsis/falla de órganos) y/o el tratamiento instalado (cirugía/radioterapia/quimioterapia/diálisis), y los objetivos del plan terapéutico.

La Encuesta Cubana de Desnutrición Hospitalaria<sup>1</sup> se condujo entre 2000-2001 para estimar la tasa corriente de desnutrición entre los pacientes ingresados en 12 hospitales del país. Los resultados se han expuesto previamente<sup>[8]</sup>. En un segundo artículo se presentó el estado de la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado<sup>[9]</sup>. En este trabajo se presenta el estado actual de la prescripción dietética en los hospitales encuestados.

## Material y Método

Los detalles del diseño y la conducción del Estudio ELAN-CUBA se han expuesto previamente. El paciente fue diagnosticado como Desnutrido (Moderado o En Riesgo/ Gravemente) si recibió un puntaje B o C después de la administración de la Encuesta Subjetiva Global (ESG) del Estado nutricional descrita anteriormente<sup>[10]</sup>.

Los pacientes encuestados se agruparon según el problema corriente de salud que obligó a su ingreso, y guió su tratamiento médico-quirúrgico:

<sup>1</sup>De ahora en lo adelante denominada como el Estudio ELAN-CUBA.

**Anexo 1.** Descripción de las categorías de clasificación de los problemas corrientes de salud del paciente.

<b>Problema de salud</b>	<b>Definición</b>
Cáncer	Diagnóstico confirmado de cáncer, anotado en la Historia Clínica del paciente, en diferentes etapas del cumplimiento del plan médico-quirúrgico.
Corazón y vasos sanguíneos	Enfermedades relacionadas con el corazón, el aparato valvular, y los vasos sanguíneos, complicadas o no, en diferentes etapas de tratamiento.
Diabetes mellitus	Diagnóstico confirmado de Diabetes mellitus tipo I, que necesita insulina para su compensación, complicada o no, en diferentes etapas del tratamiento médico. Se excluyeron los cuadros de trastornos de la utilización periférica de los carbohidratos asociados a la obesidad.
Enfermedad Renal Crónica	Diagnóstico confirmado de Enfermedad Renal Crónica, anotado en la Historia Clínica del paciente, y que haya motivado el ingreso corriente. El paciente puede estar o no en terapias sustitutivas de la función renal, compensado o no, presentar complicaciones o no.
Enfermedad Hepática Crónica	Diagnóstico confirmado de Enfermedad Hepática Crónica, anotado en la Historia Clínica del paciente, y que haya motivado el ingreso corriente.
Enfermedades gastrointestinales	Toda afección del tracto gastrointestinal y de las glándulas accesorias, que no estén incluidas en las categorías anteriores.
Afecciones ortopédicas	Toda afección del sistema osteomioarticular que haya motivado el ingreso corriente del paciente.
Afecciones urológicas	Toda afección de las vías urinarias, vejiga y uretra. Se incluyen las afecciones benignas de la próstata.
Afecciones neurológicas y psiquiátricas	Toda afección en cualquiera de las esferas de la personalidad del sujeto: conativa (conductual), cognoscitiva (intelectual), y afectiva.
Afecciones ginecológicas	Mujeres atendidas por afecciones malignas (o no) del aparato genital: ovarios/útero/anexos.
Afecciones respiratorias	Toda afección de las vías aéreas superiores, bronquios, pulmones y pleura
Quemados	Pacientes afectados en grado variable por lesiones térmicas.
Otras	Todas las que no quedaron incluidas en las anteriores categorías.

Cáncer, Corazón y vasos sanguíneos, Diabetes mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Hepática Crónica, Enfermedades gastrointestinales, Afecciones ortopédicas, Afecciones uro-

lógicas, Afecciones neurológicas y psiquiátricas, Afecciones ginecológicas, Afecciones respiratorias, y Quemados. Se creó una categoría adicional para reunir a aquellos pacientes que no pudieron ser

**Anexo 2.** Nomenclatura para la evaluación de la prescripción dietética hospitalaria.

<b>Dietas no restringidas</b>	
Sin.: Dieta básica Dieta general Dieta libre	
<b>Dietas restringidas.</b> Limitadas en el aporte de un nutriente especificado	
- Restringida en el aporte de glúcidos simples	Cuadros de mala utilización periférica de los glúcidos: Diabetes mellitus
- Restringida en el aporte de fibra dietética insoluble	Cuadros de diarreas
- Restringida en el aporte de proteínas alimentarias	Cuadros de mala utilización periférica y/o disposición final del nitrógeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad hepática crónica</li> <li>• Enfermedad renal crónica</li> </ul>
- Restringida en el aporte de grasas alimentarias	Cuadros de mala utilización periférica de las grasas alimentarias
- Restringida en el aporte de sal común	Cuadros de retención hídrica
- Restringida en el aporte de purinas	Cuadros de hiperuricemia (Gota incluida)
- Restringida en el aporte de Cobre	Enfermedad de Wilson

asignados a ninguna de las anteriores. En el Anexo 1 se muestran las definiciones para la creación de los estratos de clasificación.

En cada estrato de clasificación se registraron la presencia de sepsis y la frecuencia de puntajes (B+C); junto con la presencia de estrés metabólico, y la ocurrencia de cambios recientes en los hábitos dietéticos, tal y como se registraron en los formularios de la ESG del paciente.

Adicionalmente, se registró la prescripción dietética corrientemente instalada en el sujeto encuestado, después de la inspección de la Hoja "Indicaciones Terapéuticas" de la Historia Clínica.

#### EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA HOSPITALARIA

La prescripción dietética constituye el momento inicial del proceso de servido de alimentos al pa-

ciente hospitalizado, y a la vez, determina la calidad del proceso entero. En razón de ello, se espera que la prescripción dietética hospitalaria informe sobre la composición nutrimental de la dieta que habrá de consumir el paciente, y sobre la textura y consistencia de los alimentos que se le servirán. Así, la prescripción dietética hospitalaria puede ser (o no) restringida (léase limitada) en el aporte de los nutrientes que (se percibe) no son utilizados correctamente por la economía del enfermo.<sup>2</sup>

La prescripción dietética hospitalaria también de-

<sup>2</sup>La exclusión de uno u otro nutriente de la dieta regular del paciente representa una herencia de la Medicina francesa clásica cuando, ante la ausencia de opciones farmacológicas/terapéuticas útiles y seguras, se tenía a la prescripción dietética como la única intervención válida para paliar la progresión de la enfermedad, o hacer remitir los síntomas.



be informar sobre la textura y consistencia de los alimentos que se le han de servir al enfermo, esto es, la forma de presentación de los alimentos, a fin de garantizar su incorporación. La dieta hospitalaria puede ser (o no) modificada en consistencia y textura, de manera de maximizar la masticación y la deglución cuando estas funciones están afectadas, o facilitar la infusión a través de diferentes accesos enterales (Anexo 2).

En la misma cuerda, se esperaría que la prescripción dietética reflejara el estado corriente de salud del enfermo. Se han descrito figuras dieto-terapéuticas para situaciones especificadas de salud<sup>[6-7]</sup>. Luego, el objetivo de este trabajo fue evaluar la capacidad de la prescripción dietética corriente de portar información sobre la composición nutrimental y la textura/consistencia de las dietas que se le prescriben a los pacientes encuestados. Adicionalmente, se evaluó si las características de la prescripción dietética corrientemente instalada reflejaban la situación actual de salud del enfermo.

#### TRATAMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES RECUPERADAS

Las prescripciones dietéticas hospitalarias recuperadas en el curso del Estudio ELAN-CUBA se editaron mínimamente para agruparlas según la comunalidad de la denominación empleada por el prescriptor en la redacción, sin que por ello se modificara la sintaxis original.

Una vez revisadas, las figuras dietéticas fueron inspeccionadas para determinar si informaban explícitamente sobre la composición nutrimental de la dieta prescrita al enfermo: Proteínas + Energía + Distribución de la energía alimentaria; Proteínas + Energía; Energía; y Proteínas. Se creó una categoría adicional para incluir en ella a aquellas figuras dietéticas que no portaban ninguna información sobre la composición nutrimental de la dieta hospitalaria.

Las figuras dietéticas recuperadas también se inspeccionaron para determinar si informaban explícitamente sobre la textura y consistencia de los alimentos servidos al paciente: Líquida, Licuada, Blanda, Blanda y Líquida, Triturada, Modificada en consistencia<sup>[11]</sup>. Se aceptaron los tér-

minos de “General”, “Libre”, y “Básica” como indicativos de que no fue necesario modificar la textura y/o consistencia de los alimentos servidos al enfermo. Al igual que en el caso anterior, se creó una categoría adicional para colocar dentro de ella a las prescripciones que no ofrecieran información sobre la textura/consistencia de los alimentos servidos.

Las figuras dietéticas recuperadas y revisadas se distribuyeron según el problema corriente de salud. En cada estrato de clasificación del problema de salud se identificaron las 5 figuras dietéticas más prescritas, junto con las 5 menos prescritas. De esta manera, se trató de evaluar si existía una dependencia entre el problema corriente de salud del paciente y la prescripción dietética instalada.

Finalmente, se segregaron aquellas prescripciones que informaban sobre el contenido energético y proteínico de la dieta del enfermo para establecer las cantidades de energía y proteínas indicadas corrientemente.

#### PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO-MATEMÁTICO

Los datos recuperados se ordenaron mediante los estratos descritos de clasificación, y se redujeron en cada estrato mediante estadígrafos de agregación (porcentajes).

Los aportes de energía y proteínas alimenticias se redujeron mediante estadígrafos no paramétricos de locación (mediana) y dispersión (mínimo/máximo). Los aportes de energía y proteínas alimenticias se estimaron tanto para la serie de estudio como para las diferentes categorías del problema de salud.

Dada la naturaleza descriptiva del estudio, en vista de que se deseaba tener una visión global del estado corriente de la prescripción dietética en los hospitales cubanos encuestados, no se aplicaron técnicas estadísticas inferenciales.

#### Resultados

La Tabla 1 muestra la distribución de los problemas de salud encontrados en los enfermos encuestados, agrupados en los 12 estratos creados

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según el problema corriente de salud. Se muestran los porcentajes correspondientes a los diagnósticos principales en cada estrato, junto con el porcentaje que representan respecto del subtotal respectivo.

Problema de salud	Número [%]	Diagnósticos principales
Cáncer Y	241 [12.7]	Pulmón: 17.0 Colon: 16.2 Linfomas, leucemias y otras afecciones linfoproliferativas: 9.5 Mama: 6.2 Cabeza y cuello: 5.4 Vejiga: 5.4 [59.7]
Corazón y vasos sanguíneos	290 [15.2]	Enfermedad hipertensiva en diferentes estadios de instalación y progresión: 27.2 Enfermedad coronaria en diferentes estadios de instalación y progresión: 22.1 Enfermedad cerebrovascular en diferentes estadios de instalación y progresión: 17.2 [66.5]
Diabetes mellitus	62 [3.3]	Compensada: 62.9 Descompensada: 16.1 Complicada: 29.0 [100.0]
Enfermedad Renal Crónica	58 [3.0]	Enfermedad en distintas etapas de progresión y tratamiento: 93.1 Complicada: 5.2 Disfunción crónica del injerto renal: 1.7 [100.0]
Enfermedad Hepática Crónica	27 [1.4]	Enfermedad en distintas etapas de progresión y tratamiento: 88.9 Complicada: 11.1 [100.0]
Enfermedades gastrointestinales ¶	331 [17.4]	Úlcera péptica en distintas etapas de progresión y tratamiento: 19.6 Litiasis de vías biliares, complicada o no: 9.9 Apendicitis aguda: 8.8 Hepatitis viral: 6.0 Diarreas: 5.7 Gastroduodenitis en distintas etapas de progresión y tratamiento: 5.7 Pancreatitis en distintas etapas de progresión y tratamiento: 4.8 Enfermedad inflamatoria intestinal: 4.2 [64.7]
Afecciones ortopédicas	171 [9.0]	Deformidades y lesiones de la columna vertebral: 29.2 Artralgias, artritis y otras afecciones articulares: 24.6 Lesiones de miembros inferiores: 16.9 [70.7]

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según el problema corriente de salud. Se muestran los porcentajes correspondientes a los diagnósticos principales en cada estrato, junto con el porcentaje que representan respecto del subtotal respectivo (Continuación).

Problema de salud	Número [%]	Diagnósticos principales
Afecciones urológicas	133 [7.0]	Litiasis renal y de vías urinarias: 34.6 Adenoma de próstata en diferentes etapas de estudio y tratamiento: 20.3 Sepsis urinaria: 17.3 [72.2]
Afecciones neurológicas y siquiátricas	150 [7.9]	Trastornos de la esfera afectiva: 22.7 Trastornos psicóticos: 7.3 Alcoholismo: 6.0 Cefalea de etiología no aclarada en el momento de la encuesta: 6.0 Esquizofrenia: 5.3 Epilepsia: 4.7 [52.0]
Afecciones ginecológicas ♣	49 [2.6]	Fibroma uterino: 44.9 Enfermedad inflamatoria pélvica en distintas etapas de tratamiento: 36.7 [81.6]
Afecciones respiratorias ∂	169 [8.9]	Bronconeumonía bacteriana: 21.9 Asma bronquial: 18.9 Neumonía bacteriana: 18.3 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 13.6 [72.7]
Quemados	22 [1.1]	SCQ < 20.0%: 45.5 SCQ entre 20.0 - 29.9%: 13.6 SCQ entre 30.0 - 39.9%: 18.2 SCQ entre 40.0 - 49.9%: 4.5 SCQ entre 50.0 - 59.9%: 18.2 [100.0]
Otras ♠	200 [10.5]	Lesiones oftalmológicas: 20.0 Afecciones de la piel - infestadas o no: 13.0 Fiebre de etiología no aclarada en el momento de la encuesta: 7.5 Anemia de etiología no aclarada en el momento de la encuesta: 7.0 Hernia: Inguinal/Umbilical/Incisional: 6.0 [53.5]

Y Se desconocía la localización del tumor primario en 5 pacientes en el momento de la encuesta.

¶ Se sospechaba la presencia de cáncer en 13 de los pacientes de este subgrupo en el momento de la conducción de la encuesta.

♣ Se sospechaba la presencia de cáncer en una de las pacientes de este subgrupo en el momento de la conducción de la encuesta.

∂ Se sospechaba la presencia de cáncer en 13 de los pacientes de este subgrupo en el momento de la conducción de la encuesta.

♠ Se sospechaba la presencia de cáncer en 10 de los pacientes de este subgrupo en el momento de la conducción de la encuesta.

de clasificación. Las enfermedades gastrointestinales fueron prevalentes, con el 17.4% del tamaño de la serie de estudio. La Úlcera péptica en distintas etapas de progresión y tratamiento, la Litiasis de vías biliares (complicada o no), y la Apendicitis aguda representaron el 38.3% de los diagnósticos en este estrato.

Por su parte, los quemados representaron solo el 1.1% del tamaño de la serie. El 45.5% de los incluidos en este estrato mostraron quemaduras menores del 20% de la superficie corporal.

El diagnóstico de cáncer estaba presente en el 12.7% de los enfermos incluidos en este estudio. Las neoplasias de pulmón y colon representaron el 33.2% de las entradas en esta categoría.

El 10.5% de los enfermos encuestados fue reunido en la categoría "Otras". En este estrato predominaron las lesiones oftalmológicas y las lesiones de la piel (infestadas o no).

La frecuencia de desnutrición en la corriente serie de estudio fue del 41.2%, después de la aplicación de la ESG. La sepsis estaba presente en el 25.1% de los pacientes. Se juzgó que las demandas metabólicas estaban incrementadas en el 73.0% de los casos. El 43.6% de los encuestados reveló cambios en los ingresos alimentarios.

La **Tabla 2** muestra la distribución del estado nutricional del enfermo, la presencia de sepsis y estrés metabólico, y la ocurrencia de cambios en los ingresos dietéticos, de acuerdo al problema de salud del paciente. La desnutrición se concentró en los diagnósticos de Enfermedad hepática crónica (70.4%), Enfermedad renal crónica (67.2%), Cáncer (62.2%), y Afecciones respiratorias (52.1%). Los enfermos aquejados de Cáncer (63.1%), Enfermedades gastrointestinales (63.1%), Enfermedad renal crónica (62.1%), y Enfermedad hepática crónica (51.9%), revelaron cambios en los ingresos alimentarios.

La sepsis afectó principalmente a los pacientes con afecciones respiratorias (68.0%) y Diabetes mellitus (41.9%).

El estrés metabólico afectó a más de la mitad de

los pacientes ubicados en cualquier estrato de clasificación, con la sola excepción de aquellos aquejados de enfermedades neurológicas y psiquiátricas (39.3%).

Se recuperaron 1251 figuras dietéticas, lo que representó el 65.7% del total anticipado.

La capacidad de la prescripción dietética de informar sobre la composición nutrimental de los alimentos servidos al paciente fue como sigue: Proteínas + Energía + Distribución de la energía alimentaria: 3 (0.2%); Proteínas + Energía: 12 (0.9%); Energía: 112 (8.9%); y Proteínas: 15 (1.2%). El 88.6% de las figuras dietéticas recuperadas no comportaban información sobre la composición nutrimental de la dieta servida a los pacientes encuestados.

La capacidad de la prescripción dietética de informar sobre la textura/consistencia de los alimentos servidos al paciente fue como sigue: Implícitas: como dietas no modificadas en textura/consistencia: básicas/libres/generales: 711 (56.8%); Explícita: como dietas blandas, líquidas, licuadas o de consistencia modificada: 105 (8.4%). El 34.7% de las prescripciones dietéticas recuperados no aportó información sobre la textura/consistencia de los alimentos servidos.

Las 5 figuras dietéticas más prescritas en la presente serie de estudio fueron la "dieta libre": término que se emplea vernáculamente para referirse a una dieta libre de modificaciones en la textura/consistencia de los alimentos servidos al paciente (56.0%); variaciones de la misma: "dieta libre sin sal" (14.4%); y "dieta libre reforzada" (8.1%). Entre ellas 3 comprendieron el 78.5% de todas las figuras dietéticas indicadas. La "dieta hiperproteica" (14.6%), y la "dieta básica" (6.9%) fueron las otras figuras prescritas con mayor frecuencia.

Por el contrario, las 5 figuras dietéticas menos prescritas fueron declaraciones como las que siguen: "Dieta hiperproteica de 300 gramos por día", "Dieta hipercalórica", "Dieta hepática sin sal", "Dieta de hepático crónico", y "Dieta hipoalérgica. No ofrecer huevo, pescado, productos enlatados, o soya. Leche cada 8 horas".

**Tabla 2.** Estado nutricional del paciente, presencia de estrés metabólico y sepsis, y cambios en las ingestas alimentarias, distribuidos según el problema de salud.

<b>Problema de salud</b>	<b>Número [%]</b>	<b>Sepsis presente [%]</b>	<b>Desnutridos [%]</b>	<b>Estrés metabólico presente [%]</b>	<b>Cambios en los ingresos alimentarios [%]</b>
Cáncer	241 [12.7]	45 [18.7]	150 [62.2]	231 [95.9]	152 [63.1]
Corazón y vasos sanguíneos	290 [15.2]	48 [16.5]	118 [40.7]	186 [64.1]	115 [39.7]
Diabetes mellitus	62 [3.3]	26 [41.9]	18 [29.0]	42 [67.7]	20 [32.3]
Enfermedad Renal Crónica	58 [3.0]	16 [27.6]	39 [67.2]	58 [100.0]	36 [62.1]
Enfermedad Hepática Crónica	27 [1.4]	3 [11.1]	19 [70.4]	20 [74.1]	14 [51.9]
Enfermedades gastrointestinales	331 [17.4]	84 [25.4]	151 [45.6]	264 [79.7]	209 [63.1]
Afecciones ortopédicas	171 [9.0]	24 [14.0]	51 [29.8]	104 [60.8]	46 [26.9]
Afecciones urológicas	133 [7.0]	36 [27.1]	35 [26.3]	90 [67.7]	37 [27.8]
Afecciones neurológicas y psiquiátricas	150 [7.9]	10 [6.7]	33 [22.0]	59 [39.3]	43 [28.7]
Afecciones ginecológicas	49 [2.6]	11 [22.4]	4 [8.2]	32 [65.3]	18 [36.7]
Afecciones respiratorias	169 [8.9]	115 [68.0]	88 [52.1]	149 [88.1]	77 [45.6]
Quemados	22 [1.1]	9 [40.9]	11 [50.0]	22 [100.0]	4 [18.2]
Otras	200 [10.5]	52 [26.0]	67 [33.5]	133 [66.5]	60 [30.0]
Totales	1905 [100.0]	479 [25.1]	784 [41.2]	1390 [73.0]	831 [43.6]

La Tabla 3 muestra la distribución de tanto las 5 prescripciones más indicadas, como las 5 menos recetadas, según el problema principal de salud.

Intentando resumir los hallazgos encontrados en cada categoría: Cáncer: “Dieta libre” y derivaciones de esta indicación (sin sal, reforzada, hiper-

**Tabla 3.** Distribución de las prescripciones dietéticas de acuerdo al problema de salud del paciente. Para cada estrato, se muestran las 5 figuras dietéticas más prescritas, junto con las 5 menos indicadas. También se muestran el número y (entre paréntesis) el porcentaje de cada una de ellas respecto del subtotal correspondiente.

	<b>Las 5 más prescritas</b>	<b>Las 5 menos prescritas</b>
Cáncer (241)	Dieta libre: 45 [18.7] Dieta hiperproteica: 20 [8.3] Dieta libre reforzada: 13 [5.4] Dieta libre sin sal: 8 [3.3] Dieta blanda: 5 [2.1]	Dieta hiposódica de ulceroso: 1 [0.4] Dieta general: 1 [0.4] Dieta FBC por Levine: 1 [0.4] Dieta especial reforzada de 2500 Kcalorías + 100 g de proteínas: 1 [0.4] Dieta pobre en residuos: 1 [0.4]
Corazón y vasos sanguíneos (290)	Dieta libre sin sal: 53 [18.3] Dieta hiperproteica: 22 [7.6] Dieta libre: 19 [6.5] Dieta básica hiposódica: 11 [3.8] Dieta hiposódica: 10 [3.4]	Dieta 10.2: 1 [0.3] Dieta de diabético de 1500 Kcalorías, hiposódica: 1 [0.3] Dieta de diabético de 1400 Kcalorías, sin sal: 1 [0.3] Dieta de diabético de 1200 Kcalorías, sin sal: 1 [0.3] Dieta hiperproteica reforzada e hiposódica: 1 [0.3]
Diabetes mellitus (62)	Dieta de diabético de 1500 Kcalorías: 7 [11.3] Dieta de diabético de 1200 Kcalorías: 5 [8.1] Dieta de diabético de 1800 Kcalorías: 3 [4.8] Dieta de diabético: 3 [4.8] Dieta hiperproteica: 3 [4.8]	Dieta libre reforzada de 1500 Kcalorías: 1 [1.6] Dieta libre reforzada. No pescado: 1 [1.6] Dieta de 1200 Kcalorías: 1 [1.6] Dieta 9.5 + 10.2: 1 [1.6] Dieta de diabético de 1500 Kcalorías. No ofrecer huevos: 1 [1.6]
Enfermedad Renal Crónica (58)	Dieta de IRC con 70 gramos de proteínas sin sal: 3 [5.2] Dieta hiperproteica sin sal: 3 [5.2] Dieta de IRC sin sal. Líquidos medidos: 2 [3.4] Dieta hiperproteica sin sal. Líquidos medibles: 2 [3.4] Dieta hiperproteica: 2 [3.4]	Dieta hiperproteica sin sal. Líquidos restringidos: 1 [1.7] Dieta libre: 1 [1.7] Dieta libre hiposódica: 1 [1.7] Dieta libre hiposódica de IRC. Restricción de líquidos: 1 [1.7] Dieta de IRC sin sal. Líquidos permitidos hasta 1 litro: 1 [1.7]
Enfermedad Hepática Crónica (27)	Dieta sin sal con 90 gramos de proteínas: 1 [3.7] Dieta libre hiposódica: 1 [3.7] Dieta libre hipograsa 3000 Kcalorías en 24 horas: 1 [3.7] Dieta libre hipograsa: 1 [3.7] Dieta hipoproteica sin sal: 1 [3.7]	Dieta de diabético y hepatópata: 1 [3.7] Dieta de diabético hiposódica: 1 [3.7] Dieta de diabético: 1 [3.7] Dieta blanda: 1 [3.7] Dieta 2.3: 1 [3.7]
Enfermedades gastrointestinales (331)	Dieta libre: 44 [13.3] Dieta blanda: 12 [3.6] Dieta de ulceroso: 9 [2.7] Dieta líquida: 7 [2.1] Dieta libre sin sal: 7 [2.1]	Dieta esofágica: 1 [0.3] Dieta de ulceroso. Un vaso de leche cada 4 horas: 1 [0.3] Dieta de ulceroso sin huevo: 1 [0.3] Dieta de ulceroso reforzada: 1 [0.3] Dieta libre de ulceroso de 1200 Kcalorías + un vaso de leche cada 6 horas: 1 [0.3]

**Tabla 3.** Distribución de las prescripciones dietéticas de acuerdo al problema de salud del paciente. Para cada estrato, se muestran las 5 figuras dietéticas más prescritas, junto con las 5 menos indicadas. También se muestran el número y (entre paréntesis) el porcentaje de cada una de ellas respecto del subtotal correspondiente. (Continuación)

	<b>Las 5 más prescritas</b>	<b>Las 5 menos prescritas</b>
Afecciones ortopédicas (171)	Dieta libre: 56 [32.7] Dieta básica: 16 [9.3] Dieta libre reforzada: 13 [7.6] Dieta hiperproteica: 9 [5.3] Dieta libre hiposódica: 7 [4.1]	Dieta hiposódica: 1 [0.6] Dieta libre de 1800 Kcalorías y 68 gramos de proteínas diarios. Leche en 4 tomas diarias: 1 [0.6] Dieta libre reforzada ulcerosa hipograsa: 1 [0.6] Dieta líquida: 1 [0.6] Dieta hipoalérgica. No ofrecer huevo, pescado, enlatados, o soya. Leche cada 8 horas: 1 [0.6]
Afecciones urológicas (133)	Dieta libre: 50 [37.6] Dieta libre + abundantes líquidos: 11 [8.3] Dieta libre sin sal: 5 [3.7] Dieta hiposódica: 4 [3.0] Dieta libre hiposódica: 3 [2.3]	Dieta libre reforzada: 1 [0.7] Dieta libre sin sal. Abundantes líquidos. Leche: Un vaso tres veces al día: 1 [0.7] Dieta libre. No leche: 1 [0.7] Dieta pobre en residuos: 1 [0.7] Dieta de IRC hiposódica. Ofrecer 40 gramos de proteínas: 1 [0.7]
Afecciones neurológicas y psiquiátricas (150)	Dieta libre: 62 [41.3] Dieta hiperproteica: 9 [6.0] Dieta básica: 6 [4.0] Dieta libre reforzada: 5 [3.3] Dieta libre hiposódica: 3 [2.0]	Dieta hipograsa hiposódica: 1 [0.7] Dieta libre reforzada hiperproteica: 1 [0.7] Dieta libre sin sal: 1 [0.7] Dieta líquida sin sal: 1 [0.7] Dieta de diabético de 1500 Kcalorías: 1 [0.7]
Afecciones ginecológicas (49) †	Dieta libre: 22 [44.9] Dieta libre sin sal: 5 [10.2] Dieta blanda: 4 [8.2] Dieta líquida: 2 [4.1]	Dieta libre 3000 Kcalorías: 1 [2.0] Dieta FBC por SNG: 1 [2.0] Dieta de 4000 Kcalorías: 1 [2.0] Dieta blanda y líquida: 1 [2.0]
Afecciones respiratorias (169)	Dieta libre: 28 [16.6] Dieta libre reforzada: 11 [6.5] Dieta hiperproteica: 10 [5.9] Dieta libre sin sal: 6 [3.5] Dieta básica + abundantes líquidos: 5 [2.9]	Dieta libre. Leche 3 tomas diarias: 1 [0.6] Dieta reforzada: 1 [0.6] Dieta reforzada (huevo, picadillo, pollo): 1 [0.6] Dieta reforzada, blanda y líquida sin sal: 1 [0.6] Dieta de diabético de 1800 Kcalorías: 1 [0.6]
Quemados (22)	Dieta hiperproteica: 5 [22.7] Dieta libre: 2 [9.1] Dieta especial hiperproteica: 2 [9.1] Dieta reforzada con proteínas: 1 [4.5] Dieta hiperproteica de 3000 Kcalorías y 300 gramos de proteínas: 1 [4.5]	Dieta de diabético de 1500 Kcalorías: 1 [4.5] Dieta de 3600 Kilocalorías + 192 gramos de proteínas: 1 [4.5] Dieta de 2860 Kilocalorías + 200 gramos de proteínas: 1 [4.5] Dieta de 2800 Kcalorías + 192 gramos de proteínas: 1 [4.5] Dieta de 2340 Kilocalorías + 140 gramos de proteínas: 1 [4.5]
Otras (200)	Dieta libre: 52 [26.0] Dieta básica: 17 [8.5] Dieta hiperproteica: 14 [7.0] Dieta libre sin sal: 7 [3.5] Dieta libre hiposódica: 7 [3.5]	Dieta hiposódica de 1500 Kilocalorías: 1 [0.5] Dieta hiperproteica. No ofrecer chícharo ni frijol: 1 [0.5] Dieta hipoalérgica: 1 [0.5] Dieta hipoalérgica, hipograsa: 1 [0.5] Dieta de diabético de 1200 Kilocalorías: 1 [0.5]

† Solo se pudieron recuperar 8 entradas para este estrato.

proteica); Corazón y vasos sanguíneos: “Dieta libre” acompañada de indicaciones para reducir el aporte de sal (sin sal/hiposódica); Diabetes mellitus: “Dieta de diabético”, con especificaciones adicionales sobre el aporte energético; Enfermedad renal crónica: “Dieta de IRC” con indicaciones sobre el aporte de proteínas y sal; Enfermedad hepática crónica: “Dieta libre” acompañada de especificaciones sobre restricciones en el aporte de proteínas, grasas y sal; Enfermedades gastrointestinales: “Dieta libre”; Afecciones ortopédicas: “Dieta libre” y denominaciones similares; Afecciones urológicas: “Dieta libre”, con restricciones en el aporte de sal; Afecciones neurológicas y psiquiátricas: “Dieta libre”; Afecciones ginecológicas: “Dieta libre”; Afecciones respiratorias: “Dieta libre”, con indicaciones para incrementar el aporte de nitrógeno (“reforzada”/hiperproteica); Quemados: Prescripciones sobre cómo incrementar el aporte de nitrógeno en la dieta regular: “Hiperproteica”/“Reforzada con proteínas”; y Otras: “Dieta libre”.

Se recuperaron 127 (10.1%) figuras dietéticas que informaban sobre los aportes prescritos de energía, y otras 30 (2.4%) que reportaban sobre las cantidades indicadas de proteínas. La mediana de las prescripciones nutrimentales fue como sigue: Energía: 1500 Kilocalorías (Mínimo, Máximo: 1200-4000); y Proteínas: 80 gramos (30-300).

Finalmente, la Tabla 4 muestra la distribución de las prescripciones nutrimentales de acuerdo con el problema principal de salud. La pobre representación de las cantidades prescritas de energía y proteínas en algunos estratos del problema principal de salud impidió inferencias estadísticas sobre la ocurrencia de determinados patrones de interés. Aún así, se observó que las indicaciones de energía alimentaria fueron mayores de 1500 Kilocalorías en 6 de las 12 categorías del problema principal de salud: Enfermedad Hepática Crónica (3000 Kcal; 200.0% de incremento); Afecciones ortopédicas (1800; 120.0%); Afecciones neurológicas y psiquiátricas (2000; 133.3%); Afecciones ginecológicas (2500; 166.7%); Afecciones respiratorias (2200; 147.0%); y Quemados (2830; 189.0%). En lo que respecta a la indicación de proteínas alimentarias, las pres-

cripciones fueron mayores de la mediana encontrada en 5 de las instancias: Cáncer (95 gramos; 118.0% de variación); las enfermedades gastrointestinales (101; 126.3%); las afecciones ortopédicas (91.5; 114.3%); las afecciones respiratorias (96.5; 120.6%); y para los quemados (200; 250.0%). Por el contrario, las indicaciones de proteínas alimentarias fueron menores en las afecciones del corazón y vasos sanguíneos (40; 50.0%); la enfermedad renal crónica (70; 87.5%); la enfermedad hepática crónica (75; 93.7%); y Afecciones urológicas (50; 62.5%).

### Discusión

El estado actual de la desnutrición hospitalaria, y la invarianza de las frecuencias de trastornos nutricionales entre los pacientes encuestados en hospitales y otras instituciones de salud en diferentes áreas geográficas, han conducido a un examen crítico de los sistemas de gastronomía hospitalaria, y de servido de alimentos a los enfermos <sup>(12)</sup>.

El servido de alimentos al paciente durante la hospitalización debe regirse por varios principios interrelacionados entre sí: Que se le prescriba al paciente lo que necesita; Que se le preparen los alimentos según lo prescripto; Que se le sirvan los alimentos preparados según lo prescripto; y Que el paciente consuma lo servido.

Este estudio ha tratado de identificar patrones de conducta en el acto de la prescripción de la dieta hospitalaria por el médico de asistencia (el primer paso de todo el proceso) en lo que toca a 2 elementos considerados de primordial importancia: la composición nutrimental de la dieta (incluyendo la restricción de nutrientes especificados); y la textura/consistencia de los alimentos que se han de servir al enfermo. Solo el 12.4% de las prescripciones recuperadas ofrecía información sobre los aportes macronutrientales, lo que es, a todas luces, una práctica deficiente, y que vicia el proceso de la prescripción dietética hospitalaria desde el inicio.

Por otro lado, la “dieta libre”, acompañada de diferentes adjetivos como “reforzada”, “hiperproteica”, “sin sal”, fue la prescripción más indicada, incluso sin tener en cuenta el problema prin-



**Tabla 4.** Distribución de los aportes prescritos de energía y proteínas alimentarias de acuerdo con el problema principal de salud.

<b>Problema de salud</b>	<b>Energía (Kilocalorías/24 horas)</b>	<b>Proteínas (gramos/24 horas)</b>
Cáncer	17 1500 1200 - 3500	4 95 30 - 130
Corazón y vasos sanguíneos	31 1500 1200 - 4000	1 40 ---
Diabetes mellitus	24 1500 1200 - 3000	---
Enfermedad Renal Crónica	1 1500 -	9 70 40 - 80
Enfermedad Hepática Crónica	1 3000 -	2 75 60 - 90
Enfermedades gastrointestinales	13 1500 1200 - 3000	2 101 60 - 142
Afecciones ortopédicas	3 1800 1500 - 2500	2 91.5 68 - 115
Afecciones urológicas	5 1500 1200 - 1800	2 50 40 - 60
Afecciones neuroológicas y psiquiátricas	4 2000 1200 - 3000	---
Afecciones ginecológicas	2 2500 2000 - 3000	---
Afecciones respiratorias	8 2200 1500 - 3000	2 96.5 80 - 113
Quemados	8 2830 1500 - 3600	7 200 140 - 300
Otras	10 1500 1200 - 4000	---
Totales	127 1500 1200 - 4000	30 80 30 - 300

cipal de salud del enfermo. Con esta prescripción se reconoce implícitamente la capacidad del paciente de consumir alimentos sin restricción nutricional (con la excepción tal vez del Sodio, propio de la tradición gastronómica hospitalaria), o modificaciones en la consistencia/textura. Sin embargo, en el 34.7% de las prescripciones recuperadas no se pudo encontrar referencia alguna sobre las características de los alimentos que se habrían de servir al paciente, lo que también introduciría vicios en todo el proceso que ocupa la atención de los autores desde el propio inicio. El desconocimiento de la composición nutrimental de la dieta que se ha de prescribir al paciente, unido a fallas en la declaración sobre las características de los alimentos a servir, podrían entonces influir sobre la capacidad del enfermo de satisfacer las necesidades nutrimentales durante las etapas de tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad causante de la hospitalización <sup>[13]</sup>.

Esto, a su vez, podría explicar las tasas corrientes de desnutrición hospitalaria observadas en el Estudio ELAN-CUBA <sup>[8]</sup>.

También fue llamativo que las cantidades prescritas de energía fueran menores de 1600 Kilo-calorías para 24 horas: parámetro empleado para establecer la capacidad de la dieta regular para satisfacer las necesidades diarias de micronutrientes. Ajustados según el peso promedio de los pacientes encuestados, los aportes prescritos de energía se estimaron en 24.1 Kilo-calorías/Kg de peso corporal/24 horas, cantidades insuficientes para la satisfacción de las necesidades nutrimentales diarias del enfermo hospitalizado. Por el contrario, los aportes prescritos de proteínas alimentarias fueron de 1.3 gramos/Kg de peso/24 horas, cantidades denominadas como aceptables para cubrir las necesidades de recambio del pool corporal de nitrógeno.

Otros autores han reportado ingresos nutrimentales (en particular de energía) deficientes en subpoblaciones de pacientes hospitalizados, asociados a tasas elevadas de desnutrición intra-hospitalaria <sup>[14-16]</sup>. Ello podría apuntar a que, independientemente de las cantidades prescritas de nutrientes, el nivel de consumo todavía deja mucho que desear.

La información sobre la composición nutrimental de la dieta podría mejorarse a través de la educación del personal médico, pero la pobre satisfacción del enfermo con las características de los alimentos servidos, lo que puede resultar en un incremento de las cantidades desechadas, pueden reducir en un 20% la satisfacción de las prescripciones hechas <sup>[17-18]</sup>. Los resultados de los estudios citados apuntan hacia fallas en otros puntos críticos del proceso de la prescripción dietética hospitalaria que afectan el objetivo final: que el paciente consuma las cantidades prescritas de alimentos a fin de preservar el estado nutricional, y mejorar la respuesta metabólica al tratamiento médico y quirúrgico <sup>[19]</sup>.

Siendo como es la preparación y servido de los alimentos el punto crítico determinante del proceso de la prescripción dietética hospitalaria, se han avanzado varias propuestas para transitar de las formas tradicionales de confección de los alimentos en grandes volúmenes que se sirven directamente en platos al paciente, a la preparación y servido de "módulos" de alimentos, la preservación de los mismos a temperaturas controladas mediante mejoras tecnológicas de los carros contentivos de las raciones a servir, y la elaboración de alimentos densos en nutrientes <sup>[20-21]</sup>. Sin embargo, los resultados han sido pobres, cuando no contradictorios, lo que podría reflejar la extraordinaria complejidad estructural, organizativa y cultural que representa el acto de colocar ante el paciente los alimentos que se ha de comer <sup>[22-23]</sup>.

Finalmente, el examen de las prescripciones dietéticas menos indicadas podría brindar otra visión del fenómeno tratado en este artículo. Entre las figuras recuperadas se tienen declaraciones del tipo "Dieta de ulceroso", "Dieta de IRC", y "Dieta de hepatópatas", acompañadas de especificaciones sobre cómo debe conformarse la alimentación del paciente: "No dar huevos", "No pescado", "Dar un vaso de leche cada 4 horas", y otras por el estilo, que pueden conducir a afirmar que, en el estado actual, la prescripción dietética hospitalaria incorpora elementos de gestión administrativa antes que de salud.

En los últimos años se han descrito prescripcio-

nes dietéticas orientadas a aliviar los síntomas de la enfermedad, sinergizar la acción farmacológica, y alargar los períodos intercrisis de la enfermedad<sup>[6-7]</sup>. Sin embargo, este conocimiento no se refleja en las prácticas dietéticas documentadas en el ESTUDIO ELAN-CUBA. Por fuerza, estas prescripciones incorporan un alto valor de conocimiento, y puede que la asimilación de las mismas dentro de las culturas hospitalarias sea muy difícil, al menos en el momento actual.

### Conclusiones

La prescripción dietética hospitalaria constituye un proceso particularmente complejo y caótico, en el que intervienen actores con diferentes formaciones curriculares, experiencias y motivaciones. Por otro lado, los servicios de gastronomía hospitalaria se han quedado rezagados ante el reto de hacer llegar al paciente los alimentos que le son necesarios para la preservación/recuperación nutricional. La conducción de acciones educativas por un lado, que contribuyan a mejorar los estilos de prescripción del médico de asistencia, y aumentar los conocimientos de higiene, gastronomía, alimentación y nutrición de aquellos que sirven directamente los alimentos al paciente (durante mucho tiempo un sector hospitalario preterido de los programas de educación y capacitación); y la adopción de mejoras tecnológicas en los servicios de gastronomía hospitalaria a fin de que puedan enfrentar los retos de una alimentación personalizada, por el otro, serán los elementos que podrían revertir las tasas invariablemente elevadas de desnutrición hospitalaria.

### Referencias bibliográficas

- [1] Lee YP, Puddey IB, Hodgson JM. Protein, fibre and blood pressure: potential benefit of legumes. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2008;35:473-6.
- [2] Getz GS, Reardon CA. Nutrition and cardiovascular disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2007;27:2499-506.
- [3] Martins e Silva J, Saldanha C. Diet, atherosclerosis and atherothrombotic events. *Rev Port Cardiol*. 2007; 26:277-94.
- [4] Food and Nutrition Board Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes (DRI) and recommended dietary allowances (RDA) for energy, carbohydrate, fibre, fats, fatty acids, cholesterol, proteins and aminoacids.

Institute of Medicine of the National Academies. The National Academy Press. Washington DC: 2002.

- [5] Porrata Maury C, Hernández Triana M, Argüelles Vázquez JM. Recomendaciones nutricionales y guías de alimentación para la población cubana. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Ciudad Habana: 1996.
- [6] Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D y cols.; The DASH-Sodium Collaborative Research Group. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001;344:3-10.
- [7] Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM y cols. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 1997;336:1117-24.
- [8] Barreto Penié J, for the Cuban Group for the Study of Hospital. State of malnutrition in Cuban hospitals. *Nutrition* 2005;21:487-97.
- [9] Santana Porbén S, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients--results from the Elan-Cuba Study. *Clin Nutr* 2006;25:1015-29.
- [10] Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA y cols. What is Subjective Global Assessment of nutritional status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987;11:8-13.
- [11] Nelson JK, Moxness KE, Jensen MD. Dietética y Nutrición. Manual de la Clínica Mayo. Editorial Harcourt Brace. Séptima Edición. Madrid: 1998.
- [12] Romano M. Food fight. When it comes to catering to patients, outsourcing firms still hold a small slice of the hospital food-service business vs. in-house operations. But who serves up the best quality and efficiency? *Mod Healthc* 2004;34:38-46.
- [13] Deeming C. Hospital catering. Hard to swallow. *Health Serv J* 2002;112:28-9.
- [14] Berner YN, Stern F, Polyak Z, Dror Y. Dietary intake analysis in institutionalized elderly: a focus on nutrient density. *J Nutr Health Aging* 2002;6:237-42.
- [15] Leandro Merhi VA, Diez García RW, Mónaco DV, Marqués de Oliveira MR. Comparación del estado nutricional, consumo alimenticio y tiempo de hospitalización de pacientes de dos hospitales, uno público y otro privado. *Nutr Hosp* 2006;21:32-7.
- [16] Tavares MM, Matos L, Amaral TF. Insufficient voluntary intake of nutrients and energy in hospitalized patients. *Nutr Hosp* 2007;22:584-89.
- [17] Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clin Nutr* 2000;19:445-9.

[18] Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr* 2003;22:115-23.

[19] Donini LM, Castellaneta E, De Guglielmi S, De Felice MR, Savina C, Coletti C, Paolini M, Cannella C. Improvement in the quality of the catering service of a rehabilitation hospital. *Clin Nutr* 2008;27:105-14.

[20] Hickson M, Fearnley L, Thomas J, Evans S. Does a new steam meal catering system meet patient requirements in hospital? *J Hum Nutr Diet* 2007;20(5):476-85.

[21] Lorefält B, Wissing U, Unosson M. Smaller but energy and protein-enriched meals improve energy and nutrient intakes in elderly patients. *J Nutr Health Aging* 2005;9:243-7.

[22] Dubé L, Trudeau E, Bélanger MC. Determining the complexity of patient satisfaction with foodservices. *J Am Diet Assoc* 1994;94:394-8.

[23] Almdal T, Viggers L, Beck AM, Jensen K. Food production and wastage in relation to nutritional intake in a general district hospital-wastage is not reduced by training the staff. *Clin Nutr* 2003;22:47-51.



## corrigendum

En el artículo “Eficiencia en la utilización de mezclas de nutrición parenteral extemporáneas en pediatría” de los autores Gnius A.M., Varela S., Wright J., Dalieri M., Alberti M. J. y Hernández J. publicado en el número anterior de RNC Vol XVIII donde dice *Eficiencia de utilización de MNPE por Servicios* (pág. 55) debía salir la siguiente tabla:

	MNPE elaboradas y dispensadas	MNPE utilizadas adecuadamente	MNPE devueltas	MNPE reutilizadas	Eficiencia
Terapia Intensiva Neonatal	1406	1357	49	1	96.58 %
Nutrición y Dietoterapia	817	806	11	6	99.39 %
Cirugía Cardiovascular	413	407	6	4	99.52 %
Cirugía General	185	180	5	1	97.84 %
Terapia Intensiva/ Intermedia/Nefrología	147	141	6	2	97.28 %
Hematología y TMO	92	91	1	1	100 %

**Tabla 4.** Eficiencia de utilización de MNPE por Servicios



abstracts presentados en

XIV Congreso Argentino - VI del Cono Sur de  
Soporte Nutricional y Metabolismo

II Congreso Argentino de Soporte Nutricional  
y Metabolismo en Pediatría

27, 28 y 29 de Mayo de 2009  
Palais Rouge - Salguero 1433 - Buenos Aires

temas libres - 1° parte

Evolución del estado nutricional y calidad de vida  
de pacientes con nutrición enteral domiciliaria exclusiva

**Misson, M.A.**

Universidad FASTA Mar del Plata

✉ [agumiss2003@hotmail.com](mailto:agumiss2003@hotmail.com)

**.objetivo.** Evaluar el estado nutricional, su evolución y la calidad de vida, de pacientes que reciben nutrición enteral domiciliaria (NED) exclusiva, de la ciudad de Mar del Plata.

**.material y métodos.** Estudio descriptivo, longitudinal, no experimental. Se analizaron 20 pacientes, ambos sexos  $\geq 18$  años con NED exclusiva con duración proyectada de la misma mínima de 4 meses. Se efectuaron dos entrevistas, recabándose datos correspondientes al inicio de la nutrición enteral (NE) y sobre los cambios acontecidos en los últimos 4 meses. Se aplicaron 2 instrumentos: la Valoración Global Subjetiva (VGS) modificada, para evaluar el estado nutricional y el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) para valorar la calidad de vida. Variables estudiadas: edad, sexo, estado nutricional, tipo de patología, fecha de inicio de la NE, vía de acceso gastrointestinal, tipo de fórmula enteral, forma de administración, presencia de complicaciones, tipo de complicaciones y calidad de vida. Se obtuvieron los datos a partir de las historias clínicas y por entrevista directa con el paciente y/o responsable a cargo.

**.resultados.** media de edad: 65 años. Prevalece el sexo masculino. Diagnósticos principales: 30% neoplasias, 30% enfermedades neurodegenerativas, 20% accidentes cerebrovascula-

res y 5% enfermedades neurológicas, esofagitis severa, intestino corto e ingesta oral insuficiente, respectivamente (gráfico I). Inicio de la NE: 60%: 2008, 35%: 2007, 5%: 2004. Vías de acceso: inicio: 50% sonda nasogástrica (SNG), 45% gastrostomía, 5% yeyunostomía; 1° y 2° entrevista: 30% SNG, 60% gastrostomía, 10% yeyunostomía. Fórmulas enterales utilizadas: inicio: 85% polimérica, 10% polimérica con fibra, 5% oligomérica; 1° y 2° entrevista: 70% polimérica, 15% polimérica con fibra, 15% oligomérica. Pauta de administración: inicio: 50% continua, 35% intermitente, 15% bolos con jeringa. Presencia de complicaciones: inicio: 90% de los pacientes, 1° entrevista: 15%, 2° entrevista: 5% (gráfico II). Tipo de complicaciones: inicio: 50% gastrointestinales, 30% mecánicas, 10% metabólicas; 1° entrevista: 5% gastrointestinales, 10% mecánicas; 2° entrevista: 5% gastrointestinales (gráfico III). Valores promedio de albúmina sanguínea: inicio: 3.04 gr/dl; 2° entrevista: 3.6 gr/dl. Valores promedio de leucocitos: inicio: 5260 mm<sup>3</sup>; 2° entrevista: 6390 mm<sup>3</sup>. La VGS identifica al inicio: 55% de los pacientes con riesgo de malnutrición (B), 25% con malnutrición grave (C) y 20% bien nutridos (A); 1° entrevista: 85% (A), 15% (B); 2° entrevista: 95% (A), 5% (B) (gráfico IV). Puntajes promedios del cuestionario EQ-5D: inicio: 10.4, en los últimos 4 meses: 9.4, 1° entrevista: 9.2, 2° entrevista: 9.

**Conclusiones.** La NED exclusiva es efectiva en la mejora del estado nutricional, a través de incrementos en el peso corporal, IMC, parámetros clínicos y bioquímicos. Evitando o corrigiendo la desnutrición de los pacientes atendidos en el domicilio, favoreciendo la recuperación, y mejorando su calidad de vida. El soporte nutricional debe estar integrado dentro del cuidado global de los pacientes por su significativa contribución a la calidad de vida.

Gráfico 1. Diagnósticos principales en pacientes con NED

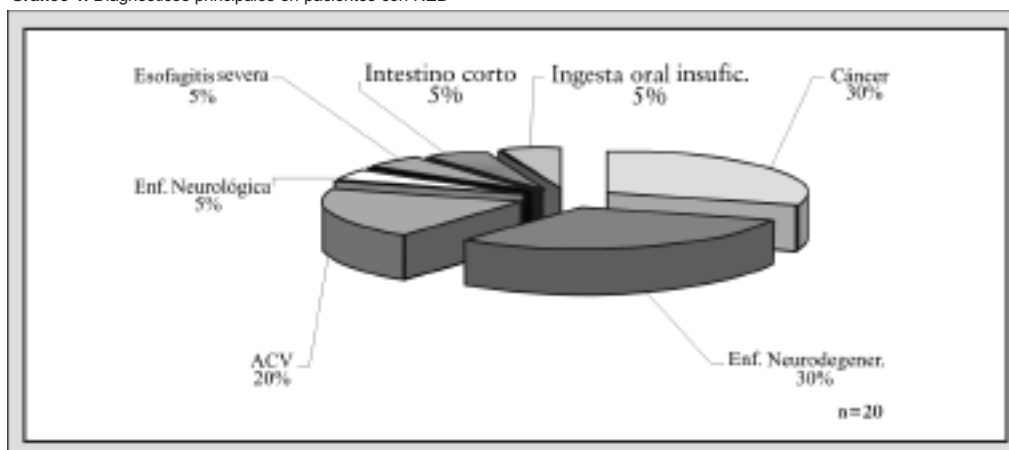


Gráfico 2. Presencia de complicaciones

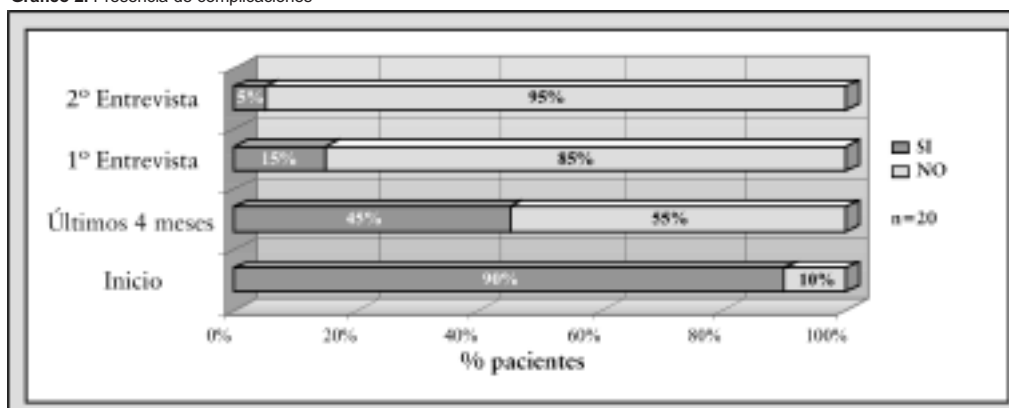


Gráfico 3. Tipo de complicaciones

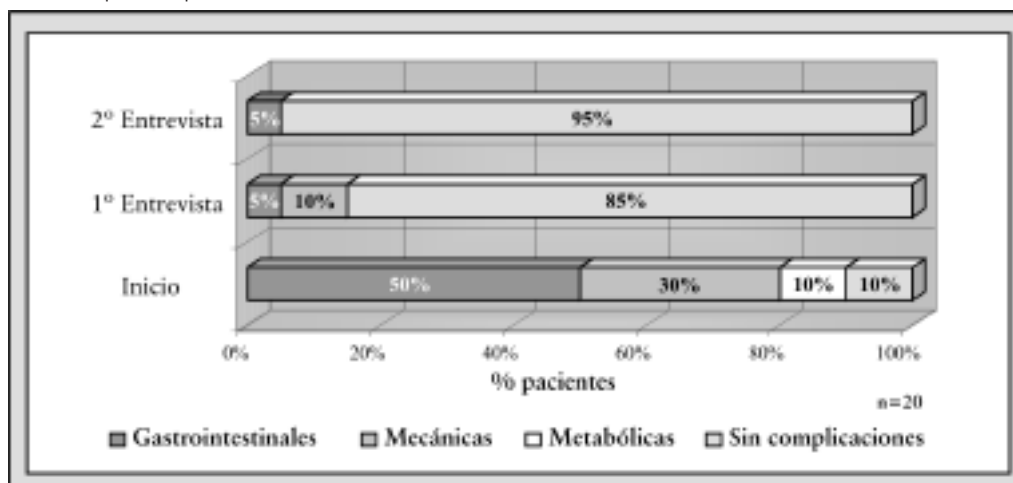
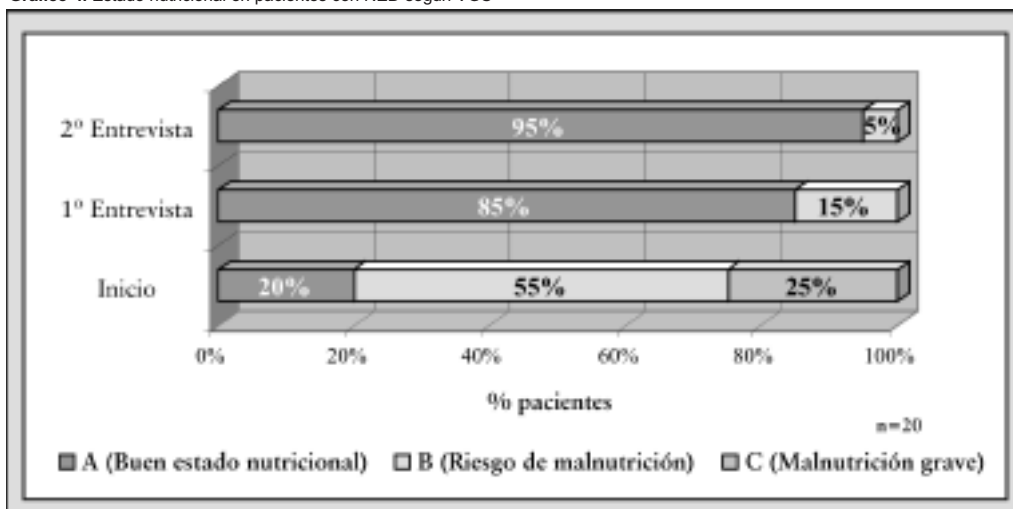


Gráfico 4. Estado nutricional en pacientes con NED según VGS



### Síndrome de Dumping en niños asociado a gastrostomía y funduplicatura

**Hassan A., Villarruel J., Argumedo L.**

*Unidad de Nutrición Clínica Pediátrica, Servicio de Cirugía.*

*Hospital Pediátrico Humberto Notti. Mendoza, Argentina*

✉ [hassamal2002@yahoo.com.ar](mailto:hassamal2002@yahoo.com.ar)

**.introducción.** El Síndrome de Dumping (SD) es una combinación de manifestaciones gastrointestinales y vasomotoras, consecuencia de cambios en la anatomía y fisiología del tubo digestivo que ocurre luego de cirugía gástrica. En ocasiones, el diagnóstico se retrasa por la falta de reconocimiento (síntomas inespecíficos luego de la alimentación).

**.objetivos.** Analizar la presentación clínica de SD en 4 pacientes pediátricos sometidos a cirugía gástrica, para optimizar el diagnóstico temprano y estrategia terapéutica.

**.material y métodos.** Se realizó un estudio *descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo* de 4 casos de pacientes pediátricos que habían sido sometidos a Gastrostomía y Funduplicatura de Nissen, que presentaban signosintomatología compatible con SD.

**.resultados.** De los 4 pacientes, 50% tenían enfermedad neurológica (2) (Encefalopatía Crónica No evolutiva), 25% Atresia de Esófago Tipo 3 (1) y 25% Síndrome de Down (1). La indicación de la Funduplicatura había sido por Reflujo Gastroesofágico, en su mayoría asociado a infecciones pulmonares recurrentes. Todos los pacientes manifestaron síntomas de SD Precoz (náuseas, sudoración, palidez, diarrea acuosa, taquipnea), la mitad de los pacientes tuvieron síntomas que podrían corresponder a SD Tardío (perspiración, desvanecimiento, sueño, síncope). La Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) se realizó en 75% de los pacientes (3) y 2 de ellas arrojaron datos de valor para apoyar la sospecha clínica (picos de glucemia elevados, seguidos de hipoglucemia). En todos los casos se confirmó la presencia de evacuación gástrica acelerada (en estudios contrastados). Luego del diagnóstico se inició terapia con modificación del modo de alimentación, sustituyendo los “bolos” por infusión, continua o intermitente, disminución del azúcares simples, enriquecimiento de fórmula con almidón de maíz, en uno de los pacientes se indicó Loperamida y en la paciente portadora de Síndrome de Down, se repitió Videodeglución, con resultado normal e intensificación de terapia fonoaudiológica, se volvió a alimentación por boca (con los cambios dietéticos instaurados). Todos tuvieron mejoría de los síntomas.

**.conclusiones.** El diagnóstico en ocasiones es tardío por la falta de reconocimiento de un síndrome poco sospechado en niños, y a veces, subdiagnosticado en pacientes con deterioro neurológico. Además, puede presentarse aún luego de años de realizada la cirugía.

Se propone un **plan diagnóstico**: sospecha clínica, curva de sobrecarga oral a la glucosa, (aunque no siempre se correlaciona con la clínica de SD tardío), Estudio radiológico seriado esófagogastroduodenal y **terapéutico**: la mayoría de los pacientes responden a los cambios dietarios, en los casos en los que no hay respuesta se plantea: Octreotide o cirugía.

## Soporte nutricional en recién nacidos con patología quirúrgica internados en un servicio de neonatología

**Cabral, E., Gorostizu E., Rossi M., Leiva Castro A., Marin R.**

*Área de Terapia Nutricional y Servicio de Neonatología*

*Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Dn. Victorio Tetamanti”*

*Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.*

✉ [eaecabral@gmail.com](mailto:eaecabral@gmail.com)

**.introducción.** Las reservas endógenas de nutrientes de los recién nacidos (RN) son muy limitadas y el ritmo de consumo de energía es acelerado. La nutrición parenteral total (NPT) tiene como objetivo primario proveer sustratos y calorías para conseguir un crecimiento similar al intrauterino en el recién nacido pre término y cubrir las necesidades de alto catabolismo presente en las patologías quirúrgicas (PQ). Por lo tanto la NPT es resorte fundamental en el tratamiento de este último grupo de pacientes.

**.objetivo.** Describir la utilización de la nutrición parenteral total (NPT) como parte del tratamiento de pacientes recién nacidos con patología quirúrgica en un Servicio de Neonatología.



**.material y métodos.** Estudio descriptivo, de corte transversal. Del total de RN internado con patología quirúrgica n140, se evaluaron 119 historias clínicas de pacientes que recibieron NPT, retrospectivamente desde el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2008. Se registraron los siguientes datos: tipo de patología quirúrgica, Peso y EG de RN, edad de inicio de NPT, fórmula comercial individualizada 3:1, días totales de tratamiento con NPT, vía de acceso a la NPT, ganancia de peso/ días de NP, colestasis relacionada a la NPT.

**.resultados.**

- Recién Nacidos quirúrgicos: n140
- Recién Nacidos quirúrgicos que recibieron NPT: n119 (85%)
- Peso de RN promedio: 2167gr (r 970 y 4060)
- Edad gestacional RNT: n 96 (80.6%) y RNPT: n 23 (19.3%)
- Se realizaron 1907 días de NPT con fórmula comercial individualizada 3:1.
- Promedio días/paciente: 19.3 días /paciente (r 1 y 111)
- Edad de inicio de NPT: 2.55 días de vida (r 1 y 7)
- Ganancia de peso: 19.7 gr/día.(r 0 y 30)
- Colestasis relacionada a la NPT: n4 ( 3,3 %)
- Recibieron NPT por catéter central: n 83 ( 69%)
- Pacientes fallecidos: n 8 ( 6.7%), sobrevivieron el 93.3% (fallecidos por causas inherentes a la patología de base).

**.conclusiones.** La NPT es un resorte necesario para los aportes de nutrientes en el sostén del neonato quirúrgico previendo en todas los casos un periodo de ayuno prolongado

Se deben garantizar las condiciones adecuadas para la intervención quirúrgica que no se posterguen por desnutrición, condición que aumenta la morbimortalidad en estos pacientes. El tiempo de NPT debe prolongarse hasta la recuperación de la vía digestiva y que la misma garantice el crecimiento. La NPT es segura y efectiva, logrando un crecimiento similar al intrauterino a pesar de estrés quirúrgico.

## Nutrición enteral domiciliaria cíclica en un hospital público

**Fain H., Cabrera A., Del Cerro S., Villanova N., Buiras V., Perochena J.**

*Área de Terapia Nutricional y Servicio de Neonatología*

*Servicio de internación domiciliaria. Hospital V. J. Vilela.*

✉ [anacab@coopvpg.com.ar](mailto:anacab@coopvpg.com.ar)

**.objetivo.** El objetivo de siguiente estudio fue evaluar la factibilidad y la eficiencia del soporte enteral domiciliario en una población asistida por el Servicio de Internación Domiciliaria del Hospital de Niños V. J. Vilela de Rosario. En dicha población las condiciones no son las descritas como óptimas para la implementación de dicho soporte.

**.material y métodos.** El servicio de internación domiciliaria sigue un promedio de 35 pacientes habitualmente.

Se evaluaron 27 pacientes seguidos por el Servicio de Internación Domiciliaria del Hospital de Niños V. J. Vilela de Rosario. Los diagnósticos fueron 8 cardiopatías congénitas, 14 secuelas neurológicas,

3 pacientes con síndrome de Down (2 tenían atresia esofágica y uno IRC), 3 con displasia broncopulmonar, 1 con ingesta de cáusticos, 1 con síndrome genético y 1 con malformación máxilo facial.

Los pacientes iniciaron el soporte nutricional en 6 casos por SNG y en 2 de ellos se realizó gastrostomía durante el estudio. En uno se inició por yeyunostomía (ingesta de cáusticos).

Se utilizaron fórmulas individualizadas de acuerdo a las necesidades y patologías de los pacientes, en todos los casos profundizadas por bomba de infusión. Los pacientes fueron evaluados al inicio, al mes y a los 3 meses de comenzado el soporte. Se evaluaron las condiciones socioeconómicas de cada grupo familiar. Se implementó estrategia educativa para la capacitación familiar hospitalaria previa.

**.resultados.** Todos los pacientes tenían necesidades básicas insatisfechas según INDEC, con todas las familias (100%) en condiciones de pobreza.

El 85% de los pacientes mejoró la relación P7E en el primer mes de soporte y el 74% de los pacientes mejoró la relación T/E.

Al inicio del soporte el porcentaje de adecuación promedio fue del 68 % al mes de 74% y a los 3 meses de 75%.

Al inicio el promedio de del porcentaje de adecuación de T/E fue de 88% y al mes y a los 3 meses de 90%.

**.conclusiones.** Si bien las condiciones del medio socioeconómico publicadas como necesarias para la realización en domicilio de este tipo de práctica no son alcanzadas por los grupos familiares asistidos en un hospital público, la NEDC puede realizarse eficazmente con un grupo de seguimiento entrenado, con conocimientos de técnicas de soporte nutricional y con educación familiar continua.

## A propósito de un caso poco frecuente: Ascitis Quilosa Congénita

**Desantadina M.V., Acquavita A., Martínez Ferro M., Vizcaino A., Rodríguez Galli N., Martínez G., Colantonio G., Albas D., Anglada A., Crespo MC., Vidaurreta SM., Saint Genez D.**  
*Hospital Universitario CEMIC. Ciudad de Buenos Aires.*

✉ [mvd15@hotmail.com](mailto:mvd15@hotmail.com)

**.introducción.** La ascitis quilosa congénita es una condición neonatal poco frecuente, y su etiología no llega a diagnosticarse en la mayoría de los casos.

**.caso clínico.** Reportamos un caso de ascitis congénita diagnosticada a las 24 semanas de gestación. Se realizó una cesárea electiva a las 35.3 semanas de gestación por alteración de la vitalidad fetal, y el neonato requirió intubación en sala de partos por presentar dificultad respiratoria secundaria a ascitis a tensión. Se realizó diagnóstico de ascitis quilosa basado en el cito-químico del líquido de las punciones evacuadoras. Debido a la sospecha de alteración en los vasos linfáticos, se decide mantener ayuno, y nutrición parenteral (NP) exclusiva. No se observaron complicaciones infecciosas relacionadas a las vías centrales durante los 2 meses que el paciente requirió NP. El paciente presentó colestasis transitoria asociada a infección (infección urinaria e intercurrencia respiratoria) con normalización de los parámetros de la función hepática una vez superada la infección. Luego de 54 días de NP exclusiva se incorporó progresivamente fórmula rica en triglicéridos de cadena media (TCM). Recibió la

fórmula en combinación con NP durante 15 días. Se logró una remisión parcial, con aporte total por vía digestiva. El lactante egresó transitoriamente de la institución a los 3 meses de vida, recibiendo fórmula rica en TCM a libre demanda por succión, y mantuvo un adecuado estado nutricional, estable clínicamente con líquido ascítico leve a moderado en las ecografías de control. El paciente presentó desmejoría clínica la semana previa al control institucional, por lo cual se decidió progresar con los estudios complementarios. Se realizó la linfoscintigrafía con nanocloide-Tc99 que resultó patológica. A los 4.5 meses de vida se realizó el procedimiento laparoscópico, que permitió el diagnóstico y tratamiento. Se mantuvo la alimentación a libre demanda por succión con fórmula rica en TCM durante 4 semanas posteriores a la laparoscopia, con excelente tolerancia. El lactante evolucionó favorablemente, y se introdujo fórmula de seguimiento y alimentación con semi-sólidos de acuerdo a la edad, a los 6 meses de vida sin inconvenientes. Mantuvo un estado nutricional normal desde el nacimiento y no presentó recurrencia de la ascitis en los controles posteriores al tratamiento quirúrgico laparoscópico.

**.conclusión.** El tratamiento y el pronóstico de la ascitis quilosa dependen de su causa. En la edad pediátrica la alteración de los conductos linfáticos es la etiología más frecuente. El tratamiento conservador de inicio (fórmula rica en TCM vs. ayuno asociado a NP) es de elección. Es difícil identificar la zona linfática alterada. Sugiere la literatura realizar procedimientos quirúrgicos solo si luego de 1-2 meses falla el tratamiento conservador, porque la mayoría de los casos se recuperan espontáneamente o como respuesta al mencionado tratamiento. En el caso de nuestro paciente, se observó una remisión parcial con el tratamiento conservador inicial, y posterior reacumulación de líquido ascítico. Se evaluó el uso terapéutico de octreótido, y se decidió realizar la linfoscintigrafía con posterior abordaje laparoscópico.

### Soporte nutricional, seguimiento y conducta en paciente con síndrome pseudoobstrutivo crónico

**Fain H., Cabrera A., Del Cerro S., Perochena J., Villanova N., Pozzi M.**

*Servicio de Cirugía, médicos de staff y residentes. Sala 1, Hospital de Niños V. J. Vilela.*

✉ [fain@citynet.net.ar](mailto:fain@citynet.net.ar)

**.objetivo.** Evaluar y discutir soporte nutricional y conducta en Síndrome pseudoobstrutivo Crónico.

**.materiales y métodos.** Descripción caso clínico. Paciente RNTPAEG, PN 3000 gr. con deposiciones escasas desde el nacimiento que comienza a los 5 días de vida con vómitos. A los 14 días ingresa a neonatología, y con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Hirschprung, se realiza biopsia por congelación de colon que refiere agangliosis del plexo submucoso con hipertrofia e hiperplasia de filotes nerviosos. Se realiza colostomía, con buena evolución. A los 3 meses de edad tiene un episodio de diarrea por rotavirus con buena evolución (peso 5.100 gr. talla 55 cm). Por persistencia de deposiciones alteradas se asume como síndrome postenteritis e intolerancia a la lactosa indicándose leche sin lactosa.

A los 9 meses de vida se realiza nueva biopsia de segmento distal de colon que evidencia celularidad simpática ganglionar normal en ambos plexos y manometría prequirúrgica. Al Año y 7 meses se realiza operación de Duhamel e ileostomía. A los 20 meses tiene nuevo episodio de deposiciones alteradas, vómitos, decaimiento, distensión abdominal y deshidratación asumido como gastroenteritis. A los 2 años se realiza cierre de ileostomía con anastomosis ileo-ileal con buena evolución del post-opera-

torio. A los 3 años reingresa con cuadro de distensión, dolor y mal estado general y por asumirse el cuadro como megacolon tóxico u obstrucción en anastomosis anterior se indica laparotomía exploratoria y se realiza ileostomía descompresiva. Reingresa en 5 oportunidades por cuadros similares. En la última internación se agrega tratamiento para sobredesarrollo bacteriano (TMS+metronidazol) y se realiza ecografía abdominal que revela asas intestinales de paredes finas con contenido ecogénico y escasa peristalsis en todo la cavidad abdominal. A los 3 a 6 m (14.6 kg) presenta nuevamente cuadro de vómitos distensión abdominal, dolor, fiebre y mal estado general, agregando en su evolución deposiciones alteradas. Ingres a indicándose tratamiento antibiótico obteniéndose hemocultivos positivos a klebsiella. Tiene mala evolución clínica persistiendo febril con desmejoría paulatina del estado general, intolerancia al soporte nutricional por vía enteral con distensión, por lo que se inicia NTP que realiza por 11 días, y en los nuevos cultivos intratratamiento se recibe hemocultivo positivo a enterobacter. Se rota medicación antibiótica ahora sí con buena evolución. Comienza a tolerar hidrolizados parciales a goteo continuo a volúmenes crecientes por SNG y bomba de infusión (Peso 13.5). Al mes de su ingreso es dado de alta con soporte enteral domiciliario por SNG y bomba de infusión. En la evolución posterior tiene 2 episodios más similares a los anteriores asumiéndose en esta oportunidad como síndromes pseudooclusivos. Dada la evolución clínica del paciente se decide laparotomía exploratoria para descartar patología mecánica quirúrgica y para toma de biopsias de colon remanente e intestino delgado. Durante dicha cirugía se descarta patología obstructiva mecánica observándose distensión grosera de ileon distal próximo al ostoma, y se toman muestras de biopsias de ileon, colon transverso, descendente y recto. En nueva ecografía se ve que área de ileostomía las asas las asas no presentan movimiento. En la biopsia de colon e ileon se reconocen células ganglionares en plexo mientérico y submucoso. Ambas capas musculares lisas con vacuolas paranucleares e incremento del colágeno interfibrilar. Diagnóstico: Ileon y colon con imágenes vacuolares vinculadas a miopatía visceral. Actualmente 4 años 1 mes, Peso 17 kilos (Pc. 50), Talla 102 (Pc. 50).

**.discusión y conclusiones.** En un paciente pediátrico con diagnóstico de Hirschsprung y mala evolución clínica se debería descartar otras anomalías asociadas del tracto digestivo, para posibilitar seguimiento adecuado.

### Uso de una fórmula sin lactosa, en lactantes con cardiopatías congénitas y su repercusión en el estado nutricional en el momento de la intervención quirúrgica

**Maciques R., Gell J., Hidalgo M., Machado O., Bravo L., Naranjo A.**

Cardiocentro Pediátrico "William Soler". Ciudad Habana, Cuba

✉ [rjmr@infomed.sld.cu](mailto:rjmr@infomed.sld.cu)

**.objetivo.**

1. Evaluar el estado nutricional, en ambos grupos de pacientes, en el momento de la intervención quirúrgica
2. Relacionar los niveles de albúmina, con la aparición de complicaciones infecciosas postoperatoria

**.material y métodos.** Estudio prospectivo y analítico, en 30 lactantes, con cardiopatías congénitas, que fueron intervenidos quirúrgicamente, en el Cardiocentro William Soler, en un período de 2 años. La muestra se dividió en: Grupo I, aquellos que no tuvieron intervención nutricional y Grupo II, los que recibieron intervención nutricional, con ADN® pediátrico. El mismo, se administró siempre por vía oral, preparado a 30 calorías/onza. El volumen administrado varió en dependencia de la edad. Recibieron este producto, 3 semanas antes de la cirugía. Criterios de exclusión; cirugía paliativa, fallecidos y recién nacidos.

Para medir el estado nutricional, se recogieron peso y talla. Con esto se analizó el índice peso/talla (P/T) para ambos sexos, como indicador de desnutrición. El paciente se encuentra desnutrido cuando P/T es menor del p3, y no desnutrido cuando P/T se encontró entre el p3 y 75, en el momento de la intervención quirúrgica. No se evaluó el estado nutricional posterior a la cirugía, por no ser objetivo de estudio. Para definir los niveles de albúmina, se recogió la albúmina sérica, realizada antes de la cirugía y se evaluó la asociación de hipoalbuminemia y sepsis como complicación postoperatoria. El procesamiento estadístico se realizó en el programa Excel 2007. Análisis estadístico se basó en técnicas estadísticas descriptivas. Medidas de resumen se utilizaron los porcentajes y se construyeron distribuciones de frecuencia, absolutas y relativas. La información se presentó en tablas y gráficos para la comprensión y análisis.

#### .resultados.

**Tabla 1.** 9 de 15 pacientes sin intervención nutricional, en el momento de la cirugía, se encontraban desnutridos. En el grupo II, no se reportaron pacientes con índice P/T menor del p3.

<b>Estado nutricional de los lactantes con cardiopatías congénitas en el momento de la intervención quirúrgica</b>		
<b>Estado nutricional</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>
Desnutridos	9 (60 %)	0
No desnutridos	6 (40%)	15 (100%)
<b>Total</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>

**Tabla 2.** El 86.6 % de los pacientes del Grupo I, hipoalbuminemia ligera. Al compararlos con el Grupo II, el 20 % de los niños estuvieron dentro de este rango.

<b>Lactantes con cardiopatías congénitas según niveles de albúmina</b>		
<b>Niveles de albúmina</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>
3.5 - 4.5 g/dL	2 (13.3%)	12 (80%)
3.0 - 3.4 g/dL	13 (86.6%)	3 (20%)
<b>Total</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>

**Tabla 3.** Grupo I, el 73.3% tuvieron hipoalbuminemia ligera y se relacionaron a complicaciones infecciosas. El 13.3 % del Grupo II, presentaron complicaciones infecciosas y también coincidieron con niveles de albúmina bajo. No aparecieron complicaciones infecciosas relacionadas a niveles de albúmina normales.

<b>Lactantes con cardiopatías congénitas según frecuencia de complicaciones infecciosas y su relación con los niveles de albúmina</b>		
<b>Niveles de albúmina</b>	<b>Grupo I</b>	<b>Grupo II</b>
3.5 - 4.5 g/dL	0	0
3.0 - 3.4 g/dL	11 (73.3%)	2 (13.3%)
<b>Total</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>

**.conclusiones.**

1. El 100% de los pacientes, que tuvieron intervención nutricional con ADN® pediátrico, presentaron mejor estado nutricional en el momento de la cirugía
2. El 73.3% de los pacientes, que no recibieron intervención nutricional con ADN® pediátrico, presentaron hipoalbuminemia ligera, lo que estuvo relacionada a complicaciones infecciosas

---

**Estado nutricional de niños  
con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana**

---

**Rossi M. A., Cabral E. A. E., Delgado N. B., Costantini M. C., Ramos G.**

*Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Dn. Victorio Tetamanti". Mar del Plata*

✉ *mapa1048@yahoo.com.ar*

**.objetivo.** Conocer el estado nutricional de un grupo de niños con VIH y establecer estrategias futuras de prevención en función de los resultados obtenidos.

**.material y métodos.** Se evaluaron 27 pacientes con diagnóstico de VIH citados durante los meses de Julio a Diciembre del 2008 al Consultorio Externo del Servicio de Terapia Nutricional. Los datos obtenidos se registraron en una planilla especialmente diseñada constatándose las siguientes variables: sexo (M) y (F), edad (E), edad de diagnóstico (ED), peso (P), talla (T), adecuación P/T, índice de masa corporal (IMC), discontinuidad del tratamiento antirretroviral (ARV) indicado, estadio clínico, soporte nutricional. Definimos desnutrición aguda P/T < 90% y acortados T/E < 95% (Waterlow modificada), sobrepeso IMC > Pc 85. Los pacientes fueron clasificados en 3 estadios clínicos según clasificación del VIH en pediatría del Centro de control de Enfermedades de EEUU (CDC).

**.resultados.**

**Estadio C:** pacientes 12 (44%), edad promedio 11 años (r 7.83-13), ED promedio 2.5 años, sexo 8 F (66%), 4 M (33%), desnutridos 7 (58%), acortados 9 (75%), sobrepeso 2 (16%), soporte nutricional enteral 2 (16%), discontinuaron el tratamiento ARV 2 (16%).

**Estadio B:** pacientes 10 (37%), edad promedio 10.4 años (r 6.25-15), ED promedio 5.5 años, sexo 6 F (60%), 4 M (40%), desnutridos 3 (30%), acortados 2 (20%), sobrepeso 1 (10%), soporte nutricional enteral 0, ningún paciente discontinuó el tratamiento ARV.

**Estadio A:** pacientes 5 (18%), edad promedio 7.3 años (r 3,5-11,5), ED promedio 1.3 años, sexo 4 F (80%), 1 M (20%), desnutridos 0, acortados 1 (20%), sobrepeso 0, soporte nutricional enteral 0, ningún paciente discontinuó el tratamiento ARV.

**.conclusión.** La evaluación periódica del estado nutricional, utilizada como parte integral de los cuidados de estos pacientes, permitiría realizar cambios individuales en las ingesta alimentaria con el objetivo de prevenir la malnutrición y el mayor deterioro del sistema inmune, lo que se traduce en una reducción de la morbilidad. Las recomendaciones nutricionales en las últimas etapas de la enfermedad pueden involucrar el soporte nutricional.

## Complicaciones alejadas de Síndrome de Intestino Corto

**Mora M., Major M.L., Solis Neffa R., Fernandez Barbieri A., Maro A.**

*Gastroenterología, Nutrición, Hematología. Hospital Materno Infantil de San Isidro.*

✉ [mmora@fibertel.com.ar](mailto:mmora@fibertel.com.ar)

**.objetivo.** Comunicar un paciente con Anemia Megaloblástica y Desnutrición ambas severas secundarias a Intestino Corto por abandono de tratamiento.

### **.material y métodos.**

**Presentación de caso clínico:** paciente masculino de 5 años y 11 meses que se interna por Síndrome Purpúrico y Anemia severa.

**Antecedentes:** R.N.P.T. con P.N.:1.600 gr. Onfalocele y múltiples atresias de intestino delgado, válvula ileocecal y ciego. Luego de la cirugía quedan 60 cm de intestino delgado remanente con anastomosis a colon ascendente. Recibió soporte nutricional con Alimentación Parenteral (A.P) y Enteral (A.E.) por 10 meses. Presentó A.C.Visquémico por cateterización arterial dejando como secuela hemiparesia izquierda.

**Exámen físico:** Al ingreso (31/3/08) Mal estado general, palidez, púrpura generalizada y edemas. Peso: 12 kg.Zscore:-3,4 Talla:99cm Zscore:-3,1.

Laboratorio: Hb.:2,2 gr/dl, V.C.M.:106, Leucocitos: 4.500/mm, Plaquetas: 5.000/mm, Tiempo de Quick: 40%, Ca:7,8mg/dl, P:1,6mg/dl, Colesterol:38mg/dl, Albúmina: 2,1 gr/dl. Dosaje Vit B12:103 (V.N.: 181-800)

**P.A.M.O.:** Médula Ósea hiper celular presenta las 3 series con cambios megaloblastoides. Rx. Tránsito de Intestino delgado no presenta complicaciones quirúrgicas.

**Tratamiento:** Se transfunde con G.R.D., plaquetas y se inicia Vit B12 I.M. cumpliendo esquema indicado por Hematología. Se indica A.E. continua con fórmula sin lactosa y dieta hipercalórica normoproteica sin azúcares simples, Polivitaminicos y minerales. Metronidazol y Colestiramina. Dada la evolución muy favorable de su estado nutricional con esta terapéutica, luego de 50 días de internación, se decide continuar con A.E. nocturna domiciliaria previa colocación de Botón de Gastrostomía para continuar la recuperación nutricional.

**Seguimiento:** Durante un año y hasta la fecha. Logró P/T normal, velocidad de crecimiento de 9cm/año, y su Zscore actual de Talla es de -2,1. Presenta hemograma normal y recibe mensualmente Vit. B12 sublingual como preventivo.

**.conclusiones.** Este paciente presentó dos complicaciones:

- 1- Déficit de absorción de Vit B12.
- 2- Desnutrición grave con Retraso de talla.

La absorción de Vit B12 es un proceso complejo que se inicia en el estómago incluyendo el ácido clorhídrico, factor intrínseco, proteasas pancreáticas y por último requiere la presencia de Enterocitos del Ileon distal que poseen un receptor específico. Si hay una carencia de dichos receptores se producirá déficit de su absorción que se manifestará en un tiempo variable. Con respecto a su desnutrición quedó demostrada la necesidad de soporte enteral. Se destaca la importancia del seguimiento a largo plazo de estos pacientes. Debido al abandono del tratamiento este niño presentó un grave deterioro nutricional y una complicación hematológica, ambas de riesgo vital.





## cursos y congresos




---

### XII CONGRESO DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE TERAPIA NUTRICIONAL, NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO - FELANPE 2010 -

---

Hotel Resort del Yatch y Golf Club, Asunción,  
República del Paraguay

**ORGANIZAN:**

- FELANPE
- Sociedad Paraguaya de Nutrición

**CO-ORGANIZAN:**

- Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP)
- Sociedad Brasileira de Nutrición Parenteral y Enteral (SBNPE)
- Asociación Chilena de Nutrición Clínica y Metabolismo (ACHINUMET)
- Sociedad Uruguaya de Nutrición (SUNUT)

**COMITÉ ORGANIZADOR:**

- Presidente: Dr. Rafael Figueredo Grijalba
- Vicepresidentes: Dra. Laura Mendoza de Arbo, Dra. María Cristina Jiménez
- Secretarías Científicas: Dra. Graciela Chirife Fernández, Lic. Clara Galeano
- Presidente del Comité Científico: Dra. Fátima Ayala de Mendoza
- Coordinadoras Área Médicos: Dra. Claudia Lawes Garabano, Dra. Ana Ferreira de Saguier  
Dra. Flora Suárez de Achón

- Coordinadoras Área Pediátrica: Dra. Marta Cristina Sanabria, Dra. Susana Sánchez Bernal
- Coordinadoras Área Nutricionistas: Lic. Emilse Queiroz de Albert, Lic. Laura Joy Ramírez
- Coordinadora Área Enfermería: Lic. Emma Rivelli
- Coordinadoras Área Químicos Farmacéuticos: Q.F. Miriam Berino de Maidana

- Miembros: Dra. Mirta Cáceres Patiño, Lic. Alicia Báez de Ayala, Lic. Cinthia Figueredo, Lic. Ofelia Prats, Lic. Estela Servín, Lic. Andrea Amarilla, Lic. Rocío Arguello Ayala Q. F. Elisa Rabitto
- Secretaría General: Lic. Aurora Figueredo Grijalba
- Asesores Internacionales: Dr. Mario Perman (Argentina), Dr. Antonio C. Campos (Brasil), Dr. Luis Nin Álvarez (Uruguay), Dr. Remy F. Meier (Suiza), Dr. Ivon Carpentier (Bélgica), Dr. Olle Ljungqvist (Suecia), Dr. Stephen A. McClave (USA), Dra. Kelly A. Tappenden (USA), Dra. Laura Matarese (USA), Dr. Gordon L. Jensen (USA), Dra. Lee Varella (USA), Dr. Gill Hardy (NZ), Dra. Inéz Hardy (NZ), Dra. Marion f. Winkler (USA), Dr. Miguel A. Gassull (España).

**INFORMES E INSCRIPCIÓN:**

<http://www.felanpeweb.org/congreso>

