

Día MIÉRCOLES 4 de Octubre

TRABAJOS LIBRES Y CASOS CLÍNICOS PRESENTADOS EN FORMATO PÓSTER ELECTRÓNICO

Coordinación: Lic. y Médica María Luisa Deforel

ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CANDIDATOS A INGRESAR EN LISTA DE TRASPLANTE PULMONAR

Llames Lucía, Baldomero Valeria, Liliana Rodota. Lic. en Nutrición Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción: La evaluación pre-trasplante incluye la valoración nutricional, se asocia con morbi-mortalidad.

Objetivo: Determinar el estado nutricional en candidatos a trasplante pulmonar.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, retrospectivo. En >18 años, en hospital privado (octubre 2011-diciembre 2017). Se realizó Evaluación Global Subjetiva, Índice de masa corporal, cambio de peso, pliegue tricípital, circunferencia muscular del brazo. Resultados como tendencia central y dispersión.

Resultados: N: 179, 53.6% varones. Mediana de edad, 51 años. Por patologías: 32.5% fibrosis pulmonar, 30.7% EPOC, 15.08% fibrosis quística, 7.26% HTA pulmonar, 6.15% bronquiectasias, 8.4% otras. EGS: A: 56.7%, B: 23.6%, C: 19.7%. IMC: 24.55 ± 6.27 kg/m², 25.2% desnutrido, 34% normal, y el 21.8% sobrepeso y 19% obesidad. 50% presentaron pérdida de peso. 14.6% aumentaron. La albúmina fue baja en 47.3%. La grasa fue: normal 72.8%, 8.9% riesgo, 9.47% depleción, 8.83% aumentada. La masa muscular: 43.2% depleción, 7.7% riesgo, y 49.1% normal. Dinamometría: 84.5% normal y 15.5% disminuida. Por patología, Sobrepeso-obesidad según IMC por patología: FP 56.8%), EPOC (48.1%) e HTP (38.4%); normal (31%, 29.6%, 46.1%) respectivamente; desnutrición: 62.9% con FQ y 45.4% con bronquiectasias.

Conclusión: La presencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición tienen alta prevalencia, dependiendo de la patología. La masa grasa fue lo menos afectado, la masa muscular se afectó independientemente del estado nutricional.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PERSONAS CON RIESGO NUTRICIONAL AUMENTADO

Lucía Llames, Mariana Rosón, Liliana Rodota. Lic. en Nutrición Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción: Existen diferentes herramientas de evaluación nutricional. Conocer los resultados y la concordancia entre ellas permite seleccionar el método más adecuado.

Objetivo: Describir el estado nutricional de pacientes ambulatorios con riesgo nutricional y evaluar la concordancia entre las diferentes herramientas.

Material y Métodos: Estudio transversal, retrospectivo. Pacientes ambulatorios mayores de 18 años en Consultorio de Evaluación Nutricional entre 01/6/2013 hasta 01/08/2017. Se registró edad, sexo, diagnóstico y mediciones. Estadística: media, desvío estándar, rango intercuartílico y Kappa Ponderado. STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 212 pacientes (55,6% varones), 59.1 años. Diagnóstico: 40.09% cirugías gastrointestinales, 21.7% patologías no quirúrgicas, 18.87% trasplantes, 12.74% oncológicos, 6.6% otras cirugías. Bioimpedancia (n206): masa grasa normal/ disminuida/ aumentada en 62.3%/ 30.58%/7.29% respectivamente, y masa magra seca (MMS) 58.7%/ 39.20%/ 2.1%. El ángulo de fase(AF) fue normal/ disminuido 13.59%/ 86.41%. Antropometría (n:210) el pliegue tricípital fue normal/ riesgo de depleción/ disminuido en 77.62%/ 1.9%/15.7%. y la circunferencia muscular del brazo(CMB): 45.7%/5.71%/48.1%. Dinamometría(n:133) disminuida en 34.5%. Documentamos baja concordancia (Kappa 0,34) entre la masa grasa evaluada por antropometría y por bioimpedancia, al igual que entre la masa magra por MMS y CMB (Kappa 0.26).

Conclusión. La masa magra y el AF fueron los parámetros más afectados. Se observó una baja concordancia entre la antropometría y bioimpedancia.

Evaluación nutricional de pacientes cirróticos candidatos a trasplante hepático

Baldomero V, Cabrera P, Delfante A, Rodota L. Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La desnutrición se encuentra presente en un 50 – 90 % de pacientes con cirrosis hepática y afecta en forma negativa la evolución ya que se asocia a mayor número de complicaciones y mortalidad postrasplante.

Objetivo: Determinar el estado nutricional de los pacientes candidatos a trasplante hepático.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. Se realizó Evaluación Global Subjetiva (EGS) y se registró pérdida de masa muscular al examen físico, disminución de la ingesta y presencia de ascitis en pacientes internados para evaluación pretrasplante hepático.

Resultados: 435 pacientes candidatos a trasplante hepático (41,5 % femenino y 58,5% masculino), promedio de edad de 52 años. Las etiologías más frecuentes de cirrosis fueron hepatitis C, cirrosis alcohólica y cirrosis criptogénica sumando un 66,8 % de los pacientes. El 66,2 % de los pacientes presentaron algún grado de desnutrición según EGS (B: 55,6 % y C: 10,6 %).

Con respecto a la presencia de condiciones asociadas a malnutrición se observó una pérdida de masa muscular en el 83.9% de los pacientes EGS B vs 84,1% EGS C, disminución de la ingesta en 16,1 % de los pacientes EGS B vs 47,7 % EGS C y presencia de ascitis en 35,7 % de los pacientes EGS B vs 57,1% EGS C.

Conclusión: La desnutrición se encuentra presente en un 66.8 % de los pacientes candidatos a trasplante hepático. El uso de métodos rápidos y sencillos es fundamental para identificar pacientes en riesgo e implementar una adecuada terapia nutricional.

MAS ALLA DEL DIAGNOSTICO... LA NUTRICION

Dra Chuan Chuan Lin, Dra. Lilia Arias, Dra. Corina Dlugoszewski, Dra. Miriam Tonietti, Dra. Fabiola Stoppel, Dra. Luciana Giunta, Dra. Maria Luciana Russo, Dra. Silvina Barbiero, Dra. Liliana Trifone. Sección de Nutrición y Diabetes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. CABA. Argentina.

MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 9 meses de edad con síndrome genético en estudio, internado por Desnutrición Grave con mala tolerancia enteral.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL: RNT, BPEG. Displasia ósea, RCIU. Oligoamnios. G3A1C2. Cosanguineidad. Internaciones: en Neonatología por SALAM, dos por cuadros respiratorios, una por síndrome febril y otra por deshidratación moderada por intolerancia enteral.

ESTUDIOS, DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS, EVOLUCION: Relación peso/edad: 39%. Tránsito intestinal con vólvulo de estómago axial reversible. Diagnóstico presuntivo de disfunción intestinal secundaria a desnutrición crónica. Se indicó nutrición parenteral y gastroclisis continua, con aumento progresivo de aporte calórico. Egreso, 12 meses de edad: peso/edad del 53%, peso/talla del 92%. Genética: campodactilia, microstomia, fascie de trismus e hipertermia, se sospecho Síndrome de Freeman-Sheldon o Síndrome de Crisponi. Secuenciación genética, mutación del gen LIFR, confirma Síndrome de Stuve Wiedemann. Edad actual 3 años y 7 meses, con único aporte por vía oral.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Stuve Wiedemann es una enfermedad muy rara (Prevalencia <1 /1000000), autosómica recesiva, con displasia ósea congénita y manifestaciones disautonómicas, con alta mortalidad en los primeros años de vida. No hay tratamiento específico, solo sintomático, la prioridad es la prevención de aspiraciones pulmonares. El adecuado soporte Nutricional en este niño, con franca recuperación de su estado nutricional, puede haber contribuido a su sobrevida, y posibilito su rehabilitación psicomotriz.

Bibliografía:

Mikelonis D, Jorcyk C.L, Tawara K, Thom Oxford J. Stüve-Wiedemann syndrome: LIFR and associated cytokines in clinical course and etiology. Orphanet Journal of Rare Diseases 2014
Romeo Bertola D, Honjo RS, Baratela W.A.R. Stüve-Wiedemann Syndrome: Update on Clinical and Genetic Aspects. Mol Syndromol 2016;7:12–18
OxfordnA. E, Jorcyk C.L, Thom Oxford J. Neuropathies of Stüve-Wiedemann Syndrome due to mutations in leukemia inhibitory factor receptor (LIFR) gene. J Neurol Neuromedicine. 2016.

Complicaciones post trasplante simultáneo de riñón y páncreas según estado nutricional previo.

Autores: Stasi, Marianela (1) ; Castro, Eugenia (2); Rodota, Liliana (3) Licenciadas en Nutrición Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El estado nutricional es un indicador independiente de riesgo de morbimortalidad postquirúrgica y representa, por déficit o por exceso, un factor de importancia en el desarrollo de las complicaciones post trasplante y complicaciones metabólicas.

Objetivo: Determinar la asociación entre el estado nutricional previo al trasplante con la aparición de complicaciones post trasplante y cambios metabólicos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo con pacientes sometidos a trasplante simultáneo de riñón y páncreas durante el período 2009-2017 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Seguimiento ambulatorio durante 12 meses con recolección de medidas antropométricas (Peso, talla, IMC (kg/m²), parámetros metabólicos (HbA1c, Colesterol Total, LDL y HDL) y presencia

de complicaciones (rechazo, infecciones urinarias y obesidad). Los resultados se expresaron en medidas de tendencia central y diferencia de proporciones con valor $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes divididos según el estado nutricional previo diagnosticado por IMC, 80% normal, 15% obesidad y 5 % desnutrición. La HbA1c presentó a los 12 meses el mayor descenso en los tres grupos ($p < 0,05$). La disminución del colesterol total y LDL fue mayor en el grupo de estado nutricional normal. Se observó aumento de HDL en todos los grupos ($p > 0,05$). Al año aumentó el valor de LDL, coincidiendo con el desarrollo de obesidad. Todos los pacientes presentaron infección urinaria, no teniendo relación con el estado nutricional previo ($p > 0,05$). En los desnutridos se observó mayor número de reinternaciones hospitalarias. Sólo 2 pacientes mostraron rechazo del injerto. El desarrollo de obesidad se evidenció en el 50% de los individuos con estado nutricional normal previo al trasplante, con un promedio de IMC de 31,6 kg/m².

Conclusión: El estado nutricional previo al trasplante no presenta asociación significativa con los cambios en los parámetros metabólicos (HbA1c y lípidos). Estos podrían tener relación directa con las drogas inmunosupresoras utilizadas. La obesidad post trasplante es una complicación frecuente, como así también la presencia de complicaciones urinarias, independientemente del estado nutricional previo.

ELEMENTOS TRAZA E INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Peralta, BL1,2,3,4; Slobodianik, N3,4; Ridolfi, A3,5; Piñeiro, A3,5; Mariano, M6; Stambullian, M1,3,4. 1Helios Salud.; 2 Doctorando de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica. 3Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica. 4Cátedra de Nutrición. 5Cátedra de Toxicología 5Universidad Nacional 3 de febrero.

INTRODUCCION: existen publicaciones que estudiaron la asociación cobre/zinc (Cu/Zn) y proteína C reactiva (PCR) en relación al estado inmunológico en infección por VIH. Poco se sabe conoce la interpretación de elementos traza en la práctica clínica.

OBJETIVOS: determinar el valor Cu/Zn en pacientes con reciente diagnóstico de VIH y la relación con estado inflamatorio e inmunológico.

MATERIALES Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal en pacientes con diagnóstico reciente de VIH. Muestreo secuencial (n=66). Se tomó de historias clínicas: carga viral (CV), CD4+, índice de masa corporal (IMC). Se midió PCR por método ultrasensible. Zn y Cu se determinaron en plasma libre de hemólisis por espectrofotometría de absorción atómica. Análisis estadístico: STATA 11,1, considerando $p \leq 0.05$.

RESULTADOS: mediana (RIQ) CD4+ fue 284 (110-451) cell/mm³. Mediana (RIQ) CV fue 25.950 (477,5–122.750) copias/mL. Mediana (RIQ) IMC fue 23,27 (21,2-27,7) kg/m². No se encontraron valores de Zn y Cu debajo de los de referencia. Sin embargo, 50,8% y 7,7% presentaron valores de Zn y Cu, respectivamente, superiores al de referencia. El 33,8% de la población presentó Cu/Zn >1. La mediana (RIQ) PCR fue 5,2 (2,1–15,7) mg/Dl con correlación débil, significativa, con Cu/Zn ($r: 0,271$; $p=0,034$). La CV no presentó asociación con PCR ni Cu/Zn. Los pacientes con CD4+ < 200 cells/ μ L (34,8%) tenían valores elevados de Cu/Zn

($p=0,000$; $r:-0,413$; $p=0,001$). El IMC presentó asociación débil negativa con PCR y Cu/Zn sin significación estadística ($r -0,125$; $p=0,33$ y $r:-0,205$; $p=0,1$ respectivamente).

CONCLUSION: la relación Cu/Zn >1 estaría correlacionado al estado inflamatorio lo cual explicaría la asociación con los CD4+. Financiado por UBACyT 2014-2017 (20020130200054BA)

Título: Epidermolisis Ampollar Distrofica (EAD). Importancia de la intervención Nutricional oportuna.

Garrido Veronica; Hernandez Julieta; Acevedo María Soledad; Bernedo Viviana; Otegui Banno Carmen; Barcellini Leticia; Sbarbati Gabriela; Dalieri Marcela. Lugar de Procedencia: HIAP Sor María Ludovica-La Plata

Presentación: Paciente masculino 11 años, Boliviano, diagnóstico de EAD recesiva. Derivado a Servicio de Nutrición por desnutrición crónica. Antecedentes RNT/PAEG, ampolla en dorso de pie al nacimiento. Evolucionó con lesiones en piel y mucosas, ocasionando un trastorno deglutorio progresivo. Requirió dilataciones reiteradas, con mejoras temporarias. Previo a la derivación, se realiza dilatación endoscópica de estenosis esofágica a nivel de cricofaringe. En anamnesis,

niño no escolarizado, alimentado solamente con caldos. Suplementado con hierro VO. Catarsis cada 72hs, Bristol 2.

Desarrollo: Se solicita laboratorio: anemia microcítica hipocrómica. Hipoalbuminemia. Antropometría: peso 20,7 kg, talla: 124cm (score Z -2.81) IMC 13.3 (score Z -2.21). Se realiza calorimetría indirecta: REG 1200 kcal, siendo el 120% de lo calculado con Schofield. Se indican pautas de alimentación hipercalórica con semisólidos progresivamente. Registro de ingesta posterior 3 días: 1280 kcal, por lo que se adicionan 2 suplementos hipercalóricos orales y multivitamínicos.

Debido a su anemia severa e intolerancia oral al sulfato ferroso, se indica hierro sacarato ev 400mg.

Resolución: Al mes de seguimiento se observan notorias mejoras en la antropometría, aceptación de nuevos alimentos y texturas. Peso 22,6 kg, IMC 14.7 (score Z -1.53); regresa a Bolivia.

Conclusión: Es importante el abordaje nutricional en los pacientes con diagnóstico de epidermolisis para mejorar su calidad de vida. Un diagnóstico temprano y la suplementación de las carencias de micronutrientes es esencial. En caso de no poder realizar calorimetría, se aconseja un aporte calórico de 100-150% de las recomendaciones diarias alimenticias (RDA) y un aporte proteico de 120-200% RDA.

EII EN LACTANTES “NUTRICIONAL PARENTERAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO”

Dra. Luciana Giunta, Dra. Lilia Arias, Dra. Corina Dlugoszewski, Dra. Liliana Trifone, Dra. Miriam Tonietti, Dra Chuan Chuan Lin , Dra. María Luciana Russo. Sección de Nutrición y Diabetes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. CABA. Argentina.

La EII de inicio muy temprano (menores de 6 años),(VEOIBD),tiene una prevalencia en

aumento presenta alteración inmune y es de difícil tratamiento. Descripción de dos lactantes, una de 4m (con baja talla) y otra de 9 meses (eutrófica), derivadas desde Santa Cruz, por fiebre, diarrea crónica secretora con sangre, alteración hidroelectrolítica e hipoalbuminemia severa, con requerimiento de soporte parenteral (NPT) por intolerancia a la vía enteral. En internación se constatan pérdidas digestivas severas con descompensación hemodinámica. Se descartan: Clohidrorrea, HIV, enteropatía autoinmune, APLV, fibrosis quística y celiaquía. Se confirma infección por CMV con alta carga viral, tratamiento antiviral, se pospone la realización de la VEDA. Recibe NPT exclusiva por diarrea persistente e intolerancia intestinal. Al mes se realiza VEDA Y VCC y se hace diagnóstico de VEOIBD por lo que se indica tratamiento escalonado adecuado a la patología. Ambas pacientes presentaron buena respuesta a la terapéutica específica de la enfermedad de base y requirieron soporte nutricional parenteral para crecimiento durante un 90 % del período de internación (113 días caso 1 y 390 para caso 2) recibiendo al alta alimentación oral.

Conclusión: el daño intestinal por esta enfermedad en lactantes es más agresivo y extenso. El desafío del tratamiento en estos pacientes, comprende la optimización del soporte nutricional temprano, que asegure el menor impacto de esta afección sobre el desarrollo pondo-estatural y mejore su calidad de vida y sobrevida.

Bibliografía:

Jung Ok Shim, Department of Pediatrics, Korea University Guro Hospital, Korea University College of Medicine. "Recent Advance in Very Early Onset Inflammatory Bowel Disease", Pediatric Gastroenterology Hepatology Nutrition. January(2019)22:41-49.

Mónica Gonzalez y col: "Enfermedad Inflamatoria Intestinal en pediatría (EII): revisión. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP)". Acta Gastroenterología Latinoamericana 2018; 48(3):226-241.

A. Solar Boga, A. Bautista Casanovas, C. Bousoño García "Alimentación y enfermedad Inflamatoria intestinal. Tratamiento y control nutricional de la EII en pediatría". Acta pediátrica española · Octubre 2012.

M.C. Cuerda Compés, I. Bretón Lesmes,, M. Cambor Álvarez , P. García Peris. "Soporte nutricional basado en la evidencia en la enfermedad inflamatoria intestinal". EndocrinolNutr 2005; 52(Supl 2):70-7.

Holm H. Uhlig, TobiasSchwerd, SibylleKoletzko, Neil. Shah,Jochen Kammermeier, Abdul Elkadri,Jodie Ouahed, David C.

Wilson,Simon P. Travis,Dan Turner,Christoph Klein,Scott B. Snapper,and Aleixo M. Muise."The Diagnostic Approach to Monogenic Very Early Onset Inflammatory Bowel Disease". Gastroenterology 2014; 147:990–1007.

NUTRICION PARENTERAL EN PACIENTES PEDIATRICOS CON FIBROSIS QUISTICA (FQ) GRAVE Y DESNUTRICIÓN...tener en cuenta su indicación.

Dra. María Luciana Russo, Dra. Lilia Arias, Dra. Corina Dlugoszewski, Dra. Miriam Tonietti, Dra. Liliana Trifone, Dra Chuan Chuan Lin, Dra. Luciana Giunta. Sección de Nutrición y Diabetes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. CABA. Argentina.

Presentación: Descripción de dos pacientes con FQ y desnutrición grave nutrición parenteral

(NPT) complementario. Paciente 1: Niña de 6 años de edad, compromiso pulmonar severo, múltiples internaciones por reagudizaciones respiratorias, síndrome febril intermitente, desnutrida crónica moderada con peso estacionario en el último año, talla P 25, IMC -1,74 DS. Imposibilidad de progresión con nutrición enteral (NE) por distensión, dolor abdominal y vómitos incoercibles. Infección con SAMR, PAE y Aspergillus.

Paciente 2: joven de 16 años con cirrosis biliar e insuficiencia hepática con hipertensión portal, Diabetes relacionada a FQ de 2 años de evolución. Oxigenoterapia domiciliaria, desnutrición crónica reagudizada, talla -3,53 DS, IMC -3,61 DS, sin desarrollo puberal. Infección crónica con cepas de PAE multirresistentes y Psedospordium. No ingresa para trasplante por su desnutrición.

Se indica NPT, en ambas pacientes con adecuada progresión calórica y buena respuesta. Sin complicaciones metabólicas o infecciosas. Paciente 2 ingresa a espera de trasplante.

Conclusiones: En los pacientes con FQ, la supervivencia y la función pulmonar se correlacionan estrechamente con el estado nutricional. La intervención del soporte nutricional debe contemplarse en aquellos que no se logre el objetivo calórico proteico. En pacientes con desnutrición severa, cuando la NE ha fracasado o tenga contraindicación, la NPT, a pesar de los riesgos que implica, debería considerarse como opción terapéutica en forma precoz.

Bibliografía:

Castaños C, Pereyro S, Rentería F, et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de pacientes con Fibrosis Quística. Actualización. Arch Argent Pediatr 2014;112(3):291-292 <http://dx.doi.org/10.5546/aap2014.291>

Turck D, et al., ESPEN- ESPGHAN- ECFS guidelines on nutrition care for infants, children, and adults with cystic fibrosis, Clinical Nutrition (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.03.004>.

Garriga M, Horrisberger A, Ruiz de las heras A, Catalan N, Fernandez G, Suarez M, Porrás N, Monje L. Guía de Práctica Clínica para el manejo nutricional de personas con Fibrosis quística (GPC-FQ). Rev Esp Nutr Hum Diet. 2017; 21 (1): 79-97. doi: 10.14306/renhyd.21.1.299

Zena G, Karyn S, Lauren L, Christina B, Preeti S, et al. (2018). Utilization of Parenteral Nutrition in Pediatric Cystic Fibrosis Patients. J GastroenterolMetabol 1:201

Evaluación del crecimiento en paciente pediátrico con Insuficiencia intestinal dependiente de Nutrición Parenteral

Maria Torres, Natalia Moreno Prado, Viviana Morales, Miguel Benegas, Ernesto Quintero, Gladys Pernas. Proccendencia: Equipo de Profesionales de la Unidad de Clínica y Soporte Nutricional – Centro de Recuperación e Investigación de Enfermedades Nutricionales de la Infancia. Provincia de Salta.

Introducción: La insuficiencia intestinal una enfermedad poco frecuente, de alto impacto para el niño y su familia. La característica común es la necesidad de soporte nutricional prolongado.

Objetivo: Evaluar crecimiento de niños con Insuficiencia Intestinal dependiente de NP.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal con pacientes internados en la unidad soporte Nutricional de enero a julio de 2019. De 7 niños con insuficiencia intestinal, se excluyeron aquellos destetados de NP. La muestra fue de 5 pacientes. Se describe edad, sexo, peso, talla de nacimiento, EG, diagnóstico médico, tipo y duración de NP, modalidad de infusión, valoración antropométrica.

Resultados: De los 5 niños 3 son femenino y 2 masculino, edades entre 3 meses a 4 años. Son RNT 4 niños y 1 RNPT. Presentan insuficiencia intestinal 2° a SIC ultra corto por atresia intestinal 3 niños; 1 2° a SIC por NEC y 1 a Tricobezao. El promedio de estada fue 145 días. La Media de días de Administración de NP fue de 115. Con NP ciclada 4 niño, 1 NP continúa. El 100 % con NP magistral. Los 5 niños presentan NE vía SNG, media de volumen a 30 ml/kg/d; 4 con formula semielemental y 1 con polimérica. Crecieron adecuadamente 4 niños, con indicadores P/E, T/E y P/T y 1 con déficit del 35 % para P/E, T/E sin déficit y adecuación P/T del 65 %.

Conclusión: En pacientes con insuficiencia intestinal se debe establecer un manejo multidisciplinario enfocado en mantener un soporte nutricional óptimo, que cubra todas las necesidades.

A PROPOSITO DE UN CASO: Síndrome de intestino corto, un caso de readaptación intestinal.

María Torres, Natalia Moreno Prado, Gladys Aguirre, Ernesto Quintero, Gladys Pernas. Procedencia: Equipo de Profesionales de la Unidad de Clínica y Soporte Nutricional – Centro de Recuperación e Investigación de Enfermedades Nutricionales de la Infancia. Provincia de Salta.

El objetivo es presentar experiencia del manejo multidisciplinario de una paciente con insuficiencia intestinal secundario a SIC con evolución a la adaptación intestinal. Paciente femenino, de madre adolescente, embarazo controlado, cesárea, apgar 8/9, PN 2,260 kgs. TN 45 cm, EG 37 sem con diagnóstico prenatal de atresia de duodeno. Intervenido por atresia duodenal con resección intestinal. Con reingresos a quirófano por descompensación y signos de oclusión intestinal. A los 2 meses ingresa a la unidad SN con diagnóstico Insuficiencia intestinal secundaria a resección intestinal extensa por atresia duodenal, intestino malrotado en apple peel. Remanente intestinal: anastomosis duodeno ileal (15 cm de íleon), válvula ileocecal y colon. Presentó internación prolongada dependiente de NP con complicaciones resueltas. Con NP continua luego ciclada e intermitente administrándose 3 veces por semana, con aportes adecuándolos a situación clínica y bioquímica, NE trófica con formula semielemental progresando en volumen y aportes. Recibe alta médica a los 3 años y 8 m con soporte parenteral domiciliario. A los 4 años reingresa por IACS con extracción de catéter semiimplantable, sin NP y se valora destete, progresando NE con buena tolerancia y evolución ponderal por lo que se decide alta médica con NE y VO con evidencia clínica y laboratorio de adaptación intestinal.

Conclusión: La clave para la supervivencia, después de resección intestinal, es la capacidad de adaptación donde la implementación de soporte nutricional en forma temprana es opción para mantener el estado de salud sin deficiencias nutricionales, proporcionar suficientes nutrientes de acuerdo con los requerimientos y facilitar el crecimiento.

Experiencia de evaluación nutricional mediante Valoración Global Subjetiva (VGS) en niños con cáncer en un hospital Nacional en Argentina.

MOUGEL CARINA ELIZABET, SECCION NUTRICION Y DIABETES INFANTIL. HOSPITAL NACIONAL PROF. A. POSADAS

Introducción: La desnutrición en los niños con cáncer se encuentra en un rango del 10 al 50%. Numerosos estudios demostraron el impacto negativo que la desnutrición tiene en esta población: menor tolerancia y eficacia del tratamiento, aumento de complicaciones y estadía hospitalaria. Está justificada una evaluación del estado nutricional para detectar a pacientes con malnutrición o en riesgo de padecerla.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional mediante VGS en niños con cáncer y comparar los resultados con el diagnóstico nutricional antropométrico.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Criterios de inclusión: niños con diagnóstico de cáncer, evaluados en Oncología Infantil (marzo 2017 a marzo de 2019). Variables: diagnóstico nutricional mediante VGS, Peso, Talla, índice de masa corporal y perímetro braquial. Las variables categóricas se presentan con medidas de frecuencia absolutas y porcentajes, las cuantitativas con mediana y rango.

Resultados: Fueron evaluados 106 pacientes. Edad: 85 meses (2-220 m), sexo femenino: 56.1%. Diagnóstico: Leucemias y Linfomas (64.1%). VGS: 29.9% bien nutridos, 29% moderada o sospechosamente mal nutridos y 41.1% severamente mal nutridos. El 86.4% de los niños clasificados como severamente mal nutridos iniciaron soporte nutricional el día de la evaluación. De los pacientes catalogados como eutróficos por antropometría, solo el 29.6% se encontraban bien nutridos.

Conclusión: Dada la elevada prevalencia de malnutrición en niños con cáncer, es de suma importancia realizar una valoración nutricional oportuna, a través de una herramienta validada para su uso, y contar con protocolos de evaluación para esta población.

Colocación de Sondas nasointerales (SNE) por un equipo especializado y sus dificultades en la colocación

Dra. Villar V; Dra. Vergara G; Dr. Ravotti F; Dra. Tahhan M; Dra Aruta Vandeputte C; Lic. Perez Z; Dr. Casavola C. Hospital Alemán, CABA, Argentina.

Colocar una SNE puede presentar complicaciones: perforación laringoesofágica, pulmonar (neumotórax), lesión de várices esofágicas (sangrado), colocación alta (no pasaje de esfínter esofágico inferior) y, la más frecuente, ubicación en vía aérea hasta 2%. El gold estándar para comprobar la ubicación correcta es la radiografía de abdomen.

Objetivo: evaluar resultado de colocación de SNE por especialistas, definidos como profesionales que han colocado 30 SNE o más.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo de marzo 2017 a febrero 2019. Se incluyeron pacientes internados con indicación de SNE colocadas por el servicio de Nutrición, que consta de 6 médicos especialistas y una enfermera entrenada en Soporte Nutricional. Se colocaron SNE radiopacas de 8-12 French con mandril, a ciegas, al borde de la cama, pasando la sonda de 55- 85cm, procediendo según la política del servicio. En todas se realizó control auscultatorio en epigastrio e hipocondrio izquierdo y radiografía. Se excluyeron las SNE colocadas con laringoscopia.

Resultados: se colocaron 520 sondas. Únicamente en 5 no se logró la correcta ubicación: en 3 el extremo distal quedó en pulmón y en 2 en esófago. En éstas la auscultación no dió certezas, acelerando la radiografía para certificar ubicación. Esto implica una tasa de complicación de

0.57%. Ningún paciente presentó complicaciones severas (sangrado, neumotórax o perforación esofágica).

Conclusión: un equipo especializado siguiendo un protocolo, disminuye los riesgos y evita complicaciones.

Nutrición parenteral intradialítica en el adulto con enfermedad renal crónica.

Salta, Capital. Dr. Sanguinetti, JM*; Dra. Pérez Abud, R**; Lic. Tolaba, A*** *Centro de Apoyo Nutricional, Buenos Aires.** Universidad Católica de Salta. Centro de Diálisis Salta.*** Universidad Nacional de Salta.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) compromete el estado nutricional (EN) y la Calidad de Vida (CV) de los pacientes.

Objetivo: Determinar el efecto de la Nutrición Parenteral Intradialítica (NPID) en el EN y la calidad de vida en pacientes en Hemodiálisis.

Material y Métodos: Estudio intervencional, en pacientes en Hemodiálisis, mayores de 18 años, desde diciembre de 2018 a enero de 2019. La muestra fue de 12 pacientes, 6 recibieron NPID durante 4 semanas, en dos sesiones dialíticas semanales. Se determinaron: Proteínas Totales y Albúmina sérica; Índice de Masa Corporal (IMC), Pliegue Cutáneo Tricipital (PCT) y Circunferencia Braquial (CB). Se aplicó un cuestionario de CV. Se utilizó la prueba estadística X2 con corrección de Yates.

Resultados: Los pacientes evaluados fueron varones y el 67% entre 59 y 65 años. El 83% presentó un EN normal según IMC, el 16,5% mostró bajo peso. El 83% de los pacientes no tratados con NPID tenía entre 59 y 65 años. En ambos grupos el tiempo de Hemodiálisis fue de 19 meses \pm 3. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas utilizando X2 entre las mediciones basales y mediciones posteriores para el PCT y CB. Las Proteínas Totales y Albúmina Sérica en los pacientes con NPID mostraron resultados estadísticamente significativos

con la prueba de X2, $p=0,0039$ En cuanto a la variable de CV, en el 83% se observó diferencias estadísticamente significativas aplicando X2, valor $p=0,0192$.

Conclusión: La NPID mejoró el perfil proteico y la CV, en el grupo con NPID.

Experiencia en el uso de profilaxis de infecciones relacionadas al catéter con lock de etanol en pacientes pediátricos con nutrición parenteral domiciliaria.

Dra Maria Ines Martinez

Introducción: La utilización de lock de etanol (LE) para profilaxis de infecciones del catéter (IRC) ha demostrado ser eficaz pero se reporta una mayor tasa de complicaciones mecánicas del catéter.

Objetivo: describir nuestra experiencia con LE para profilaxis secundaria de IRC en pacientes pediátricos con nutrición parenteral domiciliaria.

Material y Métodos: estudio analítico descriptivo retrospectivo. Pacientes tratados entre 1/2013 y 6/2018. Indicación LE: pacientes con tasa de IRC mayor que la media en el año previo y sin

trombosis venosa extensa. Técnica: LE al 70% estéril, instilando 0.5 intraluminales en días alternos durante la desconexión de la NP, con aspiración del LE y lavados pre y post con solución fisiológica. Se analizaron diagnósticos, edad y nº de IRC, nº recambios de catéteres y de complicaciones mecánicas días pre y post LE.

Resultados: el LE se utilizó en 10 pacientes (8 con síndrome intestino corto, 2 con pseudobstrucción crónica intestinal), con una edad al inicio del LE de M (mediana/IQR) de 3.6 (2.9-7.4) años. Se analizaron en total 5666 días catéter pre y post LE, M 470 (358-671) días. Se registraron 36 IRC (tasa M 4.02 (2.5-11) episodios casa 1000 días catéter y 14 recambios de catéteres pre LE, y 14 IRC (tasa M 1.43 (0.3-2.1) post LE ($p 0.005$) y 10 recambios post LE. Se registraron 1 episodios de oclusión transitoria del catéter y 2 de dificultad para aspirar el LE.

Conclusión: el LE permitió reducir la tasa de IRC sin complicaciones mecánicas significativas ni aumento de la tasa de recambio del catéter.

La intervención del psicólogo en un grupo de pacientes pediátricos con Falla Intestinal Crónica

Cecilia Mariana De Cristófolo, Marcela Fabeiro, María Inés Martínez, Marcela Dalieri. Servicio de Nutrición y Dietoterapia, Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata

Es universalmente aceptado que el abordaje de los pacientes con falla intestinal crónica requiere la conformación de un equipo multidisciplinario. En el año 2011 se crea la Unidad de Alimentación Parenteral Domiciliaria dentro de la estructura hospitalaria y en el año 2015 se incorpora el psicólogo al Equipo.

El objetivo de este trabajo es describir las intervenciones del profesional psicólogo en un grupo de pacientes pediátricos con falla intestinal crónica en tratamiento con parenteral domiciliaria. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo sobre el análisis de un registro de entrevistas e intervenciones realizadas entre marzo 2015-marzo 2019.

Sobre 54 pacientes que iniciaron NPD desde 2011 se intervino participando del diseño de estrategias terapéuticas junto al resto del Equipo en 35 casos. En 25 de ellos se intervino además directamente. Según la edad del paciente (44% < 2 años, 44% 2 a 6 años, 8% > 6 años) sólo se mantuvo entrevistas con las madres (57%). Respecto de la demanda, en el 80% de los casos surge del Equipo tratante. En lo que atañe a la factibilidad de llevar adelante la intervención, en el 66% se trabajó durante períodos de internación, sólo en el 23% se pudo sostener consultas ambulatorias. Que la demanda surja de los padres o que el motivo que justifique el pedido de intervención implique la presencia de síntomas psicopatológicos evidentes, favoreció el sostenimiento del espacio.

La conclusión a la que se ha podido arribar conduce a repensar las intervenciones del psicólogo factibles de llevar a cabo con estos pacientes quedando excluidos los dispositivos clásicos de atención.

USO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA DETERMINACIÓN DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO EN PACIENTES CRÍTICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Navarrete P.; Luna C.; Rodríguez M.; Calella R.; Rosales Z.; López R.; Moreno C.; Torres E.;

Pereira S.; Parra L.; Barada C. Agosto de 2019. Hospital Santa Isabel de Hungría. Mendoza, Argentina.

MOTIVO DE INTERNACIÓN: masculino 69 de años que reingresa a los 10 días del alta por fiebre. Fue sometido 19 días previos a una duodenopancreatectomía cefálica por adenocarcinoma pancreático.

DESARROLLO: se confirma fístula pancreática de alto débito. Se inicia alimentación parenteral y enteral trófica, tratamiento con análogo de somatostatina y antibióticos. Intercurre con neumonía intrahospitalaria y shock séptico. Óbito cumpliendo 89 días de estancia hospitalaria, 36 en unidad de cuidados intensivos (UCI). Valoración global subjetiva: C; Criterios GLIM: Malnutrición severa. Se diagnostica SARCOPENIA mediante análisis de imágenes tomográficas correspondientes a tres tiempos evolutivos. El análisis se realizó utilizando Software ImageJ Fiji por personal capacitado. Se calculó área de superficie muscular (ASM) y área de grasa intramuscular (AGIM). La sarcopenia se definió con un valor de corte de IME menor a 55 cm²/m².

RESULTADOS: El análisis de la imagen de ingreso: ASM 117,76243 cm², AGIM de 20,04215 cm², IME 42,2254 cm²/m². La segunda imagen evaluada con diferencia de 13 días posteriores: ASM corresponde a 113,08803 cm², el AGIM de 13,66998 cm², IME 40,5493 cm²/m². Tercera imagen evaluada con diferencia de 24 días posteriores a la de ingreso: ASM corresponde a 111,37974 cm², el AGIM de 14,83919 cm², IME 39,9368 cm²/m².

CONCLUSIÓN: La medición de la MM mediante el uso de TC podría ser una herramienta para la evaluación y seguimiento de pacientes internados en UCI ya que las pruebas funcionales y mediciones objetivas se ven afectadas por la inmovilidad, sedación, ventilación mecánica, estado cognitivo, entre otras. Las mediciones determinadas en el paciente muestran reducción de la MM durante su estancia en UCI. No se pueden establecer conclusiones sobre el impacto de la sarcopenia en la morbilidad del paciente, para ello es necesaria mayor bibliografía.

El riesgo nutricional al ingreso en una unidad de cuidados intensivos es un factor pronóstico de la mortalidad

Rosón Mariana M1, Rodota Liliana P1, Kecskes Claudia E2, Jáuregui María B1. 1 Lic. En Nutrición – Servicio de Alimentación – Hospital Italiano de Buenos Aires 2 Médica especialista en Terapia Intensiva y Clínica Médica – Sección Soporte Nutricional – Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La malnutrición en las unidades de cuidados intensivos (UCI) ronda el 40 % y condiciona una peor evolución clínica. Por eso es indispensable evaluar a estos pacientes al ingreso a dichas unidades para definir su soporte nutricional.

Objetivos: Describir y comparar los resultados del tamizaje nutricional (NRS 2002) y evaluación global subjetiva (EGS) en adultos hospitalizados en UCI y explorar el valor pronóstico de dicha categorización sobre la mortalidad y la duración de la internación.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva de 3939 pacientes (49,6 % mujeres, edad promedio 63,8 años) internados en un hospital privado. Se revisaron las fichas nutricionales de ingreso de pacientes internados entre marzo de 2016 y marzo de 2018 en una UCI por más de 24 horas y

que contaban con dichas evaluaciones nutricionales. Desde el año 2016 se realiza un registro electrónico del estado nutricional al ingreso hospitalario.

Resultados: 2248 pacientes estuvieron internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y 926, en Unidad de Terapia Intermedia (UTIM). El 94,6 % de los internados en UTI vs. el 71,6% en UTIM presentó riesgo nutricional. En la EGS de UTIA, A=68,8%, B=20,6% y C=10,6%; en UTIM, A=58,6%, B=26,1% y C=15,3%. Luego de ajustar por la edad, dicho riesgo nutricional se asoció al triple (OR 3,25; IC 95% 1,95 a 5,44) de mortalidad y a una estadía promedio mínimamente más prolongada (0,12 días; IC 95% 0,02 a 0,23) en quienes egresaron vivos de las UCI.

Conclusión: Haber sido categorizado como alto riesgo nutricional al ingreso en alguna UCI pronosticó el triple de mortalidad durante dicha internación.

Soporte Nutricional en Síndrome de desgaste por HIV

García Bisio, M.R., Deforel M L, Ansotegui, V., Romay, S. Milmaniene, M. Gómez, L. Aller, A. Pollastreli, F. De la Vega, I. Hospital Dr I. Pirovano

Presentación: Paciente masculino, 32 años, situación de calle. Ingresó con desnutrición severa (DN), hiporexia y diarrea con mucositis. Al examen basal: lúcido, afebril, deshidratación, taquipnea, hipoventilación bibasal con crepitantes medio derecho, hipoacusia bilateral. Peso 30Kg, IMC 12, VGS C, Circunferencia Muscular del Brazo (CMB) 15,4 cm P_c<5.

Abdomen excavado, indoloro RHA+, escara sacra II y dorsal I sin flogosis. Antec. HIV+ sin tratamiento. Anemia leve Linfopenia, IRA prerrenal, HiperNa Hipo K y P. Albúmina 2,54g/dl. Serología +: VDRL, CMV y Toxo. 15 días ingesta negligente.

Presunción Dx: Sme. desgaste por HIV, NAC, TBC. Alto riesgo de Sme. Realimentación (SRA).

Objetivo inmediato: Confirmación Dx (TC, cultivos y esputo para BAAR), Inicio ATB empírico, antiperistálticos, profilaxis de infecciones oportunistas e Intervención Nutricional precoz preventiva de SRA: aportes al 50% requerimientos, macrodosis de tiamina, monitoreo hidroelectrolítico y glucémico. Meta calórico proteica progresiva al 7º día: 30- 35Kcal/kg/día y 1.5gr Proteínas/kg/día.

Evolución: día 12: Shock séptico a foco respiratorio, falla multiorgánica, diarrea inflamatoria catastrófica, descompensación hemodinámica. Reposo digestivo y Nutrición Parenteral Total (NPT) Nuevos cultivos y Toxina CD. Escala ATB e inicia Antiretrovirales. NPT Magistral exclusiva por 6 días ajustada a monitoreo de tolerancia metabólica. Switch con Soporte Nutricional Enteral en composición y digestibilidad de complejidad creciente en tres fases. Buena evolución clínica. Normaliza medio interno. Ingesta oral adecuada intestinal con tolerancia a Suplementos Orales nutricionales.

Resolución: Cultivos negativos, mejora clínica y de parámetros bioquímicos, oralidad positiva con tolerancia digestiva. Incremento del 59,3% del Peso (47,8kg), 7 puntos de IMC (IMC 19 Normal) y 12,7% de CMB: 17,4 cm al alta.

Conclusión: La Intervención Clínica oportuna, incluyendo un soporte nutricional multimodal y sostenido en todas las etapas mejoran los resultados en beneficio del paciente y de la Institución.

Tratamiento Conservador en la Enfermedad Renal Crónica avanzada (ERC E5) con el uso de dieta controlada en proteínas más cetanoálogos: Estudio de cohorte retrospectivo.

Andrea Aimar, Horacio González, Adriana Fernández¹ y Grupo RIANA. 1-Nutrihome.

Introducción: El tratamiento conservador (TC), fue propuesto como alternativa para los pacientes con (ERC E5), retardando el inicio de terapias de reemplazo renal (TRR). La necesidad de una dieta hipoproteica extrema exige el uso de suplementos de cetanoálogos y aminoácidos esenciales (DHPC).

Objetivo: Evaluar la evolución de pacientes con ERC E5 con TC con DHPC.

Material y métodos: estudio de cohorte, retrospectivo, de pacientes adultos con ERC E5 asistidos ambulatoriamente por equipo interdisciplinario, tratados con TC con DHPC (proteínas: 0.6 gr/kg/día), con seguimiento mínimo de 6 meses. Variables bioquímicas estudiadas: anemia, albuminemia y metabolismo fosfocálcico antes y después de DHPC. Las variables se expresaron como media y desvío standard o mediana y rangos, y se aplicó prueba de T o Wilcoxon, según fueran o no paramétricas, respectivamente.

Resultados: Fueron incorporados 88 pacientes, edad media de 63,5 ± 17,7 años; 34 fueron mujeres. 53 pacientes (60,2%) continuaban en TC con DHPC luego de 6 meses; 42 (47.7%) pacientes cumplieron un año de seguimiento, 23 ingresaron a hemodiálisis, 4 fueron trasplantados, 4 suspendieron (falta de cobertura), 2 por no adherencia, 1 por trastorno deglutorio y 1 fallecido. Los resultados de laboratorio (ver gráfico), el peso y la albúmina en los pacientes que cumplieron un año de seguimiento no mostraron cambios significativos. No se registraron eventos adversos.

Conclusiones: En pacientes con ERC E5 el uso de dieta hipoproteica suplementada con aminoácidos y cetanoálogos, permitió realizar el tratamiento conservador y postergó el ingreso a TRR en una proporción significativa de los pacientes.

ASPECTOS CLINICOS E INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUISTICA. Reporte de 15 casos.

Canicoba, Marisa¹, Jastreblansky,Zohar¹, López María José, Marchi,Laura², Perna, Lorena².
1 Departamento de Alimentación. 2Servicio de Gastroenterología Equipo de Fibrosis Quística de Adulto. Hospital Nacional “Prof. A. Posadas”.

Introducción: La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva y letal. La incidencia en Argentina es de 1: 6.100 nacidos vivos, se desconoce la edad exacta de sobrevida, pero hay un número creciente de pacientes adolescentes y mayores de 18 años que llevaron a la formación de centros especializados de adultos.

Objetivo: describir los aspectos clínicos e intervención nutricional en pacientes adultos con FQ.

Material y Métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo desde enero 2010 a enero 2019. Criterios de inclusión: pacientes ≥ de 18 años que concurrieron al Consultorio Externo de Adulto de FQ de un Hospital Nacional con una Unidad de atención integral .Se registraron datos de la historia clínica: edad, sexo, tiempo de diagnóstico, evaluación clínica

nutricional, Índice de Masa Corporal (IMC), soporte nutricional (SN): suplementos orales (SO) o nutrición enteral (NE), el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina (IPE) se realizó a través del test de secreción pancreática (Schebo Fecal elastasa-1 $\mu\text{g/g}$ materia fecal, método de ELISA) se evaluó la insuficiencia endocrina (IPE), consumo de vitaminas y de enzimas pancreáticas

Resultados: 15 pacientes (9 masculinos, 6 femeninos), con 18.36 años de evolución de la enfermedad, Media de edad 25,4 años, IMC 20,36 kg/m^2 . 3/15 pacientes con desnutrición grado I y 1/15 desnutrición grado III. **SN** 9/15 recibieron SO, 1 gastrostomía percutánea, 2 requirieron NE. 12/15 presentaron IPE con un consumo enzimas promedio de 204.545 UI/d. 2/15 pacientes presentaron IPE. 9/15 recibieron vitaminas liposolubles. 5/15 continúan seguimiento: 2 fallecieron, 1 trasplantó, pérdida de seguimiento de 4 pacientes.

Conclusiones: un diagnóstico precoz de la MN, permite una evaluación adecuada y formular una intervención nutricional integral, oportuna, aumentar la expectativa y calidad de vida de los pacientes con FQ.