

Trimestre **Enero Febrero Marzo** de 2018



AADYND

Asociación Argentina de Dietistas y
Nutricionistas Dietistas

ISSN 0328-1310

DIAETA

La revista científica de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas **AADYND**



Buenos Aires | Vol. 36 - Nº 162 | Publica en LILACS Y SciELO



ARTÍCULO INVITADO

Primer consenso sobre prevención, categorización y tratamiento de las úlceras por presión (PRICUPP)

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización del consumo alimentario en adultos sanos del área metropolitana de Caracas - Venezuela

¿Qué comemos cuando comemos?
Diferencias en las preparaciones consumidas por adultos de la ciudad de Rosario según sexo, edad y estación del año

ARTÍCULO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Índice glucémico y carga glucémica: su valor en el tratamiento y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS 2018

COMITÉ EDITORIAL

Misión de la Revista: "Difundir el conocimiento científico a nivel nacional y de la región a través de la publicación de investigaciones en el campo de la nutrición humana".

Directora

DRA. MARCELA STAMBULLIAN

Lic. en Nutrición. Especialista en Metodología de la Investigación Científica. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área bioquímica. Docente e Investigadora en formación de la Universidad de Buenos Aires.

Integrantes

LIC. PAOLA CHINAROF

Lic. en Nutrición. Jefa de Sección Reemplazante del Sector Elaboración de Fórmulas Líquidas. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, CABA.

DRA. DANIELA DEFAGÓ

Lic. en Nutrición. Dra. en Ciencias de la Salud. Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA) – CONICET, Universidad Nacional de Córdoba.

LIC. SOFIA GLUCKSELIG

Lic. en Nutrición. Nutricionista del Hogar Le Dor Va Dor. Docente Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición.

LIC. MARIANA GÓMEZ

Lic. en Nutrición. Nutricionista del área Programática de Salud del Hospital Pirovano. Miembro del Comité de Ética en Investigación del Hospital Pirovano.

LIC. DANA WATSON

Lic. en Nutrición. Docente Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición. Docente Departamento de Salud, Universidad Nacional de La Matanza

MGTR. ANABELLA ZANINI

Lic. en Nutrición. Diplomada en Promoción de la Salud (INTA Chile). Magíster en Auditoría Gubernamental. Auditoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Docente de postgrado, Universidad Isalud. Docente Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición.

COMITÉ DE REVISORES Nacionales

Dra. ALBRECHT CLAUDIA Lic. en Nutrición. Doctora en Ciencias de la Salud, mención nutrición. Centro de Investigaciones en Nutrición Humana, Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA) – CONICET.

Dra. ANDREATTA, MARIA MARTA Lic. en Nutrición. Doctora en Ciencias de la Salud. Investigadora Asistente en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Universidad Nacional de Córdoba, CONICET, Córdoba.

Dra. BRITO GRACIELA Lic. en nutrición. Docente Investigador Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición. Profesor Asociado regular, Departamento de Salud, Universidad Nacional La Matanza.

Prof. BRITOS SERGIO Licenciado en Nutrición. Profesor Asociado Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición. Director del Centro de Estudios sobre Políticas y Economía de la Alimentación (CEPEA)

Dra. CALVO ELVIRA Médica. Doctora en Medicina, UBA. Ex-Coordinadora del Área Nutrición de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación; en Comisión de Servicio en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara".

Lic. CANICOPA MARISA Lic. en Nutrición. Integrante del Sector internación del Hospital Nacional Dr. A. Posadas. Directora de la Carrera de Especialización en Nutrición Clínica, Sede Hospital Posadas

Lic. CONCILIO MARÍA CELESTE Lic. en Nutrición. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Hospital Piñero, Cesac N°18

Dra. DIAZ DIEGO Lic. en Ciencias Antropológicas. Doctor en Ciencias Antropológicas. Becario posdoctoral D-TEC Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús.

Lic. DROLAS CECILIA Lic. en Nutrición. Especialista en Tecnología de Alimentos. Profesor adjunto Universidad del Salvador.

Dra. DYNER LUIS Bioquímico. Doctor en Bioquímica. Docente Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Cátedra de Bromatología.

Mgr. ELORRIAGA NATALIA Lic. en Nutrición. Magíster en Efectividad Clínica. Docente Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición. Investigadora del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria.

Prof. KABBACHE DIANA Lic. en Nutrición. Profesora Titular Regular Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular Ordinaria Universidad del Salvador.

Prof. KIZLANSKY ADRIANA Lic. en Nutrición. Socio Honorario de AADYND.

Lic. LONGO, ELSA Lic. en Nutrición. Área Nutrición de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación

Dra. LOPEZ LAURA Lic. en Nutrición. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Nutrición. Profesora titular Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición.

Dra. LOPEZ LAURA Bioquímica. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Bromatología. Profesora adjunta Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Cátedra de Bromatología.

Dra. MORATAL LAURA Bioquímica. Médica. Doctora en Medicina, Universidad de Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición y Departamento de Salud Pública.

Dra. OLIVERA MARGARITA Lic. en Ciencias Químicas. Dra. en Ciencias Químicas. Profesora de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica.

Dip. PAMPILLÓN NATALIA Lic. en Nutrición. Diplomado de Especialización Profesional en Nutrición Clínica. Instituto de Investigación para el Desarrollo de la Nutriología SA – IDENUT. Perú. Universidad Juan Agustín Maza. Mendoza. Centro Quirúrgico de la Obesidad.

Dra. PEROVIC NILDA Centro de Investigaciones en Nutrición Humana (CenNH), Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Dra. PITA DE PORTELA MARIA LUZ Farmacéutica. Dra. en Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular Consulta de Nutrición, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica.

Mgr. RAMÓN ADRIANA Lic. en Nutrición. Experto Universitario en Higiene y Seguridad Alimentaria, Universidad de León, España. Magíster en Nutrición y Biotecnología Alimentaria y Magíster en Salud Pública, Universidad Nacional de Salta. Docente Cátedra Ciencia y Tecnología de los Alimentos. Carrera de Nutrición, Universidad Nacional de Salta. Directora de Proyectos de Investigación en el Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta (CIUNSA).

Mgr. RASCHIO CECILIA Lic. en Ciencias de la Educación. Magíster en Evaluación Educativa. Universidad Juan Agustín Maza, Mendoza.

Dra. ROMAN DOLORES Lic. en Nutrición. Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA) – CONICET.

Lic. ROSSI MARÍA LAURA Lic. en Nutrición. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición.

Bioq. ROVIROSA ALICIA Bioquímica. Nutricionista-Dietista. Investigadora Adjunta en el Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI).

Dra. SAMMARTINO, GLORIA Antropóloga. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición.

Dr. SOZZI GABRIEL Ingeniero Agrónomo. Dr. en Ciencias Biológicas. Profesor de la Maestría en Tecnología de los Alimentos, Universidad Tecnológica Nacional.

Lic. SPIRITO MARÍA FLORENCIA Lic. en Nutrición. Especialista en Nutrición Pediátrica. Nutricionista del Área de Alimentación del Hospital de Pediatría Dr. J.P. Garrahan.

Dra. VAZQUEZ MARISA Lic. en Nutrición. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Nutrición. Profesora Regular y Docente Investigador de la Universidad de Buenos Aires.

Dra. WITRIW ALICIA Lic. en Nutrición. Doctora de la Universidad de Buenos Aires. Profesora titular, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición

Extranjeros

Dra. BABIO NANCY (*España*) Lic. en Nutrición. Doctora en Nutrición y Metabolismo por la Universidad Rovira i Virgili, España. Departamento de Bioquímica y Biotecnología. Facultad de Medicina i Ciències de la Salut. IISPV, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España. Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Madrid, España.

Dra. BASABE BEATRIZ (*Cuba*) Lic. en Bioquímica. Doctorado en Ciencias y Doctora en Nutrición. Jefe Dpto. Bioquímica y Fisiología. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Cuba.

Dra. DOMINGUEZ MA. REYNA LIRIA (*Perú*) Nutricionista Investigadora del Instituto de Investigación Nutricional, Perú.

Ed. D. FALCIGLIA GRACE (*Estados Unidos*) Dietista. Doctora de Educación en Nutrición (Ed. D.), Universidad de Columbia, Nueva York, Estados Unidos.

Ex Profesora de Nutrición, Ex. Jefe del Departamento de Ciencias de la Nutrición y Ex. Directora del Programa de Postgrado en Nutrición, Universidad de Cincinnati, Estados Unidos.

Prof. OLIVARES, SONIA (*Chile*) Nutricionista. Magíster en Planificación en Alimentación y Nutrición, Ciencias de la Nutrición. Profesora Titular en Educación en Nutrición y Marketing Social en Salud Pública, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile.

Mgr. RIOS-CASTILLO ISRAEL (*Panamá*) Nutricionista. Magíster en Nutrición y Alimentos por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile. Oficial Regional de Nutrición de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

Invitados

Lic. NATALIA PRESNER. Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Dra. GRACIELA FUENTE. Médica Especialista en Diabetes y Nutrición.

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente	Lic. Silvia Patricia Jereb
Vice presidente	Lic. Beatriz Ravanelli
Secretaria	Lic. Romina Verónica Sayar
Prosecretaria	Lic. Florencia Daniela Cardone
Tesorera	Lic. Viviana Irma Corteggianno
Protesorera	Lic. Mirta Verónica Antonini
Vocal I	Lic. Rosa Encarnación Fontana
Vocal II	Lic. Lucia Paula Rey
Vocal III	Lic. Luciana Noris Paduano
Vocal IV	Lic. Claudio Matías Magno
Revisora de cuentas I	Lic. Luciana Catalina Ampuero Milostic
Revisor de Cuentas II	Lic. Elizabeth María Rigada

PROPIETARIO

Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND)

CUIT: 30-65741337-9

Bases de datos de acceso abierto en las que indiza: LILACS (Referencial) SCIELO (Acceso a texto completo a partir de 2009)

1 EDITORIAL

ARTÍCULO INVITADO

8 Primer consenso sobre prevención, categorización y tratamiento de las úlceras por presión (PRICUPP)

LIC. MARISA CANICOBA, LIC. ROMINA BARRITA, LIC. JULIETA PATANÉ

ARTÍCULO ORIGINAL

11 Caracterización del consumo alimentario en adultos sanos del área metropolitana de Caracas - Venezuela

MGTR. HERNÁNDEZ PABLO, MGTR. MATA CLARET, MGTR. VELAZCO YULY, DRA. LARES MARY

21 ¿Qué comemos cuando comemos? Diferencias en las preparaciones consumidas por adultos de la ciudad de Rosario según sexo, edad y estación del año

MGTR. ZAPATA MARÍA ELISA, DRA. TORRENT MARÍA CECILIA, LIC. CAMOLETTO SILVINA RITA, LIC. CHAÍN PRISCILA NANCI, LIC. TROSSERO MARÍA JORGELINA

ARTÍCULO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

29 Índice glucémico y carga glucémica: su valor en el tratamiento y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles

LIC. MANUZZA MARCELA ALEJANDRA, DRA. BRITO GRACIELA, LIC. ECHEGARAY NATALIA SOLEDAD, DRA. LÓPEZ LAURA BEATRIZ

COMITÉ CIENTÍFICO

39 Actividades científicas 2018 (primer semestre)

**MANTENETE
AL TANTO
DE LAS
NOVEDADES**



@AADYND



www.aadynd.org.ar



/AADYND

Reglamento de publicaciones

Vigente desde abril de 2018

La revista DIAETA es la revista científica de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas-Dietistas (AADYND) de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. El formato es digital. La revista, de publicación trimestral, acepta artículos originales, artículos de revisión y actualización y comunicaciones breves. Los ejes temáticos propuestos son: nutrición clínica, dietoterapia, nutrición comunitaria, alimentación y salud pública, epidemiología alimentaria y nutricional, nutrición básica, educación en nutrición y alimentación, tecnología de los alimentos y bromatología, sociología y antropología de la alimentación, en definitiva, todas las áreas relacionadas a la nutrición humana. Además, publica cartas al editor de sus lectores. La misión de la revista es difundir el conocimiento científico en el área de la alimentación y la nutrición tanto a nivel nacional y de la región, a través de la publicación de investigaciones en el campo de la nutrición humana.

DIAETA se distribuye en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre, en idioma castellano. Sólo el resumen se publica en inglés. El acceso para los miembros de la AADYND es gratuito. El acceso a DIAETA para los no-miembros de la Asociación, tiene un costo estipulado anualmente por la Comisión Directiva de AADYND. La versión online SciELO de DIAETA es preparada con metodología desarrollada por el "Proyecto FAPESP/BIREME de Periódicos Electrónicos". Todos los materiales publicados en este sitio están disponibles en forma gratuita. DIAETA forma parte del Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (proyecto de CONICET Argentina), forma parte del catálogo de revistas científicas de la base de datos de información científica EBSCO e indiza en LILACS, donde se puede acceder al resumen en castellano y en inglés.

DIAETA es propiedad de la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND), de la Ciudad de Buenos Aires en Argentina. **La revista DIAETA y la AADYND no cobran a los autores por los servicios de evaluación, corrección, edición, publicación y distribución de los manuscritos aceptados.** Una vez publicado el artículo, el autor de contacto puede solicitar el envío gratuito de la revista digital completa en el que fue publicado su artículo y su artículo individual en formato pdf.

Los autores que decidan publicar en DIAETA, ceden los derechos de publicación del artículo, así como transfieren a DIAETA la autorización de publicación en formato digital y a AADYND la publicación en sus redes digitales (página web, Facebook, mailing a socios, otros) según lo considere la Comisión Directiva de AADYND. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los artículos publicados pertenece exclusivamente a los autores.

Los artículos que hayan sido aceptados y publicados en DIAETA, no podrán ser enviados posteriormente para ser publicados en otra revista o formato similar, a menos que el Comité Editorial autorice, por escrito, a los autores que así lo soliciten. En tal caso se dejará constancia, al pie de la nueva reproducción, la referencia bibliográfica correspondiente a la publicación original.

El comité editorial se reserva el derecho de juzgar los manuscritos para su aceptación. Aquellos aceptados, serán remitidos a 2 (dos) revisores, externos a DIAETA, para una evaluación por pares en forma doble ciega (los autores no sabrán quienes los evalúan, no los evaluadores conocerán a los autores). En caso de que las revisiones sean totalmente dispares, se consultará a un nuevo revisor. El tiempo del proceso de evaluación es muy variable debido a que participan muchos actores en el mismo. Desde la recepción del manuscrito hasta su aprobación final puede transcurrir un promedio de 8 meses (5-9 meses). Considerando que la revista es trimestral, todo el proceso hasta la publicación puede realizarse en un promedio de 11 meses.

El Comité Editorial informará a los autores sobre la aceptación o no del manuscrito, las correcciones de forma y estilo para su aceptación en caso de que lo considere, las sugerencias realizadas por los revisores y la versión pre-publicación para la aceptación final por parte de los autores. El Comité Editorial se reserva el derecho de no aceptar manuscritos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado y de no publicar manuscritos que no posean el nivel de calidad mínimo exigido acorde a la jerarquía de la revista; no hayan modificado el escrito con las sugerencias enviadas o no las hayan fundamentado correctamente para no hacerlo.

Forma y preparación de manuscritos

Para la preparación de manuscritos, la revista se ha adecuado a los requerimientos del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), en su más reciente actualización, disponible en <http://www.icmje.org>. Los manuscritos deberán ser enviados en **formato Word**, en papel tamaño A4, con márgenes de al menos 2,5 cm. Las páginas se numerarán en forma consecutiva. Cada manuscrito deberá presentarse junto a:

Carta de Autoría: Se puede acceder a la misma en la página web de DIAETA. Se enviará en página aparte. La misma será una declaración por parte de todos los autores, acordando la publicación del manuscrito en DIAETA, conociendo y aceptando el reglamento vigente de la revista. Asimismo, se dejará constancia que el manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista científica ni ha sido enviado para su consideración a otra revista al mismo tiempo. También, se deberá declarar que han solicitado autorización, por parte de la máxima autoridad de las organizaciones e instituciones participantes, dando permiso para publicar los contenidos del artículo enviado a DIAETA. Cuando no se firma el modelo de carta sugerido por DIAETA, se solicita que los autores incluyan en la carta el siguiente texto:

"En el caso que el manuscrito mencionado sea aceptado para su publicación, transferimos los derechos de publicación a la revista DIAETA, quien asume los derechos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias en papel, electrónicas o multimedia e incluir el artículo en índices o bases de datos nacionales e internacionales. Conocemos que los artículos publicados en DIAETA, no podrán publicarse posteriormente en otra revista, a menos que el Comité Editorial lo autorice por escrito. En tal caso se dejará constancia, al pie de la reproducción, la referencia bibliográfica correspondiente a la publicación original. La responsabilidad por el contenido y las afirmaciones que aparecen en el manuscrito, pertenecen exclusivamente a los autores abajo firmantes."

La carta deberá estar firmada por todos los autores, aclaración de firma y número de documento. .

Carta dirigida al Director de la Revista: En la misma se solicita la consideración del manuscrito para su publicación, aclarando en qué categoría de artículo se presenta y quien será el autor con quien se mantenga la correspondencia.

Todos los manuscritos a presentar en DIAETA deberán contener: Página de Título y Autores: En la primera hoja figurará el título del artículo en castellano y en inglés; el apellido y los nombres completos de los autores, su grado académico, Institución de procedencia y mail de cada autor; Institución/es participantes en el estudio de investigación o artículo presentado; dirección postal, teléfono y mail de los autores responsables de recibir las comunicaciones. Los nombres de los autores solo deben figurar en esta primera página. En caso de ser publicado, se respetará el orden de los autores que se presente. Asegurarse que toda esta información esté siempre presente en todos los manuscritos que envíen a lo largo del proceso.

Resumen: en castellano y en inglés. No excederá las 300 palabras, deberá incluir los principales hallazgos presentados en el manuscrito, así como las conclusiones del mismo. Recomendamos ordenar los resúmenes: Introducción, Objetivos, Materiales y Método, Resultados y Conclusiones. Debido a que los resúmenes son la única parte sustantiva del artículo indexado en muchas bases de datos electrónicas, y la única porción que muchos lectores leen, los autores deben asegurarse de que reflejan con precisión el contenido del artículo. Al pie de cada resumen deberán figurar las palabras clave: 4 ó 5 palabras que describan el tema del artículo, también en idioma inglés.

c- Se deberá realizar la "**Declaración de aspectos éticos y conflicto de intereses**", cuando el autor lo considere necesario y siempre que participen autores que desarrollen su actividad profesional en una Institución, Organización o Industria privada o con fines de lucro; cuando los autores reciben subsidios, subvenciones o patrocinio de empresas privadas aunque no fueran para actividades referidas en el manuscrito; y cuando empresas privadas o con fines de lucro sean participantes directos del estudio de investigación o sean patrocinadores, aportando financiamiento total o parcial, o alguna colaboración para poder llevar adelante las tareas descriptas en el manuscrito o en la divulgación científica o en la transferencia científica/tecnológica.

Agradecimientos: todos los colaboradores que no cumplan con los criterios de autoría deberán aparecer en este apartado. Es responsabilidad de los autores obtener los permisos de las personas que se mencionan en los agradecimientos, dado que los lectores pueden inferir la aprobación de los datos y las conclusiones presentadas por parte de las personas agradecidas. Así como explicitar claramente los patrocinadores o financiadores, indicando el nombre de la/s entidad/es otorgante/s.

Tablas, figuras e ilustraciones, son unidades autoexplicativas, es decir deben entenderse por su propia lectura, sin necesidad del cuerpo del manuscrito. Las tablas son series de datos verbales o numéricos distribuidos en columnas y filas. En las figuras predomina la imagen sobre el texto (gráficos de barras, de tortas, de tendencia, flujograma

o diagrama de flujo, árbol de decisión). Las ilustraciones son todo material que no pueda ser escrito (fotografías, dibujos lineales, croquis o mapas). Deberán ser numeradas y mencionar su número en el texto cuando se hace referencia a la información que brindan. El título deberá ser completo, anticipando la información mostrada. Al pie, se incorporarán notas generales, aclaración de siglas y abreviaturas, llamadas aclaratorias, en caso que sea necesario, con un tamaño de letra menor al texto. Se presentarán en tonos de grises, utilizando como efectos del relleno tramas diferentes si se utilizan varias series de datos. Las tablas o figuras podrán enviarse como imágenes de Excel, en un formato Word y las ilustraciones en formato jpg. Deberán presentarse al final del manuscrito en hojas separadas al texto.

En el caso de reelaborar una tabla, gráfico o ilustración que fue publicada previamente, cualquiera sea el formato, o reelaborarlas a partir de datos de distintas fuentes, se deberá incluir la leyenda „Modificado en base a [...]” o “Modificado de [...]” y a continuación los nombres de los autores o instituciones siguiendo el mismo sistema de citación que en el cuerpo del texto, incluyendo los datos completos de publicación en las referencias bibliográficas.

Si se reproduce una tabla, gráfico o ilustración tal como fue publicada en otro texto, debe mencionarse la fuente original y contar con la autorización del propietario de los derechos autorales para reproducir el material. **El permiso es necesario** excepto en el caso de documentos de dominio público. Junto con el envío del manuscrito, se debe adjuntar el permiso de reproducción de la tabla, gráfico o ilustración incluida. Es responsabilidad de los autores del manuscrito solicitar este permiso.

Categorías de artículos que se pueden presentar:

Artículos originales

Se entiende por artículo original a los manuscritos que respeten los pasos del método científico. Los artículos originales deberán ser inéditos, es decir que no haya sido publicado en otro formato. Si sus resultados fueron comunicados en forma parcial, en sociedades científicas en forma de resúmenes, deberá mencionarse en la Carta al Director de la Revista.

Contará con los siguientes apartados: Introducción, objetivo/s, materiales y método, resultados, discusión y conclusión, y referencias bibliográficas. Tendrán una extensión mínima de 6 y una máxima de 15 hojas, incluyendo gráficos, ilustraciones, tablas. Cuando una abreviatura aparezca por primera vez estará precedida por su nombre completo.

Introducción: Incluir una breve reseña de la problemática a tratar, sus antecedentes, la justificación que motivó la realización del estudio de investigación y el uso de los resultados. El planteamiento del problema debe reflejar el contenido de la investigación. En esta parte no se incluyen datos ni conclusiones del estudio a presentar.

Objetivos: Pueden redactarse al final de la introducción o como un apartado distinto. Deben ser coherentes con los resultados, claros, precisos y factibles.

Materiales y método: este apartado debe ser lo suficientemente detallado como para que otros con acceso a los datos puedan reproducir los resultados. Describir el diseño del estudio, tipo de muestreo, criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Explicar las técnicas, equipos y materiales empleados con suficiente detalle para que otros puedan reproducir los resultados. Las variables analizadas y sus valores. Si una organización fue pagada o contratada para ayudar a llevar a cabo la investigación (ejemplos incluyen la recopilación y análisis de datos). Los términos matemáticos, fórmulas, abreviaturas, unidades y medidas serán concordantes con los usados en publicaciones de referencia. Todas las unidades de medida se expresarán en sistema métrico. Se describirá cómo se realizó el análisis de los datos como para que el lector pueda juzgar su pertinencia y las conclusiones abordadas. Identificar el software y versión del mismo que se utilizó. Se explicará si hubo una evaluación por parte de un Comité de Ética de la Investigación y la firma de consentimiento informado por parte de los participantes o especificar si está exenta de la necesidad de revisión por dicho Comité. Si no se dispone de un comité de ética formal, deberá incluirse una declaración en la que se indique que la investigación se llevó a cabo de conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki.

Resultados: Presentar los resultados siguiendo una secuencia lógica mediante texto, tablas y figuras. Deben mantener coherencia con los objetivos planteados. Evitar repetir en el texto los datos de las tablas, gráficos o las ilustraciones, así como tampoco duplicar información entre tablas y gráficos. Se deberá destacar o resumir solo las observaciones importantes que se encuentran en los mismos. Los materiales adicionales y los detalles técnicos pueden ser colocados en un anexo al final del manuscrito para no interrumpir el flujo del texto.

Discusión y conclusiones: Es útil iniciar la discusión resumiendo brevemente los principales hallazgos y explorar posibles mecanismos o explicaciones para estos hallazgos. Se sugiere hacer hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y ponerlos en contexto con la totalidad de la evidencia relevante, es decir mencionar la concordancia o no de los resultados con otros artículos publicados. No repetir en detalle los datos u otra información dada en otras partes

del manuscrito, como en la Introducción o en Resultados. Indicar las limitaciones del estudio y las implicaciones para futuras investigaciones y para la práctica o política nutricional. Vincular las conclusiones con los objetivos del estudio, pero evitar declaraciones y conclusiones desacreditadas que no estén adecuadamente apoyadas por los datos presentados.

Referencias Bibliográficas: Intentar consultar al menos 20 fuentes bibliográficas, actualizadas. El estilo recomendado para las referencias está basado en el *National Information Standards Organization*, que se ilustran con los ejemplos a continuación. Mayor información acerca de la forma de citar otro tipo de publicaciones puede consultarse en: <http://www.icmje.org>. Se utiliza un sistema de secuencia numérica. Son numeradas consecutivamente en el orden de aparición en el texto. La cita se identifica con números arábigos entre (1) o [1]. Se sugiere no utilizar superíndice¹. Las referencias bibliográficas se ordenan según el orden de aparición en el texto, al final del manuscrito. En caso de citar una misma bibliografía, en partes distintas del manuscrito, usar el número de la primera mención. Cuando hay más de una cita para el mismo párrafo, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última, separadas por un guion. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre del autor. Si se tratase de un artículo realizado por más de dos autores, se cita el primero de ellos seguido de la abreviatura “et al” y su número de referencia. Las referencias de tablas, gráficos e ilustraciones deben seguir el orden numérico según el texto. Las palabras “volumen” y “número” (o sus abreviaturas) generalmente se omiten al citar artículos de revistas, pero se incluyen en las referencias de libros. Los títulos de revistas se pueden abreviar, mientras que los títulos de libros NO. Citar la versión que utilizó. Por ejemplo, no citar la versión impresa si ha utilizado la versión electrónica. No incluya un encabezado, como “artículo original”, “reporte del caso”, como parte del título del artículo, a menos que sea parte del título. Se sugiere no emplear distinta tipografía o resaltar en negrita o cursiva, o usar comillas, en partes de una referencia bibliográfica. Hasta 6 autores, se escriben en su totalidad. Si son más de 6 autores, indicar los 3 primeros y luego del nombre de éstos, agregar “y col” para los artículos en español y “et al” para los artículos en inglés.

Artículo en revistas científicas:

- Santoro KB, O'Flaherty T. Children and the ketogenic diet. *J Am Diet Assoc.* 2005; 105(5): 725-726.
- Veiga de Cabo J, Martín-Rodero H. Acceso Abierto: nuevos modelos de edición científica en entornos web 2.0. *Salud Colectiva.* 2011; 7(Supl 1): S19-S27.
- Alorda MB, Squillace C, Álvarez P, Kassis S, Mazzeo M, Salas G. y col. Cumplimiento del tratamiento farmacológico en mujeres adultas con hipotiroidismo primario. *Rev Argent Endocrinol Metab.* 2015; 52:66-72.

Organización como autor

- Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

Ambos, autores personales y organizaciones como autores (enumere todo como aparece en cada línea):

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS); Asociación Europea para la Prevención y Rehabilitación Cardiovascular; Reiner Z, Cattapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, Agewall S, Alegría E, Chapman MJ. Guía de la ESC/EAS sobre el manejo de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(12): 1168.e1-e60.

No se menciona al autor:

- 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ.* 2002;325(7357):184.

Indicación del tipo de artículo según corresponda

- Rivas Otero B de, Solano Cebrián MC, López Cubero L. Fiebre de origen desconocido y disección aórtica [carta]. *Rev Clin Esp.* 2003;203:507-8.
- Castillo Garzón MJ. Comunicación: medicina del pasado, del presente y del futuro [editorial]. *Rev Clin Esp.* 2004;204(4):181-4.
- Vázquez Rey L, Rodríguez Trigo G, Rodríguez Valcárcel ML, Vereá Hernando H. Estudio funcional respiratorio en pacientes candidatos a trasplante hepático [resumen]. *Arch Bronconeumol.* 2003; 39 supl. 2:29-30

Artículo publicado electrónicamente antes de la versión impresa:

- Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood.* 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

Artículo de revista en internet:

- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* 2002; 102 (6):324-327. (Revisado el 3 de febrero de 2016). Disponible en: <http://nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Libros:

- Longo E, Navarro E. Técnica Dietoterápica. 2da Edición. Buenos Aires. El Ateneo, 2002.

Capítulos de libros:

- Guerrero Lozano R, Alvarez Vargas D. Desarrollo del sistema digestivo. En: Rojas Montenegro C, Guerrero Lozano R. Nutrición Clínica y Gastroenterología Pediátrica. Bogotá. Editorial Médica Panamericana, 1999. P 19-29.

Ley:

- Ley N° 18.962. Ley orgánica constitucional de enseñanza. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, 10 de marzo de 1990.

Norma:

- IIRAM/IACC/ISO E9000. Normas para la gestión de la calidad y aseguramiento de la calidad. Directrices para su elección y utilización. Buenos Aires, Argentina, IRAM/ISO, 1991.

Informe científico o técnico:

- Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares: nuevas esferas de investigación. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra: OMS; 1994. Serie de Informes Técnicos: 841.

Tesis Doctoral:

- Zamora, MC. Acción combinada de películas plásticas y preservadores químicos en el almacenamiento de carne bovina refrigerada [Tesis Doctoral*]. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales; 1985
*en inglés; [dissertation]

Cita textual directa:

La que se transcribe textualmente. Ejemplo: "La cita textual breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación"(3).

La cita textual de más de 5 renglones, se inserta en un nuevo párrafo, dejando una sangría mayor al resto del texto. El número correspondiente se ubica al final del texto (4).

Cita textual indirecta: Mención de las ideas de un autor con palabras de quien escribe. Se escribe dentro del texto sin comillas, el número de la referencia se escribe después del apellido del autor y antes de citar su idea.

Ejemplo: Como dice Londoño (5) la mortalidad infantil conduce a empeorar la calidad de vida de Medellín.

Artículos de revisión y actualización bibliográfica

Se entiende por aquellos que implican un análisis crítico de publicaciones selectivas, relacionadas con un tema de relevancia para la profesión, en un período de tiempo considerado según el tema y que permitan alcanzar conclusiones lógicas y racionales. Su extensión será de un mínimo de 5 y un máximo de 12 páginas. Deberá incluir tantas citas bibliográficas como el tema lo necesite (no menos de 20 citas) y en un período de tiempo que alcance a la actualidad. La bibliografía será una parte importante del manuscrito. Cuanto más exhaustiva sea la estrategia de búsqueda, mayor probabilidad se tiene de hallar todos los artículos importantes sobre el tema. Idealmente se debería utilizar: a) Una o más bases de datos bibliográficas, incluyendo qué palabras claves se utilizaron y cómo. b) Una investigación de las referencias de todas las publicaciones relevantes sobre el tema. c) Comunicación personal con investigadores u organizaciones en el área, especialmente para asegurar que no se han omitido artículos publicados importantes o comunicaciones no publicadas. Además de los apartados de **página de Título y Autores; Resumen en castellano e inglés**; se incluirá:

Introducción: Justificar la relevancia del tema y la necesidad de realizar una revisión o actualización del mismo. Se puede describir el conocimiento actual y la divergencia del problema de investigación que justifica la revisión o actualización. Plasmar los objetivos planteados al iniciar la revisión o actualización.

Metodología o Materiales y método: describiendo cómo se realizó la búsqueda bibliográfica, qué bibliotecas, bases de publicaciones científicas u otras fuentes se consultaron, criterios de búsqueda, palabras claves o descriptores utilizados, y el período de tiempo tomado para la búsqueda; cómo se realizó la selección de las publicaciones a analizar: criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación. Descripción sobre la valoración de la información redactada en las publicaciones seleccionadas según el grupo de autores.

Resultados y Discusión: se realizará una descripción de la información recolectada y analizada. Se puede presentar en forma escrita o de tabla (Autores, Diseño del estudio, tamaño muestral, etc, y resultados), cualquiera de ellas favorezca la lectura amena. Hacer hincapié en los aspectos nuevos e importantes de la revisión o actualización y ponerlos en contexto con la totalidad de la evidencia relevante. Mencionar brevemente la concordancia o no de los distintos resultados. Indicar las limitaciones de las publicaciones revisadas, así como las limitaciones para la revisión o actualización y las implicaciones para futuras investigaciones.

Conclusión: deberá ser breve, vinculando las conclusiones con los objetivos de la revisión o actualización. Puede agregarse una opinión o sugerencia de los autores, pero deben estar adecuadamente apoyadas por la información presentada.

Referencias Bibliográficas.

Tablas y figuras: se puede presentar la información individual o de resumen a través de tablas y figuras. Estas deben numerarse y deben tener un título completo y comprensible en relación a la información

que contienen, inclusive cuando los resultados se presentan solo en este formato. En notas al pie, se ubicarán los nombres completos de las abreviaturas y las aclaraciones. Las figuras que no sean de los autores, deberá mencionar la fuente y tener su autorización de uso.

Revisión sistemática

La revisión sistemática exige un método riguroso y explícito para la identificación, evaluación crítica y síntesis de la evidencia obtenida, sintetizando cuantitativamente los datos hallados en las distintas publicaciones. Es decir, siguiendo la metodología específica de búsqueda bibliográfica y sistematización que implican este tipo de investigaciones. Estas revisiones no son susceptibles a imprecisiones y sesgos, ni prima el criterio subjetivo del revisor. Se presenta mediante las mismas partes que los artículos de revisión y actualización bibliográfica.

Metaanálisis

El metaanálisis es un proceso de revisión, análisis y síntesis de información que combina cuantitativamente los resultados de varias investigaciones independientes hechas bajo una misma hipótesis con el propósito de integrar sus hallazgos. Básicamente, es una revisión sistemática en la cual se combinan matemáticamente los resultados de varios estudios para contestar una misma pregunta. El metaanálisis no puede combinar investigaciones con muestras diferentes de pacientes, técnicas o períodos. La presentación se realizará de la misma forma que los Artículos de revisión y actualización bibliográfica, describiendo el análisis estadístico realizado.

Comunicaciones breves

Se entiende por artículos breves de comunicación de actividades o programas en el área de la nutrición, educación, comportamientos sociales o cualquier otra rama, que aporten una metodología o técnica, con resultados innovadores o de interés para los profesionales. Su extensión máxima será de 7 páginas con las referencias o consulta bibliográfica. Deberá incluir los apartados: Título, en castellano e inglés; Autores; Resumen en castellano e inglés. Introducción y objetivos; Texto; Conclusiones y Referencias bibliográficas o Bibliografía. Siempre que sea posible, presentar el texto según los apartados metodología o materiales y método, resultados y discusión.

Casos clínicos

Incluyen la descripción de uno o más casos que posean cierto interés diagnóstico, o formas clínicas extrañas o que presenten anomalías en la evolución o en la respuesta terapéutica, que sean un aporte significativo para los profesionales de la nutrición.

Su extensión tendrá un máximo de 3 páginas y deberá incluirse bibliografía. Deberá contener los apartados: Título en castellano e inglés; Autores; Texto y Referencias bibliográficas o Bibliografía.

Cartas al comité editorial

Estarán referidas a una opinión, discusión o comentario sobre los artículos incluidos en un número anterior de DIAETA. No excederán las 1300 palabras. El texto redactado debe estar adecuadamente apoyado por no menos de 3 citas bibliográficas de muy buena calidad científica. Se puede agregar 1 (una) tabla o figura. El comité editorial evaluará la pertinencia del contenido elaborado previo a su publicación y será informado al autor el resultado de dicha evaluación. No se publicarán cartas al editor que tengan un tono agresivo o sea una mera crítica a los autores y no a los resultados o contenido del escrito publicado o que no apoye la crítica de los resultados con fuentes bibliográficas.

Envío de manuscritos

Se enviará una copia del manuscrito en formato Word, junto con la Carta de autoría y la Carta al Director de DIAETA, en forma electrónica al correo: revistadiaeta@aadynd.org.ar

El orden de los manuscritos será el siguiente:

1. Título, en castellano e inglés.
2. Autores: Apellido y nombres completos. Máximo título académico alcanzado. Lugar de trabajo. Dirección de mail.
3. Institución/es participantes del estudio de investigación.
4. Datos del autor para correspondencia: dirección postal, teléfono y mail.
5. Declaración de conflicto de intereses.
6. Resumen y Abstract; palabras clave en castellano e inglés.
7. Introducción y objetivos.
8. Materiales y método o metodología.
9. Resultados.
10. Discusión y Conclusión.
11. Agradecimientos.
12. Referencias bibliográficas.
13. Anexo
14. Tablas, figuras y/o ilustraciones

ES MUY IMPORTANTE QUE TODOS LOS PUNTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE ESTÉN PRESENTES EN EL MANUSCRITO EN CUALQUIERA DE LAS ETAPAS DE EVALUACIÓN QUE SE ENVÍA.



MANRIQUE HNOS. S.R.L.

FUNDADA EN EL AÑO 1954

BALANZAS

Más de 100 modelos mecánicos o electrónicos para pesar y medir bebés, niños y adultos

Accesorios: medidores de alturas de bebés, niños y adultos, fijos y portátiles.
Pesas comerciales de Precisión y Patrón de Masas

Las balanzas mecánicas para pesar adultos y bebés cumplen con:
ANMAT, MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE CERTIFICADO N° PM-1192-129/128,
INTI (INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA INDUSTRIAL) CERTIFICADO N° 037,
METROLOGIA LEGAL Y OFICINA DE PESAS Y MEDIDAS INSCRIPCION N° 2240,
CERTIFICADO DE NORMAS DE CALIDAD ISO 9000/2000 N° 157169.
Las balanzas se entregan con una declaración de conformidad según las leyes y normas vigentes.

CERTIFICACIÓN BPF
BUENAS PRACTICAS DE FABRICACION DE
PRODUCTO MEDICO

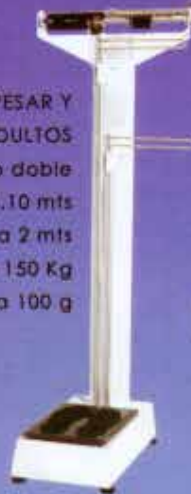


ANTES DE COMPRAR VERIFIQUE SI OTRA MARCA PUEDE ENTREGARSELO

BALANZA PARA USO DIETETICO, LABORATORIOS, REPOSTERIA, COCINA, ETC.
Desde 200g hasta 400Kg
Analíticas a 1/10mg

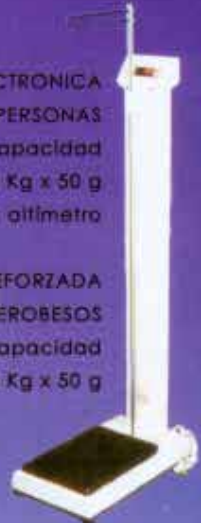


MODELO PARA PESAR Y MEDIR NIÑOS Y ADULTOS
Con altímetro doble
NIÑOS: de 0.80 a 1.10 mts
ADULTOS: de 1.10 a 2 mts
Capacidad máxima 150 Kg
División mínima 100 g



BALANZA PORTATIL MECANICA
Con opción de altímetro adaptable

BALANZA ELECTRONICA PESA PERSONAS
Capacidad 200 Kg x 50 g
Con o sin altímetro



SUPER REFORZADA PARA HIPEROBESOS
Capacidad 400 Kg x 50 g

BALANZA MECANICA PARA PERSONAS
Capacidad 150 Kg x 100 g
Con o sin altímetro



SE EFECTUAN INFORMES DE CALIBRACION A PEDIDO

CAM-200 ¡NUEVO MODELO! SISTEMA MECANICO CON MAYOR CAPACIDAD DE PESADA

BALANZA MECANICA PESA PERSONAS, con nuevo altímetro medidor apoya cabeza de 8 cm de ancho. Capacidad Máxima 200 kg, División mínima 200 g - CODIGO CAM-200 CA // OPCION SIN ALTIMETRO CAM-200 SA
Industria Argentina - Aprobada y ensayada metrológicamente en el INTI "INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA INDUSTRIAL/ PROGRAMA DE METROLOGIA LEGAL"

IMPORTANTE: Las CAM mecánicas ahora se fabrican con un nuevo modelo de altímetro medidor. Este tiene un ancho de 8 cm para que al medir la altura esta sea más exacta. El altímetro de las CAM electrónicas para obesos e hiperobesos tiene un largo de 44cm para alcanzar mejor al medir personas de gran tamaño. En ambos equipos los mismos están colocados en EL CENTRO de la balanza, no DE COSTADO, logrando mayor precisión de la medida

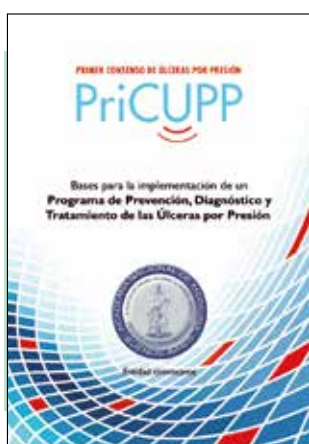
MANRIQUE HNOS. S.R.L.

Fábrica y Ventas: Charcas 2550 (1752) Lomas del Mirador - Provincia de Buenos Aires - Argentina
Tel/Fax: 4699-0174 / 0691 / 4106 E-mail: balanzascam@balanzascam.com - www.balanzascam.com

Horario: Lunes a viernes de 7 a 15 hs. - ENVIOS AL INTERIOR

Primer consenso sobre prevención, categorización y tratamiento de las úlceras por presión (PRICUPP)

LIC. MARISA CANICOBA, LIC. ROMINA BARRITA Y LIC. JULIETA PATANÉ
Integrantes del grupo de trabajo del PRICUPP



En el año 2014 la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires realizó una convocatoria a las sociedades científicas y expertos afines para organizar y planificar la elaboración de un consenso multidisciplinario que tuviera como objetivo único y común buscar la actualización, coordinación y realización de algoritmos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, en el área de las úlceras por presión (UPP) y cicatrización de heridas. Se definió un comité organizador conformado por: Acad. Fortunato Benaim, Acad. Jorge Neira, Dra. Estela Bilevich, Dra. Anahí Belatti y el Dr. Roberto Mengarelli, todos ellos referentes en el área de la cicatrización de las heridas.

Existen antecedentes de consensos, revisiones y guías de práctica clínica, desarrolladas en otros países para dar directrices en el manejo de las UPP, como por ejemplo la realizada por el *National Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), el *European Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) y la *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA). Estas agrupaciones se reunieron y el objetivo principal de esta colaboración internacional, fue desarrollar recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento de UPP que podrían ser utilizadas por los profesionales de la salud en todo el mundo (1).

Las UPP constituyen un problema de salud en nuestro país, debido a la falta de información estadística y planes de trabajo con objetivos claros y a largo plazo. Los esquemas terapéuticos varían según la región y no existe consenso sobre cuál es el mejor tratamiento para instaurar frente a esta patología. En la actualidad, el rápido avance de la medicina sumado a sus adelantos tecnológicos debe

facilitar el abordaje integral de estos pacientes cuyas lesiones son en su gran mayoría prevenibles.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se consideró necesario comenzar un encuentro multidisciplinario creando un marco de trabajo para abordar esta temática entre los distintos especialistas y sociedades a las cuales afecta esta patología. Por ello, la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires convocó a las distintas sociedades científicas y a expertos en el tema para realizar el Primer consenso sobre prevención, categorización y tratamiento de las úlceras por presión (PriCUPP) (2). Se realizó una selección de las distintas especialidades y del ámbito de la salud que abordan esta problemática. Además, se consideraron a los expertos en el área de las heridas agudas y crónicas. Se envió una carta de invitación a cada una de las sociedades científicas seleccionadas para que designen a dos representantes para reuniones mensuales durante el año 2014. Una de las sociedades participantes

fue la Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral (AANEP) quién designó como sus representantes a las Licenciadas en Nutrición: Marisa Canicoba y Romina Barritta. En referencia al tratamiento nutricional de las UPP en pediatría, fue invitada la Licenciada Julieta Patané, quien integró el Comité de Expertos para dicha área.

Los objetivos del consenso fueron los siguientes:

- Generar el primer Consenso Intersocietario Nacional sobre UPP
- Determinar la real incidencia y prevalencia de UPP en Argentina
- Reducir la incidencia y prevalencia de las UPP
- Reducción de los costos de atención
- Determinar estrategias de prevención adecuadas
- Mejorar el monitoreo de las UPP
- Generar educación y entrenamiento del personal de salud, del paciente y cuidadores
- Generar el concepto de manejo interdisciplinario de las UPP
- Mejorar la comunicación y coordinación de los distintos sectores de salud implicados en la problemática
- Reducir los riesgos y aumentar la calidad de vida

Se llevaron a cabo un total de 7 reuniones en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y los temas tratados en cada reunión fueron los siguientes:

1. Epidemiología y estadísticas de UPP en el mundo y Argentina. Creación de base de datos.
2. Escalas de riesgo. Evaluación y clasificación clínica.
3. Evaluación clínica integral y complicaciones: Infecciones, alteraciones nutricionales, dermatitis por incontinencia, etc.
4. Tratamiento médico.
5. Tratamiento quirúrgico.
6. Medidas de prevención.

La modalidad de trabajo en las reuniones se desarrolló de la siguiente manera:

- Comunicación a los participantes del tema a tratar en la reunión por medio de documento escrito con puntos claves a desarrollar.

- Exposición de las conferencias para el marco teórico de los temas a consensuar en la fecha.
- Cuestionario dirigido sobre los temas tratados para desarrollar y discutir en grupos multidisciplinarios de debate entre los participantes del consenso.
- Exposición y puesta en común de los temas claves por grupo, a fin de armar el consenso sobre el tema desarrollado.
- Aportes y conclusiones del grupo coordinador sobre la información discutida durante el consenso.
- Lectura del documento consensuado al inicio de la siguiente reunión para corrección del tema expuesto.

El Primer consenso sobre prevención, categorización y tratamiento de las úlceras por presión (PRICUPP), está dividido en 9 capítulos con una parte introductoria, niveles de evidencia, generalidades, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención, con desarrollo de subespecialidades específicas como pediatría, gerontología, dolor y nutrición, redactados y avalados por los representantes de cada una de las sociedades. Presenta tablas y gráficos incluidos dentro los textos (específicos e ilustrativos) y tablas y clasificaciones complementarias en el anexo.

Esta obra está compuesta por varias secciones:

1. Epidemiología
2. Definición
3. Evaluación clínica integral de las UPP
4. Valoración infectológica de las UPP
5. Manejo nutricional de las UPP
6. Valoración y tratamiento del dolor
7. Tratamiento médico y quirúrgico de las UPP
8. Medidas de prevención de UPP
9. Valoración clínica integral de UPP en gerontología
10. Consideraciones pediátricas de las UPP
11. Consideraciones de enfermería en UPP
12. Consideraciones finales.

Durante el desarrollo de estas guías se utilizó una metodología científica explícita para identificar y evaluar críticamente toda la investigación disponible; y en ausencia de pruebas que fuesen definitivas, se utilizó la opinión de expertos (a menudo con el apoyo de pruebas indirectas y otras directrices) para hacer recomendaciones.

Finalizadas las reuniones, toda la información fue organizada, corregida y ordenada por un comité revisor formado por: Acad. Fortunato Benaim,

Acad. Jorge Neira, Dra. Estela Bilevich, Dra. Anahi Belatti, Dr. Roberto Mengarelli, Dr. Roberto Cherjovsky y Dra. María Florencia Rodríguez Chiappetta.

El documento, con las correcciones, fue enviado por la Academia Nacional de Medicina a todas las Sociedades participantes para la revisión de las correcciones y la aprobación final previo a su impresión. Con el fin de intentar validar en forma científica y darle un marco de mayor formalidad al consenso, se propuso un proceso de votación para asignar una fuerza para cada recomendación, según la opinión de expertos nacionales en Argentina. La fuerza de la recomendación identifica la importancia de la declaración de recomendación basada en el potencial de mejorar los resultados sobre los pacientes. Proporciona una guía al profesional de la salud, de la confianza que se puede tener, en que tal o cual recomendación harán más bien que mal, y que se pueden utilizar para ayudar en la priorización de las intervenciones relacionadas con las UPP.

Este consenso brinda una serie de recomendaciones para el tratamiento de UPP. La información volcada proporciona un análisis detallado de todos los aspectos de interés inherentes a esta patología (epidemiología, prevención, etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento) y está dirigida a profesionales de la salud interesados en esta área.

Los profesionales que consulten este consenso deben utilizar las recomendaciones vertidas en el documento como un marco de referencia y, a su vez, evaluar otros factores específicos como el lugar donde desarrollan su práctica, la posibilidad de

aplicación de tecnología y de productos de avanzada, del desarrollo de técnicas quirúrgicas, entre otras. Las recomendaciones no reemplazan el criterio profesional y pueden no ser apropiadas para su aplicación en todas las circunstancias.

El 9 de noviembre de 2017 en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, se presentó el Consenso y en el marco del Congreso de Cicatrización de Heridas que se llevó a cabo en la ciudad de Buenos Aires se realizó otra presentación. Es de libre acceso a través del link: <http://www.acamedbai.org.ar/PriCUPP.pdf>

Fue una actividad sumamente integradora y enriquecedora en donde se trabajó en un clima de mucho respeto y colaboración. En el capítulo Manejo nutricional en UPP se trataron los factores nutricionales que juegan un papel importante en el riesgo de sufrir una UPP y afectan el tiempo de curación de la misma, por lo cual es esencial corregir las deficiencias nutricionales en forma rápida y adecuada. A tal punto que un paciente con ingesta nutricional deficiente durante 3 días consecutivos se considera un factor predictivo de UPP. Además, se explicó el proceso de atención nutricional y sus etapas, la evaluación nutricional, las recomendaciones nutricionales en UPP, la relación con la ingesta de macro y micronutrientes, y las vías de soporte nutricional (1). Si bien se requieren de estudios de mejor diseño metodológico para confirmar el rol de determinados nutrientes, el consumo de una nutrición adecuada en calorías, proteínas, vitaminas y minerales es clave para promover la cicatrización de heridas y UPP (3).

Referencias bibliográficas

- 1) National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: 2014. Disponible en: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guidelin>
- 2) Academia Nacional de Medicina. Primer Consenso de Úlceras por Presión PriCUPP. 2014-2017. Disponible en: <http://www.acamedbai.org.ar/PriCUPP.pdf>
- 3) Barritta R. Canicoba M. Nutrición y Úlceras por Presión. Revista CicatrizAR, 2016; 2(2):6-14. Disponible en: <http://www.aiach.org.ar/ckfinder/userfiles/files/CicatrizAR02.pdf>

Caracterización del consumo alimentario en adultos sanos del área metropolitana de Caracas - Venezuela

Characterization of food consumption in healthy adults in the Metropolitan Area of Caracas – Venezuela.

MGTR. HERNÁNDEZ PABLO¹, MGTR. MATA CLARET², MGTR. VELAZCO YULY², DRA. LARES MARY³

¹Cátedra de Nutrición Humana. ²Cátedra de Nutrición en Salud Pública. ³Cátedra de Ciencia y Tecnología de Alimentos. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad Central de Venezuela (UCV). Caracas, Venezuela.

Correspondencia: Prof. Pablo Hernández. E-mail: doctuscumliber@gmail.com

Recibido: 12/05/2017 . **Envío de revisiones al autor:** 03/01/2018. **Aceptado en su versión corregida:** 05/02/2018.

Resumen

Introducción. Los estudios de evaluación dietética proporcionan información sobre la situación de la ingesta de alimentos y nutrientes por comparación con valores de referencia. El objetivo del estudio fue describir el comportamiento del consumo alimentario de un grupo de individuos sanos del Área Metropolitana de Caracas - Venezuela durante el primer trimestre del año 2013.

Materiales y método. El grupo de estudio estuvo constituido por 60 individuos sanos de ambos sexos, con edades entre 18 y 59 años. Se realizaron 3 recordatorios de ingesta y se identificaron algunas conductas alimentarias.

Resultados. Entre los principales resultados, se destacan que el 60% pertenece al sexo femenino y 57% se ubica en estrato socioeconómico II. El aporte calórico promedio fue de 1855 ± 664 Kcal/día y la dieta en general se consideró hiperproteica, normograsa e hipoglucídica en el 71,7%, 51,7% y 75,0% del grupo, respectivamente. Se conoció que el aceite para aderezar es principalmente oliva mientras que para cocinar utilizan otros aceites vegetales. El 45% consume frituras de 1-3 veces por semana y el 52% de los evaluados nunca agrega sal de mesa a sus comidas.

Conclusión. Los resultados obtenidos reflejan que se trata de un grupo con apego a algunas prácticas de alimentación saludable; no obstante, presenta debilidades en la calidad nutricional de la dieta. Se evidencia la necesidad de intervención en materia de información y educación nutricional con miras a diversificar la dieta diaria y elevar la calidad nutricional de la alimentación habitual.

Palabras clave: consumo de alimentos, dieta, adultos sanos, Caracas, Venezuela.

Abstract

Introduction. Dietary assessment studies provide information about food and nutrient intakes status by comparison with referential values. The objective of the study was to describe the trends of food consumption in a group of healthy individuals in the Metropolitan Area of Caracas - Venezuela during the first quarter of 2013.

Materials and methods. The group that was studied consisted of 60 healthy individuals of both sexes, aged between 18 and 59 years old. Three food intake recalls were carried out and some dietary behaviors were identified.

Results. Among the main results, 60% were female and 57% belonged to socioeconomic strata II. The mean caloric intake was 1855 ± 664 Kcal/day and the diet in general was considered hyperproteic, fat normal and low carbs in 71,7%, 51,7% and 75,0% of the group, respectively. It was known that the oil for dressing is mainly olive one while for cooking other vegetable oils are used. 45% consumed fried foods 1-3 times per week and 52% never added table salt to their meals.

Conclusion. The results obtained reflect that it is a group that adheres to some healthy eating practices; however, it shows weaknesses in the nutritional quality of the diet. The need for intervention in nutrition information and education is evidenced while diversifying the daily diet and increasing the nutritional quality of regular food.

Keywords: Food consumption, Diet, Healthy adults, Caracas, Venezuela.

Diaeta [B.Aires] 2018;36 [162]:11-20. ISSN 0328-1310

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses personales, institucionales ni financieros que puedan influir en el desarrollo de esta investigación.

Fuente de Financiamiento: La investigación no contó con apoyo financiero de instituciones públicas ni privadas.

Introducción

Los estudios de evaluación dietética proporcionan información sobre la situación de la ingesta de alimentos y nutrientes por comparación con valores de referencia. De modo general se pueden identificar las ingestas inadecuadas por carencias o excesos y grupos de riesgo entre los estratos de la población estudiados. En el ámbito clínico, la investigación alimentaria forma parte de la evaluación nutricional integral y en salud pública, representa la línea base para la definición de las políticas públicas en alimentación y nutrición.

En los últimos años, ha despertado el interés por estudiar la ingesta dietética, en función de las evidencias científicas que demuestran una relación de causalidad entre el consumo de alimentos y los factores de protección o riesgo para enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares [1]. En este sentido, numerosos estudios han asociado la ingesta de frutas y vegetales [2,3], el consumo de fibra [4] y el consumo de pescado [5,6] como factores protectores a enfermedades cardiovasculares. Esto gracias a los nutrientes con propiedad antioxidante (vitamina C, carotenos, polifenoles y flavonoides) contenidos en las frutas y vegetales, al enlentecimiento en la absorción de grasas y azúcares simples, por parte de la fibra y a los ácidos grasos esenciales, que favorecen un perfil lipídico antiaterogénico y confieren fluidez a la bicapa lipídica de la membrana celular.

Por otro lado, la tendencia a consumir comidas rápidas con altas cantidades de azúcares simples [7], grasas saturadas, grasas trans y colesterol [8,9] y dietas altas en sodio [10], propias de la cultura occidental, constituye un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, debido al efecto aterogénico que presentan las primeras y al aumento de la presión arterial, en el caso del sodio.

En los últimos cuatro años, Venezuela ha experimentado una serie de cambios de orden económico, social y cultural, los cuales han influido en los hábitos alimentarios y en el patrón de consumo de alimentos de la población [11].

En las etapas de transición alimentaria, donde no sólo hay sustitución de un alimento por otro, sino la inclusión de nuevos alimentos al acervo alimentario nutricional, pueden llegar a evidenciarse cambios en el estado nutricional y de salud de la población [12]. Por ello, hoy es indiscutible la urgente necesidad de reportar una línea base que se acerque al consumo real de alimentos y nutrientes por parte de la población ante los distintos cambios alimentarios. En este sentido, el objetivo general de la investigación desarrollada fue describir el comportamiento del consumo alimentario de un grupo de individuos sanos del Área Metropolitana de Caracas durante el primer trimestre del año 2013.

Materiales y método

Tipo de estudio. El estudio adelantado corresponde a un diseño descriptivo y transversal. La recolección de información se realizó durante el primer trimestre del año 2013 y se trabajó con participantes voluntarios distribuidos entre los municipios Libertador, Baruta, Chacao, El Hatillo y Sucre del Área Metropolitana de Caracas.

Grupo de estudio y criterios de inclusión. El grupo de estudio estuvo conformado por 60 individuos de ambos sexos que reunían los siguientes criterios de inclusión: edad entre 18 y 59 años, sin diagnóstico de enfermedad actual, sin modificación del patrón dietario en los últimos 6 meses. La selección de los sujetos se realizó a través de un muestreo por conveniencia.

Procedimientos. Cada participante recibió y firmó el consentimiento informado para dar inicio a la aplicación de 3 recordatorios de ingesta de 24 horas, durante días no consecutivos. Una vez recolectada la información sobre el tipo de alimento consumido, modo de preparación y tamaño de la ración ingerida, se procesaron los datos para su conversión a valor nutritivo y posterior cálculo de indicadores dietéticos, haciendo uso de la Tabla de Composición de Alimentos Venezolana [13]. A partir del contraste con los valores de referencia

se emiten los juicios de valor acerca de la calidad de la dieta del grupo evaluado. Por otra parte, se describen algunas conductas alimentarias identificadas.

Técnica e instrumento de recolección de información. La medición del consumo de alimentos se realizó a través de la técnica de recordatorio de la ingesta de 3 días no consecutivos (2 días de semana y 1 día de fin de semana), aplicada por profesionales de la Nutrición, quienes registraron el tamaño de las porciones consumidas por los sujetos, con el apoyo de un atlas fotográfico que presentaba 3 opciones de tamaño para cada alimento [14].

La técnica de recordatorio de ingesta consiste en una entrevista en la que se busca identificar y cuantificar todos los alimentos y bebidas ingeridos durante el día inmediato anterior a la entrevista, precisando tipo de alimento, cantidad ingerida y modo de preparación de los alimentos. Para la recolección de información, se diseñó un instrumento ajustado a la técnica de recordatorio de ingesta, el cual permitía registrar el nombre de la preparación, los alimentos consumidos y las respectivas cantidades consumidas. Se incorporaron preguntas abiertas para identificar algunas conductas alimentarias.

Nutrientes investigados. Se determinó el aporte de energía y los macronutrientes proteínas, grasas y carbohidratos.

Valores de referencia. Se utilizaron los valores de referencia de energía y nutrientes según sexo y edad para calorías y proteínas. Se calcularon los niveles de adecuación nutricional, teniendo en consideración que éste es el grado de ajuste de la ingesta de energía o nutrientes a los valores de energía y nutrientes establecidos como referencia. Se establecieron 3 niveles de clasificación: inadecuación por déficit con valores <90%, normalidad entre 90 - 110%, e inadecuación por exceso con cifras >110%. Además, se analizaron los macronutrientes según las recomendaciones para la contribución calórica porcentual de proteínas (11-14%), grasas (20-30%) y carbohidratos

(56-69%), establecidos para la población venezolana. [15]

Resultados

Caracterización del grupo de estudio

El grupo de estudio estuvo integrado por 60 individuos sanos de ambos sexos con una distribución de 60% para mujeres (36 mujeres) y 40% para hombres (24 hombres), con edades comprendidas entre 18 y 59 años. La edad promedio del grupo fue de $30,0 \pm 12,8$ años. Para la variable estado civil, se observó que predomina con 83% el estado civil soltero, mientras que 12% de los sujetos se encuentra casado o en unión libre.

Con relación al nivel de instrucción alcanzado, se encontró que el 55% reportó educación media completa y 28% educación universitaria, resultando que más del 90% del grupo evaluado se ubica en grados de instrucción medio y alto. Considerando el perfil socioeconómico, la mayoría se encuentra en un estrato socioeconómico medio y medio alto, representado por 28% en el estrato III y 57% en el estrato II del método Graffar.

En síntesis, en el grupo de estudio predominan las mujeres solteras, con niveles de instrucción medios y altos y perfil socioeconómico medio y medio alto. Sin embargo, no se determinaron las relaciones entre estas variables y la situación del consumo alimentario.

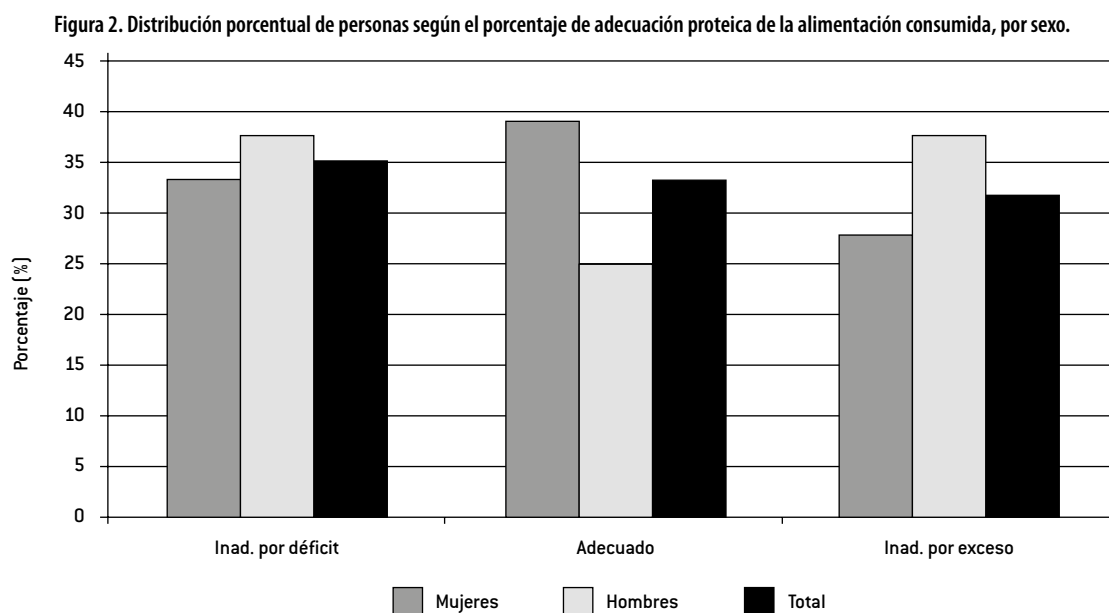
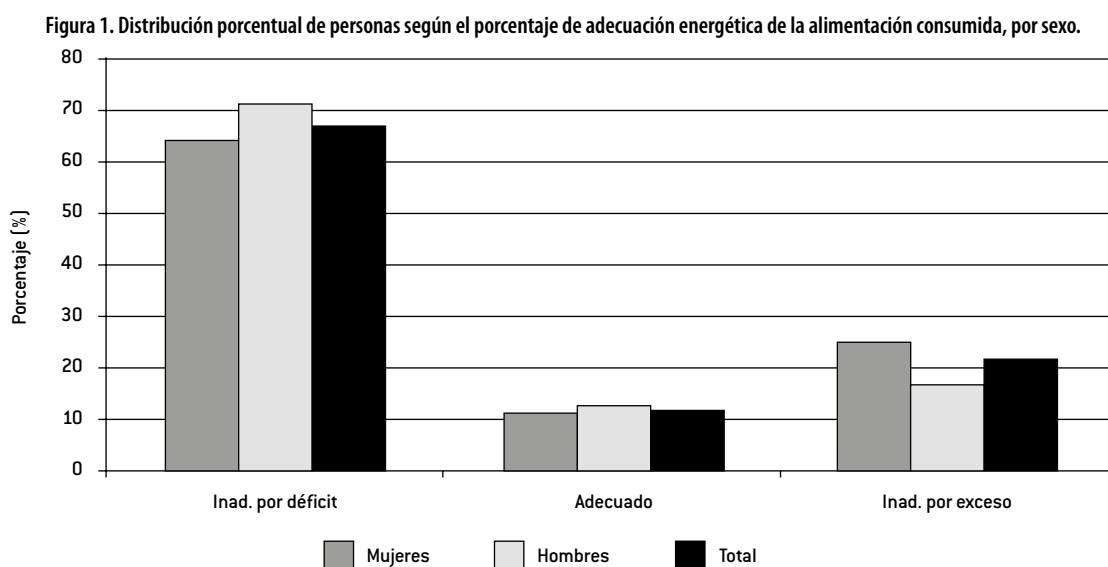
Adecuación energética y proteica

Se observó el siguiente perfil para energía: el aporte energético promedio fue de 1855 ± 664 Kcal/día. Solo un 11,7%, representado por 7 sujetos, se ubica dentro del rango de lo adecuado, es decir entre un 90-110% de adecuación energética. Un 21,7% del grupo evaluado (equivalente a 13 sujetos) presenta una dieta hipercalórica, mientras que 66,6% (40 sujetos) se encuentran dentro del rango de una ingesta calórica en déficit. Cuando se discrimina por sexo, se evidencia un comportamiento similar entre mujeres y hombres, con ten-

dencia a mayor prevalencia de exceso en el sexo femenino mientras que, la inadecuación por déficit agrupa más varones (Figura 1).

Al analizar los resultados del perfil proteico, se evidencia una ingesta promedio de proteínas de $73,8 \pm 25,7g$. La figura 2 muestra la distribución porcentual de personas según adecuación proteica, observándose que 33,3% (20 sujetos eva-

luados), se ubica dentro del rango de consumo suficiente de proteínas, de los cuales 70% era del grupo de mujeres vs. 30% de hombres. El 66,7% restante se califica como inadecuado, por déficit 35% y por exceso, 31,7%. Se observa una tendencia de las mujeres a ubicarse en consumos aceptables mientras que la inadecuación por déficit y exceso agrupa mayor número de sujetos del sexo masculino.

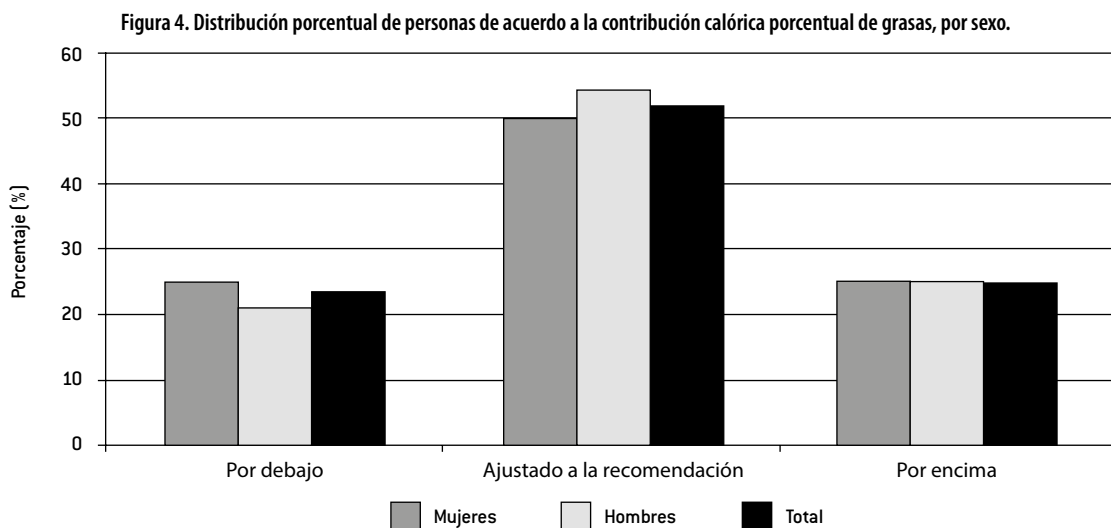
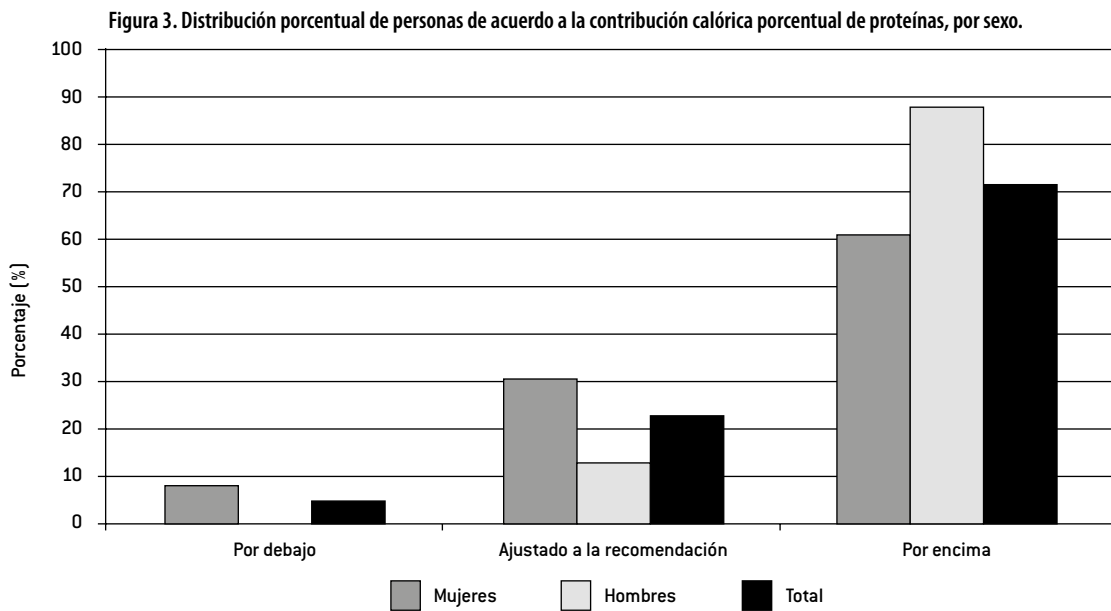


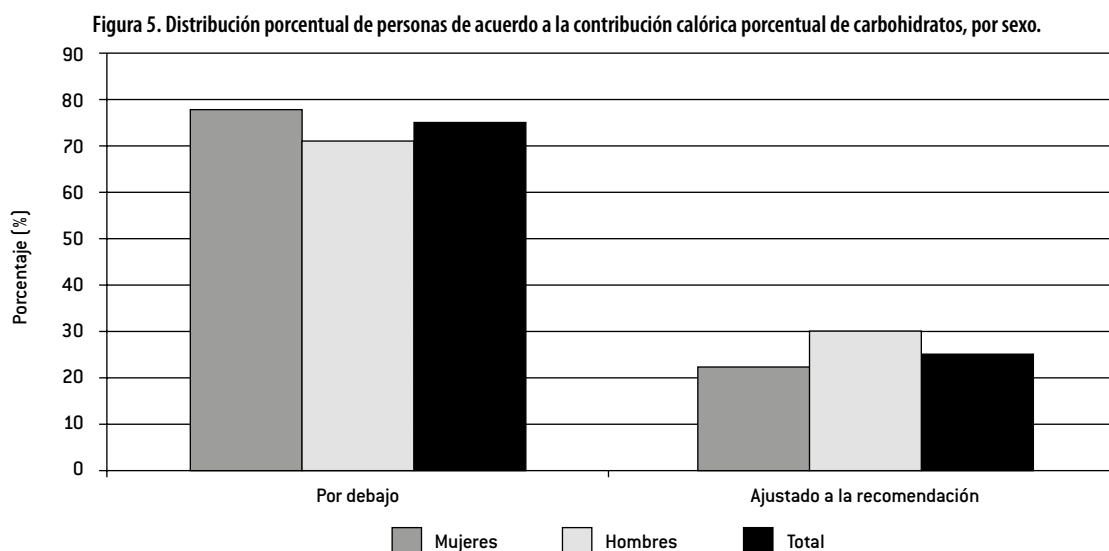
Perfil calórico de la dieta

La figura 3 muestra la distribución del grupo de estudio de acuerdo a la contribución calórica porcentual de proteínas, donde destaca 71,7% del grupo por encima de la recomendación para proteínas, de los cuales la mayoría pertenece al grupo de los hombres (87,5%). La gráfica ilustra el comportamiento de las proteínas, con respecto a los Valores de Referencia de Energía y Nutrientes para

la Población Venezolana [15]. El 23,3% de los sujetos registró una contribución calórica de proteínas ajustada a la recomendación, siendo principalmente mujeres (30,6 % vs. 12,5% en hombres). No se registraron hombres con contribución calórica porcentual de proteínas por debajo de la recomendación.

Los resultados de la contribución calórica porcentual de grasas (Figura 4), muestran que un 51,7% de los sujetos se encuentra ajustado a la





recomendación, con similar distribución entre hombres y mujeres (54,2% vs. 50,0%, respectivamente). La contribución calórica de las grasas por debajo o encima de la recomendación mostró proporciones similares 23,3% y 25,0% respectivamente, sin diferencias marcadas por sexo.

Por otro lado, la figura 5 refleja la contribución calórica porcentual de carbohidratos, encontrándose que no se registraron sujetos en la categoría “por encima de la recomendación”. La mayor proporción se ubicó con una contribución calórica porcentual de carbohidratos por debajo de la recomendación (75,0%) vs. un 25,0% ajustado a la recomendación.

Conductas alimentarias

Se evidencia en la Tabla 1, las conductas alimentarias más representativas de los sujetos estudiados. En líneas generales, existe la tendencia hacia un menor consumo de grasas y sal y el uso de aceite de oliva, como aderezo. Estas prácticas se podrían asociar al perfil social y educativo del grupo de estudio, así como al predominio del sexo femenino.

Discusión

Uno de los indicadores de la calidad de la dieta es la adecuación nutricional. La adecuación nutricional es el grado de ajuste de la ingesta de energía o nutrientes a los valores de energía y nutrientes establecidos como referencia. Se observa un desequilibrio en la ingesta energética del grupo evaluado, puesto que 88% presenta una ingesta calórica por encima o por debajo del requerimiento establecido para sexo y edad. Se destaca que más de la mitad del grupo está recibiendo menos calorías de las que debería para poder desarrollar sus fun-

Tabla 1. Conductas alimentarias identificadas sobre el grupo de estudio.

Conductas Alimentarias
45% reporta una frecuencia en el consumo de frituras de 1 a 3 veces/semana y 43% menos de 1 vez/semana.
El 86% realiza extracción de grasa visible de las carnes antes de consumirlas.
El 52% reporta el uso de aceite de oliva como aderezo de ensaladas.
El 82% usa aceites vegetales como grasa para cocinar.
El 67% consume margarina tipo suave.
El 52% señala que nunca agrega sal en la mesa y 35% afirma que lo hace con muy baja frecuencia.

ciones adecuadamente, pudiendo asociarse este hallazgo al tamaño de las porciones consumidas o a combinaciones inadecuadas de alimentos, en cada tiempo de comida.

Los estados de déficit calórico deben ser corregidos, puesto que se acompañan de ingestas pobres en nutrientes importantes y si se mantienen en el tiempo, hacen difícil cubrir las necesidades de energía del cuerpo humano. Vargas-Zárate et al. [16] evaluaron a un grupo de estudiantes universitarios sanos de Colombia, a los cuales les aplicó una encuesta de consumo de alimentos, encontrando en la valoración dietética un consumo muy bajo y bajo de micronutrientes en el 50% de la muestra, situación que se asemeja con el 66,7% de los individuos que presentó una subadecuación calórica. Los adultos jóvenes y medios son muy poco estudiados ya que se considera una población con baja vulnerabilidad, sin embargo, hay que recordar que es el grupo económicamente activo, quienes representan la fuerza de trabajo y contribuyen al desarrollo de un país. En este sentido, se hace relevante evaluar la situación nutricional y alimentaria de este segmento de la población, a fin de prevenir morbilidades asociadas a malnutrición. El déficit calórico en los adultos ocasiona bajo peso, esto hace que dediquen menos días al trabajo pesado y es más probable que falten a su trabajo a causa de una enfermedad o el cansancio. Adicionalmente, la desnutrición comporta la pérdida de masa grasa corporal asociada a una cierta pérdida de masa magra que conduce a una menor resistencia física [17].

El déficit en la adecuación proteica se presenta en una proporción considerable de los sujetos evaluados. El hallazgo de un 35% del grupo (21 sujetos) en la categoría de inadecuación por déficit en la ingesta proteica es un asunto de mucha importancia, dadas las implicaciones metabólicas y fisiológicas de un consumo insuficiente en este nutriente. La baja ingesta proteica se podría asociar a restricciones voluntarias en los alimentos fuente de grasa animal, puesto que las grasas y proteínas de origen animal comparten las mismas fuentes alimenticias o al elevado costo que

mantiene los alimentos proteicos, en los últimos años.

Las moléculas del sistema inmune son en su mayoría de origen proteico. Varios estudios han relacionado una ingesta deficiente de proteínas con mayor evento de enfermedades infecciosas [18]. Un aporte alimentario pobre en proteínas conduce a la depresión del sistema inmunológico, lo cual conduce a una insuficiente respuesta inmunitaria y aumento de las enfermedades, especialmente infecciones respiratorias, gastrointestinales; ocasionando mayores gastos en salud.

En este sentido se habla del círculo desnutrición-infección. El cual establece que a mayor grado de desnutrición proteico-calórico, más vulnerable es el individuo a infecciones, a su vez las infecciones contraídas agudizan y agravan más el proceso de desnutrición [18]. No se debe perder de vista que una baja ingesta de proteínas se asocia a disminución de la masa muscular, dadas las relaciones entre ingesta dietética y composición corporal.

Por otro lado, igualmente importante es atender a las ingestas por encima de las necesidades establecidas, especialmente en el caso de las calorías, puesto que su exceso se asocia a problemas de sobrepeso [19]. Los desequilibrios en la ingesta calórica se deben a una selección inapropiada de los alimentos de la dieta diaria.

No es un hecho aislado encontrar un porcentaje del grupo evaluado con dieta hiperproteica; puesto que otros estudios de consumo de alimentos en el país reportan que el venezolano ha mantenido una dieta alta en la ingesta de proteínas. Tal es el caso de, Marcano et al. [20], quienes estudiaron el patrón alimentario de 52 estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad de Carabobo, en Venezuela, y a los cuales se les aplicó un recordatorio de 24 horas, encontrando una sobre adecuación proteica de $127,12 \pm 42,98$ en el 55,8% de la muestra.

Resultados similares fueron reportados por Lares et al. [21], donde se estudió a 50 individuos, localizados en Caracas, Venezuela, a quienes se les aplicó un recordatorio de día usual y una frecuencia del consumo de alimentos, ha-

lizando dietas hiperproteicas en el 52% de los sujetos evaluados.

Otro indicador importante de la calidad de la alimentación es la participación de los macronutrientes en el aporte calórico de la dieta. En este sentido, lo recomendado es que haya un equilibrio entre proteínas, grasas y carbohidratos en cuanto a su contribución calórica, medida como una relación porcentual [15]; de forma tal que se cumpla con una de las leyes de la alimentación que exige la armonía o el equilibrio entre los macronutrientes.

En el caso de las grasas, se evidenció que, aunque la mayoría presenta una contribución calórica ajustada a la recomendación, existe una proporción de individuos, que no debe ser menospreciada, con una contribución por debajo de la recomendación, este hecho pudiera estar asociado a la ingesta baja de proteínas de origen animal, pues son fuente importante de grasas. Otro factor que pudiera haber contribuido es el nivel educativo de los sujetos estudiados, ya que existe el mito de no consumir altas cantidades de grasas porque "son malas" (para la salud), sin embargo, es conocido que el organismo necesita una cantidad adecuada de grasas para mantener sus funciones vitales y las estructuras celulares. Especialmente, en las mujeres en edad reproductiva, la grasa es un componente fundamental en la dieta para la producción de hormonas, como los estrógenos.

En relación a la ingesta de carbohidratos, la mayor proporción de sujetos presentó una contribución calórica por debajo de la recomendación, hecho que puede atribuirse a un menor consumo de carbohidratos complejos. Este comportamiento, se explica posiblemente por el nivel socioeconómico y la mayor proporción de mujeres en el grupo evaluado, asociado a los mitos que se han creado alrededor de este nutriente, donde son señalados como los principales responsables de sobrepeso y obesidad [19]. Sin embargo, las dietas bajas en carbohidratos se han relacionado con la formación de cuerpos cetónicos por la utilización de los ácidos grasos y proteínas como combustible. A consecuencia de la utilización de proteínas hay destrucción de masa magra para la neoglucogénesis [22]. Si este tipo de dieta se prolonga en el tiempo,

los individuos podrían presentar fatiga, cansancio y somnolencia, afectando sus labores diarias en el hogar y trabajo.

En contraposición y de acuerdo con los resultados obtenidos, las proteínas contribuyen al perfil calórico de la dieta, mayor proporción respecto a los otros macronutrientes. El 71,7% de los sujetos mantiene una dieta con una participación de las proteínas por encima de la recomendación para la población venezolana.

En esta investigación, se encontró una proporción considerable de sujetos con una contribución calórica de grasas por encima de la recomendación, es importante destacar que se debe moderar el consumo de grasas, no sólo por su repercusión a nivel del peso corporal total, favoreciendo el sobrepeso y obesidad, sino por sus efectos a nivel cardiovascular. En este punto, valdría la pena evaluar, en futuros estudios, el perfil de ácidos grasos de la dieta, ya que se sugiere un consumo moderado de grasas tipo poliinsaturadas de la serie omega 3 preferiblemente, y un consumo más restringido de grasas saturadas y grasas *trans*, asociadas a los procesos de aterogénesis y desarrollo de enfermedades cardiovasculares [6].

En síntesis, de acuerdo al perfil calórico, la dieta luce hiperproteica, normograsa e hipoglucídica, calificándose como desequilibrada o disarmónica. Los resultados descritos con relación al perfil calórico de la dieta permiten suponer que en el grupo de estudio se producen manipulaciones incorrectas de la dieta que pudieran resultar en estrategias inadecuadas y perjudiciales para el estado nutricional y de salud.

La conducta alimentaria relaciona el comportamiento de los hábitos de alimentación con la selección de alimentos ingeridos, preparaciones culinarias y las cantidades consumidas de ellos. Elementos que están condicionados principalmente por el aprendizaje y las experiencias vividas por cada sujeto.

La World Health Organization (OMS, por sus siglas en español), reconoce al consumo de sal como un factor de riesgo dietético para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como accidente cerebrovascular, trombosis, hipertensión arterial, etc [23]. En este estudio, 52% de los

encuestados respondió que nunca realiza agregado de sal en la mesa, a las comidas preparadas, mientras que 35% lo realiza de forma poco usual o raramente.

Estos resultados concuerdan con un estudio anterior [24], en el cual se reportó que 92% de los profesionales de la salud encuestados no utiliza el salero de la mesa. Esta conducta presenta la ventaja de evitar el exceso de sodio en la dieta. En otra investigación previa [21], se observó que cerca del 18% de la recomendación de sodio se cubre con los alimentos en su estado natural.

Entre otras conductas alimentarias identificadas en el grupo de estudio se destacan la restricción en la ingesta de grasas animales visibles, la baja frecuencia en el consumo de frituras y el uso de aceites vegetales, hallazgos que podrían asociarse a la baja participación de las grasas en el perfil calórica de la dieta.

La adopción de prácticas de alimentación saludables no debe estar divorciada de la cobertura de los requerimientos de energía y nutrientes. En

el grupo de estudio se identificaron déficits y excesos en la ingesta energética y proteica así como un desequilibrio en el perfil calórico de la dieta. Se evidencia la necesidad de intervención en materia de información y educación nutricional con miras a diversificar la dieta diaria y elevar la calidad nutricional de la alimentación habitual.

Conclusiones

Los resultados de este estudio reflejan que se trata de un grupo con apego a algunas prácticas de alimentación saludable. No obstante, presenta debilidades en la calidad nutricional de la dieta que deben ser atendidas.

Los hallazgos encontrados deben ser interpretados a la luz del perfil demográfico, educativo y socioeconómico del grupo de estudio. Es necesario ampliar el grupo de estudio con sujetos de distintos estratos sociales con el fin de determinar si se mantienen las tendencias descritas.

Referencias bibliográficas

- Anand S, Hawkes C, de Souza R, Mente A, Dehghan M, Nugent R, et al. Food consumption and its impact on cardiovascular disease: Importance of solutions focused on the globalized food system: A report from the workshop convened by the world heart federation. *J Am Coll Cardiol*. 2015 ;66(14): 1590-1614.
- Cavallo D, Horino M, McCarthy W. Adult intake of minimally processed fruits and vegetables: associations with cardiometabolic disease risk factors. *J Acad Nutr Diet*. 2016; 116(9): 1387-1394.
- Alissa E, Ferns G. Dietary fruits and vegetables and cardiovascular diseases risk. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017; 57(9): 1950-1962.
- McRae M. Dietary fiber is beneficial for the prevention of cardiovascular disease: An umbrella review of meta-analyses. *J Chiropr Med*. 2017; 16(4): 289-299.
- Alhassan A, Young J, Lean M, Lara J. Consumption of fish and vascular risk factors: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Atherosclerosis*. 2017; 266: 87-94.
- Jayedi A, Shab-Bidar S, Eimeri S, Djafarian K. Fish consumption and risk of all-cause and cardiovascular mortality: a dose-response meta-analysis of prospective observational studies. *Public Health Nutr*. 2018; 21(4): 1-10.
- Bahadoran Z, Mirmiran P, Azizi F. Fast food pattern and cardiometabolic disorders: a review of current studies. *Health Promot Perspect*. 2016; 5(4): 231-240.
- Briggs M, Petersen K, Kris-Etherton P. Saturated fatty acids and cardiovascular disease: replacements for saturated fat to reduce cardiovascular risk. *Healthcare (Basel)*. 2017; 5(2): 29-39.
- Wang Q, Afshin A, Yakoob M, Singh G, Rehm C, Khatibzadeh S, et al. Impact of nonoptimal intakes of saturated, polyunsaturated, and trans fat on global burdens of coronary heart disease. *J Am Heart Assoc*. 2016; 5(1): 1-23.
- Aronow W. Reduction in dietary sodium improves blood pressure and reduces cardiovascular events and mortality. *Ann Transl Med*. 2017; 5(20): 405-407.
- Landaeta-Jiménez M, Herrera M, Vásquez M, Ramírez G. La alimentación y nutrición de los venezolanos. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2014. *An Venez Nutr*. 2015; 28(2): 100-109
- López M, Schnell, M. Transición alimentaria y nutricional, doble carga nutricional y síndrome metabólico. *Trib Invest*. 2016; 17(1): 202-207.
- Ministerio del Poder Popular para la Alimentación (MPPA) e Instituto Nacional de Nutrición (INN). Tabla de Composición de los Alimentos. Revisión 2012. Colección Seguridad y Soberanía Alimentaria "Edgar Abreu Olivo". Caracas: Fondo Editorial Gente de Maíz. 2012.
- Hernández P, Bernal J, Morón M, Velazco Y, Oráa E, Mata C. Desarrollo de un atlas fotográfico de porciones de alimentos venezolanos. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2015; 19(2): 68-76.
- Ministerio del Poder Popular para la Alimentación (MPPA) e Instituto Nacional de Nutrición (INN). Valores de referencia de energía y nutrientes para la población venezolana. Colección Seguridad y Soberanía Alimentaria "Edgar Abreu Olivo". Caracas: Fondo Editorial Gente de Maíz. 2012.
- Vargas-Zárate M, Becerra-Bulla F, Prieto-Suárez E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(1): 116-125.

17. Weigel M, Armijos R, Racines M, Cevallos W. Food insecurity is associated with undernutrition but not overnutrition in Ecuadorian women from low-income urban neighborhoods. *J Environ Public Health*. 2016; 2016: 59-74.
18. Verkerke HP, Petri WA, Marie CS. The dynamic interdependence of amebiasis, innate immunity, and undernutrition. *Semin Immunopathol*. 2012; 34(6): 771-785
19. National Academy of Sciences. The challenge of treating obesity and overweight: Proceedings of a workshop. National Academies Press (US); 2017.
20. Marcano M, Sánchez A, Espig H, Carrasco S, Pantoja N, Pimentel M, et al. Patrón alimentario y evaluación antropométrica en estudiantes universitarios. *Salus-online*. 2012; 16(Sup.2011-2012): 102-114.
21. Lares M, Velazco Y, Brito S, Hernández P, Mata C. Evaluación del estado nutricional en la detección de factores de riesgo cardiovascular en una población adulta. *Rev Latinoam Hipert*. 2011; 6(1): 1-7.
22. Paoli A. Ketogenic diet for obesity: friend or foe? *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11(2): 2092-2107
23. WHO. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva, World Health Organization (WHO), 2012.
24. González A. Calidad de dieta y estilos de vida saludables en profesionales de salud: diseño y evaluación de intervención (Trabajo de grado). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. 2013.



JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN

VIII Jornadas de Nutrición de la CABA

HOTEL SAVOY , Avenida Callao 181 , CABA

MANTENETE
AL TANTO
DE LAS
NOVEDADES



@AADYND



www.aadynd.org.ar



/AADYND

¿Qué comemos cuando comemos? Diferencias en las preparaciones consumidas por adultos de la ciudad de Rosario según sexo, edad y estación del año

What do we eat when we eat? Differences in preparations
consumed by adults in Rosario city following sex,
age and season

MGTR. ZAPATA MARÍA ELISA, DRA. TORRENT MARÍA CECILIA, LIC. CAMOLETTO SILVINA RITA, LIC. CHAÍN PRISCILA
NANCI, LIC. TROSSERO MARÍA JORGELINA

Facultad de Química, Universidad de Centro Educativo Latinoamericano. Rosario, Santa Fe, Argentina

Correspondencia: Mgtr. María Elisa Zapata. E-mail: mariaelisazapata@gmail.com

Recibido: 06/07/2017 . **Envío de revisiones al autor:** 06/10/2017. **Aceptado en su versión corregida:** 02/03/2018.

Resumen

La alimentación es un fenómeno complejo y su estudio requiere abordajes diversos que contribuyan en su descripción y comprensión. Con el objetivo de conocer las preparaciones consumidas por los adultos de la ciudad de Rosario y evaluar las diferencias según sexo, grupo etario y estación del año, se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se analizaron y categorizaron las preparaciones consumidas en almuerzo y cena por 1200 adultos de 18 a 69 años, relevadas mediante un recordatorio de 24 horas. Los resultados muestran que las preferencias varían según sexo. Los hombres consumen más comidas a base de carne vacuna, vísceras y hortalizas feculentas. También las elecciones cambian con la edad y el clima. A medida que aumenta la edad hay menor presencia de cereales, legumbres y de hortalizas feculentas; y mayor presencia de ensaladas, mientras que los más jóvenes prefieren preparaciones menos elaboradas. Durante las estaciones cálidas se consumen más ensaladas y sándwiches. Los alimentos se estructuran y organizan en preparaciones, que cambian de acuerdo a las características sociodemográficas estudiadas y la estación del año, conocerlas es el primer paso para poder mejorar la alimentación de la población.

Palabras clave: alimentación, comidas, adultos.

Abstract

Diet is a complex phenomenon and its study requires diverse approaches that contribute to describe and understand it. In order to know the preparations consumed by adults in Rosario city and to assess the differences according to sex, age group and season, a cross sectional study was carried out. The preparations consumed at lunch and dinner time by 1200 adults from 18 to 69 years old, and collected by a 24-hour dietary recall, were analysed and categorized. The results show that preferences change according to sex. Men consume more meals based on beef, organ meats and starchy vegetables. Also choices change according to age and season. The older you get, the smaller the presence of cereals, pulses and starchy vegetables is, and more intake of salads, while the youngest people prefer less elaborate preparations. During hot seasons salads and sandwiches are more consumed. Foods are structured and organized in preparations, which change according to the sociodemographic characteristics studied and the season of the year; know them is the first step to improve the nutrition of the population.

Keywords: diet, meals, adults.

Diaeta (B.Aires) 2018;36 (162):21-28. ISSN 0328-1310

Declaración de conflicto de intereses: Ninguno por declarar por los autores.

Fuente de Financiamiento: El análisis de los datos fue realizado en colaboración con el Proyecto NUT 810, Secretaría de Investigación y Desarrollo, Universidad del Centro Educativo Latinoamericano.

Introducción

La alimentación es un componente clave para la nutrición y la salud. Como en otros países del mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen uno de los principales problemas de salud en la Argentina (1). La influencia del consumo de alimentos sobre la salud es incuestionable (2).

La comida es universal, existente en toda sociedad, cultura y clase social, pero sus significados simbólicos difieren entre individuos y grupos (3-5). Los alimentos y su consumo pueden ser estudiados e interpretados desde diferentes niveles o perspectivas, en términos de nutrientes, de ingredientes, de preparaciones o recetas, de comidas, y de cocinas. Cada nivel plantea distintas formas de análisis y suscita diferentes limitaciones metodológicas (6).

Tradicionalmente, los estudios epidemiológicos que han investigado las relaciones entre la alimentación y la salud se han centrado en el efecto de los nutrientes individuales o grupos de alimentos. Sin embargo, la dieta de un individuo implica una combinación compleja de varios alimentos, y sus formas de preparación pueden modificar su composición nutricional limitando la comprensión de la relación causa efecto (7). Por otra parte, los estudios que describen la forma de consumir los alimentos generalmente son abordados desde la visión antropológica y sociológica, centradas en las prácticas de consumo de alimentos (6). Sin embargo, las preparaciones o alimentos multi-ingredientes representan la mayoría de las formas en que se consumen (8), ya que para ser comibles, los nutrientes amplia y heterogéneamente distribuidos en distintos alimentos, se organizan según pautas culturales que los hacen comestibles y deseables (5). Consecuentemente, identificar y analizar dichas preparaciones, permite entender como las diferentes combinaciones de alimentos y bebidas en los momentos de comidas podrían influir en la calidad general de la dieta y la salud (4, 9, 10). Conocer la alimentación de una población es de vital importancia a la hora de planificar acciones tendientes a mejorarla, pero además es necesario conocer las diferencias en el consumo a fin de buscar soluciones acordes y adecuadas a cada grupo poblacional.

El objetivo de este trabajo fue describir las preparaciones consumidas por los adultos de la ciudad de Rosario (Argentina) y evaluar las diferencias según sexo, grupo etario y estación del año.

Materiales y Método

Se diseñó un estudio descriptivo y transversal. Se realizó un muestreo por cuotas, estratificado de la población adulta, por distrito y sexo. El tamaño final de la muestra fue de 1200 adultos, se excluyeron las mujeres embarazadas y en situación de lactancia. El tamaño de la muestra fue obtenido a partir de la fórmula para muestreo de variables categóricas ($n = z^2 pq / e^2$). Para calcular el tamaño muestral, se tuvo en cuenta la prevalencia de exceso de peso (53%) y de ingesta inadecuada de energía (57%) de las mujeres en edad fértil de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (11) y el consumo diario de frutas (36%) y verduras (38%), el sedentarismo (51%) y el tabaquismo (27%) en adultos de ambos sexos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (12). Después de ajustar el valor obtenido según los datos del censo 2010 (13) el mínimo fue de 365 hombres y 374 mujeres con el fin de proporcionar una precisión relativa específica de 5% (error de tipo I = 0,05, error de tipo II = 0,10) y 95% de confianza.

La información fue relevada en los seis Centros Municipales de Distrito —centro, norte, sur, oeste, suroeste y noroeste— de la ciudad de Rosario (Argentina) de lunes a viernes en horarios de atención al público desde octubre de 2012 hasta julio de 2013, por estudiantes avanzadas y entrenadas de la carrera de nutrición que entrevistaron anónimamente a cada individuo que aceptara firmar el consentimiento informado. Se consideró como primavera verano las encuestas realizadas desde el inicio del trabajo de campo hasta el día 20 marzo.

Para caracterizar la muestra se tomaron datos sociodemográficos que fueron recolectados con un cuestionario diseñado para el estudio, incluyeron sexo, edad y nivel educativo agrupado según los años completos de educación formal: bajo <7 años, medio 7-12 años, alto >12 años. El peso corporal se midió usando una balanza portátil digital

(OMROM® HBF — 500INT, Kyoto, Japan) con una visualización de peso de 100 g a 150 kg. En todos los casos, la medición del peso se realizó con la mínima cantidad de ropa posible, descontándose luego el peso de las prendas de vestir que no habían sido quitadas, de acuerdo a valores de referencia estándar. La altura se determinó utilizando un antropómetro portátil (CAM®, Buenos Aires, Argentina), la medición se efectuó con el individuo descalzo, sin objetos en la cabeza, en posición erguida, talones juntos, los hombros relajados y ambos brazos al costado del cuerpo con las manos sueltas y relajadas, de tal forma que los talones y nalgas quedaran en contacto con la superficie vertical. La cabeza del sujeto se mantuvo en el plano de Frankfurt y se efectuó la lectura hasta el último milímetro completo luego de solicitar al sujeto una inspiración profunda. Se calculó el índice de masa corporal a partir de la medición de peso y talla, y se categorizó como exceso de peso a los participantes con $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ (14).

La información de consumo de alimentos y bebidas fue recabada a través del método de recordatorio de 24 horas, por estudiantes de nutrición entrenados en la técnica. En cada recordatorio se consignó el momento de realización de la comida, el nombre de la comida o preparación y la cantidad y tipo de ingredientes. Luego las preparaciones de almuerzo y cena, consideradas como las comidas elaboradas en base a un alimento o mezcla de 2 o más alimentos (8, 15), se clasificaron en las siguientes

categorías teniendo en cuenta el ingrediente principal: carne vacuna, pollo, cerdo, pescado, huevo, vísceras y embutidos, arroz, pastas simples, pastas rellenas, legumbres, ensaladas, hortalizas no feculentas cocidas, hortalizas feculentas cocidas, tarta y empanadas, pizza y sándwiches, frutas y postres. Se conformó una base de datos en Microsoft Excel® y se realizó análisis descriptivo mediante el programa estadístico SPSS 20.0® (SPSS Inc., Chicago, United States), las asociaciones se evaluaron mediante el test de Chi-cuadrado con un nivel de $p < 0,05$.

El Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario aprobó la investigación y cada participante firmó un consentimiento informado.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas y antropométricas de los participantes. Dos terceras partes (61,7%) de las encuestas se realizaron durante primavera y verano. Más de la mitad (56,1%) de los adultos evaluados presentó exceso de peso, con mayor prevalencia en hombres.

La proporción de individuos que consume cada una de las diferentes preparaciones dentro de cada categoría se describe en el conjunto de la Figura 1. Tanto para la carne vacuna como para la de pollo, la milanesa y la cocción a la plancha fueron las opciones más consumidas. El huevo fue consumido

Tabla 1. Características sociodemográficas y antropométricas de los participantes del estudio

	Total (n=1200)	Hombre (n=373)	Mujer (n=827)	p*
%		31.1	68.9	
Edad [años]†	39.5 ± 15.0	39.7 ± 14.7	39.4 ± 15.1	0.710
18 - 30 ‡	39.1	37.5	39.8	
31 - 50 ‡	34.6	35.9	34.0	
51 - 69 ‡	26.3	26.5	26.2	
Nivel educativo [%]‡				0.152
Bajo (<7 años)	24.8	21.7	26.2	
Medio (7- 12 años)	60.8	61.9	60.3	
Alto (>12 años)	14.3	16.4	13.4	
Estado antropométrico [%]‡				<0.001
IMC <25 kg/m ²	43.9	34.5	48.1	
IMC ≥25 kg/m ²	56.1	65.5	51.9	

Expresado en: † media ± desvío estándar, y ‡ %. *Las diferencias de sexo se evaluaron mediante χ^2

Figura 1. Preparaciones consumidas por categoría (%)

Figura 1A: Preparaciones a base de carnes y huevo (%)

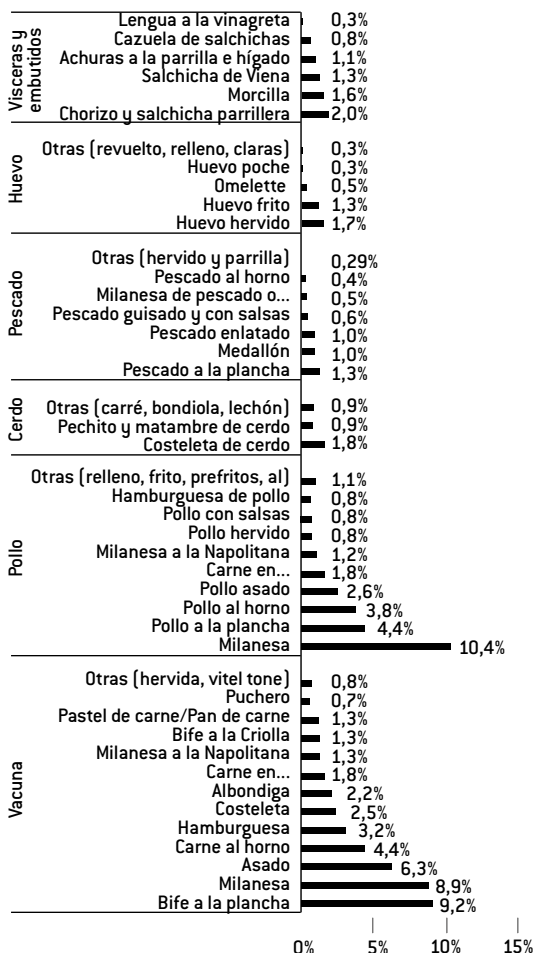


Figura 1C: Preparaciones a base de Hortalizas (%)

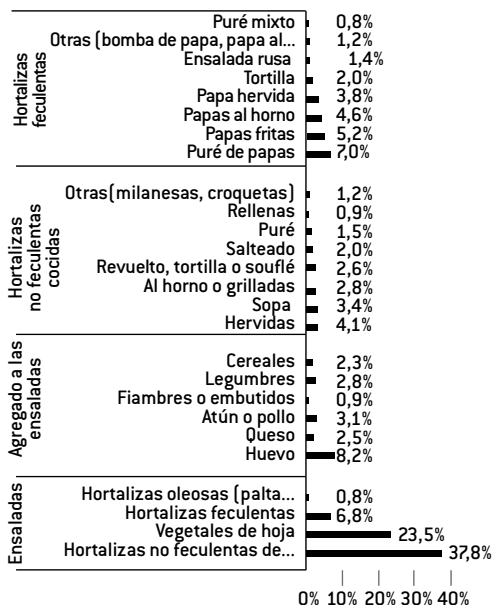


Figura 1B: Preparaciones a base de cereales, derivados y legumbres (%)

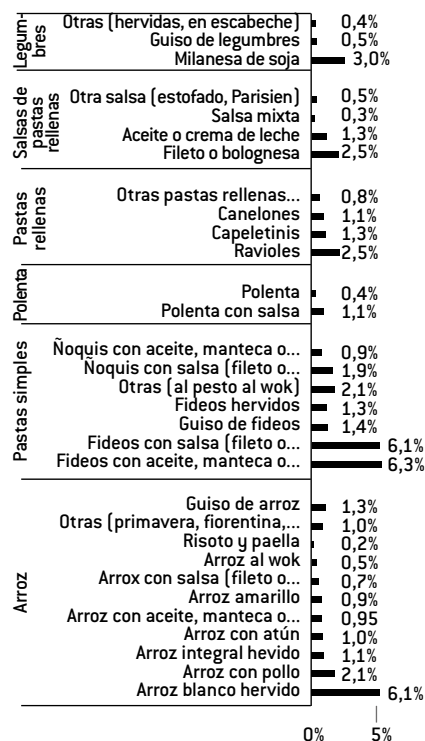


Figura 1D: Tartas, empanadas, pizza, sandwiches (%)

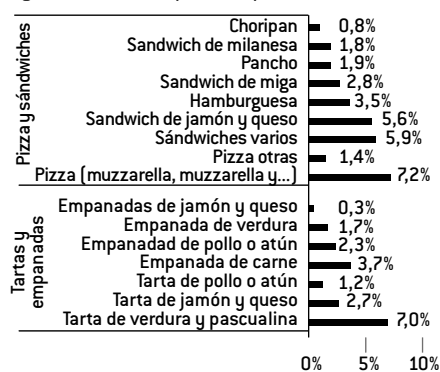
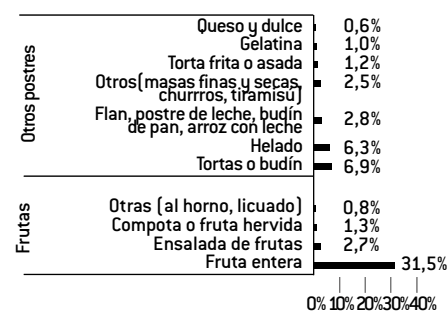


Figura 1E: Frutas y postres (%)



principalmente como ingrediente en varias preparaciones y su consumo fue bajo en forma de huevo frito, hervido o en omelette (Figura 1A). Dentro de los cereales, por su mayor consumo, se destacan el arroz blanco hervido y los fideos con agregado de un cuerpo graso o salsa de tomate. En relación a los ravioles y otras pastas rellenas, se consumieron principalmente acompañados con salsa fileto o bolognesa. La milanesa de soja y la inclusión de legumbres en ensaladas representaron la mayor forma de consumo para las mismas (Figura 1B).

La cantidad de hortalizas que componen las ensaladas osciló entre 1 y 7, con una media de $2,1 \pm 1,0$. Dentro de los vegetales de forma, el tomate fue la hortaliza más común, estuvo presente en 74,8% de las ensaladas, la zanahoria en el 26,8% y la cebolla en el 16,8%. Mientras que dentro de las de hoja, la lechuga fue la más consumida en las ensaladas (46,0%), seguida por la rúcula o radicheta (16,8%) y el repollo (9,0%). La papa se incluyó sólo en el 3,4% de las ensaladas y el choclo en el 2,0%. El 55,8% de las ensaladas estuvieron compuestas por una combinación de hortalizas de hoja y de forma, 31,6% sólo incluyeron vegetales de forma, 9,0% sólo de hojas y las restantes agregan hortalizas feculentas u oleosas. Una tercera parte de las

ensaladas (34%) agregó algún alimento fuente de proteína, el huevo fue la opción adicionada en el 57,6% de las mismas, seguido por las legumbres (20,6%), el arroz o los fideos (17,6%) y el queso (17,6%) (Figura 1C).

Entre las preparaciones a base de hortalizas, las hervidas y en sopa fueron las opciones más frecuentes (Figura 1C), aunque la tarta de verdura o pascuolina presentó un mayor consumo (Figura 1D).

La papa en puré y frita fue la forma de mayor consumo (Figura 1C). El 39,3% de los adultos evaluados consumió tarta, empanadas, pizza o sándwiches, valor que desciende a 31,6% al excluir las tartas (Figura 1D).

El 45,1% de los individuos consumieron postres. Una tercera parte de la muestra (31,5%) eligió las frutas, principalmente entera, y dentro de otros tipos de postres las tortas, budines y helados fueron los más consumidos (Figura 1E). La proporción de individuos que consumieron frutas u otros postres no varió según los días de la semana. Sin embargo, la proporción de encuestados que consumió frutas fue levemente mayor los días de semana, predominando otros postres los fines de semana.

En la Tabla 2 se observan diferencias en el consumo de algunas categorías de alimentos entre

Tabla 2. Proporción de individuos que consumió cada categoría de preparaciones según sexo, edad y estación del año

	Sexo		Grupos de edad [años]			Estación					
	Total (n=373)	Hombre (n=827)	Mujer (n=827)	P*	18-30 (n=469)	31-50 (n=415)	51-69 (n=316)	p*	Primavera- Verano (n=740)	Otoño- Invierno (n=460)	p*
Vacuna	40,0	49,1	35,9	0,000 [∞]	37,5	44,3	38,0	0,083	40,4	39,3	0,716
Pollo	26,6	24,1	27,7	0,196	26,2	24,8	29,4	0,367	25,4	28,5	0,241
Cerdo	3,5	4,3	3,1	0,318	3,6	2,4	4,7	0,230	4,2	2,4	0,099
Pescado	4,8	5,4	4,6	0,566	4,9	4,8	4,7	0,995	4,2	5,9	0,187
Huevo	3,9	4,0	3,9	0,900	2,8	4,1	5,4	0,177	3,8	4,1	0,763
Vísceras y embutidos	5,9	8,0	5,0	0,036 [⊠]	4,9	6,3	7,0	0,455	5,7	6,3	0,654
Arroz	16,7	17,2	16,4	0,759	18,6	14,5	16,8	0,265	15,4	18,7	0,137
Pastas simples	18,6	17,4	19,1	0,489	20,9	18,6	15,2	0,131	17,7	20,0	0,320
Polenta	1,5	1,1	1,7	0,413	1,7	1,9	0,6	0,324	0,7	2,8	0,003 [∞]
Pastas rellenas	5,7	7,0	5,1	0,190	7,9	4,8	3,5	0,021 [⊠]	5,5	5,9	0,811
Canelones	1,1	1,1	1,1	0,980	1,7	0,7	0,6	0,247	1,2	0,9	0,573
Legumbres	3,9	2,4	4,6	0,071	6,4	1,9	2,8	0,002 [∞]	4,2	3,5	0,537
Ensaladas	42,3	41,6	42,6	0,743	39,9	40,5	48,1	0,048 [⊠]	45,9	36,3	0,001 [∞]
Agregado de alimentos con proteína animal en la ensalada	12,3	10,2	13,2	0,143	13,0	12,5	10,8	0,627	13,6	10,0	0,061
Agregado de alimentos con proteína vegetal en la ensalada	4,6	4,3	4,7	0,744	5,3	5,8	1,9	0,028 [⊠]	5,7	2,8	0,022 [⊠]
Hortalizas no feculentas cocidas	17,3	16,6	17,5	0,699	15,1	17,1	20,6	0,142	16,5	18,5	0,375
Hortalizas feculentas cocidas	24,1	29,0	21,9	0,008 [∞]	29,0	20,5	21,5	0,006 [∞]	22,6	26,5	0,119
Tartas	10,0	9,9	10,0	0,950	11,1	10,4	7,9	0,332	10,5	9,1	0,429
Empanadas	6,8	7,8	6,3	0,342	7,0	6,7	6,3	0,928	6,9	6,5	0,804
Pizzas	8,3	9,7	7,6	0,236	9,6	7,7	7,0	0,373	8,1	8,5	0,821
Sándwiches	20,2	21,4	19,6	0,458	24,1	19,3	15,5	0,011 [⊠]	22,6	16,3	0,009 [∞]
Frutas	31,5	30,6	31,9	0,639	23,2	32,3	42,7	0,000 [∞]	30,0	33,9	0,156
Postres	18,1	14,7	19,6	0,044 [⊠]	18,8	14,5	21,8	0,033 [⊠]	18,8	17,0	0,424

Expresado en %. *Las diferencias de sexo, edad y estación se evaluaron mediante χ^2 . [⊠] $p < 0,05$ [∞] $p < 0,01$

hombres y mujeres, según la edad y de acuerdo a la estación del año. La carne vacuna, las vísceras y embutidos, y las hortalizas feculentas fueron más consumidas por los hombres, mientras los postres presentaron mayor consumo entre las mujeres.

El consumo de pastas rellenas, hortalizas feculentas y sándwiches disminuye a medida que aumenta la edad, mientras que el de ensaladas y frutas se comporta de forma inversa.

En otoño-invierno el consumo de cereales (arroz, fideos y pastas) fue mayor ($p=0,027$), al igual que el consumo de polenta que aumentó significativamente con el clima frío; y durante las estaciones cálidas, el consumo de sándwiches y ensaladas con un mayor agregado de legumbres, arroz o fideos. El 62,2% consumió preparaciones a base de cereales, legumbres o derivados (arroz, fideos, pastas frescas, pastas rellenas, legumbres), mientras que se si agregan las tartas, empanadas, pizza y sándwiches el valor asciende al 80,6%, con un mayor consumo en los adultos jóvenes ($p<0,01$).

Si se considera a las legumbres en preparaciones y en ensaladas, su consumo fue mayor en primavera-verano ($p=0,021$) y decreció a medida que aumenta la edad ($p=0,027$).

El 55,6% de los adultos consumieron algún tipo de carne, mientras que el 9,5% dos tipos diferentes en el día. La incorporación de carnes en la dieta fue mayor en hombres (70,5% vs 62,8%, $p=0,008$), y no hubo diferencias por grupo etario ni por estación.

El 70,2% de los adultos de Rosario consumió hortalizas no feculentas en ensaladas, salsas, pastas rellenas, guisos, revueltos, wok, tartas, empanadas o preparaciones que las incluyeran, sin diferencias entre hombres y mujeres, grupo de edad o estación del año.

Discusión

El análisis de la alimentación desde la perspectiva de las preparaciones consumidas contribuye a comprender mejor los aspectos que subyacen a la misma, entre otros, hábitos de consumo, gustos y preferencias individuales, y permitiría estimar, indirectamente, el tiempo dedicado a la elaboración de alimentos. Todos aspectos de suma importancia y que muchas veces quedan relegados o son

minimizados cuando se intenta explicar la alimentación sólo desde el contenido de nutrientes o “de alimentos aislados”. El objetivo de este trabajo fue describir las preparaciones consumidas por los adultos de la ciudad de Rosario y evaluar las diferencias según sexo, grupo etario y estación del año.

Los resultados demuestran que la elección de preparaciones presenta algunas diferencias entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres consumen más preparaciones a base de carne vacuna, vísceras y hortalizas feculentas, las mujeres consumen más postres, lo que tal vez demuestre gustos diferentes, o diferencias en el carácter simbólico de la alimentación otorgado a las formas de preparación elegidas (3, 16). Varios estudios han descrito notables diferencias en la elección de alimentos entre ambos sexos, se ha observado que las mujeres tienen un mayor consumo de frutas y verduras, de fibra dietética y una menor ingesta de grasas. De acuerdo con una elección de alimentos más saludable, las mujeres suelen otorgar mayor importancia a la alimentación saludable y suelen tener más motivación hacia el control de peso, ser más propensas a realizar dieta o a restringir su comportamiento alimentario (17, 18).

También las elecciones cambian con el transcurso de la edad, a medida que ésta aumenta la presencia de cereales, legumbres y hortalizas feculentas disminuye y se incrementa la de ensaladas, posiblemente como consecuencia del aumento de la prevalencia de exceso de peso relacionado con la edad (19), reflejando a su vez las creencias que relacionan el exceso de peso con el consumo de alimentos con alto contenido de hidratos de carbono complejos (20-22). Además los más jóvenes consumen mayor proporción de preparaciones que requieren menos tiempo de elaboración, por lo general, con mayor contenido de energía, grasas saturadas y sodio (2, 23, 24). Una reciente revisión sistemática demostró que entre las principales barreras para una dieta saludable en jóvenes están la falta de tiempo y de conocimiento para planificar, comprar, preparar y cocinar alimentos saludables; el consumo esperado de alimentos no saludables en ciertas situaciones; el bajo costo relativo de los alimentos no saludables; la presencia generalizada de alimentos no saludables; la falta de motivación para comer saludablemente (25). Las diferencias en las elecciones alimentarias

han sido evaluadas mediante técnicas cualitativas, y se demostró que los mayores de 60 años tenían más probabilidades de elegir alimentos según las consideraciones de salud, mientras que los participantes de edades comprendidas entre 18 y 30 años estaban menos preocupados por este vínculo y, en su lugar, se centraban en cuestiones de preparación de alimentos y conocimiento, precios y tiempo (26).

La estación del año es un condicionante del tipo de preparaciones consumidas, en las estaciones de mayor temperatura se consumen más ensaladas y sándwiches, mientras que el consumo de polenta es mayor en otoño-invierno.

Las guías alimentarias para la población argentina (27) recomiendan que las hortalizas y frutas deben ser el grupo de alimentos con mayor presencia en la dieta y que su consumo debe ser diario. Los resultados muestran que sólo dos terceras partes de los adultos consumieron a lo largo del día preparaciones que incluyen hortalizas no feculentas, consideradas por su incorporación como salsa o relleno de tartas, empanadas y pastas, hecho que no significa alcanzar las recomendaciones en términos de cantidad. La composición de las ensaladas, demuestra la presencia de pocos ingredientes, la monotonía y poca variedad en el consumo de hortalizas crudas, en contraste con las recomendaciones y en consonancia con otros datos publicados al respecto, que a nivel hogar evidenciaron el descenso en el consumo de hortalizas en las últimas dos décadas donde apenas 5 variedades componen dos terceras partes de la canasta de hortalizas, de las cuales el tomate, la zanahoria y la lechuga son ingredientes habituales de ensaladas (28, 29), y del análisis de estudios que evalúan el consumo a nivel individual surgen brechas negativas en el consumo de hortalizas en todos los grupos etarios (30, 31). Sólo una tercera parte incluyó a las frutas como postre, lo que indica la pérdida de oportunidad para su incorporación en la alimentación. Estos hallazgos están en sintonía con la baja cantidad de frutas y hortalizas no feculentas consumida. En promedio, los adultos de Rosario apenas superan la mitad de la cantidad recomendada por la Organización Mundial de la Salud (2).

Las preparaciones a base de cereales estuvieron presentes en la alimentación de ocho de cada diez adultos y 65,1% consumió a lo largo del día

preparaciones a base de carnes, ambos alimentos típicos de la cocina argentina (3) que se ordena alrededor del eje trigo-carne como lo describen Morón y Schejtman (32). Aunque el consumo de carne vacuna descendió en las últimas dos décadas (28) sigue ocupando un lugar importante, sobre todo en la dieta de los hombres, donde la carne es por lo general el principal alimento del plato (3, 16), la milanesa y la carne o pollo a la plancha son las formas de consumo más frecuentes. La dieta argentina no se caracteriza por la presencia de legumbres, apenas 6,7% las incluyen en la alimentación, preferentemente como milanesas de soja y en ensaladas, y con mayor presencia en la alimentación de las mujeres y durante la primavera-verano.

Una de las limitaciones de este trabajo es que la recolección de datos se realizó en los días en los que los centros municipales de distrito atienden al público, por lo que los recordatorios de 24 horas no representan el consumo de los días sábados. Entre las fortalezas del estudio se encuentran, el tamaño muestral, la cobertura y representatividad de todos los distritos o zonas de la ciudad de Rosario, y la cobertura de un periodo de tiempo de casi un año, aunque no se incluyó el mes de agosto que es uno de los más fríos del año por lo que posiblemente algunas preparaciones puedan estar subrepresentadas.

El análisis de la alimentación desde esta perspectiva puede ser interesante desde dos aspectos diferentes. Por un lado, porque se comen comidas, en forma de preparaciones y no alimentos aislados, es fundamental conocer la forma en la que los alimentos se ordenan en preparaciones a la hora de entender la alimentación de la población. Por otro, algunos ingredientes, como las hortalizas y el huevo, pueden ser difíciles de identificar entre los encuestados y de desglosar para los investigadores al utilizar cuestionarios de frecuencia de consumo para investigar la alimentación poblacional, por lo que conocer las preparaciones de mayor consumo puede ser de gran utilidad a la hora de confeccionarlos.

La alimentación es un aspecto indisociable de la salud, y conocer sus características nos brinda más información a fin de planificar acciones y buscar soluciones acordes a cada grupo poblacional y en cada momento del año.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva, Switzerland 2011.
- World and Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO technical report series; 916. Geneva 2003.
- Aguirre P. Ricos flacos y gordos pobres: la alimentación en crisis. Buenos Aires.: Capital Intelectual; 2010.
- Fjellström K. Mealtime and meal patterns from a cultural perspective. *Food Nutr Res.* 2008; 48: 161-4.
- Aguirre P, Katz M, Bruera MC. Comer: una palabra con múltiples sentidos. 1° ed. Zorzal. EBALd, editor. Buenos Aires 2010.
- Warde A, Martens L. Eating out: Social differentiation, consumption and pleasure. United Kingdom: Cambridge University Press; 2000.
- Newby PK, Tucker KL. Empirically derived eating patterns using factor or cluster analysis: a review. *Nutrition reviews.* 2004; 62(5): 177-203.
- Rand WM, Pennington JAT, Murphy S, Klensin JC. Compiling data for food composition data bases. Tokyo.: United Nations University Press; 1991.
- Costa AIA, Schoolmeester D, Dekker M, Jongen WMF. To cook or not to cook: a means-end study of motives for choice of meal solutions. *Food Qual Prefer* 2007 18: 77-88.
- Popkin BM, Duffey KJ. Does hunger and satiety drive eating anymore? Increasing eating occasions and decreasing time between eating occasions in the United States. *Am J Clin Nutr* 2010; 91: 1342-7.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. 2007.
- Ministerio de Salud. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Argentina 2009.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. Argentina 2010.
- World and Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. . WHO Technical Report Series 894. Geneva 2000.
- Wrieden WL, Momen NC. Workshop 3: Novel approaches for estimating portion sizes. *European journal of clinical nutrition.* 2009; 63 Suppl 1: S80-1.
- Aguirre P. Comida, cocina y consecuencias: la alimentación en Buenos Aires. In: Torrado S, editor. Población y Bienestar Una Historia Social del Siglo XX. Buenos Aires 2007.
- Westenhoefer J. Age and gender dependent profile of food choice. *Forum of nutrition.* 2005; (57): 44-51.
- Wardle J, Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellisle F. Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine.* 2004; 27(2): 107-16.
- Zapata ME, Bibiloni MD, Tur JA. Prevalence of overweight, obesity, abdominal-obesity and short stature of adult population of Rosario, Argentina. *Nutr Hosp.* 2016; 33(5): 1149-58.
- Ortega RM, Redondo MR, Zamora MJ, Lopez-Sobaler AM, Andres P. Eating behavior and energy and nutrient intake in overweight/obese and normal-weight Spanish elderly. *Annals of nutrition & metabolism.* 1995; 39(6): 371-8.
- French SA, Epstein LH, Jeffery RW, Blundell JE, Wardle J. Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite.* 2012; 59(2): 541-9.
- Rodríguez-Rodríguez EE, Perea JM, Bermejo LM, Marín-Arias L, López-Sobaler AM, Ortega RM. Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/obesidad. *Nutr Hosp.* 2007; 22(6): 654-60.
- World Health Organization. Sodium intake for adults and children. Geneva 2012.
- Organización Panamericana de la Salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. Washington D.C. 2015.
- Munt AE, Partridge SR, Allman-Farinelli M. The barriers and enablers of healthy eating among young adults: a missing piece of the obesity puzzle: A scoping review. *Obes Rev.* 2017; 18(1): 1-17.
- Chambers S, Lobb A, Butler LT, Traill B. The influence of age and gender on food choice: a focus group exploration. *International Journal of Consumer Studies.* 2008; 32(4): 356-65.
- Ministerio de Salud. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Documento metodológico. 2016.
- Zapata ME, Roviroso A, Carmuega E. Cambios en el patrón de consumo de alimentos y bebidas en Argentina, 1996-2013. *Salud Colectiva.* 2016; 12(4): 473-86.
- Zapata ME, Roviroso, A., Carmuega, E. La mesa Argentina en las últimas dos décadas : cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes 1996-2013. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2016.
- Britos S, Saravi A. Brechas en el consumo de alimentos de alta densidad de nutrientes. Impacto en el precio de una Canasta Básica Saludable. Actualización en *Nutrición.* 2010; 11(1): 35-47.
- Britos S, Saravi A, Villela F. Alimentación saludable en Argentina: logros y desafíos. Buenos Aires. 2013.
- Morón C, Schejtman A. Evolución del Consumo de Alimentos en América Latina. In: Morón C, Zacarías I, De Pablo S, editors. Producción y Manejo de Datos de Composición Química de Alimentos en Nutrición. Santiago de Chile, 1997.

Índice glucémico y carga glucémica: su valor en el tratamiento y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles

Glycemic index and glycemic load: their value in treatment and prevention of noncommunicable chronic diseases

LIC. MANUZZA MARCELA ALEJANDRA¹, DRA. BRITO GRACIELA¹, LIC. ECHEGARAY NATALIA SOLEDAD²,
DRA. LÓPEZ LAURA BEATRIZ¹

¹Cátedra de Nutrición Normal, Escuela de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

²Molinos Río de la Plata, Departamento de Nutrición.

Correspondencia: Dra. Laura López. E-mail: lblopez@fmed.uba.ar

Recibido: 08/08/2017 . **Envío de revisiones al autor:** 03/01/2018. **Aceptado en su versión corregida:** 09/03/2018.

Resumen

Introducción: el patrón alimentario condiciona la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de creciente prevalencia: obesidad, sobrepeso, insulinoresistencia, cáncer y enfermedades cardiovasculares (ECV). Cantidad y calidad de carbohidratos (CHO) afectan niveles de insulina y glucemia postprandiales, desencadenantes de mecanismos fisiopatológicos involucrados en ECNT. El Índice Glucémico (IG), una herramienta para clasificar alimentos según tipo de CHO, junto con la Carga Glucémica (CG) que considera cantidad de CHO, para predecir sus efectos sobre la glucemia postprandial, se limitaron inicialmente a la dietoterapia en diabetes; hoy los conocimientos sobre los efectos de distintos CHO en las ECNT ampliaron su uso a la población general como herramientas para seleccionar alimentos. Existe consenso creciente sobre sus beneficios en prevención de ECNT; considerando limitaciones: no contemplar respuesta insulínica, variación intra e interindividual en respuesta glucémica (RG) y dificultad para estimar IG en comidas mixtas. Aun así, se sostiene que, para realizar elecciones alimentarias saludables, interesa considerar composición química y efectos fisiológicos de los CHO, porque, por sí sola, la naturaleza química de los CHO alimentarios no describe sus efectos fisiológicos.

Objetivos: realizar una puesta al día sobre la valoración que la comunidad científica internacional otorga a IG y CG, y su utilidad en el manejo de las ECNT.

Conclusión: El IG y la CG son considerados actualmente indicadores de gran valor para categorizar la calidad y cantidad de CHO alimentarios, dado que se reconocen sus efectos asociados en distintas magnitudes al riesgo de obesidad, ECV y cáncer. Además de sus usos educativos para estimular hábitos saludables, son frecuentes sus empleos epidemiológicos, permitiendo distinguir entre alimentos con alta y baja RG, identificando patrones alimentarios poblacionales. La escasez de datos respecto al IG en preparaciones típicas de los patrones alimentarios nacionales y regionales promueve la necesidad de desarrollar investigaciones locales en la temática.

Palabras clave: índice glucémico - carga glucémica - enfermedad cardiovascular - diabetes - obesidad - cáncer

Abstract

Introduction: dietary pattern determines the prevention and control of noncommunicable chronic diseases (NCDs) of increasing prevalence: obesity, overweight, insulin resistance, cancer and cardiovascular diseases (CVD). The quantity and quality of carbohydrates (CHO) affect postprandial levels of insulin and glycemia, that trigger off physiopathological mechanisms involved in NCDs. The Glycemic Index (GI), a tool to classify foods according to the type of CHO, together with the Glycemic Load (GL) that considers the amount of CHO, to predict its effects on postprandial glycemia, were initially limited to diet therapy in diabetes. Today, knowledge about the effects of different CHOs in NCDs has been expanded to the general population as a tool to select foods. There is growing consensus about benefits in the prevention of NCDs; considering some limitations, as not taking into account insulin response, intra and interindividual variation in glycemic response (GR) and difficulty to estimate GI in mixed meals. Even so, it is argued that in order to make healthy food choices, it is important to consider the chemical composition and physiological effects of CHO, because, on its own, the chemical nature of food CHO does not describe its physiological effects.

Objectives: to carry out an update on the assessment that the international scientific community gives to IG and CG, and its usefulness in the management of NCDs.

Conclusion: GI and GC are currently considered high-value indicators to categorize the quality and quantity of dietary CHO, given that their associated effects in different magnitudes are recognized to the risk of obesity, CVD and cancer. In addition to its educational use to stimulate healthy habits, their epidemiological uses are frequent, allowing to identify foods and food patterns with high and low RG, identifying population feeding patterns. The scarcity of GI data in typical preparations of national and regional dietary patterns promotes the need to develop local research on the subject.

Keywords: glycemic index - glycemic load - cardiovascular disease - diabetes - obesity - cancer.

Diaeta (B.Aires) 2018;36 (162):10-18. ISSN 0328-1310

Declaración de conflicto de intereses: La Lic. Natalia Echegaray tiene un contrato laboral con Molinos Río de la Plata. Los otros autores declaran no tener conflicto de intereses.

Fuente de Financiamiento: El trabajo fue realizado mediante subsidio de financiación otorgado por Molinos Río de La Plata.

Introducción

El patrón alimentario es un condicionante clave en la prevención y control de patologías de creciente prevalencia como obesidad, sobrepeso, insulino resistencia (IR), cáncer y enfermedades cardiovasculares (ECV).

El perfil alimentario de las sociedades occidentales muestra un aumento del consumo de alimentos con alto aporte de carbohidratos (CHO) disponibles, por lo que su ingesta requiere especial atención. Los CHO son los nutrientes con mayor proporción en la energía diaria, su cantidad y calidad afectan los niveles de insulina y glucosa postprandiales; desencadenantes de mecanismos fisiopatológicos involucrados en varias enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Estrategias dietéticas basadas en la selección y clasificación de los alimentos que promuevan una disminución de los niveles postprandiales de glucemia e insulinemia ofrecerían beneficios sin el riesgo de efectos adversos asociados a terapia farmacológica (1-2). En 1981 desde la Universidad de Toronto, Canadá, David Jenkins y cols. propusieron el concepto de Índice Glucémico (IG) como herramienta para clasificar a un alimento considerando el tipo de CHO y para predecir sus efectos en la glucemia postprandial, al compararlo con otro considerado como referencia (3). Más tarde, en 1997 desde la Universidad de Harvard, Salmeron y cols. introducen el concepto de Carga Glucémica (CG) que además del tipo (calidad) de CHO, considera la cantidad del mismo (4).

El uso del IG en sus inicios se limitó al manejo dietoterápico de la diabetes, no obstante, en las últimas décadas los conocimientos sobre los efectos de los distintos CHO en el desarrollo de ECNT proyectaron su empleo en términos poblacionales mediante metodologías para estimar el IG y la CG de comidas y dietas habituales (5-9). Si bien el valor clínico y práctico del IG continúa en estudio, existe un consenso creciente sobre sus beneficios para la salud cuando alimentos de bajo IG reemplazan a los de alto IG dentro de un patrón alimentario con una proporción adecuada de macronutrientes. Las alimentaciones bajas en IG y CG se recomiendan para la prevención de ECNT incluyendo, obesidad, cáncer, ECV y en el tratamiento de factores de

riesgo cardiovascular, especialmente la dislipemia (10). Su uso tiene algunas limitaciones al no considerar la respuesta insulínica, por la variación intra e interindividual en la respuesta glucémica (RG) de un alimento y por las dificultades para discriminarlo en una comida mixta (11).

Considerando los debates vigentes, este trabajo se propone realizar una puesta al día sobre la valoración actual que la comunidad científica internacional otorga al IG y su utilidad en el manejo de las ECNT, también identificar áreas del conocimiento que aún presentan controversias. Para cumplir este objetivo se priorizaron las revisiones sistemáticas y los metanálisis publicados a partir del año 2000. En éstas se evaluaron los efectos del IG en las ECNT, las posturas de organismos internacionales en relación con la aplicación del IG y la CG como indicadores de la calidad de los CHO y la información disponible local e internacional en relación a los valores de IG y CG en alimentos de consumo habitual en Argentina.

Desarrollo y discusión

Índice glucémico, respuesta glucémica y carga glucémica

Es importante definir y distinguir los conceptos de IG, RG y CG, para llegar a interpretaciones correctas de estos conceptos y que no lleven a conclusiones controvertidas.

Se entiende por RG a los cambios en la glucemia postprandial observados luego de la ingesta de un alimento o una comida con CHO.

El IG es definido por FAO/OMS como el incremento del área bajo la curva de RG que produce la ingesta de 50 g de CHO del alimento testado, expresado como un porcentaje de la respuesta de la misma cantidad de CHO de un alimento estándar (glucosa o pan blanco), tomados por el mismo sujeto (12). El valor de IG se obtiene luego de administrar una porción de alimento con 50 gramos (g) de CHO y comparar a los 120 minutos posteriores a la ingesta las sumatorias de los valores de glucemia o el área bajo la curva. El valor obtenido para el alimento de referencia es 100 y el del alimento analizado se expresa como porcentual de

esta referencia. Los alimentos con CHO digeribles, absorbidos y metabolizados rápidamente se consideran de alto IG (valores con referencia a la glucosa mayores o iguales a 70), los alimentos con IG medio son aquellos cuyos valores son mayores a 55 y menores 70, en tanto que los alimentos con CHO cuyos mecanismos fisiológicos son más lentos y de menor impacto en los niveles de glucemia e insulinemia, se consideran de bajo IG (valores de IG menores o iguales a 55). La CG se calcula con la siguiente fórmula: $CG = IG \times \text{contenido neto de CHO por porción en g/100}$. Alimentos con valores ≥ 20 se consideran de alta CG y los valores ≤ 10 de CG baja (4).

El IG tiene algunas limitaciones referidas a qué factores del individuo y del alimento condicionan sus valores. Se acepta que la variedad de los alimentos, el grado de maduración en los vegetales y las frutas, las técnicas de procesamiento y los métodos de cocción modifican el IG, resultando en valores variables para un mismo alimento. La variabilidad intra e intersujeto es esperable por las respuestas individuales de los mecanismos de absorción y metabolismo de los CHO y por factores étnicos (13,14). Otra controversia son las variaciones en los niveles de insulinemia posteriores al consumo de alimentos con bajo IG (15). Estos puntos marcan la necesidad de investigaciones con una metodología estandarizada y en laboratorios especialmente acreditados. Por otra parte, es aceptado que cuando el concepto de IG es interpretado correctamente, y no como sinónimo de RG, su valor permite distinguir con alto grado de certeza entre alimentos de alto y bajo IG.

Tablas internacionales y datos regionales de IG

Contar con una base de datos con los valores de IG de alimentos es una herramienta necesaria para los profesionales en el uso clínico y la investigación. La primera iniciativa de una recopilación internacional de datos surge en 1995 en la Universidad de Sydney, Australia y se publica como "Tabla Internacional de Índice Glucémico"; actualizada en 2002 y cuya última versión, revisada en 2008 incluye también valores de CG (16,17). Si bien son es-

casos, los datos de investigaciones regionales que analizaron el IG o RG aportan información sobre alimentos de consumo habitual en México, frutas y tubérculos del Caribe, fórmulas para alimentación enteral de adultos en Chile y distintas variedades de arroz, fideos, así como mandioca y quinoa en Argentina (18-24).

Los patrones alimentarios poblacionales presentan significativas variaciones regionales, como variedad, cantidad y procedimientos de cocción. Estas particularidades, parte de la cultura alimentaria de cada región/país, refuerzan la necesidad de información local de IG para establecer asociaciones más certeras sobre el impacto de los CHO en la salud. En la Tabla 1, se presentan ejemplos de IG de alimentos de consumo habitual en Argentina según la Tabla Internacional de IG de alimentos y la Tabla 2, compendia los valores de mediciones de IG de alimentos realizadas en Argentina.

Índice glucémico, carga glucémica y ECV

Numerosos estudios epidemiológicos y ensayos clínicos intentaron esclarecer el rol de los diferentes tipos de CHO en la prevalencia de ECV e infarto (25). Un primer abordaje podría realizarse según las evidencias disponibles que evaluaron el rol en la salud de la ingesta de granos enteros, frutas, verduras y azúcares.

Con relación a los granos enteros, desde principios de este milenio varias revisiones sistemáticas coinciden en su efecto cardioprotector, independientemente de otros factores como el estilo de vida, componentes alimentarios y el nivel de adiposidad (25).

En cuanto a frutas y verduras frescas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), sugiere un consumo diario mayor a 400 g por el efecto sobre la disminución del riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular (ACV) e hipertensión arterial (HTA) debido a su alto contenido en fibra, potasio y fitonutrientes (26). La relación entre ingesta de azúcares y riesgo de ECV e infarto es más débil y debe interpretarse independientemente del efecto sobre el desarrollo de factores de riesgo cardiovascular como HTA, sobrepeso o diabetes (27-29).

Tabla 1: Índice Glucémico (IG) -referencia pan blanco/glucosa- de alimentos, productos alimenticios, preparaciones y bebidas de consumo habitual en Argentina.

	Alimento	IG (Referencia pan blanco)	IG (Referencia Glucosa)
Leches y yogures	Leche condensada	87	61
	Yogur de vainilla	67	47
	Leche fermentada con lactobacillus casei	66	46
	Leche parcialmente descremada chocolatada	59	41
	Leche parcialmente descremada	43	30
	Leche entera	30	21
	Yogur reducido en grasas con edulcorante	20	14
Cereales	Cereal burbujas de arroz	136	95
	Cereal a base de copos de maíz y azúcar	133	93
	Arroz blanco hervido 13'	127	89
	Arroz integral "pasado" hervido 25'	103	72
	Pochoclo	103	72
	Ñoquis	97	68
	Granola (avena integral, trigo integral, miel y almendras)	90	63
	Fideos de arroz	87	61
	Harina de maíz	85	59
	Fideos de arroz hervidos	87	61
	Spaguettis de trigo candeal hervidos 20'	83	58
	Spaguettis comunes hervidos 10'	73	51
	Spaguettis de trigo candeal hervidos 12'	67	47
	Spaguettis de harina integral	60	42
	Cereal Muesli (copos de avena, frutas secas y desecadas)	79	55
	Cereal a base de salvado de trigo y azúcar	54	38
	Arroz blanco parboil hervido 20-30'	54	38
	Cebada perlada hervida 60'	50	35
	Barra de cereal de almendras	47	33
	Legumbres	Porotos de manteca	51
Garbanzos		51	36
Lentejas		41	29
Porotos de soja enlatados		20	14
Panificados	Galletitas crackers tipo agua	111	78
	Pan blanco de harina de trigo	100	70
	Pan de harina de trigo integral	97	68
	Pan sin levadura (pita) blanco	97	68
	Tostadas caseras de pan blanco	95	66
	Galletitas crackers integrales con sésamo	76	53
	Pan sin levadura (pita) integral	80	56
	Pan con 50% de salvado de avena	63	44
Hortalizas	Papa al horno sin piel	140	98
	Puré de papas instantáneo	124	87
	Papa hervida	137	96
	Papa al horno con piel	99	69
	Puré de papas instantáneo con aceite	97	68
	Zapallo pelado, cubeteado y hervido 30'	94	66
	Choclo dulce hervido	86	60
	Papas fritas de copetín	86	60
	Papas fritas	77	54
	Arvejas	77	54
	Calabaza hervida	73	51
	Zanahoria pelada, en cubos y hervida	70	49
	Zanahoria cruda en cubos	50	35
	Batata pelada y hervida	50	35
Papa hervida, refrigerada y recalentada	33	23	

Tabla 1: Índice Glucémico (IG) -referencia pan blanco/glucosa- de alimentos, productos alimenticios, preparaciones y bebidas de consumo habitual en Argentina. (Cont.)

	Alimento	IG (Referencia pan blanco)	IG (Referencia Glucosa)
Frutas secas	Castañas	39	27
	Maníes	11	7
Frutas frescas	Sandía	103	72
	Ananá	94	66
	Melón	93	65
	Duraznos en almíbar	92	64
	Banana	89	62
	Uvas negras	84	59
	Kiwi	83	58
	Mango	73	51
Frutas desecadas	Frutilla	57	40
	Manzana Golden deliciosa	56	39
	Damasco	49	34
	Naranja	57	40
	Duraznos enlatados sin azúcar	43	30
	Pasas de uva	91	64
	Pera deshidratada	61	43
	Durazno deshidratado	50	35
Azúcares y Dulces	Damasco deshidratado	46	32
	Manzana deshidratada	41	29
	Mix de frutas secas y pasas de uva	30	21
	Glucosa	137	96
	Sacarosa	94	65
	Fructosa	33	23
	Miel	88	61
	Mermelada de damasco	80	56
	Mermelada de naranja	69	48
	Mermelada de naranja sin azúcar agregada	39	27
Preparaciones	Chocolate con leche (snacks)	60	42
	Chocolate sin azúcar (snacks)	33	23
	Panqueque de harina de trigo	114	80
	Sándwich de hamburguesa (locales de comidas rápidas, con carne vacuna magra, lechuga, tomate, queso, cebolla y salsa)	94	66
	Sándwich de hamburguesa vegetariano (locales de comidas rápidas, con hamburguesa vegetal, ají, lechuga y salsa)	84	59
	Helado de crema ¹ / ₂ vainilla, ¹ / ₂ chocolate	82	57
	Pizza a la piedra (harina integral, hortalizas y queso)	78	54
	Muffin de chocolate	75	53
	Sushi de salmón	69	48
	Spaguettis con carne vacuna, salsa de tomate y una naranja	60	42
	Avena con leche descremada caliente	57	40
	Guiso de lentejas con un bollo de pan	57	40
	Pan blanco tostado con queso cheddar	50	35
Arroz parboil con manteca y queso	38	27	
Hummus	9	6	
Bebidas	Bebida deportiva a base de sales y azúcares	111	78
	Bebidas con agua carbonatada y azúcares (gaseosas)	90 a 97	63-68
	Cerveza	94	66
	Jugo de Naranja	66	46
	Bebida de soja sabor original	63	44

Fuente: Adaptado de Referencia 17

Tabla 2: Índice Glucémico (IG) de alimentos y preparaciones determinados por estudios realizados en Argentina

Alimentos y preparaciones (Referencia)	IG
Mandioca [22]	105*
Pasta de trigo común hervido por 8' [21]	73**
Arroz largo fino común hervido por 19' [21]	71**
Arroz largo fino parboil hervido por 19' [21]	59**
Quinoa con vegetales cocidos (choclo, zanahoria, morrón rojo, zucchinis) [23]	54*
Pasta de trigo candeal hervida por 8' [21]	38**
Quinoa [23]	32*

Fuente: Adaptado de Referencias 21-23 *Referencia pan blanco, ** Referencia glucosa

Considerando los beneficios cardiovasculares asociados al consumo de granos enteros, verduras y frutas, se postula que una alimentación de baja CG ofrece este mismo rol protector. El control de la hiperglucemia postprandial reduce el estrés oxidativo, la disfunción endotelial, los factores tromboticos y la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). A lo largo del día, los alimentos de bajo IG y baja CG producen fluctuaciones de glucemia más pequeñas que los de IG y CG más altos.

Varias revisiones sistemáticas y metanálisis de los últimos años se centraron en los efectos del IG en la salud cardiovascular. En cuanto a marcadores de riesgo cardiovascular, algunos autores sugieren que pueden tener efecto positivo y estadísticamente significativo sobre el colesterol total y el LDL, sin afectar el HDL ni los triglicéridos. Otros observan que las diferentes fracciones lipídicas no se modificaron por el IG de la dieta, aunque marcadores de inflamación como el factor de necrosis tumoral α y la interleuquina 6 son menores luego de una alimentación de bajo IG (30-32). Con respecto a CG, la evidencia no es contundente y los resultados sugieren que alimentaciones con baja CG pueden ser una medida simple y eficiente para disminuir el riesgo de ACV, aunque se necesitan aún más estudios prospectivos que analicen esta relación (30-34).

Índice glucémico, carga glucémica y obesidad

Por su potencial aporte energético, los CHO son macronutrientes que pueden contribuir al au-

mento de peso cuando se consumen en exceso, al igual que otros macronutrientes (35-37). Alimentaciones con alto contenido en fibra dietética de granos enteros, verduras, legumbres y frutas se asocian con menor densidad energética, mayor grado de saciedad y menor aumento de peso (25,38).

Los patrones alimentarios con alto IG es decir ricos en azúcares libres y con bajo aporte de fibras, condicionarían una disminución de la glucemia inducida por hiperinsulinemia, por lo tanto, mayor apetito y mayor ingesta con el consiguiente aumento de peso. Luego de una comida con alto IG y alta CG, la glucemia e insulinemia aumentan en mayor medida que después de una comida con bajo IG y baja CG, estimulando la absorción celular de nutrientes, la inhibición de la producción hepática de glucosa y la supresión de la lipólisis, cambios metabólicos que tienen estrecha relación con los efectos de la ghrelina y el aumento de los péptidos intestinales como el péptido similar glucagon, el péptido inhibidor gástrico, los polipéptidos pancreáticos y la colecistoquinina (9).

Revisiones sistemáticas recientes sugieren que el uso del IG podría ser útil para identificar y/o promover alimentaciones asociadas a menores niveles de ciertos indicadores de inflamación, a una menor respuesta insulínica y a un mayor valor de saciedad a los 60 minutos luego de la ingesta. Sería necesario contar con más evidencia para promover el uso del IG como una herramienta que permita predecir y/o reducir el riesgo de obesidad en sujetos con peso normal o promover la pérdida de peso en personas con sobrepeso u obesidad (39- 42)

Índice glucémico, carga glucémica y cáncer

Aún no se identificaron todos los condicionantes del cáncer, cuya génesis es multicausal y diferente según los órganos afectados. Se estima que los factores dietéticos pueden explicar cerca del 30% de los cánceres en países industrializados y el 20% en países en vías de desarrollo, resultando difícil establecer el impacto de los componentes de la dieta (43). Según OMS, el sobrepeso, la obesidad, el alcohol, las aflatoxinas y el pescado salado al estilo chino son factores dietéticos con evidencia convincente sobre su efecto en el riesgo de cáncer. A su vez hay evidencia acerca de que las frutas y verduras reducen el riesgo de algunos tipos de cáncer, y que el consumo elevado de carnes en conserva, alimentos conservados en sal, la sal y las bebidas muy calientes probablemente aumenten dicho riesgo (26). El consumo de fibra podría tener un efecto protector en el desarrollo del cáncer gástrico, esofágico y de colon, pero la evidencia aún no es contundente.

La asociación entre obesidad y cáncer, así como entre diabetes y cáncer permite postular la hipótesis del posible rol de los CHO en esta patogenia, siendo la hiperinsulinemia y la hiperglucemia posibles factores contribuyentes. La insulina actúa como factor de crecimiento, incrementando la bioactividad del factor de crecimiento similar insulina 1 (IGF-1), que es proliferativo, angiogénico, anti-apoptótico y estimulante estrogénico. Patrones alimentarios de bajos IG y CG producirían menores aumentos de glucemia economizando insulina y disminuyendo el riesgo de cáncer comparado con alimentaciones de altos IG y CG

Varios estudios de casos y controles sugieren asociación positiva entre dietas de alto IG o CG y riesgo de cáncer. Cuatro revisiones sistemáticas recientes lo evaluaron con riesgo de cáncer de colon, de mama o de endometrio; todas las asociaciones fueron débiles o moderadas, además tuvieron limitaciones metodológicas como variaciones en las tablas de IG y falta de ajustes de variables confundidoras como otros componentes dietéticos u otros condicionantes de la enfermedad (44-47)

Índice glucémico, carga glucémica y diabetes

En las últimas décadas se enfatizó la asociación entre un elevado consumo de azúcares simples y mayor riesgo de trastornos metabólicos. El alto consumo de azúcar se asocia con una tendencia a desarrollar IR y diabetes tipo 2. En relación con esta última se observa la misma tendencia pero con evidencia menos contundente por consumo de alimentos fuente de almidón (48,49). Existe por lo tanto consenso de que las dietas de bajo IG y baja CG son relevantes en la prevención y el manejo de la diabetes. Distintos organismos internacionales resaltan con mayor o menor énfasis, el uso de IG y/o de la CG en el manejo dietético de la diabetes (50- 58) (Tabla 3).

Conclusiones

El uso del IG y la CG como indicadores de la calidad y cantidad de los CHO en la alimentación fue ampliamente evaluado en las últimas décadas. El interés en su aplicación ya no se limita al tratamiento dietoterápico de la diabetes, sino que se postulan como indicadores de la calidad alimentaria, relacionándolos con efectos en la saciedad, riesgo de obesidad, ECV y cáncer. Las evidencias a la fecha no son del todo contundentes para asegurar que una alimentación de bajos IG y CG tengan efectos protectores en el desarrollo de las ECNT. Sin embargo, el creciente número de revisiones sistemáticas que muestran asociaciones moderadas entre menores IG y CG y riesgo de estas patologías, los posicionan como indicadores de interés a la hora de categorizar los patrones alimentarios.

FAO/OMS mantiene una directriz conservadora y resalta que la elección de los alimentos con CHO no debe basarse solo en IG, por lo que IG y CG deben ser siempre considerados en el contexto de otros indicadores nutricionales. La Academia de Nutrición y Dietética de EEUU expresa que puede ser una herramienta útil identificar a los alimentos de menor IG, a pesar de que el IG no es un sistema perfecto. Por su parte, el Consorcio Internacional sobre la calidad de los CHO considera necesario

Tabla 3: Postura de Organismos Científicos sobre el uso del índice glucémico (IG), la carga glucémica (CG) y ejemplos de consejería basados en su aplicación.

Organismo (referencia)	Postura
Asociación Americana de Diabetes (ADA) [51]	Se aconseja la ingesta de CHO de granos enteros, verduras, frutas, legumbres y lácteos, con énfasis en alimentos altos en fibra y bajos en CG.
Consortio Internacional sobre la Calidad de los Carbohidratos [10]	Hay consenso en que las dietas de bajo IG y CG son relevantes en la prevención y el manejo de las ECNT. Dada la alta prevalencia de DM2 y pre diabetes y la evidencia científica disponible, es necesario comunicar a la población y a los profesionales información sobre el IG mediante guías alimentarias, tablas de composición de alimentos y rotulado nutricional.
Academia de Nutrición y Dietética de EEUU [53]	Aún si el IG no es un sistema perfecto, puede ser una herramienta útil para identificar a los alimentos de menor IG que suelen ser más ricos en nutrientes, así como a los alimentos más altos en CHO refinados.
Asociación Canadiense de Diabetes [50]	El consejo dietético para personas diabéticas debe enfatizar la selección de alimentos fuentes de CHO con bajo IG para ayudar a optimizar el control glucémico en diabéticos tipo 1 y tipo 2.
Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) [54,55]	Elegir CHO con bajo IG y CG en alimentos ricos en fibras solubles e insolubles para el tratamiento de diabéticos tipo 2. Usar el IG y CG para sumar beneficios a los métodos de conteo de CHO y manejo de unidades de intercambio en diabéticos tipo 1.
Federación Española de Nutrición & Asociación Española para el Estudio de la Obesidad [56]	Una reducción del IG o de la CG no pueden ser recomendados como estrategia específica en el tratamiento dietético de la obesidad.
Federación Internacional de Diabetes (IDF) [57]	A pesar de la controversia, se demostró que el IG y la CG de los alimentos predice de forma fiable glucemia e insulinemia posprandiales. El uso de IG puede proporcionar un beneficio adicional para el control de la diabetes más allá del conteo de CHO.
Consenso y Posición de la Asociación Latinoamericana de diabetes (ALAD) [52]	Se recomienda monitorear el contenido de CHO de las unidades de intercambio y utilizar el IG para un mejor control metabólico.
Organización Mundial de la Salud (FAO/OMS). [26]	La elección de los alimentos con CHO no debe basarse únicamente en el IG ya que los alimentos con un IG bajo pueden tener alta densidad energética y cantidades sustanciales de azúcares, grasas o ácidos grasos indeseables, contribuyendo a una respuesta glucémica disminuida, aunque no necesariamente ofrecen buenos resultados para la salud. El IG y la CG deben ser siempre considerados en el contexto de otros indicadores nutricionales.

CG: Carga glucémica- CHO: carbohidratos- IG: Índice glucémico- ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles- DM2: diabetes Mellitus tipo 2. Fuente: Basada en Referencias 10, 26, 50-57.

comunicar a la población en general y a los profesionales, información sobre el IG mediante guías alimentarias, tablas de composición química de alimentos y rotulado nutricional.

La evidencia actual retoma con interés las posibilidades que ofrecen el IG y la CG como herramientas para categorizar la calidad y cantidad de los CHO en una alimentación, conceptos que los profesionales de la nutrición necesitan considerar en la prevención, y no sólo para el abordaje dietoterápico.

Entre los aspectos aun controversiales, la variabilidad intra e interindividuo relativizan el uso de los valores asignados en las tablas de IG. Estas limitantes refuerzan la necesidad de realizar análisis locales para generar bases de datos nacionales o regionales, incluyendo preparaciones de

consumo habitual que contemplen posibles condicionantes étnicos relacionados con la digestión de los CHO.

El IG, y más aún la CG, empleados con fines epidemiológicos son indicadores que permiten distinguir con alto grado de confiabilidad a los alimentos con alta y baja RG, más allá de los condicionantes que se plantean. Considerar al IG como un instrumento que permite categorizar la calidad de los CHO, y a la CG la cantidad de CHO, ofrecen la posibilidad de sus usos con fines educativos y promueve el trabajo articulado entre el sector académico y los organismos gubernamentales en la búsqueda de nuevas estrategias para estimular hábitos saludables en la población.

Referencias bibliográficas

- Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IR, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(11): 2039-49.
- Englyst KN, Liu S, Englyst HN. Nutritional characterization and measurement of dietary carbohydrates. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61 Suppl 1: S19-39.
- Brand-Miller J1, Buyken AE. The glycemic index issue. *Curr Opin Lipidol*. 2012; 23(1): 62-7.
- Salmerón J, Ascherio A, Rimm EB, et al. Dietary fiber, glycemic load, and risk of NIDDM in men. *Diabetes Care*. 1997;20(4): 545-50.
- Jenkins DJ, Wolever TM, Taylor RH, et al. Glycemic index of foods: a physiological basis for carbohydrate exchange. *Am J Clin Nutr*. 1981; 34(3): 362-6.
- Olendzki BC, Ma Y, Culver AL, et al. Methodology for adding glycemic index and glycemic load values to 24-hour dietary recall database. *Nutrition*. 2006; 22(11-12): 1087-95.
- Van Bakel MM, Slimani N, Feskens EJ, et al. Methodological challenges in the application of the glycemic index in epidemiological studies using data from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *J Nutr*. 2009; 139(3):568-75.
- Dodd H, Williams S, Brown R, Venn B. Calculating meal glycemic index by using measured and published food values compared with directly measured meal glycemic index. *Am J Clin Nutr*. 2011; 94(4): 992-6.
- Shyam S, Kock Wai TN, Arshad F. Adding glycaemic index and glycaemic load functionality to Diet PLUS, a Malaysian food composition database and diet intake calculator. *Asia Pac J Clin Nutr* 2012; 21 (2): 201-208.
- Augustin LS, Kendall CW, Jenkins DJ, et al. Glycemic index, glycemic load and glycemic response: An International Scientific Consensus Summit from the International Carbohydrate Quality Consortium (ICQC). *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2015; 25(9): 795-815.
- Venn B J, Green T J. Glycemic index and glycemic load: measurement issues and their effect on diet–disease relationships. *Eur J Clin Nutr* 2007; 61: S122-S131.
- World Health Organization. Carbohydrates in human nutrition. Chapter 4 - The role of the glycemic index in food choice. *FAO Food and Nutrition Paper – 66*. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. Rome, 14-18 April 1997
- Arteaga Llona A. El Índice glicémico. Una controversia actual. *Nutr. Hosp*. 2006; 21(Supl. 2): 55-60.
- Wolever TM, Giddens JL, Sievenpiper JL. Effect of ethnicity on glycaemic index: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Diabetes*. 2015; 5: e170.
- Schenk S, Davidson CJ, Zderic TW, Byerley LO, Coyle EF. Different glycemic indexes of breakfast cereals are not due to glucose entry into blood but to glucose removal by tissue. *Am J Clin Nutr*. 2003; 78(4): 742-8.
- Foster-Powell K, Holt SH, Brand-Miller JC. International table of glycemic index and glycemic load values: 2002. *Am J Clin Nutr*. 2002; 76(1): 5-56.
- Atkinson FS, Foster-Powell K, Brand-Miller JC. International tables of glycemic index and glycemic load values: 2008. *Diabetes Care*. 2008; 31(12): 2281-3.
- Noriega E, Rivera L, Peralta E. Glycaemic and insulinaemic indices of Mexican foods high in complex carbohydrates. *Diabetes Nutr Metab*. 2000; 13(1): 13-9.
- Ramdath DD, Isaacs RL, Teelucksingh S, Wolever TM. Glycaemic index of selected staples commonly eaten in the Caribbean and the effects of boiling v. crushing. *Br J Nutr*. 2004; 91(6): 971-7.
- Gattás V, Barrera G, Leiva L, et al. Determinación de los índices glicémicos y de insulina en fórmulas para alimentación enteral en adultos sanos. *Rev. méd. Chile* 2007; 135(7): 879-884.
- Ridner E, Di Sibio A. Medición del índice glucémico de 2 variedades de pastas y 2 variedades de arroz. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 2015; 65(2), 79-85.
- Szymula C, Matewcki C. Índice glucémico de un alimento regional - la mandioca - en diabéticos. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*. 1989; 23(1): 37-8.
- López D, Pérez Varas E, Samek S. Índice Glucémico de la Quinua en adultos de 18 a 45 años de edad Trabajo final para obtener el título de Licenciado en Nutrición. Universidad Barceló, 2014.
- Rosón MI. Respuesta glucémica al consumo de tres tipos diferentes de arroz en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. 2004.
- Mann J, Cummings JH, Englyst HN, et al. FAO/WHO scientific update on carbohydrates in human nutrition: conclusions. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61 (Suppl 1): S132-7.
- World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series no. 916. 2003. Geneva: WHO.
- Keller A, Heitmann BL, Olsen N. Sugar-sweetened beverages, vascular risk factors and events: a systematic literature review. *Public Health Nutr*. 2015; 18(7): 1145-54.
- Jacobs DR Jr, Meyer KA, Kushi LH, Folsom AR. Whole-grain intake may reduce the risk of ischemic heart disease death in postmenopausal women: the Iowa Women's Health Study. *Am J Clin Nutr*. 1998; 68(2): 248-57.
- Stanhope KL, Medici V, Bremer AA, et al. A dose-response study of consuming high-fructose corn syrup-sweetened beverages on lipid/lipoprotein risk factors for cardiovascular disease in young adults. *Am J Clin Nutr*. 2015; 101(6): 1144-54.
- Fleming P, Godwin M. Low-glycaemic index diets in the management of blood lipids: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2013; 30(5): 485-91.
- Livesey G, Taylor R, Hulshof T, Howlett J. Glycemic response and health—a systematic review and meta-analysis: relations between dietary glycemic properties and health outcomes. *Am J Clin Nutr*. 2008; 87(1): 258S-268S
- Kristo, A.S.; Matthan, N.R.; Lichtenstein, A.H. Effect of Diets Differing in Glycemic Index and Glycemic Load on Cardiovascular Risk Factors: Review of Randomized Controlled-Feeding Trials. *Nutrients* 2013; 5: 1071-1080.
- Cai X, Wang C, Wang S, et al. Carbohydrate Intake, Glycemic Index, Glycemic Load, and Stroke: A Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. *Asia Pac J Public Health*. 2015; 27(5): 486-96.
- Dong JY, Zhang YH, Wang P, Qin LQ. Meta-analysis of dietary glycemic load and glycemic index in relation to risk of coronary heart disease. *Am J Cardiol*. 2012; 109(11): 1608-13.
- Pereira M. Sugar-Sweetened and Artificially-Sweetened Beverages in Relation to Obesity Risk1. *Adv. Nutr*. 2014; 5: 797–808
- Mirmiran P, Ejtahed HS, Bahadoran Z, Bastan S, Azizi F. Sugar-Sweetened Beverage Consumption and Risk of General and Abdominal Obesity in Iranian Adults: Tehran Lipid and Glucose Study. *Iran J Public Health*. 2015; 44(11): 1535-43.
- World Health Organization. Sugars intake for adults and children. Guideline, 2015.
- Arabshahi S, Ibiebele TI, Hughes MC, Lahmann PH, Williams GM, van der Pols JC. Dietary patterns and weight change: 15-year longitudinal study in Australian adults. *Eur J Nutr*. 2016; .

39. Schwingshackl L, Hoffmann G. Long-term effects of low glycemic index/load vs. high glycemic index/load diets on parameters of obesity and obesity-associated risks: a systematic review and meta-analysis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2013; 23(8): 699-706.
40. Soeliman FA, Azadbakht L. Weight loss maintenance: A review on dietary related strategies. *J Res Med Sci.* 2014; 19(3): 268-75.
41. Gonzalez-Anton C, Artacho R, Ruiz-Lopez MD, Gil A, Mesa MD. Modification of Appetite by Bread Consumption: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2015; 19:0.
42. Sun FH, Li C, Zhang YJ, Wong SH, Wang L. Effect of Glycemic Index of Breakfast on Energy Intake at Subsequent Meal among Healthy People: A Meta-Analysis. *Nutrients.* 2016; 8(1).
43. Key TJ, Spencer EA. Carbohydrates and cancer: an overview of the epidemiological evidence. *Eur J Clin Nutr.* 2007; 61 (Suppl 1): S112-21.
44. Aune D, Chan DS, Lau R, et al. Carbohydrates, glycemic index, glycemic load, and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Cancer Causes Control.* 2012; 23(4): 521-35.
45. Mullie P, Koehlin A, Boniol M, Autier P, Boyle P. Relation between Breast Cancer and High Glycemic Index or Glycemic Load: A Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2016; 56(1): 152-9.
46. Nagle CM, Olsen CM, Ibiebele TI, Spurdle AB, Webb PM; Australian National Endometrial Cancer Study Group; Australian Ovarian Cancer Study Group. Glycemic index, glycemic load and endometrial cancer risk: results from the Australian National Endometrial Cancer study and an updated systematic review and metaanalysis. *Eur J Nutr.* 2013; 52(2): 705-15.
47. Galeone C, Augustin LS, Filomeno M, et al. Dietary glycemic index, glycemic load, and the risk of endometrial cancer: a case-control study and meta-analysis. *Eur J Cancer Prev.* 2013; 22(1): 38-45.
48. Gulati S, Misra A. Sugar intake, obesity, and diabetes in India. *Nutrients.* 2014; 6(12): 5955-74.
49. AlEssa HB, Bhupathiraju SN, Malik VS, et al. Carbohydrate quality and quantity and risk of type 2 diabetes in US women. *Am J Clin Nutr* 2015; 102(6): 1543-53.
50. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2013; 37(suppl 1): S1-S212.
51. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2016. *Diabetes Care* 2016; 39 (Suppl. 1): S26.
52. Guzmán Rosas J R, Lyra R. Documento de posición de ALAD con aval de Sociedades de Diabetes y Endocrinología Latinoamericanas para el tratamiento de la Diabetes Tipo 2. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Consenso 2010 Rev. ALAD. 2010; Vol. XVIII (Sup N° 2).
53. Academy of Nutrition and Dietetics. Kimbal M. What is Glycemic Index? Published February 2014. En: <http://www.eatright.org/resource/food/nutrition/dietary-guidelines-and-myplate/what-is-glycemic-index> (Consultada el 25/04/2016).
54. Sociedad Argentina de Diabetes. Guía del tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2013. En: www.diabetes.org.ar (Consultada el 2/05/2016).
55. Sociedad Argentina de Diabetes. Guías de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 1. 2012. En: www.diabetes.org.ar (Consultada el 2/05/2016).
56. Gargallo Fernández M, Breton Lesmes I, Basulto Marset J, Quiles Izquierdo J, Formiguera Sala X, Salas Salvadó J; FESNAD-SEEDO consensus group. Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). The role of diet in obesity treatment (III/III). *Nutr Hosp.* 2012 27(3): 833-64.
57. International Diabetes Federation Guideline Development Group. Guideline for management of postmeal glucose in diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014; 103 (2): 256-68.
58. Greenwood DC, Threapleton DE, Evans CE, et al. Glycemic index, glycemic load, carbohydrates, and type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care.* 2013; 36(12): 4166-71.



Comité científico

Actividades científicas 2018

COORDINADORA DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS: LIC. MIRTA ANTONINI

SECRETARIA: LIC. CECILIA MARTINELLI

COLABORADORAS: LIC. FLORENCIA CARDONE, LIC. SOLEDAD FREIJO, LIC. VICTORIA MITHIEUX, LIC. LUCIA REY

:: Cursos Presenciales ::

Aranceles y más información de los cursos, entrar a www.aadynd.org.ar/cursos

NUTRICIÓN VEGETARIANA: NUEVOS PARADIGMAS EN LA CONSULTA NUTRICIONAL

Fecha Martes 3, 10, 17, 24 de Abril de 2018. 8, 15 de Mayo de 2018.

Duración Curso presencial de 18 a 20:30hs en la sede AADyND

Horas de capacitación 30 horas.

Destinado a

Licenciados en Nutrición y alumnos del último año de la carrera.
Cupo mínimo establecido por la Coordinadora del curso: 10 inscriptos

Coordinación:

Lic. Vanina Repun

Licenciada en Nutrición: Universidad ISALUD
Profesora Universitaria: Universidad ISALUD
Coordinadora académica "Diplomatura en nutrición vegetariana/ vegana" UB (202016- actualidad)
Actividad Consejería Nutricional y Dieto terapia en Consultorio Privado orientación a nutrición vegetariana y medicinas complementarias (2010- actualidad)
Educación alimentaria Encuentros grupales: jóvenes-adultos-embarazadas, lactantes. niños, vegetarianos (2010- actualidad)
Coordinación y dictado de Talleres sobre nutrición y cocina vegetariana
Instituto VesaK (2011- 2013)/ Sintonía Veg (Centro escuela de Nutrición holística) 2014- actualidad
Capacitación a lic en nutrición del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, "Puestos saludables" en nutrición vegetariana 2013
Capacitación en hnutrición vegetariana/ vegana, Santa (Agosto 2017)
Participación nutrición vegetariana "expoalimentarte" Noviembre 2017
Disertación, Nutrición vegetariana "Vení Uba" septiembre 2017
Participación universidad de Belgrano sobre introducción a la nutrición vegetariana (2015-2016)
Participación jardín " Felix de Azara" Alimentación saludable, salas 4-5 años (2014-2015)
Coordinación de grupos de Sobrepeso Sintonía Veg (Centro escuela de nutrición holística) (2015- actualidad)
Consultoría nutricional general (2010- actualidad)
Consultoría nutricional, consultorio médico de City bell (2014-2015)
Coordinación, capacitaciones equipo de Sintonía (centro escuela de nutrición holística) 2016- actualidad
Coordinación grupos sobre trastornos de la conducta alimentaria 2016- actualidad

Objetivo/s del curso

- Conocer materiales teóricos y herramientas prácticas para el abordaje de la consulta nutricional del paciente vegetariano o que quiere hacer una transición al vegetarianismo.
- Construir el rol del nutricionista ante las posturas alimentarias de los consultantes vegetarianos.
- Elaborar herramientas de apoyo para la consulta con el paciente vegetariano
- Adaptar propuestas nutricionales para formular intervenciones saludables y acordes a la edad, actividad, hábitos, entorno y motivaciones de los consultantes vegetarianos, a partir de la información necesaria para evitar carencias nutricionales potenciales en esta alimentación.
- Conocer y analizar críticamente la bibliografía científica y no científica disponible sobre alimentación vegetariana para realizar asesoramientos y adoptar decisiones saludables, en la consulta nutricional.

Temario desarrollado

Los contenidos de la cursada tenderán a la transmisión y construcción de herramientas para el asesoramiento e intervención en la consulta de pacientes vegetarianos. Para ello se hará un recorrido referido al posicionamiento del nutricionista ante las opciones y estilo de vida de sus pacientes, relacionados con la alimentación a los fines de elaborar estrategias de intervención saludables que respeten las decisiones de los pacientes y que cumplan con los requerimientos nutricionales para la salud de los consultantes.

Para ello se indagará sobre las motivaciones en las elecciones y se verán las diferentes modalidades que pueden presentarse en la consulta (ovo lacto vegetarianos, veganos, etc), para analizar los alimentos que favorecen una sana y completa alimentación, así como para las potenciales deficiencias. Además se profundizará sobre la adaptación de este tipo de alimentación aludiendo a las diversas necesidades de las distintas etapas de la vida y características del entorno.

Las herramientas se elaborarán a partir de conocer la postura de organismos en nutrición sobre esta alimentación (ADA. SAN.), bases de consejería nutricional, páginas actualizadas para el abordaje en la consulta de nutrición, bibliografía académica y artículos actualizados de nutrición.

Finalmente, a fin de operativizar los conceptos se trabajarán con clínica de casos, análisis de testimonios que permitirá identificar un abanico de posibles situaciones que se presentan en la casuística de la consulta en nutrición vegetariana/ vegana.

:: Cursos Presenciales ::

Aranceles y más información de los cursos, entrar a www.aadynd.org.ar/cursos

ATENCIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2

Fecha Inicio: Miércoles 4-11-18 y 25 de Abril y 2 y 9 de Mayo de 2018

Duración: Curso PRESENCIAL intensivo de 6 días de duración 17.30 a 20.30 hs

Horas de capacitación: 30 hs. acreditadas.

Destinado a: Licenciados en Nutrición y alumnos del último año de la carrera.

Coordinación: **Dra. María Isabel Rosón.**
Dra. En Nutrición UBA. Área Nutrición. Integrante de la División Nutrición del Hospital de Clínicas José de San Martín. Docente de la carrera de Médicos especialistas en Nutrición de la UBA. Docente de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Belgrano. Directora Académica de Cursos de Actualización en Nutrición Clínica. Autora del libro Atención Nutricional del Paciente con Diabetes Mellitus. Confección de Hidratos de Carbono y co-autora de Educación para el conteo de hidratos de carbono. Integrante del Panel Interdisciplinario de la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DBT2 del Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre 2017. Jefa de Trabajos Prácticos de Nutrición. U.D.H. Vélez Sarsfield. UBA

Objetivo del curso: El presente curso intenta acercar a los profesionales de la salud los conocimientos actualizados en el Tratamiento Médico Nutricional de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2, siendo una de las características distintivas del curso el estudio y resolución de casos clínicos que permiten acercar a los profesionales a la realidad del tratamiento de esta patología.

Temario desarrollado:

Clase 1

Recomendaciones ADA 2016. Definición. Clasificación. Realidad mundial. Impacto en la población. Clasificación. Prediabetes: una mirada a la prevención. Diagnóstico de Prediabetes y Diabetes. Pilares del tratamiento. Características generales del plan de alimentación en DBT1 y 2. Causas desencadenantes de la DBT Interpretación de los datos de la historia clínica. Prescripción dietética. Análisis de caso clínico

Clase 2

Medicación en DBT2. Insulinas. Sulfonilureas. Metformina. Inhibidores de la alfa glucosidasa. Glitazonas. Metiglinidas. Análogos de la amilina. Incretinas. Análogos de GLP-1. SGLT2. Insulinas tradicionales y nuevas insulinas. Insulina inhalada. Modos de administración.

Clase 3

Elementos del plan de alimentación individualizado. Otras dietas a utilizar en la Atención Nutricional del paciente con DBT2. Dieta paso 1 y Dieta Paso 2. Dieta DASH. Dieta mediterránea. Uso de edulcorantes artificiales. Monitoreo glucémico. Su importancia y utilidad. Distintos métodos de automonitoreo. Análisis de casos clínicos de DBT2

Clase 4.

Atención Nutricional del paciente con DBT1 con Insulinoterapia tradicional y optimizada. Confección de hidratos de carbono. Qué utilidad tiene en el tratamiento del paciente con DBT1 y DBT2. Utilidad del Índice glucémico y carga glucémica la atención nutricional del paciente con DBT. Influencia de las proteínas y lípidos en la glucemia. Índice Insulínico de los alimentos. Análisis de caso clínico

Clase 5.

Modo de calcular la relación hidratos de carbono /insulina. Insulinoterapia en DBT2. Diferentes esquemas de insulinoterapia. Plan de alimentación en pacientes DBT2 insulinorequirientes. Educación diabetológica. Actividades y temarios. Uso de nuevas metodologías. Análisis de caso clínico.

Clase 6

Uso de Bomba de Infusión continua. Ventajas y desventajas. Diabetes y embarazo. Actividad física. Utilidad y beneficios. Ejemplos. Efectos metabólicos. Contraindicaciones. Diabetes gestacional. Algoritmo. Atención nutricional. Análisis de caso clínico. DBT2 en niños y adolescentes. DBT y Adulto mayor. Complicaciones de la DBT y su manejo higiénico-dietético. Evaluación final.

MANTENETE
AL TANTO
DE LAS
NOVEDADES



@AADYND



www.aadynd.org.ar



/AADYND

:: Cursos Presenciales ::

Aranceles y más información de los cursos, entrar a www.aadynd.org.ar/cursos

EL ABC DEL SOPORTE NUTRICIONAL

Fechas	viernes 6,13,20 y 27 de abril de 16 a 20hs.
Duración y Modalidad	Curso presencial intensivo en 4 días.
Horas de capacitación	30hs cátedra
Destinado a	Lic. En Nutrición, Médicos, Enfermeros y alumnos del último año de estas carreras.
Cupo mínimo del curso:	10 inscriptos
Coordinación:	Prof. Lic. en Nutrición Victoria Rebagliati. Profesora Titular de Soporte Nutricional en UCALP Directora del Capítulo de Nutricionistas de la SATI Directora del Curso Integral de Soporte Nutricional en el CAFP Nutricionista de Cuidados Intensivos en ICBA
Objetivos del curso	<ul style="list-style-type: none"> • Que el alumno logre reconocer aquellos pacientes que requieren de Soporte Nutricional. • Que alumno adquiera herramientas para indicar en forma adecuada tanto suplementos, como alimentación enteral y parenteral, en su práctica profesional. • Que el alumno incorpore el Soporte Nutricional como parte del Cuidado y Tratamiento del paciente.
Temario desarrollado	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Nutricional • Cálculo de Requerimientos • Evaluación de ingesta: recuento calórico, método del plato • Alimentación Enteral: indicaciones y contraindicaciones, toma de decisiones: acceso, fórmula, método de administración, velocidad de infusión • Uso e indicación de suplementos y fórmulas enterales • Nutrición Parenteral: indicaciones, tipo de fórmulas, accesos, fórmulas comerciales, suplementación, formulación magistral.

NUTRICIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS: ASISTENCIA INTEGRAL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS

Fechas	1º Encuentro: VIERNES 4/5 de 15 a 19hs y SÁBADO 5/5 de 9 a 13hs. 2º Encuentro: VIERNES 1/6 de 15 a 19hs y SÁBADO 2/6 de 9 a 13hs. 3º Encuentro: VIERNES 6/7 de 15 a 19hs y SÁBADO 7/7 de 9 a 13hs.
Duración y Modalidad	Curso presencial en 3 encuentros de 2 días de duración.
Horas de capacitación	60hs
Destinado a:	Licenciados en Nutrición
Cupo mínimo del curso:	15 inscriptos
Equipo coordinador docente	
- Dr. Gustavo De Simone	Master en Medicina Paliativa. Director de la Maestría de Cuidados Paliativos USAL. Director médico del Instituto Pallium Latinoamérica. Coordinador general de la Residencia Post-Básica Interdisciplinaria en Cuidados Paliativos (MS GCABA)
- Lic. Agustina Senese	Lic. en Nutrición miembro del Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". Docente del Instituto Pallium Latinoamérica.
- Lic. Silvana Dicatorina	Lic. en Nutrición miembro de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional "Baldomero Sommer" y docente en el mismo.
Objetivos del curso	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de atención de los profesionales nutricionistas y dietistas, brindando herramientas acordes a las necesidades de las personas que transitan una enfermedad crónica avanzada, incurable e irreversible, basadas en la evidencia disponible, que puedan ser aplicadas y adaptadas a la realidad laboral. • Que los profesionales adquieran los conocimientos específicos para la atención de personas con enfermedades crónicas avanzadas, incurables e irreversibles. • Que los profesionales identifiquen a la persona que requiere CP y realice la intervención nutricional pertinente. • Que los profesionales perciban la filosofía de los CP, para acompañar al paciente y a su familia o entorno significativo en el transcurso del final de su vida.
Temario desarrollado	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción a los Cuidados Paliativos • Comunicación • Control de síntomas: dolor • Abordaje de síntomas que condicionan la alimentación • Valoración nutricional • Atención paliativa en oncología • Bioética aplicada en enfermedades crónicas avanzadas • Atención paliativa en enfermedades crónicas avanzadas • Adaptación del entorno • Toma de decisiones

:: Cursos Presenciales ::

Aranceles y más información de los cursos, entrar a www.aadynd.org.ar/cursos

PROGRAMA DE COACHING ONTOLÓGICO Y PNL APLICADOS AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Fecha	Viernes 11 y 18 de mayo, 15, 22 y 29 de junio de 18 a 20.30 hs.
Duración	Curso PRESENCIAL intensivo de 6 talleres de duración Actividades online en domicilio.
Horas de capacitación	30 hs cátedra.
Destinado a	Estudiantes de Nutrición del último año. Licenciados en Nutrición. Cupo mínimo establecido por la Coordinadora del curso: 10 inscriptos
Coordinación:	Licenciada en Nutrición Myriam Rocotovich. Coach Ontológica, Master en PNL. Certificación Suiza, Instituto CIAP. Master en PNL y Coach Ontológica Certificada por ACCOP. Especialista en Deporte. Colegio Médico de San Martín. Docente de nutrición, Carrera de enfermería, Universidad del Salvador. Colaboradora docente. Escuela de Nutrición, Universidad del Salvador. Referente. Servicio de Alimentación. Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía.
Objetivo del curso	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar a los profesionales en Nutrición herramientas que generen en los pacientes recursos internos para lograr cambios de conducta duraderos • Que los profesionales desarrollen técnicas para trabajar en los pacientes la conjunción Cuerpo-Emoción-Lenguaje. • Capacitar al Profesional Nutricionista como COACH NUTRICIONAL
Temario desarrollado	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del módulo de Coaching y de PNL. • Aprendizaje y coaching. • Elementos de del Coaching reversible • El escuchar y su impacto en la planificación de un tratamiento. Report • Afirmaciones y declaraciones (hechos y juicios) • Metaprogramas. Comprender para ser comprendidos. • Dominios de la adultez. Emociones y estados de ánimo. • Emocionalidad corporalidad. • Inteligencia emocional, la técnica de actuar "como sí" • Consulta integradora, cómo utilizar este método cambiando el enfoque habitual de una consulta nutricional.

TRATAMIENTO PSICONUTRICIONAL PARA PACIENTES CON SOBREPESO. ¿QUÉ ESTRATEGIAS SON POSIBLES ABORDAR?

Fecha	Lunes 14/5, 21/5, 28/5, 4/6 , 11/ 6 y 18/6 del 2018
Duración	17 a 20 hs Curso PRESENCIAL
Horas de capacitación	30 hs cátedra
Destinado a	Licenciados en Nutrición y alumnos del último año de la carrera. Cupo mínimo establecido por la Coordinadora del curso: 10 inscriptos
Coordinación:	Lic. Vanina Gutiérrez. Egresada de la Universidad de Buenos Aires (UBA), especializada en obesidad con 17 años de experiencia en el campo. Ex Coordinadora general en área terapéutica de los centros Dieta Club del país, dirigidos por el Dr. Cormillot. Ex miembro capacitador del staff del Dr. Cormillot en el entrenamiento de profesionales de Dieta Club del país y el exterior. Ex Coordinadora de grupos para el descenso de peso en Dieta Club. Directora del centro Nutrición Mía y coordinadora del área nutricional de Viandas Mía. Ex Docente de la Escuela de Gastronomía Gato Dumas. Escuela de Cocineros. Ex Docente de la Escuela de Nutrición (Facultad de Medicina UBA).
Objetivo del curso	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar conocimientos de los aspectos psicológicos de la obesidad para lograr proporcionar el tratamiento mas adecuado a cada paciente. • Mejorar la adherencia de los pacientes con sobrepeso a través del aprendizaje de técnicas cognitivas- conductuales. • Proporcionar herramientas para alcanzar la fase de mantenimiento en los pacientes • Analizar estilos de paradigmas de tratamientos nutricionales que impactan en los aspectos psicológicos y motivacionales de los pacientes. • Revisar las intervenciones de los profesionales, en cuanto al lenguaje verbal y no verbal que utilizan durante las consultas
Temario desarrollado	<p>Primera parte • Aspectos psicológicos de los pacientes con sobrepeso y obesidad. • Análisis y revisión de las intervenciones que realizan los profesionales para lograr adherencia.</p> <p>Segunda parte • Adquisición de un lenguaje verbal y no verbal que logre mejorar el vinculo terapéutico con los pacientes • Primera entrevista nutricional. ¿ Que hacer para que el paciente regrese a una segunda consulta?</p> <p>Tercera parte • Claves para un seguimiento Psico-Nutricional más efectivo. • Obstáculos en la continuidad del tratamiento nutricional - adherencia al tratamiento.</p> <p>Cuarta parte • Fase de mantenimiento. En que consiste, cómo alcanzarla y sostenerla. • Presentación, y análisis del paradigma dietante - conductista -paternalista del tratamiento Nutricional para el descenso de peso a través de literatura que avala este estilo de tratamiento.</p> <p>Quinta parte • Presentación y análisis del paradigma No dietante – laissez faire del tratamiento Nutricional para el descenso de peso a través de literatura que avala este estilo de tratamiento. • Presentación y análisis del paradigma Intuitivo– sin control de peso del tratamiento Nutricional para el descenso de peso a través de literatura que avala este estilo de tratamiento.</p> <p>Sexta parte •Taller. Presentación de viñetas clínicas. • Análisis y compasión de los tres paradigmas de estilos de tratamientos nutriionales estudiados. • Ensayo de intervenciones efectivas. • Evaluación final</p>

:: A través de la Plataforma AADYND ::

Aranceles y más información de los cursos, entrar a www.aadynd.org.ar/cursos

DIPLOMATURA: ATENCIÓN NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2

Fecha 2 de Mayo al 20 de Diciembre 2018

Duración 8 meses. Curso on line. Plataforma AADYND

Horas de capacitación 200 hs

Destinado a Licenciados en Nutrición.

Coordinación: Dra. María Isabel Rosón.

Dra. En Nutrición UBA. Área Nutrición. Integrante de la División Nutrición del Hospital de Clínicas José de San Martín. Docente de la carrera de Médicos especialistas en Nutrición de la UBA. Docente de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Belgrano. Coordinadora del Plan de Prevención de la Desnutrición Infantil. Iciéd Asociación.

Docentes invitados:

Dra Mariana Novo . Medica especialista en Nutrición y Diabetes.
Dra Julieta Méndez: Médica especialista en Diabetes.
Lic. Natalia Presner. Lic. en Nutrición.

Objetivo del curso

El presente curso intenta acercar a los profesionales de la salud los conocimientos actualizados en el Tratamiento Médico Nutricional de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 1 y Tipo 2, siendo una de las características distintivas del curso el estudio y resolución de casos clínicos que permiten acercar a los profesionales a la realidad del tratamiento de esta patología. Desarrollar habilidades para lograr llevar a cabo la Atención Nutricional Personalizada que facilite la adherencia al tratamiento.

Temario desarrollado. (*)

- **Módulo 1.**
Definición. Nuevas clasificaciones de la Diabetes. Realidad mundial. Impacto en la población. Fisiología del Páncreas. Clasificación. Prediabetes: una mirada a la prevención. Biota Intestinal y DBT. Diagnóstico de Prediabetes y Diabetes. Recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes 2017. Pilares del tratamiento. Características generales del plan de alimentación en DBT1 y 2. Interpretación de los datos de la historia clínica. Prescripción dietética. Análisis de caso clínico
- **Módulo 2.**
Medicación en DBT2. Insulinas. Sulfonilureas. Metformina. Inhibidores de la alfa glucosidasa. Glitazonas. Metiglinidas. Análogos de la amilina. Incretinas. Análogos de GLP-1. SGLT2. Insulinas. Insulinas tradicionales y nuevas insulinas. Insulina inhalada. Premezclas . Modos de administración. Ateneo Bibliográfico.
- **Modulo 3**
Diferentes Planes de alimentación a utilizar en la Atención Nutricional del paciente con DBT2. Dieta paso1 y Dieta Paso 2. Dieta DASH. Dieta mediterránea . Como lograr el Plan de Alimentación adaptado a cada paciente . Usos de edulcorantes no nutritivos. Ventajas y desventajas. .Análisis de casos clínicos de DBT2
- **Módulo 4.**
Atención Nutricional del paciente con DBT1 con Insulinoterapia tradicional y optimizada. Conteo de hidratos de carbono. Qué utilidad tiene en el tratamiento del paciente con DBT1 y DBT2. Utilidad del Índice glucémico y carga glucémica la atención nutricional del paciente con DBT. Análisis de caso clínico
- **Módulo 5**
Monitoreo glucémico. Diferentes métodos de automonitoreo. Su importancia de la correcta interpretación del automonitoreo, utilidad. Modo de calcular la relación hidratos de carbono /insulina. Insulinoterapia en DBT2. Diferentes esquemas de insulinoterapia. Plan de alimentación en pacientes DBT2 insulinorequirientes. Casos clínico. Ateneo Bibliográfico.
- **Módulo 6**
Educación diabetológica. Actividades y temarios. Diferentes experiencias educativas. Ateneo Bibliográfico. Actividad física. Utilidad y beneficios. Ejemplos. Efectos metabólicos. Requerimientos nutricionales en la actividad física. Contraindicaciones Casos clínicos.
- **Módulo 7.**
Diabetes gestacional. DBT1 y embarazo. Algoritmo. Atención nutricional. Análisis de caso clínico. DBT1 en niños y adolescentes. Realidad de la DBT2 en niños y adolescentes. Uso de la Bomba de infusión continua. En qué casos se indica la Bomba. Ventajas y desventajas. Selección de pacientes para tratamiento con bomba Casos clínicos.
- **Módulo 8**
Complicaciones crónicas y agudas de la DBT y su manejo higiénico-dietético. Enfermedad Celíaca y DBT. Adulto mayor y DBT: características y metas en el tratamiento. Paciente internado. Ateneo bibliográfico.

(*) El temario puede sufrir modificaciones en función de nuevos temas que pueden surgir durante la cursada.

**MANTENETE
AL TANTO
DE LAS
NOVEDADES**



@AADYND



www.aadynd.org.ar



/AADYND

Cursos a distancia en convenio con NUTRINFO

CURSO DE ACTUALIZACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN DEL VEGETARIANO

Inicio: 23 de febrero
Dirección: Dra. Verónica Irei

CURSO DE POSGRADO SOBRE BPM Y GESTIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN

Inicio: 16 de abril
Dirección: Lic. María Bernarda Soler

CURSO DE POSGRADO: ALIMENTOS LIBRES DE GLUTEN EN SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN Y COMERCIOS

Inicio: 14 de marzo
Dirección: Mag. Luciano Muscio

DIPLOMATURA EN NUTRICIÓN DIGESTO-ABSORTIVA

Inicio: 11 de abril
Dirección: Dra. Prof. Andrea González

ARANCELES Y MÁS INFORMACIÓN EN:

www.nutrinfo.com

JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN

VIII Jornadas de Nutrición de la CABA

HOTEL SAVOY , Avenida Callao 181 , CABA