

Trimestre **Octubre Noviembre Diciembre** 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 - N° 165 | Publica en LILACS Y SciELO



VIII JORNADA DE NUTRICIÓN DE LA CABA

2º Mención Área Nutrición Clínica. Evaluación de la ganancia de peso en embarazadas adolescentes del servicio de obstetricia de un hospital público

Premio Área Nutrición Comunitaria. Alimentación autóctona y saludable en organizaciones comunitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Premio Área Gestión y Alimentos. Aceptación de fórmulas extensamente hidrolizadas en el tratamiento de la alergia a la proteína de leche de vaca

Premio Área Nutrición Clínica. Parálisis Cerebral: situación alimentaria en pacientes con soporte nutricional

Premio Área Educación Alimentaria y Comunicación. Evaluación de impacto del Festejo Nutricionista

RESÚMENES PRESENTADOS EN FORMATO POSTER

Área Nutrición Clínica

Área Educación y Comunicación

Área Nutrición Comunitaria

Producción General

AADyND

Asociación Argentina de Dietistas
y Nutricionistas Dietistas
Viamonte 1328 • Piso 7º of. 25 (1053)
Capital Federal • Argentina
Tel: 4374-3090/3301
mail: info@aadynd.org.ar
site: www.aadynd.org.ar

Coordinación General Gráfica y Digital

Lic. Luciana Ampuero
info@aadynd.org.ar

Diseño interior/tapa

Claudia Solari
info@claudiasolari.com.ar
www.claudiasolari.com.ar
tel: 4543 8892 / cel: 15 6262 0496

Organización Publicitaria

Viviana Corteggiano
info@aadynd.org.ar

Traducción

Mariana Gallina
gmariana13@yahoo.com.ar

Mantenimiento revista versión digital

Diego Nedelcu



DIAETA (B.Aires) 2018 • Vol. 36 • N° 165

ISSN 1852-7337 (en línea)

DNDA: internet/digital: 66571396

Editorial



Lic. Silvia Jereb
Presidente de AADYND

Estimados colegas:

En este nuevo encuentro les propongo reflexionar sobre la capacitación permanente de todo profesional de la Nutrición y este aspecto, como parte del compromiso a lo largo de nuestra trayectoria.

En la medida que vamos avanzando en el ejercicio de la profesión vamos descubriendo nuevas herramientas. Muchas de ellas las adquirimos mediante la formación formal universidades, asociaciones y diversos espacios, temáticas que enriquecen nuestro conocimiento.

Pero todos sabemos en estos días, que por distintas razones ajenas a nuestra vocación de conocimiento y servicio subyacen momentos o etapas de desmotivación.

¿Qué ocurre cuando nos desmotivamos? ¿Qué ocurre cuándo nos focalizamos en la ultra especialización?

El preguntarnos que nos está sucediendo con lo que nos está sucediendo puede ser de gran utilidad.

La motivación interna es esencial para seguir adquiriendo herramientas de desarrollo profesional y otras de carácter específico focalizadas en las necesidades del medio en el que nos desempeñamos laboralmente.

La motivación requiere de un tratamiento diario, cuidadoso y armonioso. Es plantar y regar cotidianamente desde la formación de grado, alimentando para ello nuestra curiosidad científica.

El pensamiento crítico es un ejercicio constante que se retroalimenta en la curiosidad científica. La planificación estratégica de nuestra carrera profesional se embulle de estos conceptos para salir al mundo laboral con la energía óptima para enfrentar los desafíos que propone.

Una vez graduado, el profesional tiene la responsabilidad de mantener y enriquecer sus capacidades, proveer al mundo su sapiencia y conocimiento y será su autosuperación su mejor aliada. Aquí es donde hay que sumar a esas semillas plantadas en la Universidad, los post grados, las maestrías y Doctorados.

En este camino también se encuentran las nuevas tecnologías, la investigación y la publicación de revisiones sistemáticas que enriquecen el saber.

En este número de DIAETA, tenemos el orgullo de publicar los trabajos de nuestras colegas, de las nobeles como también aquellas consagradas.

Levantemos las copas, brindemos por nuestra profesión sintámonos a la altura de los acontecimientos históricos que nos toca transitar al realizar nuestra labor con la ética y el compromiso que nos ha caracterizado desde siempre.

Por un 2019, al que aportaremos lo mejor de nosotros, desde el conocimiento y el cumplimiento de nuestros sueños y proyectos para todo aquel que nos necesite! Salud!

AADYND somos todos AADYND sos vos.

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

MGR. 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

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

Dr. 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.

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 – IIDENUIT. Perú. Universidad Juan Agustín Maza, Mendoza. Centro Quirúrgico de la Obesidad.

Dra. PEROVIC NILDA Centro de Investigaciones en Nutrición Humana (CenINH), 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).

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 Corteggiano |
| 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)

CUTI: 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

VIII JORNADA DE NUTRICIÓN DE LA CABA

9

2º Mención Área Nutrición Clínica: Evaluación de la ganancia de peso en embarazadas adolescentes del servicio de obstetricia de un hospital público

LIC. SERRA CAMILA DENISE, LIC. GÓMEZ ELIANA DANIELA

16

Premio Área Nutrición Comunitaria: Alimentación autóctona y saludable en organizaciones comunitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

LIC. FIGUEROA MARÍA ELINA, LIC. LÓPEZ ALBA MARIANA, LIC. PÉREZ TAMARA ANDREA, LIC. OHARRIZ ELIDA

22

Premio Área Gestión y Alimentos: Aceptación de fórmulas extensamente hidrolizadas en el tratamiento de la alergia a la proteína de leche de vaca

PROF. LIC. KABBACHE DIANA MIRIAM, LIC. BATISTA MARIANA LAURA, LIC. HERRERA JAVIER, LIC. KETELHOHN BELÉN, PROF. LIC. OLAGNERO GABRIELA FABIANA

28

Premio Área Nutrición Clínica: Parálisis Cerebral: situación alimentaria en pacientes con soporte nutricional

LIC. FURNUS VALERIA, LIC. MASERAS MILAGROS, LIC. SALGADO LUCÍA INÉS

37

Premio Área Educación Alimentaria y Comunicación: Evaluación de impacto del Festejo Nutricionista

LIC. NANNI JESICA ARIADNA, LIC. MARASSICH IVANA LUCILA, LIC. SANTORO MARTINA GIULIANA, LIC. DOMÍNGUEZ ANALÍA VIVIANA, LIC. KOSIOREK ELIANA, DRA. LEMA SILVIA NOEMÍ

RESÚMENES PRESENTADOS EN FORMATO POSTER

42

Área Nutrición Clínica

56

Área Educación y Comunicación

62

Área Nutrición Comunitaria

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, Capano 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:

- Aboud 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.

C.A.M.®
INDUSTRIA ARGENTINA

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 INSCRIPCIÓN 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 ENTREGARLELO

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



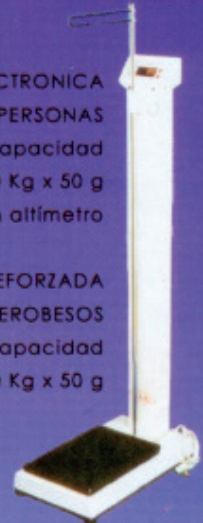
MODELO PARA PESAR Y
MEDIR NIÑOS Y ADULTOS
Con altímetro doble
NIÑOS: de 0.80 a 1.10 mts
ADULTOS: de 1.10 a 2 mts
Capacidad máxima 150 Kg
División mínima 100 g



BALANZA
PORTATIL
MECANICA
Con opción
de altímetro
adaptable

**SE EFECTUAN INFORMES DE
CALIBRACION A PEDIDO**

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



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

VIII Jornada de Nutrición de la CABA

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS DIETISTAS

Las publicaciones presentadas en el número 165 de DIAETA, han sido aprobadas, evaluadas y calificadas por el Comité de Docencia y el Jurado invitado para las VIII Jornadas de Nutrición de la Ciudad de Buenos Aires, organizadas por la AADYND.

Comité de docencia:

Coordinadora: Lic. Mirta Antonini

Secretaria: Lic. Cecilia Martinelli

Colaboradores: Lic. Florencia Cardone, Lic. Lucía Rey,
Lic. Victoria Mithieux y Lic. Soledad Freijo

Jurado de trabajos de investigación:

Área Clínica: Lic. Graciela González, Lic. Viviana Corteggiano, Lic. Alejandra Basilio y Lic. Gabriela Merr

Área Educación Alimentaria y Comunicación:
Lic. Romina Sayar y Lic. Beatriz Ravanelli

Área Nutrición Comunitaria: Lic. Elizabetr Rigada y Lic. Analía Dominguez

Área Gestión y Alimentos: Lic. Graciela González y Lic. Viviana Corteggiano



Evaluación de la ganancia de peso en embarazadas adolescentes del servicio de obstetricia de un hospital público

Evaluation of gestational weight gain in adolescent pregnancy at a state hospital's obstetric care

LIC. SERRA CAMILA DENISE, LIC. GÓMEZ ELIANA DANIELA
Residencia Nutrición, Hosp. Nac. Prof. A. Posadas.

Correspondencia: camiladserra@gmail.com; elis08crp@hotmail.com

Resumen

Introducción: el embarazo adolescente supone un 15% del total de los nacimientos. A pesar de esta gran prevalencia, el conocimiento y las recomendaciones específicas para este grupo poblacional son escasos. Las embarazadas adolescentes suelen tener ganancias de peso superior a las recomendaciones, aumentando el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales.

Objetivo: evaluar la ganancia de peso gestacional en embarazadas adolescentes según las recomendaciones del Institute of Medicine 2009.

Materiales y método: estudio observacional descriptivo transversal llevado a cabo en adolescentes con embarazo único en puerperio inmediato evaluadas entre los meses de Agosto del 2017 y Enero del 2018. El IMC pre-gestacional y la ganancia de peso en el embarazo fueron estudiados y comparados con la edad, historia de enfermedades y complicaciones obstétricas.

Resultados: el tamaño total de la muestra fue de 89 adolescentes con una media de edad de $17 \pm 1,54$ años; solo el 4,49% correspondió a menores de 15 años. El diagnóstico nutricional pre-gestacional fue de: bajo peso 6,74%, normopeso 71,91%, sobrepeso 13,48% y obesidad 7,87%. El 22,47%, el 31,46% y 46,07% tuvieron una ganancia de peso inferior, adecuada y superior respectivamente. El 66,67% de las adolescentes con bajo peso evidenciaron una ganancia de peso inferior, mientras que las embarazadas con exceso de peso superaron las recomendaciones en el 57,89% de los casos. Del total de las obesas, el 71,42% presentaron complicaciones en el embarazo.

Conclusiones: Casi el 70% de las embarazadas adolescentes presentaron una ganancia de peso inadecuada. Aquellas que comenzaron la gestación con bajo peso ganaron menos de lo recomendado, siendo las embarazadas con exceso de peso las que aumentaron más de lo establecido por las guías. Por último, resulta interesante destacar el desarrollo de complicaciones en el embarazo de las adolescentes obesas.

Palabras clave: Embarazo adolescente; Ganancia de peso; IMC pre-gestacional; estado nutricional.

Abstract

Introduction: in Argentina, adolescent pregnancy represents 15% of total births. Despite this high prevalence, knowledge and specific recommendations for this population group are low. Adolescent mothers usually have more weight gain than recommended, increasing the risk of obstetric and neonatal complications.

Objective: to evaluate the gestational weight gain in adolescent pregnancy following recommendations by the Institute of Medicine 2009.

Methods: a cross-sectional observational study was carried out in adolescents with single pregnancies in immediate puerperal period, between August 2017 and January 2018. The pre-pregnancy BMI and the gestational weight gain were studied and compared to age, medical history and obstetric complications.

Results: a total of 89 adolescents averaged age 17 ± 1.54 were evaluated; only 4.49% of the sample corresponded to mothers aged under 15. The pre-pregnancy BMI was: underweight 6.74%, normal weight 71.91%, overweight 13.48% and obesity 7.87%. 22.47%, 31.46% and 46.07% had a lower, appropriate and excessive weight gain respectively. 66.67% of underweight adolescents showed a lower weight gain, while the overweight ones exceeded the recommendations in 57.89% of cases. Within total obese, 71.42% presented obstetric complications.

Conclusions: nearly 70% of adolescent mothers had an inappropriate weight gain. The adolescents who started the gestation with underweight gained less weight than recommended, and the ones with overweight gained more weight than the one recommended by the guidelines. Lastly, it is worth highlighting the development of obstetric complications in obese adolescents.

Keywords: Adolescent pregnancy, Gestational weight gain, Pre-pregnancy BMI, Nutritional status.

Introducción

En la Argentina, el 15,7% de los nacimientos son de madres adolescentes, existiendo una estrecha relación entre la distribución de las embarazadas y el nivel de desarrollo (1). Los datos extraídos del Departamento de Estadística del Hospital del año 2016, describen que el 22,8% de las embarazadas fueron menores de 20 años, siendo estos datos superiores al porcentaje reportado a nivel nacional (2).

La baja edad de las gestantes supone un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas y neonatales. Al mismo tiempo, se evidencia que las adolescentes asisten tardíamente al control prenatal respecto a las embarazadas adultas, así como también el número final de controles es menor (3, 4). Independientemente de la edad, la ganancia de peso durante el embarazo es un factor que condiciona el estado de salud de la madre y de su hijo (5).

El Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos, desarrolló recomendaciones para estimar la ganancia de peso gestacional de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) pre-gestacional. Estas recomendaciones realizadas en el año 1990, establecían que la ganancia de peso en adolescentes se debía ubicar en el rango superior de acuerdo a su IMC pre-gestacional (6). En el año 2009 estas recomendaciones fueron reelaboradas, en donde se estableció que la edad materna modifica la ganancia de peso gestacional. Sin embargo, no se formularon directrices específicas para la población de adolescentes debido a la falta de datos concluyentes (7).

Por otro lado, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la adolescencia es alarmante. Según datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud- ENNyS, el 17,7% de las adolescentes entre 10 a 14 años presentan sobrepeso y el 5,8% obesidad, mientras que aquellas mujeres de entre 15 a 19 años el porcentaje de sobrepeso y obesidad es de 14,2% y 5,7%, respectivamente (8). Más de dos tercios de las adolescentes con sobrepeso u obesidad serán luego adultos con obesidad y la prevalencia del Síndrome Metabólico aumenta paralelamente al incremento del IMC durante la infancia y adolescencia (9).

Si bien varios autores analizaron las variables mencionadas, a nivel nacional no se cuenta con investigaciones actuales de la población estudiada. En el año 1997, la Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá publicó un documento cuyo objetivo fue analizar el IMC pre-gestacional con el bajo peso para la edad gestacio-

nal en niños de madres adolescentes y adultas (10). Se observó que dentro de las adolescentes, el IMC pre-gestacional promedio fue de: bajo peso 23,6%, normopeso 65,9%, sobrepeso 8,1% y obesidad 2,4%. Bolzán, y col. analizó en el año 1999 el estado nutricional de embarazadas adolescentes y el crecimiento fetal, encontrando similares resultados (11). Como desventajas de estos estudios podemos citar la antigüedad y la diferencia en el método de evaluación, utilizando puntos de corte de IMC establecidos en el año 1985. El mismo autor en el año 2001 analizó indicadores antropométricos de madres adolescentes y sus hijos; si bien la metodología utilizada difiere del presente estudio, se puede destacar un aumento de las adolescentes con sobrepeso pre-gestacional respecto a sus anteriores publicaciones (12).

Debido al gran impacto que tiene la ganancia de peso en el embarazo respecto a la salud materno-fetal y a raíz de la inexistencia de datos nacionales actualizados, el objetivo del presente estudio fue investigar si la ganancia de peso en las embarazadas adolescentes responde a las recomendaciones sugeridas por el Instituto de Medicina del año 2009. Como objetivos secundarios, se evaluó el estado nutricional de las adolescentes previo al embarazo según Índice de Masa Corporal, se compararon los resultados según adolescencia temprana o tardía y se diferenciaron los resultados entre embarazos sin complicaciones y embarazos con complicaciones obstétricas.

Materiales y método

El presente fue un estudio observacional descriptivo transversal. La muestra fue compuesta por mujeres con embarazo único menores de 20 años que hayan parido y se hayan internado en el sector maternidad del Hosp. Nac. Prof. A Posadas en el periodo de tiempo correspondido entre los meses Agosto del 2017 a Enero del 2018. Como criterios de exclusión, semanas de gestación menor a 37 y mayor a 42 y falta de datos (peso pre-gestacional y ganancia de peso).

Se desarrolló una planilla de recolección de datos donde se especificó: N° de ficha, mes, N° de cama, sector, datos de la madre (fecha de nacimiento, edad, N° de historia clínica), antecedentes personales (historia de enfermedades, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias) antecedentes obstétricos (N° de gestas; N° de partos naturales, N° de cesáreas, N° de abortos, compli-

caciones obstétricas), datos antropométricos previos al embarazo (peso pre-gestacional, talla, IMC pre-gestacional, diagnóstico según IMC), la ganancia de peso en el embarazo (último peso registrado, ganancia de peso en el embarazo expresada en kilogramos, adecuación de la ganancia de peso según IOM 2009), datos del último embarazo (Nº de controles, edad gestacional al primer control, complicaciones) y datos del último nacimiento (parto natural o cesárea, edad gestacional al momento de nacimiento). Los datos fueron extraídos de la historia clínica (datos de la madre, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, datos del último embarazo y datos del último nacimiento), excepto los datos antropométricos (peso pre-gestacional, talla, último peso registrado), que fueron referidos por la puérpera. El cálculo de IMC pre-gestacional se calculó con los datos de peso y talla, la ganancia de peso se calculó comparando el peso pre-gestacional y el último peso registrado, mientras que la adecuación de la ganancia de peso se categorizó siguiendo los lineamientos de la IOM. Las mismas definen al IMC pre-gestacional (calculada como peso en kg/ talla en m²) tanto en embarazadas adolescentes y en adultas como: bajo peso (IMC <18,5), normopeso (IMC 18,5-24,9), sobrepeso (IMC 25-29,9) y obesidad (IMC >30). Según IMC pre-gestacional, la recomendación de ganancia de peso es de 12,5-18 kg en mujeres con bajo peso, 11,5-16 kg en mujeres normopeso, 7-11,5 kg en mujeres con sobrepeso y por último 5-9 kg en mujeres con obesidad. Cuando se observan valores por debajo de las recomendaciones, la ganancia de peso es insuficiente; si los valores exceden las recomendaciones, la ganancia de peso es superior; si los valores están dentro de las recomendaciones, la ganancia de peso es adecuada. Cabe aclarar que los datos referidos por las pacientes son indagados en la práctica cotidiana, formando parte de la evaluación integral de las puérperas.

Los resultados se tabularon y analizaron por medio de un método estadístico de análisis de frecuencia y descriptivo realizado en la plataforma Excel versión 2010.

Reparos éticos

Confidencialidad de los datos: los datos de carácter personal recolectados en el presente trabajo han sido resguardados, asegurando el anonimato y respetando los derechos de las pacientes y la legislación vigente.

Hoja de Información: se entregó una hoja de información en el momento de recolectar los datos, explicando los objetivos y el fin que persigue el trabajo para el cual se le realizan las preguntas; se aclaró que toda la información obtenida será resguardada y será mantenida en anonimato.

Resultados

La muestra total fue de 89 adolescentes, la edad media fue 17,46 años ($\pm 1,54$), siendo la gran mayoría adolescentes entre 15-19 años (n: 85 95,51%). Las características se describen en la Tabla 1. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encontraron oligohidramnios, hipertensión gestacional (HTAG) y rotura prematura de membrana.

En la Tabla 2 se exponen los datos antropométricos del último embarazo. De acuerdo con las recomendaciones de ganancia de peso durante el embarazo determinadas por la IOM, se observó que el 31,46% de las adolescentes tuvieron una ganancia de peso adecuada, el 22,47% tuvieron una ganancia de peso inferior a las recomendaciones y en el 46,07% de los casos, la ganancia de peso fue superior a las recomendaciones.

Si se divide la población de embarazadas en función al diagnóstico nutricional pre-gestacional, podemos observar los siguientes resultados: el 66,67% de las adolescentes con bajo peso aumentaron por debajo de las recomendaciones mientras que las adolescentes con exceso de peso presentaron una ganancia de peso superior en el 57,89% de los casos (n:6 50% sobrepeso, n:5 71,43% obesidad) (Gráfico 1).

La tabla 3 analiza los resultados en función a la edad de las gestantes. Así, el 50% de las adolescentes menores a 15 años tenían un estado nutricional adecuado y no hubo embarazos con ganancia de peso adecuada, mientras que la ganancia de peso y el IMC pre-gestacional en la adolescencia tardía fueron similares a la de la muestra total.

Si se estratifica la población según la historia de enfermedades, el 100% de las adolescentes que refirieron tener alguna patología ganaron más que lo recomendado. La ganancia de peso en las adolescentes sanas fue similar a la muestra total. Cabe destacar que el 71,42% de las adolescentes que comenzaron la gestación con diagnóstico nutricional de obesidad presentaron alguna complicación en el embarazo. Los embarazos sin com-

Tabla 1. Descripción de la muestra evaluada.

| n= | 89 | |
|---|-------------|---------|
| Media de edad | 17,46 | 1,54 SD |
| | n° absoluto | % |
| Adolescencia temprana | 4 | 4,49 |
| Adolescencia tardía | 85 | 95,51 |
| Antecedentes personales | | |
| Adolescentes con historia de enfermedades | 4 | 4,49 |
| Consumo de tabaco durante el embarazo | 5 | 5,62 |
| Consumo de alcohol durante el embarazo | 3 | 3,37 |
| Consumo de otras sustancias durante el embarazo | 0 | 0,00 |
| Consumo de dos o más sustancias en el embarazo | 2 | 2,25 |
| Antecedentes obstétricos | | |
| Adolescentes sin antecedentes obstétricos | 78 | 87,64 |
| Adolescentes con una gesta previa | 9 | 10,11 |
| Adolescentes con dos o más gestas previas | 2 | 2,25 |
| Complicaciones del último embarazo | | |
| Embarazo sin complicaciones | 53 | 59,55 |
| Embarazo con una complicación | 32 | 35,96 |
| Embarazo con dos o más complicaciones | 4 | 4,49 |
| Controles prenatales en el último embarazo | | |
| Adolescentes sin controles prenatales | 1 | 1,12 |
| Buen control prenatal | 32 | 35,96 |
| Mal control prenatal | 56 | 62,92 |
| N° partos naturales | 58 | 65,17 |
| N° de cesáreas | 31 | 34,83 |
| Media de edad gestacional al primer control | 15,47 | 6,99 SD |
| Media de N° de controles | 7,36 | 2,19 SD |
| Media de edad gestacional | 38,76 | 1,15 SD |

SD: desvío estándar

Tabla 2. Índice de Masa Corporal (IMC) pre-gestacional y ganancia de peso durante el embarazo en la población estudiada.

| | n° absoluto | % | Media IMC |
|--|-------------|---------|-----------|
| IMC pre-gestacional | | | |
| Adolescentes con bajo peso | 6 | 6,74 | 17,07 |
| Adolescentes normopeso | 64 | 71,91 | 21,90 |
| Adolescentes con sobrepeso | 12 | 13,48 | 26,51 |
| Adolescentes con obesidad | 7 | 7,87 | 33,62 |
| Ganancia de peso | | | |
| Adolescentes con ganancia de peso insuficiente según IOM | 20 | 22,47 | |
| Ganancia de peso media (kg) | 7,93 | | |
| Adolescentes con ganancia de peso adecuada según IOM | 28 | 31,46 | |
| Ganancia de peso media (kg) | 12,23 | | |
| Adolescentes con ganancia de peso superior según IOM | 41 | 46,07 | |
| Ganancia de peso media (kg) | 20,78 | | |
| Peso promedio inicial | 58,88 | | |
| Peso promedio final | 74,08 | | |
| Ganancia de peso media | 15,20 | 6,59 SD | |

SD: desvío estándar. IMC: Índice de masa corporal (kg/m²). IOM: Institute of Medicine (7)

Gráfico 1. Ganancia de peso hasta el final del embarazo según Índice de Masa Corporal pre-gestacional.

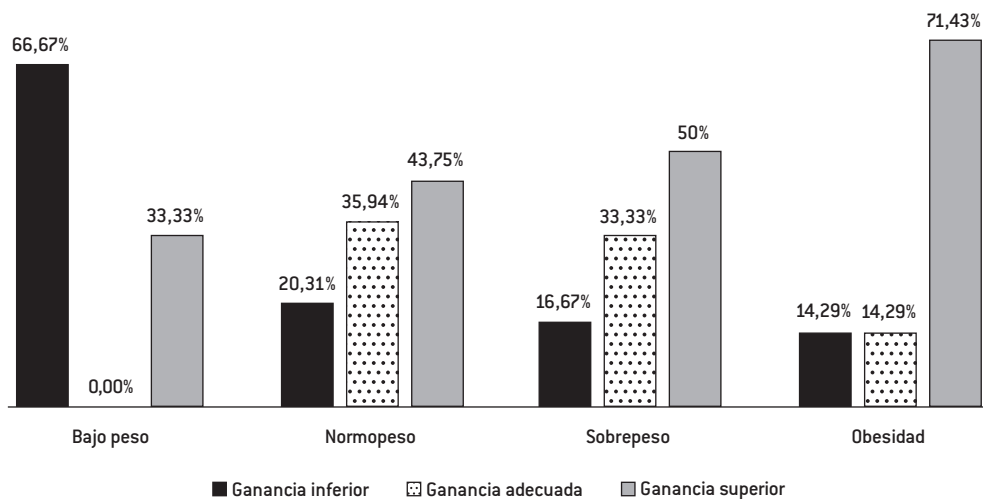


Tabla 3. Índice de Masa Corporal (IMC) pre-gestacional y ganancia de peso durante el embarazo según la edad de las gestantes.

| IMC pre-gestacional | Adolescencia temprana | | Adolescencia tardía | |
|-------------------------|-----------------------|--------|---------------------|--------|
| | n° absoluto | % | n° absoluto | % |
| Bajo peso | 1 | 25,00 | 5 | 6,02 |
| Normopeso | 2 | 50,00 | 60 | 72,29 |
| Sobrepeso | 0 | 0,00 | 12 | 14,46 |
| Obesidad | 1 | 25,00 | 6 | 7,23 |
| TOTAL | 4 | 100,00 | 83 | 100,00 |
| Ganancia de peso | | | | |
| Ganancia inferior | 1 | 25,00 | 18 | 21,69 |
| Ganancia adecuada | 0 | 0,00 | 27 | 32,53 |
| Ganancia superior | 3 | 75,00 | 38 | 45,78 |
| TOTAL | 4 | 100,00 | 83 | 100,00 |

Tabla 4. Índice de Masa Corporal (IMC) pre-gestacional y ganancia de peso durante el embarazo según complicaciones durante el embarazo analizado.

| IMC pre-gestacional | Embarazo sin complicaciones | | Embarazo con complicaciones | |
|-------------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| | n° absoluto | % | n° absoluto | % |
| Bajo peso | 3 | 5,66 | 3 | 8,33 |
| Normopeso | 41 | 77,36 | 23 | 63,89 |
| Sobrepeso | 7 | 13,21 | 5 | 13,89 |
| Obesidad | 2 | 3,77 | 5 | 13,89 |
| TOTAL | 53 | 100,00 | 36 | 100,00 |
| Ganancia de peso | | | | |
| Ganancia inferior | 11 | 20,75 | 9 | 25,00 |
| Ganancia adecuada | 18 | 33,96 | 10 | 27,78 |
| Ganancia superior | 24 | 45,28 | 17 | 47,22 |
| TOTAL | 53 | 100,00 | 32 | 100,00 |

plicaciones mostraron resultados similares a la muestra total y en aquellos embarazos que cursaron con alguna complicación, se observan ganancias de peso inadecuadas en el 72,22% de los casos. Dichos resultados son analizados en la Tabla 4.

Discusión

El embarazo en la adolescencia es un problema a nivel mundial, situación que no se logra resolver a pesar del aumento de las políticas públicas en materia de prevención del embarazo y protección de los adolescentes (13, 14).

El 62,92% de la muestra tuvo un mal control del embarazo, coincidiendo con la literatura. Los controles prenatales suelen ser menores en embarazadas adolescentes (aRR 0.87, 95% CI 0.85 a 0.91), así como también existe una demora en la asistencia del primer control en comparación con las adultas (aRR 0.53, 95% CI 0.51 a 0.55) (4). Un estudio nacional realizado en el año 1997 evidenció que la media del primer control en mujeres adolescentes fue a las 17 semanas (10). Datos similares se recolectaron en la presente investigación, con una edad gestacional media de 15,47 en el primer control del embarazo.

Analizar el estado nutricional de las embarazadas adolescentes resulta dificultoso; por un lado, por no contarse con investigaciones nacionales y, por otro lado, la bibliografía muestra resultados contradictorios. Vivatuksol, et al. evidenciaron que del total de las embarazadas adolescentes (n=1943), el 37% presentó bajo peso y solamente el 8,9% exceso de peso (15). En contraste, las investigaciones de Whelan, et al. arrojaron una prevalencia de bajo peso del 12% y un exceso de peso del 27,3% (n=3055) (16). Por último, Harper, et al. evidenció hallazgos similares, con una prevalencia de bajo peso del 13,42% (n=10291) y un exceso de peso del 23,77% (n=18224) en un total de 76.682 adolescentes (17). Así, se evidenció que, del total de la muestra analizada en el presente estudio, más del 20% presentó exceso de peso (relacionándose con las últimas investigaciones citadas) aunque la proporción de adolescentes con bajo peso pre-gestacional fue menor a las referidas por la literatura.

El embarazo supone un aumento de las necesidades nutricionales con relación al período pre-concepcional, pero a su vez no se debe dejar de lado que las adolescentes se encuentran en un período de desarrollo y crecimiento, sobre todo de la talla. Entonces, si la ingesta durante el embarazo no es adecuada podría generarse

una competencia por los nutrientes entre el feto y las necesidades para el crecimiento de la madre (18, 19).

Recientes estudios demostraron que ganancias de peso por encima de las recomendaciones de la IOM podrían estar relacionadas con el incremento de obesidad materna y efectos adversos a largo plazo como alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades degenerativas, entre otras (20).

Al igual que en publicaciones anteriores (7, 16, 17), se observó que las embarazadas con diagnóstico previo de obesidad fueron las que presentaron mayor prevalencia de complicaciones durante el embarazo (71,42% del total de adolescente obesas). La intervención nutricional junto con cambios en el estilo de vida (hábitos alimentarios y actividad física) pueden disminuir el exceso de ganancia de peso durante el embarazo (21). Muktabhant, et al. en una revisión Cochrane evaluaron dichas intervenciones para prevenir la ganancia de peso excesiva durante el embarazo. Como resultado, se observó una disminución del 20% en el grupo de embarazadas que realizaron alguna de las intervenciones mencionadas o ambas. Asimismo, las embarazadas intervenidas presentaron con menor frecuencia hipertrigliceridemia que aquellas sin cambios en el estilo de vida (22).

Algunas limitaciones del estudio fueron la imposibilidad de tomar el dato de ganancia de peso de la historia clínica por no estar presente o por ser registrado de manera inconstante. Si bien se ha demostrado que el registro de peso y talla generado por las pacientes es una herramienta útil y fiel para estimar estas variables, registrar el peso en el último control obstétrico y la talla en el primer control apoyarían aún más la fidelidad de los datos (23). Aunque, actualmente existen tablas específicas para la evaluación nutricional de las niñas y adolescentes, tanto guías nacionales generadas por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) o internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud, las recomendaciones de ganancia de peso en el embarazo desestiman el uso de herramientas adecuadas para población pediátrica (24). Esta observación fue discutida por varios autores que afirman que no se pueden extrapolar los datos antropométricos de embarazadas adultas a adolescentes en período de crecimiento (7, 17, 25, 26).

Por lo antes mencionado, es menester de los profesionales de la salud dirigir las futuras investigaciones a este grupo particular de mujeres con el fin de generar intervenciones específicas en materia de salud obstétrica y nutrición. Por otro lado, la necesidad de contar con

tablas para evaluar la ganancia de peso en el embarazo de madres adolescentes es evidente. Poner en agenda la salud de las adolescentes y sus hijos debe ser prioridad para la toma de decisiones oportunas en el campo de la salud materno-infantil.

Se puede concluir de la muestra analizada que la mayoría de las adolescentes presentó una ganancia de peso inadecuada. Las adolescentes que previo al embarazo presentaban diagnóstico de bajo peso fueron las que obtuvieron menor ganancia de peso durante el embarazo. Por otra parte, aquellas mujeres con diagnóstico de sobrepeso y obesidad fueron las que mayor ganancia de peso presentaron. Por último, resulta interesante destacar el desarrollo de complicaciones que presentaron durante el embarazo las adolescentes obesas.

Agradecimientos

Agradecemos a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente estudio, especialmente a la Lic. Celeste Szewc, jefa de residente y asesora del trabajo de investigación. También al Gabinete de Metodología y Estadística de la Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital Posadas (Lic. Díaz Ballve Pablo; Dr. Eghi Carlos; Lic. Mariano Silvia Marcela; Dr. Drago Daniel), al Comité de Medicina Basada en la Evidencia del Hospital Posadas (Dr. Ribola Lucio), a las Licenciadas en Nutrición Mariela Spina, Laura Cazzalla, Agustina Aspilche y a la coordinadora de la residencia Lic. Evelina Maglia.

Referencias bibliográficas

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Argentina. Para cada adolescente una oportunidad: Posicionamiento sobre adolescencia; Argentina 2017: 45-49
- Datos extraídos del Departamento de Estadística del Hospital Nacional Posadas 2016.
- Domínguez, A., et al. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 2009; 6(2): 141-147.
- Fleming, N., et al. Adolescent pregnancy guidelines. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2015; 37(8): 740-756.
- Treffers, P. Issues in adolescent health and development: Adolescent pregnancy. Geneva (CH): WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development 2003.
- Institute of Medicine Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. Nutrition During Pregnancy. Washington (DC): National Academies Press (US) 1990.
- Rasmussen, K., et al. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Institute of Medicine and National Research Council: Washington, DC 2009.
- Ministerio de Salud de La Nación. ENNYS Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados 2007
- Ferrante, D., y col. Prevalencia de sobrepeso, obesidad, actividad física y tabaquismo en adolescentes argentinos: Encuestas Mundiales de Salud Escolar y de Tabaco en Jóvenes. Archivos argentinos de pediatría 2007-2012: 500-504.
- Bolzán, A., y col. Índice de Masa Corporal en embarazadas adolescentes y adultos e indicadores de crecimiento neonatal. Relación con el bajo peso para la edad gestacional. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 1997.
- Bolzán A., y col. Relación entre el estado nutricional de embarazadas adolescentes y el crecimiento fetal. Medicina (Buenos Aires) 1999; 59(3): 254-258.
- Bolzán A., y col. Antropometría pre-gestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. Arch. argent. Pediatr 2001; 99(4): 296-301.
- Ministerio de Salud de La Nación. Situación de las y los adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia 2016: 33-45
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Embarazo y Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Hallazgos y desafíos para las políticas públicas, Argentina 2017.
- Vivatkusol, Y., et al. Inappropriate gestational weight gain among teenage pregnancies: prevalence and pregnancy outcomes. International journal of women's health 2017; 9: 347-352.
- Whelan, E., et al. Gestational Weight Gain and Interpregnancy Weight Change in Adolescent Mothers. Journal of pediatric and adolescent gynecology 2017; 30(3): 356-361.
- Harper, LM., et al. Adolescent pregnancy and gestational weight gain: do the Institute of Medicine recommendations apply?. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2011; 205 (2): 140.
- Zapata, ME., y col. Situación alimentaria nutricional de las embarazadas y madres en periodo de lactancia de Argentina. Diaeta 2016; 34(155): 33-40.
- Barreto, L., et al. Estado actual del conocimiento sobre el cuidado nutricional de la mujer embarazada. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética 2014; 18(4): 226-237
- Bonnie, E., et al. Gestational weight gain and subsequent postpartum weight loss among Young, low-income, ethnic minority women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2011
- Thangaratinam, S., et al. Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomized evidence. BMJ 2012
- Muktabhant, B., et al. Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain in pregnancy (Review). The Cochrane collaboration 2015.
- Headen, I., et al. The accuracy of self-reported pregnancy-related weight: a systematic review. Obesity Reviews 2017; 350-369
- Abeyá, E., y col. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación 2009.
- Groth, S. Are the Institute of Medicine recommendations for gestational weight gain appropriate for adolescents?. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2007; 36(1): 21-27.
- Truong, N., et al. Weight gain in pregnancy: does the Institute of Medicine have it right?. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2015; 212(3): 362.

Alimentación autóctona y saludable en organizaciones comunitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Healthy and autochthonous food in community organizations within Autonomous City of Buenos Aires

LIC. FIGUEROA MARÍA ELINA^{1,2}, LIC. LÓPEZ ALBA MARIANA^{1,2}, LIC. PÉREZ TAMARA ANDREA², LIC. OHARRIZ ELIDA¹

¹ Fundación H.A Barceló - Facultad de Medicina. ² Programa Apoyo a Grupos Comunitarios, Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Correspondencia: Lic. Alba López. Email: albamariana2302@gmail.com

Resumen

Introducción: en la Ciudad de Buenos Aires (CABA), se desarrollan iniciativas de seguridad alimentaria destinadas a la población vulnerable, dirigidas por organizaciones comunitarias en comedores. Reconocer la diversidad cultural en los espacios comunitarios permite valorar el significado que tienen los alimentos para la población asistida, como las consideraciones relacionadas a las prácticas alimentarias autóctonas.

Objetivos: contribuir a mejorar la utilización de recursos y adaptar las costumbres culinarias autóctonas en comedores comunitarios para promover la salud y bienestar nutricional de la población asistida.

Materiales y método: estudio prospectivo y descriptivo. Se realizó un análisis sociocultural de las costumbres alimentarias en la población migrante, beneficiarios del Programa Apoyo a Grupos Comunitarios de la CABA. Los datos se recolectaron a través de una encuesta mixta semiestructurada.

Resultados: se encuestaron a 59 personas (52 mujeres) edad promedio 35 años. La distribución poblacional fue heterogénea: 62% bolivianos, 21% paraguayos, 11% argentinos hijos de migrantes, 4% peruanos y 2% chilenos. El 89% considera a las comidas típicas beneficiosas para la salud, el 78% consume alimentos autóctonos ocasionalmente en eventos especiales. Refirieron asociar sus comidas típicas a diversas emociones como felicidad y recuerdos.

Conclusiones: Los comedores comunitarios permiten a la población acceder a los alimentos, lugar donde confluyen culturas diversas. Es necesario promover espacios para valorar los patrimonios gastronómicos, preservar su transmisión a las generaciones que suceden. Dar relevancia a la cultura alimentaria es necesario para promover la soberanía alimentaria.

Palabras clave: Seguridad alimentaria, Diversidad cultural, Costumbres alimentarias, Comedores Comunitarios, Población migrante.

Abstract

Introduction: in the City of Buenos Aires (CABA), food security initiatives are developed for the vulnerable population, directed by community organizations in soup kitchens. Recognizing cultural diversity in these community areas allows valuing the meaning foods have for assisted populations, as well as considerations related to autochthonous food practices.

Objectives: to improve resources and adapt autochthonous food customs in soup kitchens in order to promote health and nutritional well-being within the assisted population.

Materials and methods: prospective, descriptive and longitudinal study. A sociocultural analysis of food customs of migrant population that benefit from the Support Program to Community Groups (CABA) was carried out. The data was collected through a semi-structured mixed survey.

Results: 59 people (52 women) were surveyed; average age 35. The population distribution was heterogeneous: 62% Bolivians, 21% Paraguayans, 11% Argentine (children of migrants), 4% Peruvians and 2% Chileans. Eighty-nine per cent consider typical foods as beneficial for health. 78 per cent consume autochthonous foods only on special social events. They referred association of their typical foods to several emotions such as happiness and memories.

Conclusions: soup kitchens allow access to food assistance, constituting a place where different cultures converge. It is necessary to promote spaces to value gastronomic heritage, and preserve transmission in successive generations. Giving relevance to food culture is necessary to promote food sovereignty.

Keywords: food safety, cultural diversity, food customs, soup kitchens, migrant population.

Introducción

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se desarrollan iniciativas de seguridad alimentaria destinadas a la población vulnerable, dirigidas por organizaciones comunitarias en comedores.

A través de la experiencia de trabajo en comedores comunitarios, se viene observando cómo los actores involucrados en la elaboración del servicio alimentario vinculan recursos, herramientas y diferentes formas de preparación autóctonas, según la región a la que pertenecen, para lograr un plato típico acorde a sus costumbres, brindando así una mayor satisfacción a los comensales.

Estos actores, representantes de las diferentes culturas alimentarias prevalentes en la comunidad, manifiestan esto como una necesidad. Dichas preparaciones de comidas típicas, influyen en la calidad nutricional, la inocuidad y la optimización de los recursos disponibles.

El presente estudio se encuentra enmarcado en un proyecto de extensión universitaria de la Fundación Barceló y tuvo como fin conformar el diagnóstico, a través de relevamiento de información en relación a problemáticas relacionadas a la alimentación, utilización de recursos e interacción alimento-cultura. El proyecto se planteó como objetivo “Contribuir a mejorar la utilización de recursos y adaptar las costumbres culinarias autóctonas en comedores comunitarios para promover la salud y bienestar nutricional de la población asistida”

Desde la planificación de los diferentes programas alimentarios, especialmente en las cuestiones técnicas, se destaca una primacía de criterios nutricionales, dirigidos a establecer “metas nutricionales”, priorizando por sobre otras consideraciones en relación a la alimentación, como es la cultura alimentaria. Nos interesa resaltar el abordaje de la alimentación, desde su complejidad social y biológica, señalando el carácter multidimensional de este hecho. Considerando que “la comida es más que una fuente básica de nutrientes; es también un componente clave de nuestra cultura, central a nuestro sentido de identidad. Las identidades, no obstante, no son construcciones sociales fijas, sino que son construidas y re-construidas dentro de formaciones sociales dadas, reflejando las construcciones estructurales existentes e imaginadas y

las experiencias vividas por los sujetos. Como una etapa espacial y culturalmente transicional, el proceso inmigratorio introduce posibilidades de cambio y resistencia a nuevos hábitos, nuevos comportamientos y nuevas experiencias culturales” (1).

Materiales y método

Para esta etapa del proyecto se planteó un estudio de tipo descriptivo; se realizó un muestreo intencional por conveniencia, quedando conformada la muestra por 3 comedores que prestan servicios alimentarios ubicados en la Villa 21-24 barrio de Barracas, villa 1-11-14 barrio de Flores y Barrio de Pompeya. Asimismo, se seleccionaron como informantes claves a los referentes de dichos comedores. De esta forma la muestra estuvo constituida por población adulta migrante beneficiarias del Programa Apoyo a Grupos Comunitarios de la CABA que asiste estas organizaciones. Los criterios de inclusión fueron: personas que participaron en forma voluntaria del estudio; mayores de 18 años; con lugar de nacimiento en Paraguay, Bolivia, Perú y Chile; o hijos de migrantes de las regiones de estudio. Se realizaron 59 encuestas, constituyéndose la muestra final por 3 responsables y 56 beneficiarios. Se aplicó una encuesta mixta semiestructurada constituida por preguntas abiertas y cerradas. Se indagó acerca de aspectos socio demográficos, preferencias alimentarias, percepciones y sentimientos relacionados a la alimentación. Se utilizaron dos modelos diferentes de encuestas, uno destinado a los responsables de los comedores y otro a los beneficiarios.

Resultados

El perfil en relación al origen de la población muestra que la misma es proveniente de 4 países de Latinoamérica y descendientes directos. (Tabla 1).

En relación a género, la mayor proporción estuvo conformada por mujeres, alcanzando un 89% para la muestra de beneficiarios. Estos datos confirman que son las mujeres las que asumen los trabajos de tipo reproductivo, de crianza y cuidados, y quienes se encargan de las tareas relacionadas a la alimentación; considerando además que el

Tabla 1. Distribución por nacionalidad

| Nacionalidad | N | % |
|--------------|-----------|------------|
| Argentino/a | 6 | 11 |
| Boliviano/a | 35 | 62 |
| Chileno/a | 1 | 2 |
| Paraguayo/a | 12 | 21 |
| Peruano/a | 2 | 4 |
| Total | 56 | 100 |

servicio que ofrecen los comedores estudiados es modalidad de entrega de viandas, son las mujeres quienes se acercan a retirar las mismas.

Las edades más prevalentes entre los beneficiarios se encontraron dentro del rango de 30 a 39 años representando el 84% del total de la muestra, coincidiendo con la denominada edad económicamente activa, esto podría relacionarse con las razones de inmigración que refirieron los encuestados (tabla 2). El 7% respondió haber llegado a la Argentina para conocer el país, es decir de forma temporal, sin embargo, actualmente conforman parte de la población migratoria que reside en forma permanente. Los resultados reflejan a Buenos Aires como centro de atención para los migrantes de países limítrofes, quienes llegan a la ciudad atraídos por mejores ofertas y/o condiciones laborales, educación de mejor calidad y por los sistemas públicos de salud.

Los resultados relacionados al perfil socio-demográfico en la población encuestada señalan los bajos niveles de escolaridad, y la alta tasa de desempleo ya que sólo un 32% posee actualmente trabajo. La mayor parte de los encuestados recibe algún tipo de asistencia económica por parte del estado, coexistiendo con la asistencia alimentaria que perciben a través del comedor al que concurren. El 80% de la población desempleada recibe asistencia de organismos del estado. Este contexto ayuda a comprender la situación de vulnerabilidad socioeconómica

Tabla 2. Motivo de migración a la ciudad de Buenos Aires

| Motivo de migración | N | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Trabajo | 32 | 57,14 |
| Familiar | 15 | 26,79 |
| Conocer el país | 4 | 7,14 |
| Salud | 4 | 7,14 |
| No contesta | 1 | 1,79 |
| Total | 56 | 100 |

en la que se encuentra inmersa la población, sumado a que la mayor parte de ellos, el 67% de los beneficiarios y el 100% de los responsables, tiene hijos a su cargo lo que agrava la situación de inseguridad.

Los comedores comunitarios permiten a la población vulnerable tener acceso a los alimentos, promoviendo uno de los ejes de la seguridad alimentaria, sin embargo al tener en cuenta el tiempo de permanencia de los beneficiarios en los comedores, los mismos no contribuirían a desarrollar algún tipo de autonomía, en busca de metas de soberanía alimentaria; el 14% de la muestra asiste a estos comedores desde hace más de 5 años y el 46%, de 1 a 5 años. No obstante, se considera necesario evaluar otras variables relacionadas para un análisis más exhaustivo.

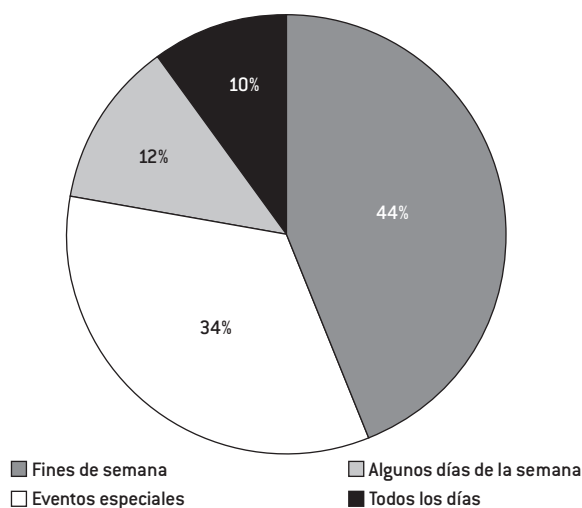
En este contexto donde la diversidad cultural y las costumbres atraviesan al grupo de personas que comparten experiencias alimentarias en los espacios comunitarios, es de importancia conocer la experiencia de cada uno de ellos frente a una realidad cultural diferente representada por los platos alimentarios de la gastronomía argentina, principalmente de estas regiones metropolitanas; para esto resulta pertinente conocer el significado que tienen los alimentos para la población asistida así como las consideraciones relacionadas a las prácticas alimentarias autóctonas.

A través de los resultados se observa que la mayor parte de los encuestados, el 89% de los beneficiarios y los tres responsables consumen comidas típicas de su región, esto da cuenta de que a pesar de estar inmerso dentro de una cultura alimentaria diferente, persisten las preferencias alimentarias de origen.

La mayor parte de los beneficiarios refirió consumir este tipo de preparaciones en situaciones especiales como es el caso de cumpleaños o eventos festivos, un menor porcentaje los fines de semana y en forma diaria (Gráfico 1).

Estos resultados reflejan que estas preparaciones quedan relegadas en mayor medida a situaciones esporádicas y relacionadas a eventos festivos, donde la identidad cultural cobra relevancia en estas celebraciones en forma simbólica, y es aquí donde pareciera que la alimentación adquiere significación relacionada al momento de placer y de interacción social.

Gráfico 1. Frecuencia de consumo de preparaciones/comidas típicas



Para su elaboración, estos platos típicos requieren alimentos cuya disponibilidad es baja en mercados convencionales, no hay producción local y suelen ser meramente exclusivos de sus regiones de origen. Estos condicionantes elevan sus precios, disminuyendo la accesibilidad lo que podría ser uno de los causantes del consumo menos frecuente de dichas preparaciones.

Para tener una aproximación acerca del nivel de inseguridad alimentaria se interrogó si realizan comidas en sus hogares además de las del comedor, el 91% de la población refirió cocinar en sus hogares; las principales preparaciones que elaboran son sopas, guisos y carnes en sus diferentes formas: estofados, pucheros, salsas. Esto da cuenta de las prácticas cotidianas y domésticas que se realizan en cada hogar, que según Aguirre P. (14) conforman “las estrategias domésticas de consumo alimentario” considerándolas como “las prácticas que los hogares realizan en el marco de la vida cotidiana para mantener o mejorar la alimentación y las razones que se aducen para justificarlas”. Todas son preparaciones económicas, “rendidoras” y provechosas desde el punto de vista de la optimización de los recursos alimentarios.

El acceso a los alimentos que las integran es a través de la compra en ferias de barrio (33%), estas suelen tener ofertas u ofrecer alimentos a un menor precio que los mercados tradicionales. Una de las estrategias mencionadas por una de las responsables de los comedores, es proveer a los be-

neficiarios de aquellos alimentos no utilizados en los menús del comedor, debido a la “escasa aceptación” de las formas de preparación que el “mosaico de menús” propuesto por el Programa Apoyo a Grupos Comunitarios; tales como zapallitos para la guarnición de revuelto de zapallitos, acelga para la guarnición arroz a la florentina y choclo para la guarnición fideos con vegetales. Esta estrategia implementada por la responsable del comedor ayuda a promover la seguridad alimentaria en las familias como así también estimula, a que cada una de ellas pueda elegir y experimentar sus preparaciones acorde a sus gustos y costumbres como así también favorecer la comensalidad; las familias elaboran preparaciones como croquetas fritas, tortillas y sopas con dichos alimentos.

En este estudio se tuvo en cuenta las consideraciones relacionadas a las influencias que condicionan las preferencias alimentarias, entre ellas se intentó conocer el vínculo entre las emociones y la alimentación. Los beneficiarios mencionaron que los olores y sabores de sus preparaciones típicas les devuelven recuerdos relacionados a su familia, la infancia, momentos de la vida en su región de origen y les generan sensaciones de felicidad. Estas alusiones demuestran a la alimentación como una construcción social con fuerte influencia en la identidad cultural y las costumbres, centrando al alimento y/o el plato típico como movilizadores de recuerdos que conformaron parte de esa identidad (Tabla 3).

Si bien las elecciones alimentarias están influenciadas por las costumbres, hábitos, enseñanzas, religión y emociones, también suelen estar

Tabla 3. Sentimientos asociados con el consumo de preparaciones típicas (n=54)

| | N | % |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Nostalgia | 14 | 26 |
| Recuerdos de su familia | 13 | 24 |
| Recuerdos de su infancia | 6 | 11 |
| Recuerdos de su vida en su región | 2 | 4 |
| Felicidad | 12 | 22 |
| No le genera sensación | 7 | 13 |
| Total | 54 | 100 |

condicionadas por el rol de los alimentos en relación a la salud, reconociéndolos como saludables y no saludables; al indagar este aspecto, un 70% de los encuestados refirió considerar a las mismas buenas para la salud.

A través de las entrevistas a los responsables de los comedores, se indagó acerca de las preparaciones autóctonas que realizan, los métodos de cocción y de los ingredientes utilizados, con el fin de tener una aproximación y estimación acerca del su valor nutricional. Algunas de las preparaciones mencionadas fueron, kawii, pique a lo macho, sopa paraguaya, charque, chipa guazú, picante de pollo y pollo frito. Estos platos se caracterizan por utilizar métodos de cocción mixtos, sellado de los alimentos en aceite y frituras; el uso de carnes, cereales y papas como base de las preparaciones; y la adición de condimentos picantes. Teniendo en cuenta los ingredientes que lo conforman y los métodos de cocción y elaboración se los puede correlacionar con preparaciones de alta densidad calórica.

En los tres comedores se observó un cambio y adaptación del menú programado. Hubo modificaciones parciales o totales, siendo esta una práctica frecuente. Se reemplazaron ciertas verduras frescas (acelga, zapallitos redondos, choclo, zana-horia y tomate) por hortalizas feculentas y cereales.

Los responsables refirieron que los cambios de los métodos de cocción y preparación son en base a la demanda de los beneficiarios en relación a sus gustos. También mencionaron que para la elaboración de los menús suelen utilizar condimentos diferentes a los que están provistos en el menú estandarizado, tales como laurel, comino y ajo, refiriendo que estos resaltan mejor el sabor de sus comidas.

Las opciones del menú planificado por el Programa Apoyo a Grupos Comunitarios corresponden a una estandarización de diferentes platos que son parte de la cultura alimentaria argentina; se indagó acerca del nivel de aceptación de éstos por parte de la población asistida. El 75% refirió que el menú que se les brinda en los comedores es de su agrado, teniendo en cuenta que es frecuente la modificación de los menús.

Considerando que las cocinas tradicionales de los principales países de procedencia de la población estudiada se caracterizan por platos con-

dimentados con sabores fuertes y métodos de cocción que resaltan el sabor, se intentó conocer si esto es una característica que influye en la aceptación del menú.

En respuesta a si incorporarían algún otro alimento al menú y cual sería, los responsables mencionaron: condimentos y ajo, ensalada de frutas, albóndigas y pan de carne. También dos de ellos, manifestaron que quitarían del menú la opción lasaña y ravioles, por no ser de agrado de los comensales. Uno de ellos resaltó la preferencia de milanesas y pollo al horno por parte de los beneficiarios. Se observó que, en relación a las preferencias en el menú, las percepciones de los responsables, a veces, no coinciden con lo que realmente menciona la población asistida.

La mayor parte de la población encuestada considera que las opciones de menú son adecuadas para conservar la salud, la tendencia hacia esta respuesta fue significativa ya que el 95% de los beneficiarios así lo considera al igual que el 100% de los responsables.

Discusión

Los comedores comunitarios facilitan el acceso a los alimentos a la población en situación de vulnerabilidad socioeconómica, promoviendo así la seguridad alimentaria. Estos espacios, no sólo se caracterizan por propiciar el plato de comida para saciar el hambre sino que también conforman sitios donde confluyen culturas diversas, produciéndose un cruce cultural entre las preferencias alimenticias autóctonas de las poblaciones migrantes y la oferta de comidas pertenecientes a la cultura local de nuestro país. Pudimos entrever, entre los resultados encontrados, una alta aceptación de los menús, tanto por ambas partes, referentes y beneficiarios, identificando a las pastas (ravioles y lasañas) como comidas menos aceptadas. Pudimos identificar prácticas de adaptación de menús, tanto en técnicas culinarias, como elaboración de platos típicos. Las mismas, serían nutricionalmente equivalentes, si utilizan ingredientes aportados por el Programa; respecto a técnicas culinarias, hay preponderancia a métodos mixtos y frituras, lo cual podría ser plausible, de introducir mejoras en

ese aspecto. Desde los programas alimentarios debería existir un rango de flexibilidad que permitan estas adaptaciones, dadas en modalidad informal, y abarcarlas desde la formalidad en la medida de lo posible.

Si bien el principal interés de la aproximación diagnóstica, tiene que ver con la consideración de los diferentes grupos culturales dentro de la programación técnica del menú del Programa de Apoyo a grupos Comunitarios, los resultados hallados nos orientan a la necesidad de revalorizar los conocimientos y prácticas alimentarias de los grupos de origen migrante.

Conocer los saberes previos en relación a los alimentos y las influencias culturales que movilizan las elecciones alimentarias, nos permiten adecuar las propuestas de los programas alimentarios, teniendo presente que las prácticas alimentarias se encuentran fuertemente relacionadas no solo a lo meramente nutricional sino también a costumbres arraigadas, a lo cultural y a lo emocional.

Se pudo observar, como se dan las gramáticas culinarias, según Fischler C. (19), en tanto “reglas que involucran la preparación y combinación de alimentos, no sólo como proceso mecánico, físico y químico de transformación de la materia orgánica en platos de comida, sino como el marco normativo y de sentido de las prácticas de cocinar y comer”.

Conclusión

En conjunto con el grupo poblacional con el que se trabajó se dio un proceso de aprendizaje mutuo, dándose lugar al diálogo de saberes, tan necesario para preservar los derechos a una alimentación segura y soberana, manteniendo la dignidad de cada persona.

Es necesario promover espacios para valorar los patrimonios gastronómicos y preservar su transmisión, a las generaciones que suceden, y estas organizaciones pueden tener un rol activo haciendo sus aportes a ello. Dar relevancia a la cultura alimentaria de cada grupo es uno de los puntos que promueve a la soberanía alimentaria.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo de Gustavo Posteraro, Gerente operativo del Programa Apoyo a Grupos Comunitarios, Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; el apoyo del área de Extensión Universitaria y de la Carrera de Nutrición de la Fundación H.A Barceló, a su Directora Norma Guezikarain y la participación activa de las estudiantes de nutrición Araceli Valloñe, Estefanía D’Ursi, Amalia Piloto, Dulce Ábalos, Milagros Gandini y Anabel Rodríguez Paquete.

Referencias bibliográficas

1. Mustafa Koc y Jennifer Welsh. Alimentos, prácticas alimentarias y experiencia de la inmigración. Centro de Estudios en Seguridad Alimentaria. Universidad de Ryerson, Toronto, Canadá. 2002.
2. Cerruti Marcela. Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en Argentina, serie de documentos de la Dirección Nacional de población. 2009.
3. Contreras Jesús. Alimentación y cultura, reflexiones desde la antropología. Revista chilena de antropología 1992; 11.
4. Aranceta Bartrina Javier. Preferencias y hábitos alimentarios. Nutrición comunitaria. 2000.
5. Cristiano Nunes dos Santos. Somos lo que comemos: identidad cultural y hábitos alimenticios. Estudios y Perspectivas en Turismo, 2007; 16.
6. Mónica García Barthe. Del alimento a la comida. Las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos de los niños. Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2014; 56(255): 237-248.
7. Ley 25.724. Publicada en el BO 17/01/2003. Programa de Nutrición y Alimentación Nacional.
8. Pascucci Silvina. Ponencia: Bolivia en Argentina: Para un estado de la cuestión sobre los inmigrantes bolivianos en nuestro país. 2009.
9. Maceira Daniel. Stechina Mariana. Salud y Nutrición. Problemática alimentaria e intervenciones de política en 25 años de democracia. 2011.
10. Santarsiero Luis. Los comedores comunitarios como fenómeno social, político y alimentario en la Argentina de los últimos treinta años: una “guía práctica” para su comprensión. En: Cuestiones de sociología n°9, UNLP, 2013.
11. Vázquez Gudiño, Irene. Los alimentos como código comunicacional. ALASRU. 2013; 79: 67.
12. Cuadernillo n°2. Organización Internacional para las Migraciones en Dirección Nacional de Migraciones. 2012.
13. Organización Internacional para las Migraciones Buenos Aires. Perfil Migratorio en Argentina. 2008.
14. Aguirre, Patricia. Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. 2004.
15. Piaggio; Solans. Enfoques Socioculturales de la alimentación. Lecturas para el Equipo de Salud Akadia. Editorial Akadia. 2014.
16. Aguirre, Patricia. Una historia social de la comida. Lugar editorial Edunla cooperativas. 2017.
17. Pierre Bourdieu. La construcción social del gusto. Puentes entre la alimentación y la cultura Bs AS. Libros del Zorzal 2010.
18. Aguirre, P. Polischer G. Díaz Córdova, D. Cocinar y comer en Argentina Hoy. Fundasap. 2015.
19. Fischler, C. Gastro-nomía y gastro-anomía. Sabiduría del cuerpo y crisis biocultural de la alimentación moderna. Gazeta de Antropología, 2010, 26 (1), artículo 09.

Aceptación de fórmulas extensamente hidrolizadas en el tratamiento de la alergia a la proteína de leche de vaca

Acceptance of extensively hydrolysed formulas in treatment for cow's milk protein allergy

PROF. LIC. KABBACHE DIANA MIRIAM¹, LIC. BATISTA MARIANA LAURA¹, LIC. HERRERA JAVIER², LIC. KETELHOHN BELÉN³, PROF. LIC. OLAGNERO GABRIELA FABIANA³.

¹Universidad de Buenos Aires y Universidad del Salvador. ²Centro de Altos Estudios en Ciencias Exactas. ³Nutricia Research. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Diana Miriam Kabbache. diana.kabbache@gmail.com

Resumen

Introducción: la sintomatología de la alergia a la proteína de leche de vaca conlleva deterioro en el crecimiento y aumento concomitante de las necesidades nutricionales. En niños que consumen fórmula como complemento a la lactancia materna o cuando ésta no es posible, debe indicarse como primera opción una fórmula con proteína extensamente hidrolizada (FeH). Es necesaria una ingesta adecuada para revertir síntomas y recuperar crecimiento. Sin embargo, los lactantes rechazan frecuentemente las FeHs debido al gusto desagradable.

Objetivo: evaluar sensorialmente cinco FeH presentes en el mercado, en orden decreciente de aceptación y relacionarlo con ingredientes responsables del sabor.

Materiales y Método: se realizó un testeo sensorial ciego en cinco FeH (A, B, C, D y E) en población universitaria. Los 54 participantes fueron entrenados previamente sobre la metodología de testeo y la forma de completar el cuestionario en estaciones individuales. Las fórmulas fueron calificadas con puntaje del 1 al 5 (más aceptable – menos aceptable) y la preferencia se analizó por prueba de Rangos de Wilcoxon (nivel de significación 0,025).

Resultados: según el puntaje de aceptación, las fórmulas quedaron ordenadas de la siguiente manera: E, D, A, C, B; de la más aceptable a menos aceptable. La fórmula E fue la "preferida", aunque no presentó diferencias significativas con D, A, C y B mostraron una baja aceptación significativa con respecto a E y D. El análisis de ingredientes mostró mayor aceptación para hidrolizados de suero con presencia de lactosa y/o jarabe de glucosa y grasa saturada. El nivel de hidrólisis y los péptidos resultantes serían factores determinantes en la aceptación.

Conclusión: la resultante de las combinaciones de ingredientes y su estructura química podrían ser responsables de mejor sabor o mayor aceptación de las FeH, facilitando la recuperación nutricional del lactante y la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: proteína de leche de vaca, fórmula hidrolizada, aceptación, hidrolizados de suero.

Abstract

Introduction: symptoms coming from allergy to cow's milk protein may impair a child's growth as well as concomitant increase in nutritional needs. In children consuming formula as a supplement to breastfeeding or when breastfeeding is not possible, a formula with extensively hydrolyzed protein (eHF) should be indicated as first option. Adequate intake is necessary to reverse symptoms and regain growth. However, infants frequently reject eHFs due to unpleasant taste.

Objective: to sensorially evaluate five eHFs present in the market, in decreasing order of acceptance, and relate them to ingredients responsible for taste.

Materials and Methods: blind sensory testing was performed on five eHFs (A, B, C, D and E) in university population. The fifty-four participants were previously trained on testing methodology and how to complete the questionnaire in individual stations. Formulas were scored from 1 to 5 (more acceptable - less acceptable) and preference was analyzed by Wilcoxon Range test (significance level 0.025).

Results: based on acceptance score, formulas remained ordered as follows: E, D, A, C, B; from most acceptable to least acceptable. Formula E was the "preferred" one, although it did not show significant differences with D, A, C and B showed a significant low acceptance with respect to E and D. Ingredients analysis showed greater acceptance for whey hydrolysates with presence of lactose and/or glucose syrup and saturated fat. Level of hydrolysis and resulting peptides would be determining factors in acceptance.

Conclusion: combinations of ingredients and their chemical structure could be responsible for better taste or greater acceptance of eHFs, facilitating the nutritional recovery of the infant and adherence to treatment.

Keywords: cow's milk protein, hydrolysed formula, acceptance, whey hydrolysate.

Diaeta (B.Aires) 2018; 36(165):22-27. ISSN 0328-1310

Declaración de conflicto de intereses: las Lic. Ketelhohn Belén y Lic. Olagnero Gabriela Fabiana desarrollan su actividad profesional en Nutricia Research.

Fuente de Financiamiento: el estudio fue financiado por Nutricia - Bagó Early Life Nutrition.

Introducción

La alergia alimentaria surge de la respuesta inmune específica inducida por la exposición a las proteínas de un alimento. La respuesta clínica anormal se presenta luego de la ingestión, contacto o inhalación de un alimento, sus derivados o aditivos (1).

La leche de vaca se encuentra entre los 8 alimentos responsables del 90% de las alergias alimentarias. La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) se presenta especialmente en lactantes y niños y tiende a ser transitoria. Su prevalencia parecería estar incrementándose según se describe en diferentes publicaciones en países occidentales, aunque se desconoce el verdadero impacto en Argentina. Un estudio publicado recientemente muestra una prevalencia de APLV del 1,2% en 2014, tres veces superior a la prevalencia en 2004 (1 - 3).

El Consenso Iberoamericano en el Diagnóstico y Tratamiento de la APLV indica que "el tratamiento de niños con APLV se basa en la suspensión de proteína de leche de vaca (PLV) de la dieta materna en niños alimentados con leche humana, el reemplazo de fórmulas con PLV por proteínas extensamente hidrolizadas (FeH), y la suspensión de PLV en dietas de niños mayores de 6 meses de edad. Ante la no respuesta al tratamiento o ante cuadros severos de enfermedad se recomienda la utilización de fórmula a base de aminoácidos. La suspensión de PLV se mantendrá no menos de 6 meses y/o hasta el año. El tiempo de tratamiento dependerá de la tolerancia lograda por el paciente (4).

Son necesarios diagnóstico y tratamiento tempranos y adecuados para evitar que el crecimiento y desarrollo psicomotor puedan verse comprometidos, con deterioro de la calidad de vida y aumento en los costos del tratamiento. Es crucial proporcionar una dieta equilibrada que contenga suficiente energía, macro y micronutrientes ya que los lactantes con APLV demandan una adecuada proporción de calorías y proteínas, composición de aminoácidos y una fuente adecuada de calcio, por riesgo de raquitismo y crecimiento deficiente. Desconocer estos criterios o no evaluarlos en el transcurso del tratamiento puede conducir a dietas inapropiadas con consecuencias dramáticas (5, 6).

Por otro lado, las fórmulas indicadas para tratamiento o extensivamente hidrolizadas deben ser toleradas al menos por el 90% de los niños con APLV en estudios clínicos. En su composición proteica deben contener sólo péptidos con peso molecular menor a 3000Daltons y están compuestas mayoritariamente por péptidos menores a 1500Daltons y aminoácidos (6).

En niños tratados con FeH o fórmula con aminoácidos es necesaria una ingesta adecuada para revertir síntomas y recuperar crecimiento. Sin embargo, los lactantes rechazan frecuentemente las FeHs y las fórmulas con aminoácidos debido al gusto desagradable, poniendo en riesgo la recuperación nutricional (7).

Estudios en los que se analizaron aminoácidos pertenecientes a muestras de carne de centolla por HPLC luego de pruebas sensoriales dieron como resultado que el sabor dulce se debía a aminoácidos como glicina y alanina, sabor dulce-amargo, alanina y amargo, histidina (8). Otras moléculas de alimentos identificadas como responsables de generar sabor amargo son los monoterpenos iridoídes, los diterpenos de veinte carbonos, los triterpenos e isoprenoides, algunas cetonas, flavonoides y aldehídos como el benzaldehído (9).

El presente estudio evaluó sensorialmente las cinco FeH disponibles, en orden decreciente de aceptación para relacionar la preferencia con los ingredientes responsables del sabor.

Materiales y Método

Se realizó un testeo sensorial ciego de las cinco FeH (A, B, C, D y E) disponibles en el mercado en adultos sanos. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor a 18 años, no fumadores y con deseo de participar. Completaron el testeo 54 participantes reclutados entre la población universitaria de la Universidad del Salvador y de Buenos Aires. Todos los participantes fueron entrenados previamente sobre la metodología de testeo y la forma de completar el cuestionario. Se dispusieron estaciones individuales para la realización de las pruebas, con el objetivo de evitar la interacción entre participantes. Las fórmulas se diluyeron según las indicaciones del envase. En el procedimiento de prueba

se indicó beber un sorbo de cada vaso codificado, intercalando con agua mineral a temperatura ambiente (25°C). Las fórmulas fueron calificadas con puntaje del 1 al 5 (más aceptable – menos aceptable) como una evaluación general de aceptación y la frecuencia de las preferencias resultaron asimétricas. La prueba de Kolmogórov-Smirnov resultó no significativa cuando se comparó con distribuciones normales con media y desvío de las propias muestras. Por este motivo la preferencia se analizó con la prueba de Rangos de Wilcoxon con un nivel significación corregido por el número de comparaciones. Para todas las pruebas estadísticas el nivel de significación fue de 0,05.

Resultados

La composición nutricional de las FeH se muestra en Tabla N°1. Los 54 participantes completaron el formulario correspondiente y se descartaron 4 por repetición de puntajes asignados. Según la sumatoria de puntajes de aceptación, las fórmulas quedaron ordenadas de la siguiente manera: E, D, A, C, B; de la más aceptable a menos aceptable (Gráfico N°1). La fórmula E fue la “preferida”, aunque no presentó diferencias significativas con D. Al realizar un análisis de las frecuencias acumuladas de mejores puntajes, se observa claramente la preferencia por E (48% del puntaje “1”) seguida por D

Tabla N°1: Composición nutricional de Fórmulas extensamente hidrolizadas (FeH) testeadas.

| Fórmula | Energía (kcal/100ml) (Dilución %) | Proteína (g/100kcal) | Lípidos (g/100kcal) | Hidratos de Carbono (g/100kcal) | Otros |
|---------|---|---|--|---------------------------------------|----------------------------------|
| A | 67 (13,4%) | 2,5 PeH (suero) 20% AA libres 95% péptidos <1000D | 5,1 AGS 41% AGM 40% AGP 19% Oleína de palma, aceites de canola, coco y maravilla y palma. Aceite vegetal de <i>Cryptocodium cohnii</i> (DHA), aceite de <i>mortierella alpina</i> (ARA) | 11 Maltodextrina Lactosa | |
| B | 67 (14,4%) | 2,8 PeH (caseína) AA libres | 5,3 AGS 42% AGM 37% AGP 20% Aceites de palma, maíz, coco, soya y girasol Mezcla de aceites ARA y DHA | 10 Sólidos de jarabe de maíz | Lactobacillus rhamnosus GG |
| C | 68 (14,2%) | 3 PeH (suero) 20% AA libres 95% péptidos <1200D | 5,1 (TCM 40%) AGS 47% AGM 37% AGP 16% oleína de palma, aceites de colza bajo en ácido erúrico, girasol, girasol alto oleico, grosella negra GLA. Aceite de pescado (DHA) | 10,9 Maltodextrina Almidón | Nucleótidos |
| D | 66 (12,8%) | 2,7 PeH (suero) 15% AA libres 85% péptidos cadena corta | 5,3 (TCM 50%) AGS 58% AGM 22% AGP 17% Aceites de palma, canola, girasol, células simples (ARA) y de pescado (DHA) | 10,4 Jarabe de glucosa | Nucleótidos |
| E | 66 (13,6%) | 2,4 PeH (suero) 15% AA libres 85% péptidos cadena corta | 5,3 AGS 45% AGM 38% AGP 17% Aceites de palma, canola, coco, girasol, células simples (ARA) y de pescado (DHA) | 11 Maltodextrina Lactosa | GOS, FOS Nucleótidos |

PeH: Proteína extensamente Hidrolizada - AA: aminoácidos - AGS: ácidos grasos saturados - AGM: ácidos grasos monoinsaturados - AGP: ácidos grasos poliinsaturados - ARA: Ácido Araquidónico - DHA: Ácido Docosahexaenoico - GLA: Ácido Gama Linoleico - TCM: Triglicéridos de Cadena Media - GOS: Galactooligosacáridos - FOS: Fructooligosacáridos

Fuente: Elaboración propia a partir de información de rótulo nutricional, páginas web y Vademecums de cada elaborador.

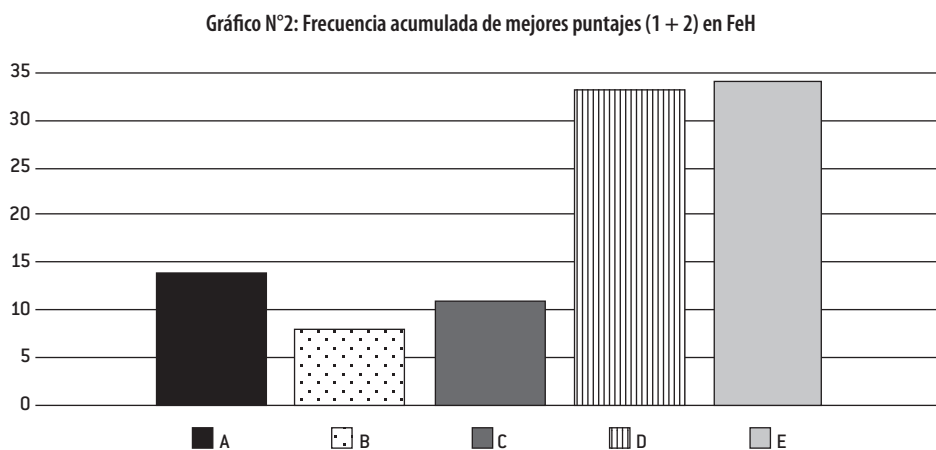
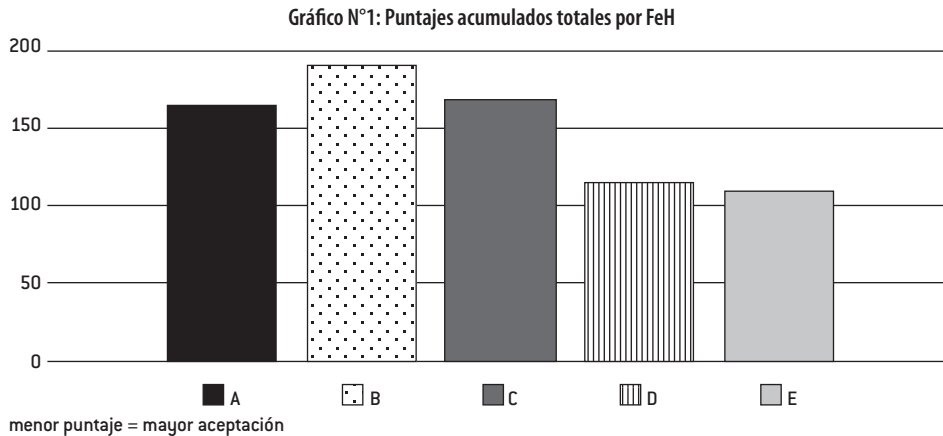
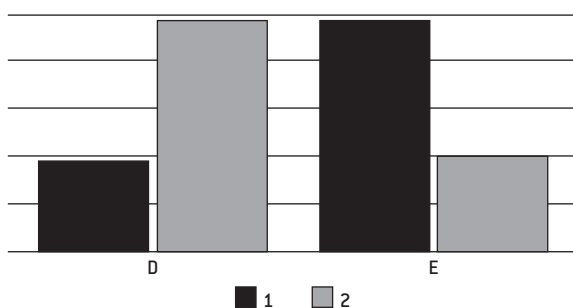


Gráfico N°3: Distribución de frecuencias de mejores puntajes (1+2) entre las FeH mejor puntuadas.



(48% del puntaje "2") (Gráficos N°2 y 3). Las tres FeH restantes (A, C y B) mostraron una baja aceptación, significativa con respecto a E y D.

Entre las observaciones realizadas por los participantes aparecen como características: "sabor amargo", "retrogusto intenso" y "olor fuerte o desagradable". Al analizar los ingredientes de cada FeH, se encontró mayor aceptación para hidrolizados de suero con presencia de lactosa y/o jarabe

de glucosa y grasa saturada, especialmente con la presencia de Triglicéridos de Cadena Media (TCM). Dada la diversidad de ingredientes y el grado de hidrólisis proteica coexisten numerosas sustancias que condicionan la sensorialidad del producto. El nivel de hidrólisis y los péptidos resultantes serían factores determinantes en la aceptación.

Los lípidos tienen un gran impacto en las características sensoriales de los productos, ya que no sólo modifican la percepción del sabor, también son responsables de su estabilidad. Así mismo, su interacción con mono y disacáridos causan adhesión; sumada a la percepción innata por el sabor dulce del bebe. Se ha demostrado que el sabor amargo de los péptidos puros, a pesar de depender de la fuente de proteína y de la especificidad de la enzima, está relacionado con la presencia y posición de aminoácidos hidrofóbicos en los péptidos del hidrolizado. La hidrólisis de la proteína produce un efecto secundario negativo en la per-

cepción del sabor a partir de la liberación de péptidos generalmente con sabor más amargo que la proteína nativa (10-13).

Discusión

En el tratamiento de APLV, la elección de una FeH debe basarse en las características del paciente como primer factor y la capacidad hipoalérgica documentada, en segundo término (4, 6). Sin embargo, la aceptación de la fórmula elegida puede limitar o retrasar el progreso del tratamiento ya que son rechazadas por su sabor desagradable (14).

La composición de cada fórmula, tanto en sus ingredientes como en los péptidos resultantes de la hidrólisis extensa, puede hacer variar la aceptación de la fórmula, así como también la edad de introducción (14). En el presente estudio, se analizó la aceptación de FeH relacionadas con su composición, presentando mejor aceptación los hidrolizados de suero acompañados de hidratos de carbono que brindan dulzor y grasas saturadas.

En el ser humano, los sentidos se forman en la fase embrionaria, de la primera a la octava semana de gestación, cuando aparecen las primeras papilas gustativas. Entre las semanas 24^a y 32^a de gestación, el feto comienza a percibir el sabor dulce y el ácido. Los compuestos de aroma presentes en el fluido amniótico estimulan los receptores del gusto del feto, en cuanto éste comienza a tragar. Los sabores de la alimentación materna llegan a través del líquido amniótico, de tal manera que el lactante ya empieza a experimentar patrones gustativos antes de tener contacto con los alimentos (14-17).

Con relación a esto, hay estudios que indican que los recién nacidos muestran preferencias innatas como son la preferencia por el sabor dulce y el rechazo de sustancias amargas (asociadas en el medio natural con la presencia de toxinas) o que producen irritación de la superficie orofaríngea como pueden ser especias picantes. Por otra parte, las experiencias en útero facilitan la aceptación y el disfrute de nuevos alimentos durante la alimentación complementaria y la infancia. Una vez fuera del útero materno, el recién nacido irá desarrollando poco a poco la gama completa de sensaciones que componen el sentido del gusto: dulce, ácido, amargo y salado. (15)

Las fórmulas para el tratamiento de APLV poseen la particularidad de contar con ciertas moléculas hidrolizadas en mayor o menor medida, que determinarán un comportamiento físico en el sistema, sabor y palatabilidad particular y posterior disponibilidad para su digestión y absorción, una vez ingeridos. Estudios previos en lactantes muestran que la introducción de FeH antes de los 4 meses de edad facilita su aceptación (18). En estas fórmulas, las proteínas han sido sometidas a un alto grado de hidrólisis, superior al 10% (extensivo). La liberación de los péptidos generalmente brinda sabor más amargo que el de la proteína original, tal cual se confirma en el presente estudio. Se ha demostrado que el sabor amargo de los péptidos puros, a pesar de depender de la fuente de proteína y de la especificidad de la enzima, está relacionado con la presencia y posición de aminoácidos hidrofóbicos en los péptidos del hidrolizado. La hidrólisis de las proteínas con diferente distribución de aminoácidos hidrofóbicos y grupos cargados producirá péptidos que difieren en la distribución de grupos hidrofóbicos e hidrofílicos. Si bien la caseína es fácilmente hidrolizable y las proteínas de suero no; existen estudios de hidrolizados de β -lactoglobulina y β -caseína donde se demostró que los péptidos obtenidos de hidrólisis de la β -lactoglobulina poseen distribuciones similares de cargas y grupos hidrofóbicos, careciendo de áreas distintas de hidrofóbicos o hidrofílicos (19). Sin embargo, resultados previos coinciden con el presente estudio y muestran que, al analizar aceptación y palatabilidad, es clara la preferencia por FeH de proteína de suero (20).

Si se analizan los componentes provenientes de los hidratos de carbono se reconocerá fácilmente si hay presencia de glucosa y lactosa. Aquella fórmula con presencia de glucosa libre será de un sabor dulce más o menos pronunciado, de acuerdo con su concentración, lo que indicaría una mayor aceptación por parte del consumidor, especialmente en el caso del recién nacido (15). La presencia de lactosa también fue evaluada como positiva y se encuentra sólo en dos de las fórmulas testeadas. Como ingrediente en fórmulas para APLV se agrega purificada o como parte del suero hidrolizado y es un componente importante para estimular el crecimiento de bacterias beneficiosas en la micro-

biota intestinal y mejorar la absorción y retención de calcio en lactantes (21-22).

Los lípidos confieren viscosidad y textura que redundan en una mejor palatabilidad. Distintos trabajos han demostrado que la viscosidad puede influir en la percepción de los sabores. Un incremento en la viscosidad prolonga el tiempo que la disolución permanece en la boca antes de ser retirada, lo cual favorecería la solubilización de los hidratos de carbono en la saliva y la aparición de más interacciones con los receptores (23).

Por otro lado, existiría también una posible interacción entre la historia alimentaria previa del niño y la aceptación de la fórmula FeH. Aquellos niños sin experiencia previa con otro tipo de leche tendrían una mejor aceptación de la fórmula hidrolizada (14).

Conclusión

La resultante de las combinaciones de ingredientes y sus estructuras químicas podrían ser

responsables de mejor sabor o mayor aceptación de las FeH. La aceptación y por ende la adherencia son factores clave para la recuperación nutricional del lactante y la continuidad del tratamiento en APLV.

La conjunción de todas las moléculas podría producir sinergia, inhibición o ambas cosas respecto de la resultante del sabor. Sería de interés evaluar el comportamiento con un análisis cualicuantitativo de los aminoácidos, péptidos y otras sustancias mencionadas al principio. Por otra parte, la interacción de los lípidos sobre las características sensoriales requiere de más estudios sobre su efecto en la aceptación de una fórmula. El empaquetamiento de las moléculas influye considerablemente en el comportamiento de los triglicéridos presentes, fundamentalmente en la palatabilidad, uno de cuyos factores influyentes es la textura.

Finalmente, futuros estudios sobre la interacción entre ingredientes y compuestos moleculares permitirían su manipulación en función de garantizar la aceptación y palatabilidad de las fórmulas con hidrolizados proteicos extensos.

Referencias bibliográficas

- Comité Nacional de Alergia. Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2018; 116(Supl1): S1-S19.
- Álvarez Berciano F, Álvarez Caro F. Reacciones adversas a alimentos e historia natural de la alergia alimentaria en la infancia. *Bol Pediatr* 2008; 48: 21-36.
- Mehaudy R, Parisi CAS, Petriz N, et al. Prevalencia de alergia a la proteína de la leche de vaca en niños, en un hospital universitario de comunidad. *Arch Argent Pediatr*. 2018; 116(3): 219-223.
- Consenso Iberoamericano en el Diagnóstico y Tratamiento de la Alergia a la Proteína de Leche de Vaca. *J. Food Allergy* 2012; 1(3): 353-366.
- Zuluaga VL, Ramírez RN, Mejía P LK, Vera Chamorro JF. Desenlaces del tratamiento con una fórmula extensamente hidrolizada a base de suero en lactantes con alergia a la proteína de leche de vaca. *Rev Colomb Gastroenterol* 2018; 33(2).
- Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *Pediatr Allergy Immunol*. 2010; 21(Suppl 21): 1-125.
- Miraglia Del Giudice et al. *Italian Journal of Pediatrics* 2015; 41: 42.
- Risso S, Carelli AA. Evaluación del gusto de carne de centolla *Lithodes santolla*. Congreso VIII Jornadas Nacionales de Ciencias del Mar. XVI Coloquio de Oceanografía; 2012. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.
- Linden G, Lorient D. *Bioquímica Agroindustrial*. Editorial Acribia. I.S.B.N. 84-200-0805-2. 1996.
- Adler-Nissen J, Olsen HS. The influence of peptide chain length on taste and functional properties of enzymatically modified soy protein. *ACS Symp Ser*. 1979; 92: 125-46.
- Benítez R, Ibarz A, Pagan J. Actualizaciones Química Biológica. Hidrolizados de proteína: procesos y aplicaciones. Colombia. *Acta Bioquim Clin Latinoam* 2008; 42(2): 227-36.
- Li L, Yang ZY, Yang XQ, Zhang GH, Tang SZ, Chen F. Debittering effect of *Actinomucor elegans* peptidases on soybean protein hydrolysates. *J Ind Microbiol Biotechnol* 2008; 35(1): 41-7.
- Humiski LM, Aluko RE. Physicochemical and bitter-ness properties of enzymatic pea protein hydrolysates. *J Food Sci* 2007; 72(8): S605-11.
- Mennella JA and Beauchamp GK. Understanding the Origin of Flavor Preferences. *Chem. Senses* 2005; 30(suppl 1): i242-i243.
- Costell E. La aceptabilidad de los alimentos: nutrición y placer. *Arbor CLXVIII*, 661(enero 2001), 65-68pp.
- Navarro Lorena Rubio; Torrero Carmen, Mirellta Regalado y Salas Manuel. Artículo Revisión: Departamento de Neurobiología del Desarrollo y neurofisiología. Instituto de Neurobiología Universidad Autónoma de México. UNAM- Campus Juriquilla, Querétaro. Año 2012
- Roizin, P (1995). Thinking about and choosing food: Biological, psychological and cultural perspectives. En: L. Dube, J. Le Bel, C. Tougas & V. Troche (Eds.). *Health and pleasure at the table* (pp. 173-193). Montreal, Canada: Enjeux actuels du marketing dans l'alimentation a la restauration. (Edited version of publication # 129)
- Mennella, JA and Beauchamp, GK. Development and bad taste. *Pediatr. Allergy Asthma Immunol* 1998; 12: 161-163.
- Benítez Ricardo; Ibarz Albert, Pagan Jordi. Hidrolizados de proteína: procesos y aplicaciones. *Protein hydrolysates: processes and applications. Acta Bioquim. Clin. Latinoam*. 2008, 42 (2): 227-36.
- Mabin DC, Sykes AE, David TJ. Nutritional content of few foods diet in atopic dermatitis. *Arch Dis Child* 1995; 73: 208-210.
- Abrams SA, Griffin IJ, Davila PM. Calcium and zinc absorption from lactose-containing and lactose-free infant formulas. *Am J Clin Nutr*. 2002; 76: 442-6.
- Szilagyi A. Adaptation to Lactose in Lactase Non-Persistent People: Effects on Intolerance and the Relationship between Dairy Food Consumption and Evaluation of Diseases. *Nutrients* 2015; 7(8): 6751-79.
- Carrapiso MR, Aguayo C, Carrapiso AI. Efecto de la grasa sobre el flavor de la leche con un aromatizante de vainilla. *Cienc Tecnol Aliment*. 2004; 4(4): 246-250.

Parálisis Cerebral: situación alimentaria en pacientes con soporte nutricional

Cerebral Palsy: nutritional status in patients with nutritional support

LIC. FURNUS VALERIA, LIC. MASERAS MILAGROS, LIC. SALGADO LUCÍA INÉS

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Correspondencia: valeria.furnus@gmail.com, milagromaseras@gmail.com, luciainessalgado@gmail.com

Resumen

Introducción: la parálisis cerebral (PC) es la afección neuromotriz más común de la primera infancia siendo la principal causa de discapacidad física en niños. Esta patología afecta el estado nutricional de quienes la padecen y, a su vez, la malnutrición exagera las alteraciones neurológicas preexistentes.

Objetivos: determinar la distribución de frecuencias del tipo de alimentación y el tipo de fórmula o leche seleccionada en los pacientes con diagnóstico de PC con soporte enteral exclusivamente. Determinar el aporte calórico, proteico, de fibra, líquidos, calcio y hierro. Determinar la concordancia entre el estado nutricional de los pacientes y el percibido por sus cuidadores.

Materiales y Método: estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico. Muestreo consecutivo, por conveniencia.

Resultados: la muestra quedó conformada por 30 pacientes y sus cuidadores. El 70% de la muestra utilizaba fórmula y/o leche, el 3% alimentos modificados y el 27% realizaba una alimentación mixta; el tipo de fórmula más utilizado fue la infantil (33%). El 60% de la muestra fue normopeso, 33% bajo peso y el 7% tuvo exceso de peso. El aporte calórico promedio fue de 11,1 kcal/cm (DS + 6,5 kcal/cm) en los niños con bajo peso, 11,6 kcal/cm (DS + 6,4 kcal/cm) en aquellos con normopeso y 9,8 kcal/cm (+ 2,4 kcal/cm) en los niños con exceso de peso; no se observaron diferencias según estado nutricional ($p=0,13$). El 90% cubrió el requerimiento de proteínas, el 80% el de hierro, 73% el hídrico, el 70% el de calcio y un 3% el de fibra. Se halló concordancia moderada entre el estado nutricional real del niño y el percibido por su cuidador. ($\kappa=0,44$; $p=0,0013$; IC95 0,22-0,62%).

Conclusión: Los pacientes con PC requieren el acompañamiento de Licenciados en nutrición para adecuar el aporte a sus requerimientos nutricionales considerando las características de la PC y su tratamiento.

Palabras clave: parálisis cerebral – estado nutricional – adecuación del consumo – percepción.

Abstract

Introduction: cerebral palsy (CP) is the most common neuromotor condition during early childhood, being the main cause of physical disability in children. This pathology affects the nutritional status of those affected, and in turn, malnutrition exacerbates pre-existing neurological disorders.

Objectives: to determine the distributional frequency of feeding type and milk or formula type selected within patients diagnosed with PC and enteral support exclusively. To determine the caloric, protein, fiber, fluids, calcium and iron intake. To determine concordance between the nutritional status of patients and that perceived by their caregivers.

Materials and Methods: an observational, transversal, prospective, descriptive, analytical study with a consecutive sampling was conducted.

Results: the study included 30 patients and their caregivers. 70% of the sample used formula and/or milk, 3% modified foods and 27% a mixed diet; infant formula was the one mostly used (33%). 60% of the sample was normal weight, 33% low weight and 7% overweight. The average caloric intake was 11.1 kcal/cm (SD +6.5 kcal/cm) in children with low weight, 11.6 kcal/cm (SD +6.4 kcal/cm) in those with normal weight and 9.8 kcal/cm (SD +2.4 kcal/cm) in children with overweight; no differences were observed following nutritional status ($p=0.13$). 90% covered protein requirement, 80% iron, 73% water, 70% calcium and 3% fiber. Moderate agreement was found between the real nutritional status of the child and that perceived by the caregiver ($\kappa=0.44$, $p=0.0013$, IC95 0.22-0.62%).

Conclusion: patients with CP require the accompaniment of graduates in nutrition to adapt nutritional requirements, taking into consideration the characteristics of the CP and its treatment.

Keywords: cerebral palsy – nutritional status – intake adequacy – perception.

Introducción

La parálisis cerebral (PC) es la afección neuromotriz más común de la primera infancia siendo la principal causa de discapacidad física en niños (1). Su incidencia global aproximada es de 2,4 a 3,6 por 1000 recién nacidos vivos (2) mientras que en los países en desarrollo es de 7,0. La frecuencia de niños con PC se encuentra en aumento debido a los avances en medicina que posibilitan la supervivencia de prematuros extremos (3). Actualmente, Argentina no cuenta con estudios epidemiológicos que aborden dicha temática, a su vez, no existen estadísticas de la situación nutricional del paciente con PC al ingreso hospitalario y los trabajos publicados hacen referencia a población alimentada por vía oral.

El compromiso motor se acompaña frecuentemente de alteraciones sensoriales, de la percepción, cognitivas, en la comunicación y de la conducta. A su vez, son frecuentes la epilepsia y los problemas músculo esquelético secundarios (4, 5). Debido a las alteraciones sensoriales y de comunicación, para los cuidadores suele ser complejo identificar señales de hambre, saciedad y de preferencia alimentaria. La incapacidad motora de los niños les impide el abastecimiento y la autoalimentación (6). Esta patología afecta el estado nutricional de quienes la padecen y, a su vez, la malnutrición exacerba las alteraciones neurológicas preexistentes. Existen diferentes factores que pueden influir sobre el estado nutricional: las alteraciones motoras, el grado de ambulación y dependencia hacia sus cuidadores, las alteraciones en la succión, masticación, deglución y respiración, y el tiempo de evolución (7). Las infecciones respiratorias, producto de la aspiración durante la alimentación, son prevalente en este grupo de pacientes siendo ésta la principal causa de mortalidad en niños con PC (8). Las complicaciones nutricionales más comúnmente observadas son la disfagia, presente en el 60% de los casos, y el reflujo gastroesofágico (RGE) presente en el 81,1%; ambas se asocian con desnutrición hasta en un 90% (9). Otras complicaciones nutricionales que acompañan a la disfagia y al RGE son la constipación y la baja densidad ósea (10, 11, 12). La constipación se encuentra asociada con la severidad de la parálisis y la medicación utilizada

(13). La incidencia anual de fracturas hallada en niños con PC fue de 4%, prácticamente el doble de la referida para niños sanos (12). Este grupo de pacientes presenta numerosos factores de riesgo para el desarrollo de una baja densidad ósea: falta de ambulación, uso de anticonvulsivantes, baja ingesta de calcio, poca exposición a la luz solar, etc.

La vía de administración de los alimentos elegida debe ser la que asegure la ingesta suficiente y se adapte a la disminución en las habilidades para alimentarse. Si no existe seguridad oral o si resulta insuficiente, se puede recomendar la vía enteral (9). Para situaciones agudas que no se prolonguen por más de 6 semanas se puede emplear una sonda nasogástrica; si se prevé que el tiempo de uso será mayor, se recomienda el uso de la gastrostomía. Múltiples autores coinciden en que el uso de gastrostomía contribuye a una mejor calidad de vida. El beneficio más reportado es el incremento del peso, con un menor impacto en el crecimiento lineal (10, 14 - 17). La ganancia de peso puede ser vista también como una desventaja si tenemos en cuenta que la mayoría de estos niños requieren de asistencia para movilizarse (18, 19). La decisión de colocar una gastrostomía genera a menudo profunda conmoción en los padres ya que la alimentación vía oral suele ser entendida como la habitual y una forma de cuidado hacia sus hijos.

Existen fórmulas para el cálculo del requerimiento calórico, las más conocidas son la diseñada por Krick J. et al. (20) y la fórmula de Culley W. et al. (21) que tiene en cuenta la talla para su cálculo. En la práctica, el uso de estas fórmulas es limitado ya que ambas presentan dificultades en su aplicación. Cuando la parálisis es de tipo espástica, algunos autores recomiendan tener en cuenta el 60-70% de los requerimientos de energía para la edad de un niño normal debido a la menor actividad física que realizan (22). En cambio, cuando la parálisis es de tipo atetoide sus requerimientos son similares a los de un niño sano (23). No se encontraron especificaciones de requerimiento calórico para la parálisis atáxica y la mixta.

No hay recomendaciones de macro ni micronutrientes específicamente definidas en PC. El requerimiento proteico sugerido es el mismo que para un niño normal según edad. Lo mismo sucede con el aporte hídrico y de fibra, para las cuales aún no

están establecidas las recomendaciones en este grupo (14).

La percepción de los cuidadores acerca del estado nutricional juega un rol fundamental en la determinación de la alimentación ya que la elaboración y la administración de la fórmula y/o alimentos depende de ellos. Suelen presentar una mayor preocupación por el estado nutricional de los niños y por su alimentación que los cuidadores de niños sin PC, sin embargo, tan solo el 17% había acudido en algún momento a una consulta con una nutricionista (24). Acerca de esta temática y del impacto que tiene la percepción del cuidador sobre la alimentación no se han encontrado estudios.

Por todo lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo describir la situación nutricional de los pacientes con diagnóstico de PC alimentados con sonda y gastrostomía y cómo fue percibido por sus padres y/o tutores.

Objetivos

- 1) Determinar la distribución de frecuencias del tipo de alimentación administrada a través de la sonda o gastrostomía y del tipo de fórmula o leche seleccionada.
- 2) Determinar si existen diferencias en el aporte calórico promedio según el estado nutricional.
- 3) Determinar el porcentaje de adecuación del consumo de proteínas, líquidos, fibra, calcio y hierro, y si existen diferencias según rangos de edad (excepto los líquidos)
- 4) Determinar si existe concordancia entre el estado nutricional de los pacientes con PC y la percepción de su cuidador

Materiales y método

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde desde noviembre del 2017 hasta marzo del 2018. Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron pacientes de 2 a 18 años con diagnóstico de PC alimentados por sonda o gastrostomía internados o en control ambulatorio y a sus cuidadores (padres y/o tutores). El tipo de muestreo

fue no probabilístico, consecutivo. Se excluyeron a aquellos cuidadores que se negaron a participar del estudio, pacientes internados que provenían de la Unidad de Cuidados Intensivos, pacientes que se alimentaban por sonda o gastrostomía más vía oral y pacientes que se encontraban en ayuno al ingreso de la internación. Para conformar la muestra, se incluyó de manera consecutiva aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se obtuvo su consentimiento informado. A partir de un cuestionario dirigido por el Licenciado en nutrición se registraron los datos sociodemográficos del cuidador y del paciente. A su vez, se indagó acerca del aporte recibido en su hogar previo a la internación y/o consulta (fórmula y/o alimento, volumen total administrado, cantidad de polvo utilizado, módulos calóricos agregados y/o alimento utilizado, y cantidad de agua libre aportada). Para calcular en cada caso el aporte nutricional, se obtuvo información sobre la composición de las fórmulas a partir del vademécum oficial de cada producto, en el caso de los alimentos se hizo a partir del programa SARA. Cuando la cantidad de polvo fue referida en medidas, se utilizó el gramaje de la medida correspondiente a cada producto. Los adicionales de aceite o azúcar se consideraron tomando en cuenta medidas casera en cuchara. Para contabilizar el aporte de líquidos se consideró el agua libre utilizada para el pasaje de medicación, limpieza de la sonda e hidratación, el agua utilizada para la preparación de fórmulas y alimentos procesados o la contenida por la fórmula. Para conocer la percepción del cuidador sobre el estado nutricional del paciente se realizó la siguiente pregunta "¿Cuál cree que es el estado nutricional de su niño?". Por último, se realizaron las mediciones antropométricas. La medición del peso se realizó a través del peso diferencial, se pesó en una balanza CAM primero al cuidador y luego al cuidador con el paciente sin ropa con pañal. Al final de esta última medición, se restó el peso del cuidador y del pañal. La talla se estimó a partir de la longitud rodilla-talón, para la medición de la altura de la rodilla se utilizó una cinta métrica inextensible. La medición se realizó dos veces y si la diferencia entre ambas era mayor a 1 cm se realizaba una tercera medición (29). Los datos de tipo de PC, medicación previa a la internación, número de internaciones previas y complicaciones asociadas se obtuvieron a partir de la historia

clínica. Para el análisis estadístico, los datos fueron analizados empleando el paquete estadístico Stata versión 11.1 (statacorp™). Para las variables categóricas se calculó la distribución de frecuencia a través del número de casos y porcentaje sobre el total de casos. Para las variables numéricas de distribución normal se calculó el promedio y desvío estándar y para aquellas que no presentaban distribución normal, se calculó la mediana y el rango intercuartilo. En todos los casos se determinó el mínimo y máximo valor hallado. Debido a que las variables continuas no presentaban una distribución normal, para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en el consumo calórico promedio según estado nutricional y en el porcentaje de adecuación de consumo de los nutrientes según rango etario, se utilizó el test de Kruskal Wallis no paramétrico. Se calculó el Coeficiente Kappa para determinar la presencia de concordancia entre la percepción del cuidador sobre el estado nutricional de los niños y su estado nutricional real. Debido al tamaño de la muestra, la amplitud del intervalo de confianza resultó mayor al deseable para extrapolar los resultados a nivel poblacional. Por este motivo, se ha decidido presentar los mismos sin estos valores siendo las conclusiones válidas solo para esta muestra.

Resultados

La muestra quedó conformada por un total de 30 pacientes y sus cuidadores. La edad promedio de los niños fue de 8 años y 5 meses ($DS \pm 5$ años), el 57% era de sexo masculino y el 43% femenino; el total de la muestra fue de nacionalidad argentina. El 97% tenía una talla acorde a su edad, solamente hubo 1 caso de baja talla.

El 47% de la muestra usó como vía de acceso la SNG, en promedio el tiempo de uso de la misma fue de 3,5 años ($DS \pm 2,6$ años) y el 53% restante utilizó una gastrostomía.

El 47% de la muestra presentó constipación, el 40% anemia y el 27% RGE. Ninguno de los pacientes fue diagnosticado con osteopenia u osteoporosis.

El 43% de los pacientes utilizaba de forma habitual entre 3 a 5 medicaciones, el 33% 2 o menos y el 23% 6 o más medicamentos. Con relación al número de internaciones previas, la mediana ob-

servada fue de 6 (RIC 4 – 10) con un mínimo de 1 internación y un máximo de 30.

El 70% de los pacientes utilizaba fórmula y/o leche, el 3% alimentos modificados y el 27% realizaba una alimentación mixta. La fórmula infantil fue elegida en el 33% de los casos, seguida por la fórmula enteral polimérica, la leche de vaca y la combinación de varias fórmulas, cada una de ellas utilizada por el 17% de la muestra respectivamente. Las fórmulas de menor uso fueron las especiales (10%) y las semielementales o elementales (6%).

El 60% de la muestra presentó un estado nutricional de normopeso, sin embargo, un 33% se encontraba con bajo peso y un 7% con exceso de peso. El promedio de aporte calórico se muestra en la Tabla 1, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el aporte calórico según los diferentes estados nutricionales ($p=0,13$).

Tabla 1: Aporte calórico según estado nutricional (n=30)

| Estado nutricional | N | Promedio [kcal/cm] | DS [kcal/cm] | Mínimo [kcal/cm] | Máximo [kcal/cm] |
|--------------------|----|--------------------|--------------|------------------|------------------|
| Bajo peso | 9 | 11,1 | 6,5 | 1,4 | 20,6 |
| Normopeso | 18 | 11,6 | 6,4 | 6,4 | 24,2 |
| Exceso de peso | 7 | 9,8 | 2,4 | 8,1 | 11,5 |

DS: desvío standard

Con relación al consumo de proteínas, el 90% ($n= 27$) cubrió el requerimiento proteico, el porcentaje de adecuación del total de la muestra presentó una mediana de 186%. El 73% ($n=22$) de la muestra cubrió el requerimiento hídrico, el porcentaje de adecuación del consumo de líquidos del total de la muestra presentó una mediana de 111%. El 97% de la muestra ($n= 29$) no cubrió el requerimiento de fibra, el porcentaje de adecuación del total de la muestra presentó una mediana de 19%. El 30% ($n=9$) de la muestra no cubrió el requerimiento de calcio, mientras que 2 casos superaron el límite máximo de toxicidad. El porcentaje de adecuación del consumo de calcio del total de la muestra presentó una mediana de 140%. Por último, el 20% ($n=6$) de los pacientes no cubrió el aporte de hierro, el porcentaje de adecuación del consumo de hierro del total de la muestra presentó una mediana de 173%. A pesar de los valores elevados, que en algunos pacientes alcanzaron el 400%, no superaban el límite máximo de toxicidad.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad para el consumo de proteínas (p=0,524), fibra (p= 0,616), calcio (p=0,606) y hierro (p =0,376). En la Tabla 2 se resumen las características de la muestra en relación a la ingesta de proteínas, fibra, calcio, hierro y líquido.

Se halló concordancia entre la percepción del cuidador sobre el estado nutricional de los niños y su estado nutricional real (kappa: 0,446; p=0,0013). Con respecto a la fuerza de concordancia encontrada, esta fue moderada según los puntos de corte propuestos por Altman DG., aunque observando el intervalo de confianza, dicha concordancia podría fluctuar entre leve a buena (IC95% 0,22 – 0,62) (38).

Discusión y conclusión

Nos encontramos frente a una muestra en la que la gran mayoría (70%) se alimentó a partir de fórmulas y/o leche de vaca de manera exclusiva. Sin embargo, el 27% incorporó alimentos (cereales, fruta, verdura) y el 3% recibió una alimentación a base de alimentos modificados. La sociedad euro-

pea de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica (ESPGHAN) en su publicación “*Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition*” desalienta el uso de alimentos procesados debido al riesgo de contaminación y a su insuficiente aporte nutricional (30). Resultaría interesante conocer la razón que motiva a los cuidadores a incorporar alimentos, ya sea porque consideran las fórmulas nutricionalmente incompletas, si la posibilidad de ofrecer alimentos tradicionales a los niños representa para ellos una forma de cuidado a la que no quieren renunciar o si el hecho de que la alimentación sea a partir de una fórmula implicaría aceptar un grado mayor de severidad de la enfermedad, entre otras posibles causas (31).

El tipo de fórmula que más se utilizó fue la infantil (33%), independientemente de la edad del paciente, habiendo niños mayores de 2 años que se alimentaban exclusivamente con este tipo de fórmulas. Las mismas no están diseñadas para cubrir los requerimientos de este grupo etario, es por ello que en algunos casos es necesario el agregado de módulos calóricos y/o proteicos o la modificación de la concentración para cubrir el total de los

Tabla 2: distribución de la muestra según ingesta de proteínas, fibra, calcio, hierro y líquido (n= 30)

| | Rango de edad | n | Mediana (%) | RIC (%) | Mínimo (%) | Máximo (%) | p |
|----------|---------------|----|-------------|-----------|------------|------------|-------|
| Proteína | Total | 30 | 186 | 117-293 | 44 | 882 | 0,524 |
| | 1 a 3a | 7 | 210 | 139 - 293 | 113 | 480 | |
| | 4 a 8a | 11 | 280 | 98 - 309 | 44 | 880 | |
| | 9 a 13a | 7 | 193 | 113 - 291 | 82 | 561 | |
| | 14 a 18a | 5 | 162 | 140 - 162 | 99 | 176 | |
| Fibra | Total | 30 | 19 | 0 – 52 | 0 | 139 | 0,616 |
| | 1 a 3a | 7 | 10 | 0 – 48 | 0 | 52 | |
| | 4 a 8a | 11 | 33 | 2– 76 | 0 | 82 | |
| | 9 a 13a | 7 | 16 | 0 – 40 | 0 | 139 | |
| | 14 a 18a | 5 | 6 | 6 – 71 | 4 | 79 | |
| Calcio | Total | 30 | 140 | 87-183 | 6 | 333 | 0,606 |
| | 1 a 3a | 7 | 133 | 115 - 286 | 63 | 287 | |
| | 4 a 8a | 11 | 159 | 141 - 185 | 50 | 333 | |
| | 9 a 13a | 7 | 111 | 81 - 159 | 10 | 181 | |
| | 14 a 18a | 5 | 137 | 87 - 139 | 6 | 280 | |
| Hierro | Total | 30 | 173 | 101-247 | 52 | 450 | 0,376 |
| | 1 a 3a | 7 | 268 | 157 - 322 | 884 | 412 | |
| | 4 a 8a | 11 | 144 | 93 - 208 | 52 | 286 | |
| | 9 a 13a | 7 | 188 | 68 - 450 | 54 | 450 | |
| | 14 a 18a | 5 | 182 | 102 - 246 | 83 | 247 | |
| Líquido | | 30 | 111 | 88 – 147 | 53 | 273 | |

requerimientos. Aún, utilizando estas estrategias hubo casos en los que no se logró cubrir los requerimientos de macro y micronutrientes. A su vez, en el mercado existen fórmulas diseñadas para niños mayores e inclusive a partir de los 10 años ya es posible utilizar fórmulas para adultos. El 17% de la muestra utilizaba leche de vaca la cual resulta inadecuada como única fuente de alimentación.

El tipo de fórmula seleccionada podría responder a múltiples motivos, entre ellos el económico. El 40% de la muestra no contaba con ayuda alimentaria de ningún tipo, entre ellos el 83% utilizó como aporte la fórmula infantil o la leche de vaca. Del 60% que contaba con ayuda alimentaria, solamente el 28% utilizó alguna de éstas como aporte. Con lo cual la presencia de algún tipo de asistencia resultaría fundamental para poder brindar una alimentación acorde a la edad y a las necesidades de los niños con PC. Dentro de las fórmulas especiales, la de mayor uso fue la anti-reflujo, esto se relaciona con la presencia de reflujo gastroesofágico que es una complicación frecuentemente hallada en este grupo de pacientes. Un 17% de la muestra combinó fórmulas, llegando a utilizar hasta 4 tipos de fórmulas o leche de vaca. Existieron casos en donde la indicación resultaba contradictoria ya que se combinaba leche de vaca o infantil con una fórmula sin lactosa o hidrolizada. El 80% de estos niños contó con ayuda alimentaria, con lo cual la dificultad económica no parecería ser la razón para justificar dicha decisión. La combinación de fórmulas complejiza la preparación de las tomas aumentando la probabilidad de cometer errores. Por ello, esta práctica debe estar indicada únicamente en quienes se justifica.

El 47% de la muestra se alimentó a través de una SNG y el 53% a través de una gastrostomía, el tiempo promedio de uso de la SNG fue de 3,5 años (DS \pm 2,6 años). Si bien no se ha encontrado una indicación clara acerca del momento para la realización de una gastrostomía, la bibliografía consultada sugiere tiempos mucho menores de uso que al hallado en esta muestra (15, 16, 32). Numerosos autores coinciden en que el uso de la gastrostomía mejora la calidad de vida y el estado nutricional de los niños con PC, sin embargo, el excesivo tiempo de uso de la SNG hallado en la muestra, evidencia la indicación tardía del procedimiento (14 - 17). Si bien no fue objetivo del estudio indagar sobre el motivo por

el cual se sostenía el uso de la SNG durante un período prolongado de tiempo, la mayor parte de los cuidadores no referían preocupación por este hallazgo. Craig GM. (31) describe el rol que juega la alimentación en la construcción del rol materno y en el desarrollo neuromadurativo del niño y lo amenazante que resulta para el cuidador la gastrostomía. La familia tiene el papel principal a la hora de decidir la vía de alimentación, por lo tanto, es importante conocer el significado que tiene esto para ellos. Sería fundamental determinar cuáles son las creencias que se asocian a la gastrostomía y qué expectativas se ven frustradas por el uso de esta.

La bibliografía existente ha descrito una elevada prevalencia de desnutrición entre los niños con PC. En sus trabajos, Del Águila y Castillo hallaron respectivamente una prevalencia de desnutrición del 80% y del 50% (9, 25) en niños que se alimentaban por vía oral, realizando una dieta líquida. En este estudio, la prevalencia de bajo peso resultó menor (33%) a la referida por la bibliografía. Esta diferencia podría deberse a un mayor aporte a través de la SNG o gastrostomía, recibiendo en la mayor parte de los casos fórmulas (14 - 17). La prevalencia de exceso de peso de esta muestra (7%) resultó similar a la descrita en los trabajos de Del Águila y en el de Villares (aproximadamente 9%) (25, 33). Del Águila describe una prevalencia de malnutrición en su muestra del 43,5%, asociando este valor con la prevalencia de exceso de peso y la calidad de la alimentación que eventualmente repercute en el crecimiento lineal y en el déficit de micronutrientes (25). A diferencia de este estudio, en la muestra se halló un solo caso de baja talla. Para la determinación del indicador talla/edad se utilizaron tablas específicas para PC (34) mientras que Del Águila no especifica el método utilizado. Es importante aclarar que la medición del segmento corporal AR resultó dificultosa debido al tono muscular característico de la patología. A su vez, el uso de una cama balanza hubiese logrado una mayor precisión en la medición del peso. Sin embargo, al no contar con este instrumento en la institución, el peso diferencial fue la única forma de obtener esta información.

Los aportes nutricionales fueron calculados a partir de lo referido por el cuidador, sin constatar la elaboración ni la administración de las tomas, por lo cual podría existir un sub o sobre registro.

Asimismo, no se evaluó la biodisponibilidad del nutriente, por lo cual la cantidad que efectivamente se absorbe podría ser menor a la aportada y en consecuencia el porcentaje de adecuación podría ser menor al calculado.

A pesar de que la fórmula de Culley et al. no puede aplicarse a la totalidad de la muestra, se decidió determinar el aporte calórico en función de los centímetros de talla para evaluar similitudes en el valor sugerido por Culley ($11,1 \pm 1,1$ kcal/cm). Si bien la mediana de la muestra fue similar (10,81 kcal/cm), se observó un amplio rango de distribución.

En los niños con bajo peso ($n=10$), el promedio fue de 11,1 kcal/cm, con un valor mínimo de 1,4 kcal/cm y un valor máximo de 20,6 kcal/cm. Se encontró un aporte similar entre los niños con seguimiento nutricional ($n=7$; 13,1 kcal/cm) y sin el mismo ($n=3$; 12,4 kcal/cm). En el caso de los niños con normopeso, el promedio fue de 11,6 kcal/cm (DS $\pm 6,4$ kcal/cm; valor mínimo 6,4 kcal/cm, valor máximo 24,2 kcal/cm), sin presentar diferencias significativas con el grupo de bajo peso ($p=0,13$). La similitud hallada en la mediana y la amplitud de los valores extremos podrían deberse a un requerimiento calórico distinto debido al tipo de PC, alguna patología asociada, la medicación utilizada, antecedente de bajo peso en recuperación nutricional o exceso de peso en plan de descenso. En los niños con exceso de peso, el valor promedio fue de 9,8 kcal/cm ($\pm 2,4$ kcal/cm; valor mínimo 8,1 kcal/cm, valor máximo 11,5 kcal/cm). En este grupo el aporte calórico promedio resultó menor que el de los grupos con normo y bajo peso, sin llegar a ser estadísticamente significativo, y levemente por debajo a lo establecido por Culley et al. Nuevamente esto podría deberse a una intervención nutricional que busque lograr un peso más saludable y que permita una manipulación más sencilla del niño o, podría ser producto de un factor clínico que hace que en esos niños su requerimiento energético sea menor.

Al estudiar el consumo de proteínas, se observó que el 90% de los niños cubrió el requerimiento siendo los rangos etarios de 1 a 3 años y de 4 a 8 años los que presentaban mayores medianas de consumo. Se hallaron 3 niños que superaron la ingesta máxima recomendada de 4 g/kg, en todos los casos utilizaban leche entera de vaca como aporte. El porcentaje de adecuación de la muestra

fue mayor a la descrita en otros estudios (19, 26, 27) probablemente debido a que su aporte fue a través de soporte enteral. Los niños que presentaron déficit proteico ($n=3$), mostraron una inadecuada concentración de la fórmula, un aporte total bajo y/o suplementación de la fórmula únicamente con módulos calóricos. El caso con el menor porcentaje de adecuación (44%) utilizaba como aporte una fórmula infantil con una dilución del 6%, la mitad de la dilución estándar, sin embargo, su aporte calórico fue de 17,9 kcal/cm muy superior al promedio para su estado nutricional por el uso de módulos calóricos. (11,6 kcal/cm).

Para evaluar el consumo de líquidos se tuvo en cuenta la ingesta de agua libre, utilizando el mismo método que en el estudio llevado a cabo por McGowen et al. (27). Se observó que el 73% de la muestra cubrió el requerimiento. Si bien no se estudió la presencia de deshidratación, el 27% restante estaría en riesgo de estarlo ya que no cubría su requerimiento. Este valor es similar a la prevalencia de deshidratación del trabajo de McGowen et al.

Al igual que lo descrito por Kilpinen L (26), la fibra reflejó el peor patrón de consumo, ya que el 97% de la muestra ($n=29$) no cubrió su requerimiento. El porcentaje de adecuación de consumo de la muestra presentó una mediana de 19% (RIC: 0 – 52%; valor mínimo 0%, valor máximo 139%). Este porcentaje puede deberse a que la mayoría de la muestra utilizaba fórmulas infantiles sin fibra y/o leche de vaca. Cabe destacar que, si bien el aporte de fibra de los niños que consumían un tipo de alimentación mixta o con alimentos modificados fue mayor, tampoco cubrieron el requerimiento. El valor máximo representaba al único niño que cubrió dicho aporte a partir de una fórmula polimérica con fibra.

Entre las complicaciones más habituales de la PC podemos encontrar a la constipación. Veugelers R y Benninga MA. publicaron la prevalencia de constipación en un grupo de niños con PC, la misma fue de 57%, similar a la descrita por Del Águila en su investigación (13, 25) y a la de este estudio (47%). Si bien el valor es elevado, creemos que podría ser aún mayor debido al bajo porcentaje de adecuación de consumo de fibra, la escasa deambulación y el uso de fármacos como miorelajantes, anticonvulsivantes, opioides o hierro en la muestra. A partir de estos hallazgos resulta importante

revisar la indicación del tipo de fórmula, la cantidad de líquidos y el uso de catárticos ya que solo el 20% de la muestra lo tenía indicado.

El 30% de la muestra no cubrió el requerimiento de calcio. Este déficit podría deberse a un bajo aporte total ya que se vio en el 78% de los casos un bajo aporte calórico promedio (8,3 kcal/cm; DS \pm 2,1 kcal/cm). Solamente se encontró un caso en el cual la concentración de la fórmula era incorrecta, sin embargo, debido al agregado de azúcar a las tomas el aporte calórico era mayor. La bibliografía citada refiere un menor aporte de micronutrientes en niños alimentados a partir de alimentos y no de fórmulas (27, 35, 36). Esto también se vio reflejado en nuestro trabajo ya que uno de los niños que no cubrió el requerimiento se alimentaba a base de alimentos procesados y otros dos niños realizaban una alimentación mixta.

El porcentaje de adecuación del consumo de calcio presentó una mediana de 140% (RIC: 87 – 183%; valor mínimo 6%, valor máximo 333%), este valor fue similar al de la investigación de Kilpinen L. (26). Los rangos etarios de mayor edad (9 a 13 años y de 14 a 18 años) fueron los más perjudicados (valores mínimos de adecuación 10% y 6%) debido al uso de fórmulas infantiles y/o leche sin adecuación. Existieron 2 casos que superaban el límite máximo de toxicidad. Solamente un 7% (n=2) de la muestra recibió suplementos de calcio, uno de ellos dos también se encontraba suplementado con vitamina D y ambos presentaron un consumo de calcio adecuado a su requerimiento sin tener en cuenta el uso de suplementos. En una próxima investigación se podría estudiar el metabolismo fosfocálcico y la adecuación del aporte de vitamina D. Es importante aclarar que no se indagó sobre la cantidad de calcio aportado por la suplementación.

El 20% de los pacientes no cubrió el aporte de hierro. El porcentaje de adecuación del consumo de hierro de la muestra presentó una mediana de 173% (RIC: 101 – 247%; valor mínimo 52%, valor máximo de 450%). Ninguno alcanzó el nivel máximo de toxicidad, sin embargo, no fue tenido en cuenta lo aportado por la suplementación en los cálculos de porcentaje de adecuación,

Se estudió la presencia de anemia de quienes se pudo obtener el dato de hemoglobina y hematocrito (n=23), hallándose una prevalencia del

57%. De los 10 pacientes suplementados, 3 se encontraban anémicos; en cambio, de los 13 pacientes no suplementados, 9 presentaban anemia (37).

Cuando se estudió la asociación entre los porcentajes de adecuación y los grupos según rango de edad, exceptuando el consumo de líquido, no se halló diferencias estadísticamente significativas, lo cual podría deberse al tamaño muestral.

Por último, se evaluó la concordancia entre la percepción de los cuidadores y el estado nutricional de los niños. Si bien no existe bibliografía acerca de este tema, en la práctica se observa que la percepción puede estar alterada. Los cuidadores pueden naturalizar el bajo o exceso de peso que presentan estos pacientes, generando así una consulta nutricional tardía e incluso, al ser responsables de su alimentación, puede llevarlos a sobre o subalimentar al paciente. Si bien en esta muestra la concordancia hallada fue moderada, según el intervalo de confianza, la misma podría variar entre leve a buena al extrapolar los datos. Por ello, debería continuar investigándose esta relación y su impacto sobre el estado nutricional de los niños.

Tomando como punto de partida este estudio, en el cual se plasmaron las dificultades a las que se enfrentan tanto los pacientes como sus cuidadores, concluimos que resulta fundamental generar un espacio de diálogo interdisciplinar a partir de un equipo de trabajo especializado en la temática. El mismo debería conformarse a partir de pediatras, neurólogos, Licenciados en nutrición, Licenciados en kinesología, trabajadores sociales y otras especialidades afines al tratamiento. De esta manera, se podrán unificar criterios y compartir información sobre pacientes en común para así reducir la cantidad de sobre consulta, teniendo en cuenta no solo el impacto negativo que tiene sobre la calidad de vida de niños y cuidadores sino también sobre los costos sanitarios.

Desde nuestra incumbencia profesional proponemos la elaboración de un protocolo para definir la forma de evaluación de los parámetros antropométricos y de laboratorio, al igual que de la ingesta. A su vez, establecer el método para determinar los requerimientos nutricionales, los criterios para la selección de la fórmula y de la vía de administración con el fin de garantizar el acceso a una alimentación segura y suficiente, derecho fundamental de todo niño.

Agradecimientos

División de Alimentación del Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde": Lic. Haydeé Perez

Macrino, Lic. Patricia Scibona, Lic. Roxana Vanco, Lic. Celia Koltan, Lic Mercedes Gandulia Cazaban, Lic. Maria Paula Lopez Ceschel, y Lic. Maria Newkrik. A las Licenciadas Ommi Acosta Seró y Celeste Concilio.

Referencias bibliográficas

1. Póo P. Parálisis cerebral infantil. Protocolos diagnósticos terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Madrid; 2008.
2. Yeargin-Allstopp M et al. Prevalence of cerebral palsy in 8 year old children in three areas of the United States in 2002: a multisite collaboration. *Pediatrics* 2008; 121: 547-054.
3. Vila J.R., Espinoza I.O. y col. Características de pacientes con parálisis cerebral atendidos en una consulta externa de neuropediatría en un hospital peruano. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(4): 719-24.
4. Rosenbaum et al: A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol* 2007 Suppl 109: 8-14.
5. Hurtado IL. La parálisis cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Pediatría Integral*. 2007; 8: 687-98.
6. García Zapata LF, Restrepo Mesa SL. La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. *Perspectivas desde una revisión*. *Perpect Nutr Humana*.2010; 12: 77-85.
7. Kuperminc MN, Stevenson RD. Growth and nutrition disorders in children with cerebral palsy. *Dev Disabil Res Rev*. 2008; 14: 13746.
8. García Zapata LF, Restrepo Mesa SL. La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. *Perspectivas desde una revisión*. *Perpect Nutr Humana*.2010; 12: 77-85.
9. Castillo-Peña D., Pérez Duerto O. y col. Estado nutricional en niños con parálisis cerebral infantil. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2014; 396.
10. Barrón F, Riquelme M, Elizondo J, Químbar A. Reflujo gastroesofágico y problemas respiratorios en parálisis cerebral infantil. México: Instituto Nuevo Amanecer; 2008.
11. Sullivan P. Gastrointestinal disorders in children with neurodevelopmental disabilities. *Dev Disabil Res Rev*. 2008; 14: 128-36.
12. Mergler S., Evenhuis HM. et al. Epidemiology of low bone mineral density and fractures in children with severe cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2009; 51(10):773-8.
13. Veugelers R., Benninga M.A. Prevalence and Clinical presentation of constipation in children with severe generalized cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2010; 52(9): e216-21.
14. Le Roy, C., y col, Nutrición del Niño con Enfermedades Neurológicas Prevalentes. *Rev Chil Pediatr* 2010; 81 (2): 103-113.
15. Morgan AT. Management of oromotor disorders for feeding in children with neurological impairment. En: Roig-Quilis M, Pennington L. *Oromotor disorders in childhood*. Barcelona: Viguera Editores S.L., 2011; 225-245.
16. Srinivasan R, Irvin T, Dalzell M. Indications for percutaneous endoscopic gastrostomy and procedure-related outcomes. *J Ped Gastroent Nut*. 2009; 49: 584-588.
17. Sullivan P.B., Juszczak E. et al. Impact of gastrostomy tube feeding on the quality of life of carers of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2004; 46:796-800.
18. Sleight G, Sullivan P, Thomas A. Alimentación por gastrostomía versus alimentación oral sola en niños con parálisis cerebral. Oxford: Biblioteca Cochrane Plus; 2007.
19. Samsong-Fang L., O'Donnell M. Effects of Gastrostomy feeding in children with cerebral palsy: an AACPDM evidence report. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2003; 45: 415-426.
20. Krick J, Murphy PE, Markham JF, Shapiro BK: A proposed formula for calculating energy needs of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1992; 34: 481-7.
21. Culley W. et al, 1969. Caloric requirements of mentally retarded children with and without motor dysfunction. *J Pediatr* 1969; 75: 380-4.
22. Bell KL., Samson-Fang L. Nutritional Management of children with cerebral palsy. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2013; 67: 13-16.
23. González Jiménez D. Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral infantil y otras discapacidades neurológicas. *An Pediatr (Barc)*. 2010; 73(6): 361. e1-361.e6.
24. Sullivan P.B., Lambert B. et al. Prevalence and severity of feeding and nutritional problems in children with neurological impairment: Oxford Feeding Study. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2000; 427: 674-680.
25. Del Águlia, Aiba. Características nutricionales de niños con Parálisis Cerebral. *An Fac Med Lima* 2006; 67(2).
26. Kilpinen L., Pihko H. Insufficient energy and nutrient intake in children with motor disability. *Acta Paediatrica*. 2009; 98: 1329-1333.
27. McGowan J.E., Fenton T.R. et al. An exploratory study of sodium, potassium, and fluid nutrition status of tube-fed nonambulatory children with severe cerebral palsy. *Appl. Physiol. Nutr. Metab*. 2012; 37: 715-723.
28. Arrowsmith F., Allen J. The effect of gastrostomy tube feeding on body protein and bone mineralization in children with quadriplegic cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2010; 52: 1043-1047.
29. Stewart A., Marfell-Jones M. Protocolo internacional para la valoración antropométrica. Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría. 2011.
30. ESPGHAN Comitee on Nutrition: Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: A Comment by the ESPGHAN Comitee on Nutrition. *JPGN*. 2010; 51(1).
31. Craig GM. Psychosocial aspects of feeding children with neurodisability. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2013: 517-520.
32. Martínez-Costa C, Borraz S, Benlloch C, et al. Early decision of gastrostomy tube insertion in children with severe developmental disability: a current dilemma. *J Hum Nut Diet*. 2011; 24(2): 115-12.
33. Moreno Villares JM. Enfermedades neurológicas en pediatría y su transición al experto en nutrición de adultos ¿Cómo hacerlo? *Nutr Hosp*. 2014; 29(2): 32-37).
34. Day, S. et al. Growth patterns in a population of children and adolescents with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49: 167-171.
35. Hillesund E, Skranes J, Ulla Trygg K, Böhmer T. Micronutrient status in children with cerebral palsy. *Acta Pædiatrica* 2007; 96: 1195-8.
36. Penagini F. et al. Dietary Intakes and Nutritional Issues in Neurologically Impaired Children. *Nutrients*. 2015. 7(11): 9400-9415.
37. Sociedad Argentina de Pediatría. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Argent Pediatr* 2017; 115 (4): 406-408.
38. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. New York: Chapman and Hall; 1991.

Evaluación de impacto del Festejo Nutriconsciente

Impact evaluation of the Nutriconscious Celebration

LIC. NANNI JESICA ARIADNA, LIC. MARASSICH IVANA LUCILA, LIC. SANTORO MARTINA GIULIANA, LIC. DOMÍNGUEZ ANALÍA VIVIANA, LIC. KOSIOREK ELIANA, DRA. LEMA SILVIA NOEMÍ

Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires

Correspondencia: Lic. Jesica Ariadna Nanni - jessica.nanni.1989@gmail.com

Resumen

Introducción: en 2016 un Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Buenos Aires buscó desalentar el derroche de alimentos como parte del festejo de graduación de estudiantes. Esto dio lugar al Festejo Nutriconsciente (FNC) que utilizó redes sociales e intervenciones presenciales para cambiar este hábito.

Objetivo: evaluar el impacto del Festejo Nutriconsciente.

Materiales y método: encuesta online a una muestra no probabilística de 115 Licenciados en Nutrición graduados en la UBA durante el año 2017.

Resultados y Conclusiones: el 81% de los encuestados festejó su graduación sin utilizar alimentos (95% refirió influencia del FNC); en el resto la decisión de arrojar alimentos fue de familia y amigos. FNC fue presentado en medios de difusión masiva y congresos nacionales e internacionales con muy buena repercusión. La marca se encuentra patentada. Se está trabajando con Carreras de Nutrición del resto del país para su reproducción y con la Comuna 2 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para extenderlo a otros niveles de la Educación Formal. Se recomienda llegar con la intervención a familias y amistades del graduado.

Palabras clave: Desperdicio de alimentos; graduaciones; estudiantes; redes sociales; cambio de hábitos.

Abstract

Introduction: in 2016, a Final Degree Project coming from the Nutrition career of the University of Buenos Aires sought to discourage the waste of food as part of the students' graduation party. This led to the Nutriconscious Celebration (NC) that used social networks and face-to-face interventions to change this habit.

Objectives: to evaluate the impact of the Nutriconscious Celebration.

Materials and methods: online survey to a non-probabilistic sample of 115 Graduates in Nutrition graduated from the UBA during 2017.

Results and Conclusions: 81% of respondents celebrated their graduation without using food (95% reported influence of the NC); in the rest the decision of throwing food away fell on family and friends. NC was presented in mass media and national and international congresses with very good repercussion. The brand is patented. Work is in progress together with careers in Nutrition of the rest of the country for its reproduction and with Commune 2 of the Government of the Autonomous City of Buenos Aires to extend it to other levels of Formal Education. It is meant with this intervention to reach the graduate's family and friends.

Keywords: food waste; graduations; students; social networks; changing habits.

Diaeta (B.Aires) 2018; 36(165):37-41. ISSN 0328-1310

Introducción

El ritual social que consiste en arrojar alimentos hacia el egresado es un hábito instalado en las graduaciones universitarias. El objetivo de este ritual es marcar y resignificar el pasaje del estudiante al nuevo profesional y su consecuente ingreso a la vida laboral, creando un quiebre entre estos dos estados sociales distintos.

El uso social que se le da al alimento, como en este caso, para expresar sentimientos hacia el graduado, está presente de forma implícita, naturalizándose en la sociedad. De esta manera, queda en el olvido la función primordial que tiene el alimento: suministrar al organismo la energía y los nutrientes indispensables para el funcionamiento, crecimiento y mantenimiento de sus funciones vitales.

La situación actual sobre los desperdicios de alimentos a nivel mundial y nacional resulta alarmante: a pesar de que se estima que 1 de cada 9 individuos en el mundo no tiene los alimentos suficientes para llevar una vida saludable y activa, muchas veces estos son usados inapropiadamente, como es el caso de los festejos en graduaciones universitarias, entre ellas la de estudiantes de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) calcula que un tercio de la producción mundial de alimentos se pierde o desperdicia, lo que supone 1.300 millones de toneladas al año (1). De acuerdo con el Banco Mundial, las calorías desaprovechadas alcanzan un 15% de los alimentos disponibles para el consumo humano (2).

La gran mayoría de las personas que padecen hambre en el mundo viven en países en desarrollo, donde el 12,9% de la población presenta desnutrición (3). Según datos oficiales emitidos por el Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2013 se registraron 891 muertes por desnutrición de las cuales el 8% fueron menores de 19 años; cada 10 horas una persona muere por esta enfermedad en Argentina (4).

El Programa Nacional de Reducción de Pérdida y Desperdicio de Alimentos de Argentina estimó que nuestro país desaprovecha aproximadamente 16 millones de toneladas de alimentos, correspondiente a 12,5% de la producción nacional agroalimentaria. De este total, 1,5 millones son desperdicios (1,2%) (2).

El gran derroche de alimentos ocasionado en este ritual representa una contradicción a la ética profesional, ya que la carrera busca formar profesionales con un perfil que responda a las necesidades alimentarias y nutricionales de la población argentina con el propósito de prevenir enfermedades y mantener y mejorar la calidad de vida de la comunidad a través de una alimentación suficiente, completa, armónica y adecuada. También resulta contradictorio para nuestra ética profesional que, en el panorama socio-económico actual del país, el derroche de alimentos en un festejo conviva con uno de los principales problemas del país en la actualidad: la falta de acceso y disponibilidad

de los alimentos por parte de los sectores vulnerables de la sociedad.

Frente a esta problemática surgió la necesidad de abordar esta temática mediante una intervención que genere una toma de consciencia por parte de los estudiantes de la carrera de la Licenciatura en Nutrición de la UBA y a su vez, logren cumplir el rol de multiplicadores del mensaje de la intervención, para mantener el ritual de festejo y alegría mediante otras opciones, transformando una práctica negativa en una actividad socialmente aceptable y profesionalmente responsable.

En 2015 la Escuela de Nutrición de la UBA firmó la Carta de Adhesión al Programa Nacional de Reducción de Pérdida y Desperdicio de Alimentos en línea con el Plan de Acción Regional promovido por la Oficina de la FAO para América Latina y el Caribe.

En 2016 a partir de un Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Nutrición de la UBA, se creó una intervención denominada "Festejo Nutricionista" (FNC). Se llevó a cabo principalmente través de redes sociales difundiendo material educativo para brindar información de manera didáctica buscando la divulgación masiva de la información.

A continuación, se presenta un resumen de la intervención educativa "FESTEJO NUTRICIONISTA" presentado como TFG:

Población destinataria: Estudiantes de la carrera Licenciatura en Nutrición de la UBA.

- Propósito: Lograr que los estudiantes de la carrera Licenciatura en Nutrición de la UBA festejen sus graduaciones mediante una forma alternativa sin desperdiciar alimentos, utilizando otros elementos como reemplazo.
- Objetivo general: Que los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición de la UBA tomen consciencia de la gravedad de desperdiciar alimentos en los festejos de las graduaciones y sean capaces de festejar mediante el uso de otros recursos no alimentarios.
- Objetivos específicos: Que los estudiantes de la carrera Licenciatura en Nutrición de la UBA :

- a. Sean capaces de tomar conciencia sobre:
 - El desperdicio de alimentos generados en las graduaciones.
 - La situación socio-económica de Argentina.
 - La ética profesional que les compete y la paradoja entre ser futuros Licenciados en Nutrición y desperdiciar alimentos en las graduaciones.
- b. Sean capaces de reemplazar los alimentos por otras opciones en los festejos.
- Espacio físico y virtual: Redes sociales (Instagram, Facebook, Twitter), Escuela de Nutrición (UBA).
- Contenidos educativos: Datos relevados a través de la encuesta realizada a una muestra de estudiantes de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la UBA, INDEC, FAO, Rol del Licenciado en Nutrición, recursos alternativos para arrojarle al graduado.
- Estrategias de intervención: Difusión de infografías, fotos animadas y videos. Ubicación de posters y una bandera en la Escuela de Nutrición de la UBA. Distribución de imanes-calendarios con el logo de la Intervención.
- Recursos Materiales y tecnológicos: Medios audiovisuales (Facebook, Instagram, Twitter). Posters. Banderas. Imanes-calendarios. (Anexo I)

Se plantean como objetivos de la presente investigación:

1. Sensibilizar sobre el desperdicio de los alimentos utilizados en los festejos de graduación en los estudiantes de Nutrición de la UBA.
2. Evaluar el impacto de la intervención "Festejo Nutriconsciente" luego de 1 (un) año.

Materiales y método

Se realizó una encuesta online a una muestra no probabilística de 115 Licenciados en Nutrición graduados en la UBA durante el año 2017.

Resultados

El 81% de los encuestados refirió haber festejado su graduación sin utilizar alimentos, mientras que el 19% restante continuó utilizándolos.

De los que festejaron sin alimentos, el 95% confirmó haber sido influenciado por la intervención educativa Festejo Nutriconsciente, mientras que el 5% restante refirió que ya pensaba de esta manera anteriormente.

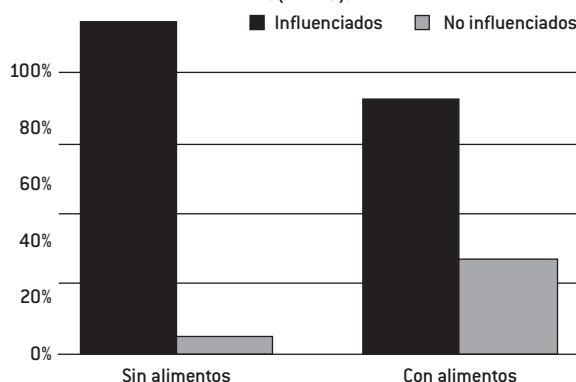
El 73% de los encuestados que continuó festejando con alimentos, refirió haber sido influenciado por FNC, sin embargo, argumentaron que fue decisión de sus familiares continuar arrojando alimentos sin que ellos quisieran (Gráfico 1).

El total de los encuestados refirió conocer la intervención Festejo Nutriconsciente.

El proyecto Festejo Nutriconsciente fue presentado en medios de difusión masiva y congresos nacionales e internacionales donde tuvo muy buena repercusión.

- **Diciembre 2016:** programa radial "De la Granja a la Mesa", radio Eclipse 88.9, Don Torcuato, Partido de Tigre.
- **Agosto 2017:** Congreso Argentino de Estudiantes de Nutrición (ConAEN 2017) con sede en la ciudad de Río Tercero, Córdoba.
- **Octubre 2017:**
 - IUNS 21st International Congress of Nutrition (Congreso Internacional de Nutrición) realizado en Buenos Aires.
 - Expo Alimentarte, realizada por el Lic. Diego Sivori en la Ciudad Cultural Konex.
 - El Prof. Dr. Sergio Provenzano, Decano de la Facultad de Medicina de la UBA en

Gráfico N°1: Porcentaje de graduados que festejaron con/sin alimentos y refirieron estar influenciados vs no influenciados por la intervención FNC (N=115).



- 2017, manifestó el apoyo Institucional al "Programa Festejo Nutriconsciente".
- **Diciembre 2017:**
 - VI Jornadas Científicas en Ciencias de la Salud, realizadas por la Facultad de Medicina de la UBA.
 - Patentamiento e inscripción de la Marca "Festejo Nutriconsciente".
- **Mayo 2018:** XIII Congreso Argentino de Graduados en Nutrición, organizado por el Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Buenos Aires en La Plata.
- **Agosto 2018:** VIII Jornada de Nutrición de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, organizada por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND).
- **Octubre 2018:**
 - Firma de acta acuerdo con la Comuna 2 - Recoleta - del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para realizar tareas de concientización en forma conjunta destinado a Estudiantes y autoridades de Facultades y Colegios de la Comuna 2.
 - Actualmente se está trabajando en la extensión de la Intervención a estu-

diantes de otras carreras universitarias dentro de la UBA, así como también de la Licenciatura en Nutrición de otras Universidades de diferentes provincias de la República Argentina.

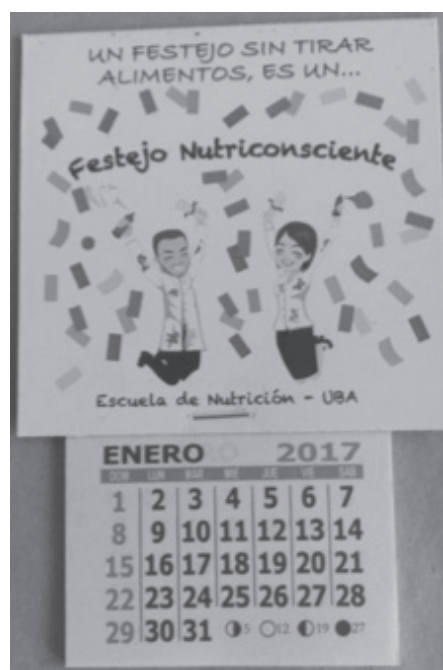
Conclusiones y recomendaciones

Dado el impacto positivo logrado hasta el momento en los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición de la UBA, y teniendo en cuenta que los cambios de hábitos requieren de intervenciones sostenidas en el tiempo, se recomienda la continuidad de la intervención educativa Festejo Nutriconsciente.

Asimismo, se recomienda reforzar el alcance de la intervención en las familias y amistades del graduado, así como también ampliar los contenidos utilizados para las infografías a publicar en las redes sociales, utilizando datos acerca de las cantidades de alimentos desperdiciados y el impacto generado por la intervención a un año de realizarla.



Logo festejo nutriconsciente



Imanes – calendario



Poster informativo



Flyer – cantidades desperdiciadas



Flyers – reemplazos de alimentos.

Referencias bibliográficas

- Wyman O. Reducir el desperdicio de alimentos ;Cómo pueden las empresas de distribución ayudar? Marsh & McLennan; 2014 [consultado 07/04/2016]. Disponible en: http://www.oliverwyman.com/content/dam/oliverwyman/global/en/2014/sep/OW_Reducing%20Food%20Waste_SPAN.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Pérdidas y desperdicios de alimentos, en América Latina y el Caribe. 2016 [consultado 11/04/2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i5504s.pdf>
- Programa Mundial de Alimentos (WFP) [Internet]. c2016 [consultado 10/05/2016]. Datos del hambre. Secc. El hambre. Disponible en: http://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre?utm_source=wfp_es&utm_medium=homepage_link&utm_campaign=hunger_facts
- Cada diez horas hay una muerte por desnutrición en el país. Diario Clarín. 10 Septiembre 2015; Secc. Sociedad [consultado 22/05/2016]. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/cada-10-horas-muerte-desnutricion-pais_0_1428457146.html

ÁREA NUTRICIÓN CLÍNICA

Adecuación del consumo de AGPI-CL Ω -3 en embarazadas atendidas en el Hospital El Salvador de la ciudad de Bella Vista, Corrientes

Bruzzo M.E, Rodríguez Y.E.

Universidad de la Cuenca del Plata. Goya, Corrientes, Argentina

Contacto: mebybruzzo@yahoo.com

Introducción: introducción: el embarazo representa una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional. Se destaca en este trabajo la importancia del consumo de AGPI-CL Ω -3 ya que está directamente relacionado con el neurodesarrollo infantil y tiene además beneficios para la madre durante y después de la gestación.

La problemática que dio origen al presente trabajo de investigación toma como precedente el hecho de que la población de estudio comprende a un grupo considerado de riesgo. Se conoce que en la mayor parte de las poblaciones occidentales la ingesta de AGPI-CL omega-3 es insuficiente para favorecer una salud óptima.

Objetivo: determinar la adecuación del consumo de AGPI-CL Ω -3 en embarazadas que se atienden en el Hospital El Salvador de Bella Vista, Corrientes, en el mes de septiembre del 2017.

Materiales y método: estudio descriptivo, no experimental, transversal de enfoque cuantitativo. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario. La muestra se compuso por 45 gestantes.

Resultados: el 26% de las embarazadas que se encontró cursando el segundo trimestre de gestación cumple con la recomendación diaria de AGPI-CL Ω -3. De las mujeres en el tercer trimestre de embarazo solo el 5% cumple con la recomendación. Se puede observar entonces que solo el 16% de la población bajo estudio cumple con la recomendación y el 84% restante no cumple.

Conclusión: no se supone inalcanzable cubrir las recomendaciones diarias de AGPI-CL Ω -3. El bajo consumo podría responder a una falta de educación alimentaria nutricional durante el embarazo, bajos recursos económicos o escaso acceso a productos de mar o de aguas frías. Otra razón podría ser que se ha cambiado el consumo de alimentos con AGPI por alimentos procesados con AGS, y también un cambio en la dieta de los animales de los cuales obtenemos nuestros alimentos.

Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en personal hospitalario

Guma M. F., Pico M., Blasi S. N.

Área de Alimentación. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. CABA, Argentina.

Contacto: mfguma@gmail.com

Introducción: las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de muerte en nuestro país y representan una epidemia en aumento. La prevención debe concentrarse en prevenir los factores de riesgo como el tabaquismo, la mala alimentación, falta de actividad física y consumo excesivo de alcohol.

Objetivo: describir la situación de salud y factores de riesgo de ECNT del Personal del Hospital Garrahan que asistió al curso de Alimentación Saludable.

Materiales y método: estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo. Se realizó la encuesta "Situación de salud y factores de riesgo" por autorreporte durante el periodo 2015-2017. La muestra fue de 194 alumnos, donde el 81% fueron mujeres y el 41.2% universitarios. Los datos se analizaron con SPSS 20 para Windows.

Resultados: el 50.5% de la muestra no fuma. Los hombres realizaron actividad física en los tiempos y días recomendados, con mayor frecuencia que las mujeres (72% vs 57%). Se observó también que a mayor edad se realiza menor actividad física. Con respecto a los alimentos que habitualmente se almuerzan en horario laboral, el 56% los prepara en su casa. Solo el 18% y alrededor del 24% cumplió con las recomendaciones del consumo de verduras y frutas, respectivamente. El consumo de carne vacuna superó la porción recomendada, no así el consumo de pescado. Con respecto al sobreagregado de sal, el 31% siempre o casi siempre lo hace. El 10% consumen gaseosas o jugos comunes más de 2 veces por semana. Las infusiones con azúcar representan el 33.5%. En ambos casos, los mayores consumidores son los hombres. El 70.1% toma de 1 a 4 vasos de agua, y solo el 2.6% más de 8 vasos. La prevalencia de exceso de peso fue del 53.6%. Las enfermedades metabólicas declaradas fueron del 39% entre las cuales se nombraron hipertensión arterial, colesterol alto y diabetes.

Conclusión: la prevalencia de enfermedades metabólicas declaradas, es menor que la 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), por lo cual, pareciera ser el momento apropiado para la promoción y prevención de las mismas.

Valoración de la ingesta en el paciente hospitalizado: comparación de la estimación visual y el pesaje de alimentos

Barritta R., Bordalejo A., Davalos M., Nadal M., Villar A.

Servicio de Alimentación y Dietoterapia. Hospital Universitario Sede Saavedra del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC).

Contacto: m.davalosmichel@gmail.com

Introducción: la valoración de la ingesta es fundamental en la evaluación y monitoreo nutricional. Si bien el gold standard para valorar la ingesta es el pesaje de alimentos, en el ámbito hospitalario suele utilizarse la estimación visual por ser un método más sencillo. La cantidad de alimento consumido se utiliza para determinar el recuento calórico (RC), el cual es esencial para la toma de decisiones en el soporte nutricional del paciente.

Objetivo: comparar ingesta alimentaria según estimación visual versus ingesta alimentaria según pesaje de alimentos.

Materiales y método: estudio observacional, transversal, de muestreo consecutivo. Se incluyeron adultos hospitalizados en un Hospital Universitario con indicación de RC, de Octubre 2017 a Marzo 2018. Para la ingesta según estimación visual se utilizó una herramienta propia, estimando el porcentaje consumido de cada plato de almuerzos y cenas. Simultáneamente, se determinó la ingesta por pesaje de alimentos, donde el alimento consumido es la diferencia entre alimento servido y peso del sobrante.

Resultados: se incluyeron 67 almuerzos y cenas, observando 285 preparaciones. La cantidad de alimento servido según estimación visual y según pesaje tuvieron una correlación de 0.94 ($p < 0.001$). La ingesta por estimación visual y la ingesta por pesaje presentaron una correlación de 0.86 ($p < 0.001$). Al establecer una comparación utilizando el test de t, entre las calorías consumidas según ambos métodos se encontró una diferencia significativa ($p = 0,003$), donde la observación visual sobreestimaría la ingesta del paciente (promedio 103.4 ± 103.9 calorías consumidas según estimación visual vs. 94.55 ± 97.76 calorías según pesaje). Si se realiza la misma comparación tomando solo la categoría plato principal las diferencias no son significativas entre ambos métodos.

Conclusión: por su buena correlación con el pesaje, la estimación visual de la ingesta sería un método aceptable para la determinación del RC en pacientes hospitalizados. Las diferencias observadas no tendrían magnitud suficiente para influir en la toma de decisiones nutricionales.

Alimentación en el adulto mayor con demencia: Intervenciones y estrategias para mejorar el estado nutricional

Bogoslavsky S., Batista ML., Chocca A., Gluckselig S., Miranda A., Poch C.

Fundación Nuevo Hogar Ledor Vador

Contacto: licamiranda@hotmail.com

Introducción: la demencia es un síndrome que implica el deterioro progresivo de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. A nivel mundial es una de las principales causas de discapacidad y dependencia en el adulto mayor, teniendo un fuerte impacto psicológico y económico para los cuidadores y la salud pública. Es importante reconocer el comportamiento alimentario según el estado evolutivo de la enfermedad con el fin de implementar estrategias que mejoren el estado nutricional y la calidad de vida.

Objetivos: reconocer las conductas y dificultades en el momento de las ingestas para diseñar estrategias alimentarias y asistenciales con el fin de lograr una alimentación adecuada. Brindar herramientas a familiares, cuidadores, hospitales y otras instituciones de salud para mejorar la alimentación.

Desarrollo: en los sectores con mayor prevalencia de demencia en una institución geriátrica de referencia, se tuvo como fin identificar las conductas y alteraciones funcionales que repercutían de manera negativa en la ingesta de alimentos. Se registraron las estrategias alimentarias utilizadas hasta el momento para el abordaje de esta problemática. Se elaboró una guía con estrategias para el abordaje nutricional del adulto mayor con demencia según las alteraciones funcionales y conductuales categorizados de la siguiente manera: agnosia, falta de atención, comportamientos negativos, apraxia y disfagia.

Conclusión: los adultos mayores con demencia presentan comportamientos que ponen en riesgo tanto su estado nutricional como su calidad de vida. Se requerirá un seguimiento dinámico e interdisciplinario para poder determinar qué intervenciones implementar acorde a la evolución de la enfermedad.

Alimentación en pacientes con parálisis cerebral: ¿Cubren sus requerimientos nutricionales?

Romasco P., Masci C., Anfolisi M.,

Hospital General de Agudos "Juan. A. Fernández", CABA, Argentina.

Contacto: *paujr@live.com.ar*

Introducción: la parálisis cerebral (PC) es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes en la edad pediátrica. La presencia de dificultades en la alimentación, como disfagia, sialorrea y reflujo gastroesofágico, se asocian a alteraciones del crecimiento lineal, desnutrición, sobrepeso u obesidad, déficit de micronutrientes, osteopenia y osteoporosis. La evaluación y el tratamiento del estado nutricional son fundamentales y deben establecerse como parte integral de su tratamiento.

Objetivos: estimar la prevalencia de ingesta calórica inadecuada tanto por déficit como por exceso y la prevalencia de ingesta inadecuada de proteínas, calcio y fibra en pacientes con parálisis cerebral.

Materiales y método: diseño descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. Se incluyeron 18 pacientes de 2 a 20 años con diagnóstico de parálisis cerebral que se alimenten por vía oral. Las variables en estudio fueron la ingesta inadecuada de calorías, proteínas, calcio y fibra, evaluadas según el porcentaje de adecuación a los requerimientos. Para el análisis de macro y micronutrientes se aplicaron registros alimentarios de 3 días. Se evaluó su estado nutricional en base a las tablas específicas para la patología.

Resultados: la ingesta calórica inadecuada por déficit presentó una prevalencia del 5,6%, mientras que la inadecuación por exceso fue del 89%. El 100% de los individuos presentó un consumo de proteínas adecuado a sus requerimientos. La ingesta inadecuada de calcio presentó una prevalencia del 33,33% y la ingesta inadecuada de fibra presentó una prevalencia del 61,11%.

Conclusiones: el único nutriente que no presentó inadecuación fueron las proteínas. La ingesta calórica inadecuada por exceso y la ingesta inadecuada de fibra presentaron mayor prevalencia. La ingesta inadecuada de calcio fue menor, no obstante se presentaron casos.

Prevalencia del riesgo de desnutrición mediante una herramienta de screening al ingreso hospitalario de una institución de agudos

*Chiappara M.A., De la Rúa N., Emanuele C., García V., Navarro M.F.,
Waidelich P.*

Hospital de Agudos Carlos G. Durand.

Contacto: *magustinachiappara@gmail.com*

Introducción: la atención nutricional es un derecho y debe recibirla todo paciente que ingrese a una institución hospitalaria. El primer paso para la evaluación nutricional es la implementación de una herramienta de cribado que permita detectar los pacientes en riesgo de desnutrición. La ESPEN recomienda utilizar el Nutritional Screening Score (NRS-2002) dentro de las primeras 48hs.

Objetivos: Identificar la prevalencia de riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario mediante un método de screening nutricional; clasificar el riesgo de desnutrición según edad, sexo y patología.

Materiales y método: estudio analítico y transversal, con 798 pacientes que ingresaron al Hospital Durand durante junio a noviembre del 2017. Se utilizó NRS-2002; criterios de exclusión: edad <18 años, embarazadas y puérperas. Evaluaciones realizadas posteriores a las 48hs de ingreso.

Resultados: la muestra quedó conformada por un 51% (n=407) de mujeres y un 49% de hombres (media de edad: 54,1 años). Dividiendo la muestra según grupo etario, el 30% (n=238) fueron mayores de 65 años. La prevalencia de riesgo de desnutrición encontrada según NRS-2002 fue de 21% (n=166). Se observó que, a mayor edad, mayor prevalencia de riesgo de desnutrición ($p < 0,000001$). Las patologías que presentaron mayor prevalencia de riesgo de desnutrición fueron las digestivas (n=31) y las oncológicas (n=23) con un 19% y 14% respectivamente.

Conclusiones: uno de cada cinco pacientes que ingresa al hospital se encuentra en riesgo de desnutrición. Detectar de forma precoz este riesgo permitiría disminuir la estancia y costos hospitalarios y la incidencia de complicaciones. Se resalta la importancia de protocolizar y sistematizar el cribado nutricional al ingreso, para poder focalizar la intervención en aquellos pacientes que más se beneficiarían de un tratamiento nutricional oportuno.

Características de la alimentación del paciente oncológico en cuidados paliativos

Anfolisi M., González F., Gusenko T.

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. Buenos Aires. Argentina.

Contacto: *tatigusenko@gmail.com*

Introducción: son escasos los estudios acerca de las características alimentarias del paciente oncológico en cuidados paliativos. Un análisis detallado podría proveer información de utilidad para la realización de intervenciones nutricionales efectivas.

Objetivos: describir las características alimentarias del paciente oncológico en cuidados paliativos.

Materiales y método: estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal. La muestra fue de 50 pacientes que asistieron al consultorio externo de oncología del Hospital Fernández, entre noviembre del 2017 y febrero del 2018. Los datos se obtuvieron de cuestionarios estandarizados. La variable en estudio fue características alimentarias medida mediante los siguientes parámetros: comidas diarias, presencia de apetito, sentimiento de presión y dificultades a la hora de comer, máxima consistencia tolerada, temperatura mejor aceptada, sabor de preferencia, preferencias alimentarias actuales, incorporación y eliminación de alimentos, realización de dieta específica, propiedades especiales de los alimentos, consumo de suplementos nutricionales orales, persona encargada de la preparación de los alimentos, compañía, asistencia, lugar y posición al comer.

Resultados: el 52% (IC95% 37,57-66,11) tiene apetito. El 62% (IC95% 47,16-75,00) no siente presión para comer. El 80% (IC95% 65,85-89,49) tiene dificultades a la hora de comer, destacándose la saciedad precoz (56% IC95% 41,35-69,73). El 58% (IC95% 43,26-71,51) eliminó alimentos a partir del diagnóstico, el principal motivo fue por indicación médica/profesional (54% IC95% 35,98-73,04). El 32% (IC95% 19,92-46,83) consume suplementos nutricionales orales, la mayoría lo hace por indicación médica/nutricional (88% IC95% 61,06-98,44) y el 94% (IC95% 68,45-99,84) acepta sus características organolépticas.

Conclusión: la alimentación del paciente en cuidados paliativos debe ser individualizada para realizar recomendaciones nutricionales adecuadas.

Estado nutricional y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve

Yudi M., Medin R., Iturry M.

Hospital Dr. Abel Zubizarreta. C.A.B.A., Argentina.

Contacto: *marianayudi@hotmail.com*

Introducción: el deterioro cognitivo leve (DCL) tienen gran impacto sobre la calidad de vida (CV) de los adultos mayores y suele ocasionar cambios alimentarios convirtiéndolos en un grupo de riesgo nutricional. El estado nutricional inadecuado contribuye al incremento de complicaciones, compromete su estado funcional, mental y su CV.

Objetivos: 1) Describir el estado nutricional utilizando el Índice de masa corporal y el mini nutritional assessment (IMC y MNA); 2) describir la calidad de vida; 3) estimar el grado de correlación entre el estado nutricional y la calidad de vida en los pacientes adultos mayores con DCL.

Materiales y Método: estudio prospectivo, observacional, transversal, descriptivo para objetivos 1 y 2, y de correlación para el objetivo 3. Se tomó una muestra consecutiva, no aleatoria, por conveniencia, de 84 pacientes ambulatorios, mayores de 60 años con DCL, entre noviembre de 2015 y julio de 2017. Todos los participantes brindaron su consentimiento informado y se aplicaron herramientas para evaluar el estado nutricional y CV. Además, se registró: edad, sexo, estado civil, convivencia, consumo de tabaco y alcohol, actividad física, y antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipemia para caracterizar la muestra.

Resultados: 1- El estado nutricional fue normal en un 70% y con riesgo de malnutrición en un 30% utilizando el MNA. Según el IMC, el 42% tuvo estado nutricional normal, 26% sobrepeso, 15% obesidad grado I, 7% obesidad grado II, 5% peso insuficiente, 4% obesidad grado III y 1% desnutrición leve.

3- La CV fue media para un 70%, alta para un 18% y baja para un 12%.

4- No se halló una correlación significativa entre el estado nutricional y la CV ($r = -0,116$; $p = 0,295$).

Consumo de grasas y aceites importantes para el desarrollo del sistema nervioso central en niños de 6 a 24 meses

Ruben M.M., Cabreriso M.S., Sosa Minetti M.J., Sanchez Miozzo B., Arribas A.

Universidad del Centro Educativo Latinoamericano

Contacto: *mruben@ucel.edu.ar*

Introducción: durante los primeros dos años de vida, la grasa debe ser vista también en su función estructural, pues provee los ácidos grasos y el colesterol necesario para formar membranas celulares en todos los órganos. Más aún, órganos importantes como son la retina del ojo y el sistema nervioso central (SNC) están constituidos predominantemente por grasas.

Objetivos: evaluar la ingesta de grasas y colesterol indispensables para el desarrollo del sistema nervioso central

Materiales y método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se evaluaron 257 niños de 7 centros de atención primaria de la salud.

Las variables en estudio fueron: ingesta de grasas totales de la dieta, ingesta de ácidos grasos saturados, poliinsaturados, ácido docosahexaenoico (DHA) y colesterol. La evaluación del consumo se definió como adecuación según las recomendaciones nutricionales.

Resultados: de los 257 niños encuestados solo el 24% tuvo una ingesta de lípidos adecuada, 42% insuficiente y 34% excesivo. En todos, el consumo de grasas saturadas fue superior al 10% del valor calórico total. Un 52% consumió cantidades excesivas de ácidos grasos poliinsaturados. Ninguno tuvo una ingesta de DHA adecuada. Sólo 5% presentaron un consumo de colesterol por encima de 300 mg/día.

Conclusión: los resultados demostraron que el consumo de grasas importantes para el desarrollo del SNC no fue adecuado ni en cantidad ni en calidad. Por lo dicho resulta fundamental educar acerca de los beneficios de una ingesta adecuada y sobre la correcta selección de las grasas en base a la calidad de las mismas, a los fines de prevenir carencias nutricionales en períodos trascendentales de crecimiento y desarrollo.

Estudio del impacto de una merienda rica en proteínas sobre la compulsión glucídica en mujeres adultas

Rossi M.L., Belén L., Fernández Y., Gobeá Alcoba A., Martinelli L., Pibuel M.J., Torresani M.E.

Cátedra de Dietoterapia del adulto, Escuela de Nutrición, Universidad de Buenos Aires.

Contacto: *m laurossi2003@yahoo.com.ar*

Introducción: dentro de los trastornos de la conducta alimentaria no específicos se incluye el Síndrome del Picoteo Compulsivo, que se define como un deseo intenso e irrefrenable por una sustancia en particular. Cuando está orientado a los hidratos de carbono, se denomina compulsión glucídica. La evidencia demuestra que el consumo de alimentos con alto contenido de proteínas podría constituir una estrategia dietética efectiva para reducir el apetito y la compulsión glucídica.

Objetivo: evaluar el efecto de una merienda rica en proteínas sobre la compulsión glucídica en mujeres adultas.

Materiales y método: estudio longitudinal cuasi-experimental en muestra voluntaria de mujeres de entre 25 y 60 años, residentes de Ciudad Autónoma y Provincia de Buenos Aires, durante Agosto y Septiembre de 2017. Variable dependiente: compulsión glucídica, puntuada a través del Food Craving Questionnaire-trait (FCQ-T). Variables independientes: estado nutricional, estilo de vida, momento biológico, hábitos alimentarios e implementación de una merienda hiperproteica. La intervención consistió en realizar una merienda hiperproteica 7 días consecutivos comparando luego los puntajes obtenidos en el FCQ-T pre y post intervención. El análisis estadístico fue realizado con SPSS 23.0 (SPSS Inc.Chicago, IL) para Windows. El nivel de significación estadístico se fijó en $p < 0,05$.

Resultados: la muestra final quedó conformada por 72 mujeres con una edad promedio de $37,9 \pm 11,6$ años siendo la mayoría de ellas premenopáusicas, con estado nutricional adecuado según Índice de Masa Corporal (IMC) y riesgo cardiometabólico aumentado o muy aumentado según Circunferencia de Cintura (CC). El puntaje del FCQ-T pre y post intervención disminuyó en el 81,9% de las encuestadas. La media de la diferencia entre estos fue de 11,4 (DS=13,9), siendo esta diferencia estadísticamente significativa para el total de la muestra ($p < 0,00$).

Conclusiones: la merienda hiperproteica resultó una estrategia eficaz en la reducción de la compulsión glucídica.

Evaluación de la adecuación calórica y proteica en el paciente crítico según puntaje Nutric Score

Adaglio J., Lema R., Mithieux V., Rey L., González G.

Hospital General de Agudos "Juan. A. Fernández", CABA, Argentina

Contacto: *rociolema@hotmail.com*

Introducción: el NUTRIC Score es un método de tamizaje validado para pacientes críticos. Permite conocer aquellos sujetos que se beneficiarían con la implementación de nutrición enteral agresiva. Debido a la importancia de administración de alimentación enteral adecuada en pacientes críticos, es fundamental conocer si existe déficit calórico y proteico en el paciente crítico con NUTRIC Score alto comparado con aquellos con NUTRIC Score bajo.

Objetivos: establecer si existe diferencia en el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el inicio de la nutrición enteral, en el balance calórico y proteico y los porcentajes de adecuación a los requerimientos, en pacientes con NUTRIC Score alto en comparación con los pacientes con NUTRIC Score bajo.

Materiales y método: diseño comparativo a muestras independientes, observacional, transversal y prospectivo, realizado durante Mayo a Agosto 2017. Se incluyeron 36 pacientes críticos mecánicamente ventilados. La variable independiente fue puntaje NUTRIC Score y las dependientes tiempo de inicio de la alimentación, balance calórico, balance proteico, adecuación al requerimiento calórico y al requerimiento proteico. Los datos se volcaron en una base de datos(Excel 2010) y fueron analizados empleando el paquete estadístico SPSS. Se utilizó la prueba de U Mann-Whitney (U).

Resultados: no se halló asociación estadísticamente significativa entre los pacientes con NUTRIC Score alto y bajo en cuanto a las medianas del tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el inicio de la alimentación enteral (U:123.5; p:0,228), de los balances calóricos (U:161; p:0.987), proteicos (U:150; p:0,727) y de los porcentajes de adecuación al requerimiento calórico (U:153; p:0.788) y proteico (U:134 p:0,384).

Conclusión: no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a las variables en estudio. Se observa mayor tendencia a demorar más el inicio de la alimentación enteral y menor adecuación a los requerimientos en los pacientes con puntuación Alta en comparación con aquellos con puntuación Baja.

Evaluación del potencial inflamatorio de la dieta en pacientes con normopeso, sobrepeso y obesidad de la provincia de Mendoza

Asus N.(1,2), Luna C.(2,3), Diaz J.(2,4), Sosa P.(2), Petkovic E.(2), Salomon S.(5)

(1)Hospital Universitario. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. Argentina. (2)Facultad de Ciencias de la Nutrición. Universidad Juan Agustín Maza. Mendoza. Argentina. (3)Hospital Santa Isabel de Hungría. Mendoza. Argentina. (4)Hospital Luis C. Lagomaggiore. Mendoza. Argentina. (5)Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. Argentina.

Contacto: *estefi_petkovic@hotmail.com*

Introducción: el índice inflamatorio de la dieta (IID) es una nueva herramienta para evaluar el potencial inflamatorio de la dieta, presentando valores negativos cuando es anti-inflamatoria y positivo cuando es pro-inflamatoria.

Objetivos: determinar el IID y analizar la relación entre la ingesta de nutrientes y el IID, el IID e IMC, circunferencia de cintura (CC) y de cuello (Ccu).

Material y Método: estudio piloto protocolizado, descriptivo, observacional y correlacional. Se realizó recordatorio de 24 hs y se calculó IID. Evaluación del estado nutricional mediante medidas antropométricas. Método estadístico: medidas de tendencia central y correlación bivariada de Pearson. Se consideraron significativos $p < 0,05$.

Resultados: se incluyeron 72 pacientes, 20,84% (IC95% 12,16-32,02) presentó IMC 18,5 a 24,9 kg/m²; 31,94% (IC95% 21,44-43,99) 25 a 29,9 kg/m² y 47,22% (IC95% 35,33-59,35) > 30 kg/m². El promedio de CC fué $90,03 \pm 14,70$ cm y Ccu $34,21 \pm 3,81$ cm. La media del IID fue $2,06 \pm 1,76$ (rango -3,43 a 4,52). No se encontró relación entre IID y IMC ($r = 0,121$; $p = 0,313$); ni con CC ($r = -0,012$; $p = 0,922$) y Ccu ($r = 0,013$; $p = 0,912$). La fibra se correlacionó inversamente con IID ($r = -0,791$; $p < 0,001$); al igual que los ácidos grasos poliinsaturados ($r = -0,469$; $p < 0,001$), omega 6 ($r = -0,447$; $p < 0,001$), omega 3 ($r = -0,241$; $p = 0,041$), vitamina C ($r = -0,394$; $p = 0,001$), B1 ($r = -0,354$; $p = 0,002$), B2 ($r = -0,541$; $p < 0,001$), B3 ($r = -0,298$; $p = 0,011$), B6 ($r = -0,715$; $p < 0,001$), B9 ($r = -0,667$; $p < 0,001$), B12 ($r = -0,370$; $p = 0,001$), A ($r = -0,337$; $p = 0,004$); D ($r = -0,440$; $p < 0,001$), β -carotenos ($r = -0,615$; $p < 0,001$), calcio ($r = -0,252$; $p = 0,033$) y magnesio ($r = -0,685$; $p < 0,001$). No se observó relación con la ingesta de energía, hidratos carbono, proteínas, grasas, ácidos grasos saturados, trans y colesterol.

Conclusión: los pacientes incluidos en este estudio presentan una alimentación con características pro-inflamatorias. El IID no se asoció con el IMC, CC y Ccu, existiendo una relación inversa con la ingesta de fibra, ácidos grasos poliinsaturados, vitamina C, A, D, algunas del complejo B y magnesio.

Evaluación del soporte nutricional oportuno en pacientes en riesgo nutricional internados en el Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana.

Carnicelli F.,(1) Temprano M.P.(1), Amiano P.(1)(2)

(1) Universidad Abierta Interamericana. (2) Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana

Introducción: la elevada prevalencia de desnutrición intrahospitalaria en los Servicios de Salud se incrementó en los últimos años. Un 30% a un 50% de los pacientes hospitalizados presenta desnutrición, en conjunto con una inadecuada implementación del soporte nutricional oportuno. Como consecuencia de esta situación, se observa un aumento del riesgo de morbi-mortalidad, de la estadía hospitalaria, del riesgo de infección, disminuyendo así la calidad de vida del paciente con un impacto negativo en la salud pública.

Objetivos: conocer si los pacientes en riesgo nutricional internados en el Hospital Universitario de Universidad Abierta Interamericana reciben soporte nutricional oportuno.

Materiales y Método: estudio observacional, prospectivo y de corte transversal. Se incorporaron todos los pacientes adultos de ambos sexos en riesgo nutricional con una estadía hospitalaria mayor a 72 horas en forma consecutiva desde noviembre 2017 hasta febrero 2018, con previa firma del consentimiento informado. En el momento de la admisión, a todos los pacientes en riesgo nutricional se les realizó una valoración nutricional subjetiva (VGS), un recordatorio alimentario de 24 horas, un cálculo de los requerimientos nutricionales y se evaluó la implementación del soporte nutricional.

Resultados: se enrolaron 89 pacientes hospitalizados en riesgo nutricional con una mediana de edad de 73 años (rango: 19-97) de los cuales 43 fueron mujeres y 46 hombres, con una mediana de internación de 12 días (rango: 3-80). Según la VGS, el 87% de los pacientes presentaban algún grado de desnutrición. Al evaluar la ingesta calórica-proteica se observó que ningún paciente cubría sus requerimientos por vía oral. Del total de los individuos solo recibieron soporte nutricional oportuno 26 pacientes (29%). Mientras que 36 pacientes (40,5%) recibieron soporte nutricional tardío y 27 pacientes (30,5%) no recibieron soporte nutricional.

Conclusión: a partir de esta investigación, podemos corroborar que las cifras de desnutrición intrahospitalaria son elevadas y la implementación del soporte nutricional no es oportuno. Por lo tanto, esta problemática exige la intervención de profesionales calificados cuyas especialidades sean complementarias con el objetivo de detectar el riesgo nutricional en forma temprana e implementar un soporte nutricional oportuno y efectivo.

Factores de riesgo nutricionales relacionados al síndrome metabólico en sujetos adultos con litiasis vesicular y/o hígado graso no alcohólico

Olivero L.(1), Temprano MP(1), Basso S.(2), González A.(1)

(1)Departamento de Alimentación del Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo. (2)Servicio de Páncreas del Departamento de Clínica del Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo.

Introducción: una alimentación no saludable, la vida sedentaria y el aumento de las cifras de sobrepeso u obesidad repercuten en la aparición, cada vez más frecuente de patologías digestivas como la litiasis vesicular (LV) y el hígado graso no alcohólico (HGNA), que se asocian al síndrome metabólico (SM). La evidencia científica orienta más al abordaje clínico-médico del SM en su aspecto digestivo, resultando escasa respecto a la asociación de los factores de riesgo nutricionales y la aparición de dichas patologías de carácter digestivo, altamente prevalentes a nivel mundial.

Objetivo: evaluar los factores de riesgo nutricionales relacionados con el SM (a través de la evaluación de la insulino-resistencia (IR) y del perfil lipídico) en sujetos adultos con LV y/o HGNA, relacionando la ingesta alimentaria, el estado nutricional y la actividad física actual con su evolución en los últimos años, y compararlos con estándares de referencia.

Materiales y método: estudio observacional, prospectivo y de corte transversal. Se ingresaron pacientes con diagnóstico de LV, HGNA y/o ambos en forma consecutiva desde mayo de 2015 hasta mayo de 2016. A todos los pacientes se les realizó valoración del estado nutricional (peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura), se les realizó un cuestionario de frecuencia de consumo y se les solicitó un laboratorio específico para evaluar la insulino-resistencia (IR) y el perfil lipídico.

Resultados: se enrolaron un total de 63 pacientes con diagnóstico de LV y/o HGNA con una mediana de edad de 42 años (rango: 18-69) de los cuales 35 eran mujeres y 28 eran hombres. Del total de los pacientes, el 76,19% (n=48) tenía diagnóstico de LV; el 19,04% (n=12) de LV e HGNA y sólo el 4,76% (n=3) tenía diagnóstico de HGNA. Respecto al IMC, el 42,8% presentó sobrepeso y un 36,49%, obesidad. Un 28,57% de los pacientes presentó una ingesta calórica superior a las 4000 kcal y un 96,8% de la muestra superó el 30% de la distribución porcentual de grasas. El total de los pacientes mantenía este perfil alimentario por más de 5 años. Sólo el 23,8% manifestó realizar algún tipo de actividad física al momento de la encuesta. El 100% de los pacientes tenían alterado algún componente del perfil lipídico, y respecto a la IR, sólo el 20,75% presentó alteración del índice HOMA.

Conclusión: la alteración del peso y del perfil lipídico de los pacientes con LV y/o HGNA se correlaciona con un estilo de vida sedentario y con un patrón alimentario representado por una ingesta calórica elevada, desequilibrada y con elevado aporte de grasas, a lo largo de los años, pero no así con la IR.

Grado de conocimiento sobre hipoglucemia en una población adulta con diabetes mellitus

Hofbauer M. V., Tello S., Mayo S., García Fernández M. I., Ruiz L. M.

Centro Gallego de Buenos Aires. Bs. As., Argentina.

Contacto: victoria.hofbauer@hotmail.com

Introducción: la hipoglucemia es la complicación aguda más frecuente del tratamiento de la Diabetes Mellitus (DM). Está asociada al incremento de la morbimortalidad y de los costos en salud. Una de las técnicas más eficaces para su prevención es la educación del paciente. Esto conduce a mejorar el autocuidado y disminuir los episodios. Sin embargo se ha detectado en las consultas médico-nutricionales una falta de conocimientos sobre esta problemática.

Objetivos: determinar el grado de conocimiento sobre hipoglucemia de los pacientes con diabetes abordando 5 dimensiones: conceptos generales, sintomatología, factores predisponentes, tratamiento y prevención e impacto. Evaluar la asociación entre dicho conocimiento y variables sociodemográficas y factores relacionados con la enfermedad.

Materiales y método: estudio observacional, descriptivo y transversal realizado entre Septiembre 2017 y Febrero 2018. Se registró mediante encuesta: edad, sexo, nivel máximo de educación alcanzada, tipo de DM, tratamiento y tiempo de evolución; asistencia y frecuencia a control diabetológico y nutricional; educación previa sobre hipoglucemia y su conocimiento en 5 dimensiones.

Resultados: la muestra quedó conformada por 125 personas. El 86,4% eran mayores de 60 años, el nivel de instrucción máximo alcanzado más frecuente fue primario completo, el 95,2% eran diabéticos tipo 2 y el 63,2% utilizaba antidiabéticos orales exclusivamente. El 84% asiste a la consulta médica al menos una vez al año y sólo el 30,6% a la nutricional. El 57,6% no recibió educación previa. Solo el 33,6% presentó un conocimiento adecuado sobre hipoglucemia. Se asoció de manera positiva con el conocimiento global de hipoglucemia: tener menos de 75 años, un nivel educativo máximo alcanzado superior, ser diabético tipo 1, el tratamiento con insulina, concurrir al control médico y contar con información previa sobre hipoglucemia.

Conclusiones: existe un déficit importante de conocimiento sobre hipoglucemia, principalmente en su sintomatología, factores predisponentes e impacto.

Implicancias de la alimentación en el trastorno del espectro autista

Adaglio J.(1), Toja M.(2), Pico M.(3)

(1)Hospital Gral. De Agudos "Dr. Juan A. Fernández". (2)Hospital Gral. De Agudos "Dr. Cosme Argerich". (3)Hospital de Pediatría S.A.M.I.C."Prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Contacto: julietaadaglio@gmail.com

Introducción: en los últimos años se ha incrementado la prevalencia del trastorno del espectro autista (TEA). Esta situación ha despertado interés por investigar el papel de la microbiota intestinal como factor etiológico y las modificaciones alimentarias como terapia complementaria y alternativa (CAM) del trastorno debido a la falta de cura del mismo.

Objetivos: definir el TEA. Describir la epidemiología, características y mecanismos fisiopatológicos involucrados en el TEA. Describir los enfoques dietéticos actuales para abordar el TEA y su impacto en la salud. Describir la percepción de los padres en cuanto a la efectividad de las terapias dietéticas.

Desarrollo: el TEA es un trastorno heterogéneo del neurodesarrollo diagnosticado por el DMS-5. La prevalencia actual se estima en 1 cada 68 niños. Su etiología es desconocida, pero se cree que es multifactorial, con factores genéticos y ambientales implicados. La microbiota intestinal surgió como probable factor asociado en los últimos años. Debido a la falta de cura, es frecuente la utilización de terapias CAM, destacándose la dieta libre de gluten y caseína, la suplementación con probióticos y con ácidos grasos omega-3 como las más utilizadas. La evidencia científica acerca de la efectividad y seguridad de las mismas es contradictoria y no concluyente. Sin embargo, los padres las perciben en su mayoría como tratamientos efectivos.

Conclusión: los enfoques dietéticos han emergido como tratamiento no convencional del TEA. Se requieren estudios con mejor diseño metodológico para garantizar su seguridad y efectividad. Resulta fundamental la intervención nutricional para asesorar a los padres que decidan implementar dichas terapias y evitar desbalances nutricionales.

Sarcopenia preoperatoria: Relación con la estancia hospitalaria y complicaciones postquirúrgicas

Lema R.(1), Del Giudice I.(2), Gadze A.(2)

1Hospital General de Agudos "Juan. A. Fernández", CABA, Argentina. 2Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano", CABA, Argentina.

Introducción: la sarcopenia es un síndrome que se caracteriza por una pérdida gradual y generalizada de la masa y función muscular. Gran parte de la bibliografía relaciona la presencia de sarcopenia prequirúrgica con una mayor morbilidad posterior a la intervención. Al tratarse de un factor potencialmente modificable, y dado que la cirugía representa una injuria que puede comprometer la evolución del paciente, es importante evaluar la existencia de asociación entre la sarcopenia preoperatoria, la estancia hospitalaria, y las posibles complicaciones que impacten en los resultados postquirúrgicos del paciente.

Objetivos: establecer si existe asociación entre la presencia de sarcopenia preoperatoria y la estancia hospitalaria y las complicaciones postquirúrgicas.

Materiales y método: estudio descriptivo, observacional, comparativo a muestras independientes, longitudinal y prospectivo. Los datos recolectados se volcaron en una base de datos (Microsoft Excel 2013) y fueron analizados empleando el paquete estadístico SPSS. La variable independiente en estudio fue la presencia de sarcopenia (medida con circunferencia media muscular del brazo, dinamometría y velocidad de la marcha) y las dependientes incluyeron la estancia hospitalaria, complicaciones médicas y complicaciones quirúrgicas postoperatorias. La muestra quedó conformada por 100 pacientes internados en la sala de Cirugía del Hospital B. Udaondo durante el período de enero y febrero de 2018.

Resultados: se evidenció una prevalencia de sarcopenia del 31% en el total de la muestra. No se halló asociación estadísticamente significativa entre la presencia de sarcopenia preoperatoria y el aumento de la estancia hospitalaria ($p=0,067$), el incremento en la incidencia de complicaciones médicas ($p=0,338$) y quirúrgicas ($p=0,681$) posteriores a la cirugía.

Conclusión: no se halló asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Sin embargo, se observó una tendencia a presentar mayor estancia hospitalaria en grupo de pacientes con sarcopenia prequirúrgica.

Desnutrición y requerimiento de soporte nutricional en pacientes oncológicos

Niño C., Echevarría C.

Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Contacto: *cnino@favaloro.org*

Introducción: la desnutrición en pacientes oncológicos condiciona la respuesta y toxicidad del tratamiento y la calidad de vida. El soporte nutricional es una estrategia que permite mejorar el aporte calórico-proteico. El seguimiento nutricional permite identificar pacientes que requieren modificar la intervención nutricional inicial.

Objetivo: evaluar prevalencia de desnutrición y requerimiento de soporte nutricional en pacientes que realizan tratamiento oncológico de quimioterapia, radioterapia y/o cirugía.

Materiales y Método: estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal. Muestra: pacientes adultos con patología oncológica, derivados a consulta nutricional especializada en oncología entre febrero 2011 y junio 2018, en único centro. Variables analizadas: estado nutricional según valoración global subjetiva (VGS), pérdida de peso, intervención nutricional en la primera consulta y controles sucesivos. Los datos fueron analizados con SPSS 15.0.

Resultados: la muestra estuvo conformada por 427 pacientes. La edad media fue 61.8 años, 63% de sexo masculino. Los tumores digestivos fueron los más prevalentes (77%). Según VGS, el 48.2% sufría desnutrición moderada-severa. El 53% presentaba pérdida de peso mayor al 5%. La prevalencia de desnutrición fue mayor en el subgrupo de pacientes con cáncer esofago-gástrico (51.1%) y menor en el de cáncer de mama (18%). La intervención realizada en la primera consulta fue consejería nutricional en el 61% de los pacientes. Del 39% que requirió soporte nutricional, 75% fue suplementación oral y 25% nutrición enteral. En controles ulteriores, 1 de cada 3 requirió modificar la intervención inicial para cubrir requerimiento calórico-proteico. El 50% comenzó suplementación oral, 41.6% nutrición enteral y 8.4% combinación de ambos. De los pacientes bien nutridos 57.4% requirió soporte nutricional.

Conclusión: la desnutrición en pacientes oncológicos es altamente prevalente. El requerimiento de soporte nutricional es elevado y su indicación aumenta durante el seguimiento. El tratamiento nutricional y el monitoreo debe formar parte de la atención interdisciplinaria.

Tamizaje de factores de riesgo cardiovascular en adultos que asisten al Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”, 2017.

Dra. Cianfagna D., Lic. Freijo S., Dra. García C., Lic. Rainieri D., Sotelo M., Dra. Walter M.

Introducción: la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ha ido en incremento desde el 2005 hasta la actualidad según los resultados de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del Ministerio de Salud. Dentro de las condiciones más prevalentes se hayan la diabetes (DBT), la hipertensión arterial (HTA), el sobrepeso/ obesidad (SP/Ob) e inactividad física.

Objetivos: estimar la prevalencia de DBT, HTA, TBQ, SP/Ob e inactividad física en adultos que asisten al HGAF; identificar la proporción de la población que presenta ninguno, 1, 2 o 3 o más FRCV.

Materiales y método: estudio descriptivo, observacional, transversal, en una muestra no probabilística de adultos de ambos sexos que asisten al HJAF. Los datos fueron recolectados durante Mayo de 2017 en la entrada del Hospital. Se aplicó una encuesta de diseño propio con preguntas abiertas y cerradas mediante entrevistador entrenado, y se realizaron mediciones antropométricas y de presión arterial. Se calcularon medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias relativas e IC 95% mediante Excel y VCCStat 3.0 beta.

Resultados: muestra de 1109 adultos con una edad mediana de 55 años (18-92) y 64,4% de mujeres. La prevalencia de FRCV fue: DBT 12,0% (IC95% 10,2-14,1), HTA 50,9% (IC95% 47,9-53,8), TBQ 14,1% (IC95% 12,1-16,3), SP/Ob 62,0% (IC95% 59,1-64,9). Aunque sólo el 33,7% se consideró sedentario (IC95% 31,0-36,6), apenas el 19,8% realizaba más de 150 minutos semanales de actividad física (IC95% 17,6-22,3). Sólo el 4,9% (IC 95% 3,7-6,4) no presentó ningún FR; 21,3% presentó 1 único FR (IC95% 18,9-23,8); 35,0% presentó 2 FR (IC95% 32,2-37,9); y 38,9% presentó 3 o más FR (IC95% 36,0-41,8).

Conclusiones: la prevalencia DBT y SP/Ob halladas están en consonancia con los resultados de la ENFR. La mitad de la población presenta HTA, y 8 de cada 10 personas son físicamente inactivas, lo cual es superior a lo reportado a nivel nacional. El TBQ es menos frecuente en comparación con los resultados de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos. Aproximadamente 9 de cada 10 personas presentan al menos 1 FRCV. Esto nos lleva a la reflexión de la importancia de seguir trabajando en el abordaje integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo.

Tamizaje del estado nutricional en adultos que asisten al Hospital General de Agudos “Juan A. Fernández”, 2017.

Lic. Boló M., Dra. Cianfagna D., Lic. Freijo S., Dra. García C., Lic. Ottogalli J., Lic. Rainieri D.

Introducción: el sobrepeso y la obesidad son actualmente problemas de salud pública local y mundial. La última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo reveló una prevalencia de exceso de peso entre adultos de 57,9%, correspondiendo el 20,8% a obesidad, ambos indicadores en ascenso respecto de ediciones previas. Resulta relevante conocer la prevalencia de exceso de peso y otras comorbilidades metabólicas entre adultos que asisten al Hospital “Juan A. Fernández” (HJAF) en relación a la necesidad de reorientación de los servicios de atención.

Objetivos: estimar la prevalencia de sobrepeso/obesidad en adultos que asisten al HGAF; identificar la mediana de índice de masa corporal (IMC) de la población con exceso de peso; determinar si la prevalencia de diabetes (DBT), hipertensión arterial (HTA), tabaquismo (TBQ) e inactividad física (IF) es mayor entre adultos con exceso de peso.

Materiales y método: estudio descriptivo, observacional, transversal, en una muestra no probabilística de adultos de ambos sexos que asisten al HJAF. Los datos fueron recolectados durante Mayo de 2017 en la entrada del Hospital. Se aplicó una encuesta de diseño propio con preguntas abiertas y cerradas mediante entrevistador entrenado, y se realizaron mediciones antropométricas y de tensión arterial. Se calcularon medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias relativas e IC95%. Para las comparaciones se calculó ChiYates con un valor de significación estadística de $p < 0,05$. Se utilizó Excel y VCCStat 3.0 beta.

Resultados: muestra de 1105 adultos con una edad mediana de 55 años (18-92) y 64,5% de mujeres. La prevalencia de exceso de peso fue 62,3% (IC95% 59,3-65,1), correspondiendo 32,1% a obesidad (IC95% 29,4-35,0). La mediana de IMC de la población con exceso de peso fue de 30,1 kg/m² (IC95% 29,8-30,5; rango intercuartílico 27,8–33,4). Las prevalencias de HTA (detectada y referida), DBT y TBQ referidas fueron mayores entre las personas con exceso de peso que entre sujetos sin exceso de peso, en forma estadísticamente significativa (ChiYates = 40,03; $p = 0,000$; ChiYates = 10,98; $p = 0,0009$; y ChiYates = 4,56; $p = 0,0327$, respectivamente).

Conclusiones: el exceso de peso afecta aproximadamente a 2/3 de los adultos encuestados. Tanto el SP como la OB arrojaron porcentajes muy similares en todos los grupos etarios. Los resultados apoyan la hipótesis de que la prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular, como diabetes e HTA, son más frecuentes entre sujetos con exceso de peso. Es fundamental que todo el equipo de salud priorice el abordaje de esta enfermedad trabajando en forma interdisciplinaria, ya que es un problema serio para la Salud Pública y representa el desafío de la Medicina actual.

ÁREA EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Análisis de los trabajos finales de grado dirigidos por la Cátedra de Educación en Nutrición de la Escuela de Nutrición de la UBA.

Paiva M., Giai M., Glukselig S., Graciano A., Langer V., Lucero S., Marcandrés M., Stambullian M., Zanini A., Lema SN.

Cátedra de Educación en Nutrición. Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Contacto: *merce1879@yahoo.com*

Introducción: para graduarse como Licenciados en Nutrición, los estudiantes de la Escuela de Nutrición de la UBA deben realizar un Trabajo Final de Grado (TFG) grupal consistente en investigaciones en diferentes áreas del desempeño profesional. Los TFG del área de Educación Alimentaria Nutricional (EAN) son dirigidos por docentes de la Cátedra de Educación en Nutrición (CaEN).

Objetivos: analizar, describir y difundir las líneas de investigación dirigidas por docentes de la CaEN en los últimos 14 años.

Materiales y métodos:

Estudio descriptivo, de análisis y descripción de TFG dirigidos por la CaEN.

Resultados: de 31 TFG, más de 1/3 realizaron programas de EAN y 1/3 fueron de Nutrición Comunitaria. Según su diseño, más de la mitad de los TFG fueron descriptivos; casi la mitad de los TFG fueron realizados por grupos de 4 estudiantes; 2/3 de los TFG tuvo una directora y el resto fueron codirigidos; a mayor antigüedad de los docentes en la cátedra, mayor cantidad de trabajos dirigidos con una tendencia $y: -1,25+27,6R2:0,94$. La producción por año presentó una tendencia $y: 0,15+03x+1,6061 B2:0,25$ de crecimiento interanual.

Conclusiones: los TFG fueron aumentando en cantidad, calidad y publicación y se caracterizaron por ser descriptivos y en segundo lugar, por el desarrollo de programas de EAN. La capacitación en metodología de la investigación, la realización de la carrera docente y la formación de las directoras (maestrías y doctorados) mejora la calidad de los TFG y facilitarían su publicación.

Evaluación de Talleres destinados a niños y niñas de nivel inicial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Saidman N., Antún M.C., Ferrari M.F., González V., Escasany M.

Dirección General de Desarrollo Saludable- Subsecretaría de Bienestar Ciudadano- Vicejefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Contacto: *nataliasaidman@gmail.com*

Introducción: el programa "Mi Escuela Saludable" (PMES) se desarrolla en escuelas de gestión estatal con el objetivo de promover un ambiente escolar más saludable. En este marco se llevan a cabo talleres destinados a los niños, donde se abordan las siguientes temáticas: Alimentación saludable, hidratación, higiene, vida activa y alimentación y cultura.

En cada taller se realiza una actividad de cierre con el fin de evaluar el cumplimiento del objetivo general de cada encuentro y además se propone un desafío saludable (práctica saludable) cuyo cumplimiento se evalúa a mediano plazo.

Objetivo: relatar la experiencia de evaluación de los talleres destinados a niñas, niños y docentes de nivel inicial participantes del PMES durante 2017.

Desarrollo: se realizaron 288 talleres con participación de 5.093 niños de nivel inicial y 392 docentes. Se observó que en el 93% de los talleres, los niños mostraron interés y en el 81% tuvieron una actitud activa. Respecto a los docentes, los valores fueron similares (90% y 84%, respectivamente). Para la evaluación de Concepto se consideraron las dinámicas de “Memotest”, “Cuento” y “Obra de títeres” en las cuales se evaluó la identificación, por parte de los niños, de la frecuencia de consumo adecuada de alimentos y el cumplimiento del objetivo general. Los resultados obtenidos fueron, respectivamente: 73%, 92% y 70% para la identificación de la frecuencia y 74%, 98% y 56% para el cumplimiento de los objetivos. Por último, el 59% de los Desafíos Saludables planteados se llevaron a cabo durante el mes posterior al encuentro (objetivo a mediano plazo).

Conclusión: los encuentros representan una propuesta atractiva y dinámica para los niños, favoreciendo la incorporación de conceptos y prácticas saludables a través de juegos.

Manos en la masa: el arte culinario como instrumento para educar en hábitos saludables”.

Arribas A, Arriola I, Cabreriso M, Viteritti C.

Asociación Civil Supersaludable.

Contacto: *arribasnut@hotmail.com*

Introducción: el sobrepeso y la obesidad infantil constituyen uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, generando la necesidad de educar en alimentación saludable con estrategias innovadoras que trasciendan lo informativo. Manos en la masa busca acercar el arte culinario permitiendo introducir valores de cooperación, solidaridad, trabajo en equipo, autonomía, diversidad cultural y hábitos alimentarios saludables desde la experimentación, reconocimiento y aprendizaje de nuevos sabores, texturas y aromas de los alimentos.

Objetivo general: generar un espacio de intervención para promocionar hábitos de vida saludables que permitan mejorar la calidad de vida de niños y sus familias.

Objetivos específicos: Que los participantes logren:

- Conocer características de una alimentación saludable enfatizando en variedad y porciones saludables.
- Identificar nuevos sabores, olores, texturas de los alimentos.
- Adquirir autonomía en el manejo de alimentos.
- Aplicar prácticas que garanticen la inocuidad alimentaria.
- Experimentar situaciones que resignifiquen valores como escucha, cooperación, respeto y solidaridad.

Desarrollo: se lleva a cabo desde septiembre de 2016 con talleres de cocina y encuentros lúdicos desarrollados en grupos de 15 niños, utilizando como espacio físico el laboratorio de alimentos de la Universidad del Centro Educativo Latinoamericano. Los destinatarios directos son niños de 6 a 12 años y los indirectos

tos, sus familias. Los ejes temáticos son convivencia y valores, alimentación y técnicas culinarias saludables, cuerpo en movimiento, inocuidad alimentaria y porciones saludables. Durante los encuentros se registran las recetas para la edición de un libro de recetas que llega a los hogares, permitiendo socializar con las familias y lograr mayor implicancia.

Conclusión: manos en la masa es una experiencia participativa e innovadora donde los niños se ponen en acción en pos de su salud.

Experiencia del Programa Cuidemos los Alimentos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Di Paola M., González V., Lava M.P., López M.C., De Ruggiero M., Antún M.C.

Dirección General de Desarrollo Saludable- Subsecretaría de Bienestar Ciudadano- Vicejefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Contacto: melinadipaola@hotmail.com

Introducción: en los hogares porteños se desperdician 26 toneladas de alimentos diariamente, alcanzando un desperdicio anual de 2.9 kg per cápita.

En respuesta a esta problemática, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires creó el Programa Cuidemos los Alimentos para desarrollar acciones que bogan por una alimentación sustentable para la ciudad. Con este fin se formó un comité interministerial integrado por diversas áreas de gobierno y coordinado por la Dirección General de Desarrollo Saludable (DGDS). Como estrategia de abordaje se incluyen acciones y contenidos que abordan el eje desperdicios alimentarios (DA) en sus programas Mi escuela Saludable (MES) y Estaciones Saludables (ES).

Objetivos: describir las acciones de capacitación y comunicación sobre el eje reducción de DA.

Desarrollo: en la tabla 1 se resumen las acciones realizadas durante el primer semestre del 2018. Desde el programa MES se realizaron talleres de sensibilización y capacitación destinados a la comunidad educativa. Desde el programa ES se realizaron charlas sobre la temática y talleres de cocina, asesoramiento sobre la compra en Mercados y talleres de sensibilización en dependencia de gobierno.

Conclusión: las acciones de capacitación y comunicación promueven la concientización y contribuyen al desarrollo de una alimentación más sustentable y a la reducción de las consecuencias sociales, económicas y ambientales del DA.

Tabla 1. Acciones de abordaje sobre el eje reducción del desperdicio de alimentos (DA) desarrolladas desde la DGDS

| Programa | Acción | Población destinataria | Alcance |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Mi escuela saludable | Curso virtual | Comunidad educativa | 66 docentes |
| | Taller | Comunidad educativa | 3 escuelas, 5 grados, 105 alumnos |
| | Taller familias | Comunidad educativa | 2 escuelas: 28 familias |
| Estaciones saludables | Taller de cocina en mercados | Vecinos | 10 talleres - 196 vecinos |
| | Taller de cocina enfermedad celíaca | Vecinos | 9 talleres - 83 vecinos |
| | Charlas | Empleados de gobierno | 6 charlas - 130 personas |
| | Charlas en ES | Vecinos | 45 charlas - 449 vecinos |
| | Actividades al paso | Vecinos | 219 personas |
| | Asesoramiento nutricional | Empleados de gobierno | 324 personas |
| | Charlas | Empleados de gobierno | 5 charlas - 42 personas |
| | Taller | Comunidad educativa | 6 charlas - 90 adolescentes |

Más que recetas sin gluten

Melchiori, MC. (1), Cossani, E. (1), Rivaben, S. (2), Garnier, L. (1), Mostto, S. (3), Rossini, G. (1), Pérez, A. (1), Piaggio, M. (1).

(1)Universidad Nacional de Entre Ríos. Entre Ríos, Argentina. (2)Directora Canal TV - Universidad Nacional de Entre Ríos. Entre Ríos, Argentina. (3)Acela Entre Ríos.

Introducción: el desafío de la comunicación de la ciencia es construir discursos interesantes y rigurosos, mediante estructuras narrativas y argumentativas que sirvan al objetivo de la divulgación de los contenidos científicos producidos en la academia. En los medios audiovisuales universitarios, es imprescindible recurrir, para la divulgación científica, a formatos dinámicos que traduzcan el lenguaje de la ciencia de manera clara y simple de entender, teniendo en cuenta un público heterogéneo e interconectado. Cualquier tema puede ser interesante si el espectador percibe que hay alguna relación con su propia vida. Desde esta mirada se pensó un programa televisivo de cocina para celíacos, donde confluyen respuestas científicas y sociales a las necesidades concretas del día a día de la alimentación de los celíacos.

Objetivos: transformar un desarrollo científico nacido del vínculo con una necesidad concreta de nuestra sociedad en un hecho social a partir de la producción de un programa televisivo de cocina, para difundir recetas y consejos que mejoren la integración del celíaco en la vida cotidiana. Producir un magazine de cocina donde, profesionales vinculados a la problemática celíaca exponen sus saberes y brindan pautas dietéticas específicas del tratamiento alimentario nutricional para la celiaquía.

Desarrollo: se produjo un piloto y 10 guiones de un programa televisivo formato magazine de 30 minutos, en tres bloques, con una conductora (nutricionista) que organiza el programa entre la cocina y una mesa de profesionales invitados. En cada entrega se enseña una receta y se abordan aspectos diferentes de la problemática celíaca.

Conclusión: estamos en la era de la imagen. La comunicación audiovisual, desde cualquier soporte y plataforma, nos permite llegar a enormes audiencias y socializar el conocimiento académico. Es la herramienta ideal para transformar un tema que suele quedar en círculos pequeños y especializados, en una propuesta amena y profesional, incluso más allá de la comunidad celíaca.

Programa de marketing social: “Azúcar: menos es más, para dulce estás vos”.

Consumo de azúcar y bebidas azucaradas en adolescentes

Fino G. (1), Goldfinger M. (1), Mota Moreno E. (1), Oliva ML. (1), Pujol M. (1), Somoza MI. (1), Español S. (1), Torresani ME. (2), Lema S. (2)

(1)Licenciada en Nutrición. Cursante de la 3ra cohorte de la Especialización en Nutrición Clínica. 1ra Sede Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires. (2)Doctora en Nutrición. Directivo Carrera de Especialización en Nutrición Clínica. 1ra Sede Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires.

Contacto: cohorte1618@gmail.com

Introducción: existe evidencia científica que un mayor consumo de bebidas azucaradas en niños se asocia con mayor riesgo de sobrepeso u obesidad.

Objetivo: identificar el consumo de azúcar y bebidas azucaradas en adolescentes, y el nivel de conocimiento de su relación con la salud.

Materiales y Método: estudio transversal en 131 adolescentes (12 a 14 años; 47,3% mujeres y 52,7% varones) de un colegio secundario parroquial de la Zona Norte del Gran Buenos Aires (ciclo lectivo 2017). Respondieron en forma voluntaria, un cuestionario anónimo y autoadministrado, sobre consumo de azúcar y bebidas azucaradas, y conocimiento relacionado con este. Se utilizó el programa Excel para Windows, para calcular proporciones e intervalos de confianza al 95% de seguridad (IC95%) en las variables categóricas.

Resultados: el 51,9% (IC95%: 43- 60,9%) de los encuestados agregaba azúcar en infusiones de desayuno y merienda, de los cuales el 35,87% (IC95%: 27,8-44,8%) lo hacía de manera exclusiva y el 7,6% (IC95%: 3,9-13,9%) combinada con edulcorantes. El 46,6% (IC95%: 37,9-55,5%) consumía bebidas azucaradas y de ellos el 14,5% (IC95%: 9,2-22%) las elegía como única bebida para tomar durante el día. Al analizar el conocimiento, un 68,7% (IC95%: 59,9-76,4%) identificaba la presencia de azúcar en un alimento por la información de la etiqueta nutricional. El 90,1% (IC95%:83,3 - 94,4%) relacionaba el consumo excesivo de azúcar con enfermedades metabólicas. El orden de respuestas sobre alimentos con alto contenido de azúcares libres: cereales infantiles, jugos concentrados y leche chocolatada (78,8%; 77,9% y 71,8% respectivamente). Sólo el 39,7% (IC95%: 31,4-48,6%) asociaba el helado de agua con el contenido de azúcar y el 53,4% (IC95%: 44,5 -62,1%) asociaba a la miel con un alimento saludable.

Conclusiones: la gran mayoría conocía la relación entre consumo de azúcar y enfermedades metabólicas, pero cerca de la mitad de la muestra consumía infusiones y bebidas azucaradas.

Punto Saludable Neuquén: Generando entornos saludables accesibles

Garófalo L. (1), García S. (2)

(1)Hospital Dr. Ramón Carrillo San Martín de los Andes, Neuquén, Argentina. (2)Ministerio de Salud, Neuquén, Argentina

Contacto: *latanagaro@hotmail.com*

Introducción: las ECNT constituyen la principal causa de mortalidad global. La evidencia disponible indica que un alto porcentaje puede prevenirse a través de la reducción de sus principales factores de riesgo: tabaquismo, alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo nocivo de alcohol.

Objetivos: Punto Saludable es un programa de prevención y promoción de salud, creada desde la Dirección de Atención Primaria de la Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén cuyo propósito es llegar a la mayor cantidad de población y tener un alcance masivo, con una impronta positiva, optimista y divertida, acompañando a la comunidad en los espacios donde se desarrolla la vida diaria, contagiando SALUD.

Desarrollo: las actividades se realizan principalmente en fiestas populares, con la estrategia de Consejería de estilo de vida saludable, son libres y gratuitas, brindadas por promotores de salud, agentes sanitarios, enfermeros, Lic. En nutrición, etc. Otros ejes de trabajo son: Capacitaciones en escuelas para docentes, al personal de cocinas hospitalarias, centros de salud, centros de desarrollo infantil, articulación con actividades locales deportivas con la propuesta de tercer tiempo saludable en los espacios comunitarios, paradores saludables en lagos y ríos durante la temporada de verano y en los cerros durante el invierno. La difusión y convocatoria se garantiza a través de los medios radiales locales con alcance provincial, redes sociales, Web y Apps.

Conclusión: con Punto Saludable como estrategia se está generando un espacio creativo donde se fortalecen las capacidades de toma de decisiones individuales y comunitarias para beneficio de la propia salud.

A partir de un proceso educativo - comunicacional que se establece entre los promotores de salud y las personas, con el propósito de fortalecer las prácticas cotidianas positivas y modificar las de riesgo.

Educación alimentaria en eventos de concurrencia masiva: Feria del libro

Yornet, M., Langer, V.

Universidad Favaloro, Argentina

Contacto: *marianayornet@gmail.com*

Introducción: la educación alimentaria puede brindarse en eventos de concurrencia masiva. En la Feria del Libro, en el stand de la Universidad Favaloro, durante cuatro años consecutivos se realizaron actividades lúdicas de extensión universitaria para promover el consumo de verduras.

Objetivos: acercar la Educación Alimentaria Nutricional (EAN) a través de una actividad de extensión universitaria en eventos de concurrencia masiva con objetivos pedagógicos, comunitarios e institucionales.

Desarrollo: la cátedra de Educación y Comunicación en Nutrición de 3° año de la Licenciatura en Nutrición de la Universidad Favaloro participó en la Feria del Libro desde el 2015 al 2018 con una actividad de extensión, en el stand de la Universidad. En el mismo, los alumnos realizaron intervenciones educativas orientadas a la identificación y promoción del consumo de verduras. Se utilizaron cartas con fotos de verduras para los juegos: "Memotest nutritivo" y "A pescar verduras". Los alumnos coordinaban las actividades con la supervisión de sus docentes. Para evaluar edad y género de los visitantes y frecuencia de consumo de las verduras, completaban una encuesta accediendo al sorteo de un juego Nutrifan. Participaron de los juegos 609 personas, entre niños y adultos, con predominio de mujeres. Para los alumnos, fue una experiencia enriquecedora donde pudieron poner en práctica los contenidos abordados en la materia.

Conclusión: se recomiendan actividades lúdicas donde se aprende jugando (público asistente a la feria y alumnos universitarios) convirtiéndose en estrategias itinerantes de Educación Alimentaria en contextos no tradicionales.

ÁREA NUTRICIÓN COMUNITARIA

Diseño y validación de un autotest de hábitos alimentarios para la población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

González V., Lava M.P., Mirri M.E., De Ruggiero M., Antún M.C., Rossi M.L.

Dirección General de Desarrollo Saludable. Subsecretaría de Bienestar Ciudadano. Vicejefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Contacto: vbgonzalez@buenosaires.gob.ar

Introducción: en Argentina las Enfermedades Crónicas No Transmisibles representan el 81% de las muertes y la alimentación inadecuada constituye un importante factor de riesgo. Como respuesta a esta problemática, en la Ciudad de Buenos Aires surge el Programa Estaciones Saludables (ES), en el cual se ofrecen controles básicos de salud y servicio de Consejería Nutricional de manera gratuita. Se decidió crear un instrumento de evaluación de hábitos alimentarios, destinado a población adulta para agilizar la consejería y para promover la reflexión entre los usuarios de ES.

Objetivos: evaluar la validez de contenido, la fiabilidad y la consistencia interna del autotest.

Materiales y Método: estudio transversal para validación de cuestionarios. Se elaboró una herramienta autoadministrada para evaluar el constructo "alimentación saludable" que incluyó 18 ítems, en concordancia con las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Cada pregunta incluyó opciones de respuesta dicotómicas (sí/no), estableciéndose un sistema de puntuación ponderado. La suma de las respuestas permitía clasificar globalmente los hábitos alimentarios en 3 categorías: "Muy saludable" (27-31 puntos), "Saludable" (26-19) y "Poco Saludable" (18-0 puntos).

Se evaluó validez de contenido mediante consenso de expertos. La evaluación cognitiva, la consistencia interna y la estabilidad temporal fueron evaluadas en usuarios de ES adultos de ambos sexos (N=40; N=175 y N1=80; N2=43), respectivamente.

Resultados: los resultados de la evaluación cognitiva permitieron hacer modificaciones de diseño y redacción permitiendo conservar los 18 ítems. El test presenta una adecuada estabilidad temporal (Coeficiente de Correlación Intraclase=0,89) y una consistencia interna cercana a lo recomendado (alfa de Cronbach=0,68).

Conclusión: el test es una herramienta simple y rápida que se puede emplear como estrategia de reflexión y sensibilización de las personas sobre sus propios hábitos alimentarios y así motivar la asistencia a la consejería nutricional brindada en ES.

Aceptabilidad de variedad de cereales en escolares y en adolescentes.

Programa Copa de Leche. Año 2018. Salta Capital

Arias N., Ceballos S., Lindow F., Mérida R., Zapiola V.

Cooperadora Asistencial de la Capital.

Contacto: *angelicasoledadceballos@gmail.com*

Introducción: el desayuno representa una de las comidas más importantes del día, ya que permite, entre otras cosas, mejorar la predisposición para el aprendizaje. Con la finalidad de mejorar la aceptabilidad se analiza brindar una variedad como los cereales y copos, que permita sustituir un panificado, para el consumo con yogur.

Objetivos: conocer la aceptabilidad de variedad de cereales y copos de maíz, en escolares y adolescentes beneficiarios del Programa.

Materiales y método: estudio descriptivo, transversal. Muestra no probabilística (intencionada). Instrumento: Encuesta de opinión: escala hedónica para cada variedad de cereales y copos de maíz. Variables: Edad, Sexo, Grado/Curso, Opinión aritos frutales, Opinión bolitas de chocolate, Opinión copos naturales, Opinión copos azucarados; Preferencia de consumo de cada tipo de cereal con Leche/Yogur. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva (% , frecuencias).

Resultados: Primarios: edad promedio 9,5 años; con DS $\pm 2,9$; 54% sexo masculino; 25% pertenecía a 4° grado. Aceptabilidad considerada como las opiniones “me encanta” y “me gusta” para: Aritos frutales 90%; Bolitas de chocolate 94%, Copos naturales 30%, Copos azucarados 93%. Preferencia de Yogur para el consumo de Aritos frutales 76%, Bolitas de chocolate 50%, y Copos naturales y azucarados 80%. Secundarios: edad promedio 15,5 años, con DS $\pm 1,4$; 95% sexo masculino. Aceptabilidad para: Aritos frutales 81%; Bolitas de chocolate 84%, Copos naturales 32%, Copos azucarados 84%. Preferencia de Yogur para el consumo de: Aritos frutales 90%, Copos naturales 79% y azucarados 85%. Para el consumo de Bolitas de chocolate el 59% prefiere Leche.

Conclusión: los resultados nos permiten plantear la posibilidad de incluir 3 de las 4 variedades analizadas, con yogur como lácteo de preferencia para su consumo, favoreciendo una mayor variedad y permitiéndonos contar con una nueva opción para ofrecer una Copa de Leche no solamente de Calidad Higiénica, sino también de Calidad Nutricional.

Del asistencialismo a la empoderación. El caso del Programa Alimentario de la Municipalidad de Luján.”

Brolli V.G.

Municipalidad de Luján. Bs. As., Argentina.

Contacto: *vanesabrolli@hotmail.com*

Introducción: el presente estudio recoge las primeras reflexiones de una política alimentaria implementada en la ciudad de Luján desde finales del 2016 y vigente a la fecha. Considerar las políticas alimentarias como intervenciones integrales necesarias para dar respuesta a problemáticas multidimensionales, coloca a la Educación Alimentaria Nutricional como estrategia preferente para lograr una alimentación cultural y nutricionalmente aceptable involucrando a todos los actores sociales.

Objetivo: desde tales consideraciones se elaboró un Programa de Seguridad Alimentaria de intervención comunitaria con un doble desafío: por un lado, atender a las urgencias alimentarias de primera necesidad, y por el otro, que esa respuesta contemple una solución integral empoderando a los participantes desde una lógica basada en la seguridad y soberanía alimentaria.

Desarrollo: se definió el ingreso al programa considerando NBI y factores de riesgo nutricional. Como complemento a la entrega directa de alimentos y evaluación nutricional, se sumó el trabajo descentralizado en territorio. En este marco se realizaron encuentros barriales, entrega de recursos visuales del programa, talleres de cocina con el armado de recetarios comunitario, actividades de capacitación en conjunto al Programa ProHuerta y varias acciones de compras comunitarias a nivel local en los barrios.

Conclusión: se evaluaron 57 casos aislados de los cuales 28% fueron adultos y 72% menores de 18 años. De esta muestra, el 56,25% y 41,4% presentan peso debajo de los estándares normales en adultos y niños respectivamente. Este diagnóstico inicial permitió planificar actividades orientadas al enriquecimiento de alimentos, estrategias de autoproducción para consumo y fomento de la autonomía. El desarrollo de este programa consideró que trabajar en los territorios junto a la población beneficiaria, permitiría la recuperación y construcción activa de saberes en la adopción de prácticas alimentarias.

Proyecto de intervención educativa, intersectorial e interdisciplinario, en promoción de alimentación saludable en el ámbito escolar.

Barre M.(1), Rosas y Belgrano B.(1), Otero T.(2), Rodriguez R.(2), Schultz G.(2), Macias G.(1)

(1)Hospital Dr.Enrique Tornu. (2) CESAC 33

Introducción: según la OMS, la obesidad constituye la mayor epidemia del mundo occidental del siglo XXI y la población infantil se vio especialmente involucrada. La escuela primaria es un ámbito de oportunidad para prevenir y abordar el sobrepeso y la obesidad en los niños. Se realizó un trabajo de intervención que articula acciones de profesionales de educación y salud. La escuela pública elegida (CABA) posee muchos alumnos que provienen del asentamiento de Fraga (población vulnerable). Un porcentaje de estos chicos son pacientes del CESAC 33. Se eligen a los alumnos de 7° grado por su rol de liderazgo en la escuela, por ser mayores y coordinadores de mesa en los almuerzos diarios del comedor escolar.

Objetivo: evaluar el diagnóstico antropométrico, consumo de alimentos ultra-procesados, y fomentar educación alimentaria para la formación de agentes multiplicadores en la Escuela 14 D.E 14.

Material y Método: estudio longitudinal, analítico, cuasi experimental. Con evaluación nutricional (peso, talla, IMC), encuesta alimentaria, al inicio y final de la intervención (marzo –noviembre 2017) y talleres educativos.

Resultados: el 56% presento malnutrición por exceso (sobrepeso, obesidad).El IMC no tuvo diferencia significativa entre los dos periodos. La frecuencia de consumo en marzo dio un consumo diario de jugo en polvo (47.3%). Y 2 a 3 veces por semana de golosinas (43,7%), gaseosas (31.2%) y galletitas dulces (37.5%). Comparando con las frecuencias finales hubo una disminución del consumo de golosinas y fiambres (p= 0.1).El producto final realizado fue una obra de teatro "Salvando a la escuela Sanopolis" y un desayuno saludable.

Conclusión: es de vital importancia la educación alimentaria nutricional en la población infantil para prevenir, controlar los problemas nutricionales y así mejorar y/o preservar la salud actual y futura de los niños.

Promoción de la seguridad y soberanía alimentaria en las familias con niños y niñas en los primeros años

Insiarte M.V., Mosca P., Savina M., Pantaleón R., Maidana V., Zanardi, B., Solignac E., Corti L., Rey, M.C., Belbruno Torres P., Nicle A., Forte M. P., Sánchez M.A., Ferreyra A., Bassuti V., Gómez Ramos, J., Guchea Ghio E., Etcheverría V., Aquino, V., Fantino, K., Mustafa Y., Rementería N.

Programa Primera Infancia-Secretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia. Bs.As., Argentina

Contacto: *pa.seguridadalimentaria@gmail.com*

Introducción: la propuesta busca generar un proceso de deconstrucción, revisión y reconstrucción de diferentes aspectos de prácticas cotidianas vinculadas a la crianza, entre ellas, el hecho alimentario en las familias con niñas y niños en la primera infancia y en sus comunidades, en el marco de la Seguridad y Soberanía alimentaria.

Objetivos:

- Acompañar y fortalecer a las familias con niños y niñas de 0 a 4 años para mejorar las condiciones de seguridad y soberanía alimentaria
- Capacitar a facilitadores/as seleccionados
- Conformar y/o consolidar redes locales de instituciones y organizaciones

Desarrollo: se conformó un EQUIPO con 26 referentes en la temática, quienes son participes activos y autores de este trabajo. Se desarrolló un dispositivo de capacitación para Promotores/as territoriales, con producción de materiales didácticos, que abordan los ejes de trabajo propuestos: Lactancia materna y Alimentación complementaria; Alimentación de los niños de 0 a 4 años; Factores que intervienen en el acceso, elección y utilización de nuestros alimentos; Buenas prácticas en manipulación de alimentos y agua segura, atravesados por los siguientes ejes: Derecho a una Alimentación Adecuada; rol del adulto y los vínculos de cuidado; Enfoque de género; respeto por la identidad cultural. Luego de la capacitación, que se enmarca en el paradigma de la educación popular, se inicia el proceso de acompañamiento a las familias a través de diferentes líneas de acción: visitas a los domicilios, desarrollo de actividades comunitarias y fortalecimiento de redes locales, respetando y acompañando las necesidades que se van generando y los tiempos y procesos propios de cada comunidad, para concretar acciones.

Conclusión: este dispositivo permitió realizar acciones en 19 provincias y 80 localidades con el acompañamiento de Equipos Interdisciplinarios, 1500 facilitadoras seleccionadas y capacitadas y 48537 familias acompañadas. Se estima alcanzar a futuro el acompañamiento de 140000 familias a la finalización del proyecto en el 2019.

Cátedra Libre de Soberanía Alimentaria de la Escuela de Nutrición de una Universidad Pública: desde su creación hasta la actualidad

Graciano A., Giai M., Paiva M Florio A., Zarate C., Figueroa E., Cafardo A., Abajo V., Rubino P. Gorban M

Escuela de Nutrición-Facultad de Medicina- Universidad de Buenos Aires.

Contacto: *andregraci@yahoo.com*

Introducción: el concepto de Soberanía Alimentaria (SA) surge en 1996 en Roma. Es abordado por primera vez en Argentina en 1997, en una Jornada Interdisciplinaria convocada por la Federación Argentina de Graduados en Nutrición. Desde entonces, distintos organismos y actores sociales multiplicaron este concepto.

Objetivos: relatar el proceso de creación y consolidación de la Cátedra Libre de Soberanía Alimentaria (CaLiSA) en la Escuela de Nutrición de una Universidad Pública.

Desarrollo: en 2009, se constituye un grupo de estudio sobre SA en la Asociación Argentina de Nutricionistas y Nutricionistas-Dietistas. Este sería el primer paso, reuniendo nutricionistas interesados en la temática, donde surgieron publicaciones con participación de otras disciplinas. La inclusión del tema en Congresos Nacionales de Estudiantes de Nutrición (Córdoba 2010, Salta 2011, Buenos Aires 2012) implicó un involucramiento y apoyo de los estudiantes para la creación en 2013 de una CaLiSA en la Escuela de Nutrición en una universidad pública nacional. Se conforma un equipo docente interdisciplinario ad-hoc (y ad-honorem): licenciados/as en Nutrición, en tecnología de los alimentos, antropólogas, abogados, ingenieros agrónomos, médicas, cocinero, representantes del Centro de Estudiantes de Nutrición (CEN). Se realizan diferentes actividades: encuentros de discusión teórica y de saberes (promedio: 250 asistentes), salidas a terreno (ejemplos: "Campamento de SA", visita a productores agroecológicos, etc.), talleres (de cocina, huerta), etc. Desde 2014, se organiza una Jornada de Salud, Nutrición y SA en la Facultad de Medicina (promedio: 1000 asistentes). Además, se articulan acciones con otras CaLiSAs (constituyendo una Red) y con otros actores, organizando conjuntamente actividades diversas (ejemplo: Jornadas en Festivales de Cine Ambiental). Articulando con CaLiSA, el CEN creó el Kiosco y el Bar Saludable, y una huerta agroecológica en la Facultad.

Conclusión: es fundamental que más Licenciados/as en Nutrición se formen en este tema, para contribuir (desde nuestro rol profesional) al efectivo cumplimiento del Derecho a la Alimentación Adecuada.

Jerarquía y proyección del Licenciado en Nutrición en las empresas

Santana E., Paduano L., Mizrahi P.

Instituto Virtual de Nutrición y Marketing. Montevideo, Uruguay

Contacto: *nutrimarketing@gmail.com*

Introducción: la evolución de la profesión del nutricionista acompaña el rol de la industria alimentaria en la disciplina. La evolución abarca desde la producción de los alimentos, considerando la calidad y la legislación alimentaria, hasta el control de calidad sistematizada y la información al consumidor.

Objetivos: conocer e informar a la comunidad la jerarquización de la profesión y la formación necesaria para el trabajo en empresas.

Materiales y Método: se realizó una encuesta online con "Google Drive" a 28 Licenciadas en Nutrición, que se desempeñan en empresas. Se les consultó por el cargo que ocupaban, años de ejercicio, otros estudios realizados, que nombren tres aptitudes necesarias para ejercer el cargo, el valor de la profesión para la empresa, conocimientos en nutrición aplicables al cargo y qué estudios son necesarios para ejercer en este ámbito.

Resultados: el 39,3% de las encuestadas tiene ese cargo desde más de 5 años. Ocupan cargos de: Gerente de Asuntos Regulatorios, Gerente de Asuntos Científicos, Monitorea de Calidad, Gerente de Comunicaciones, Gerente de Visita Médica, Analista de Calidad, Líder de Proyectos, Asesor en el área de Gastronomía, Representante de Ventas y Asesora de productos. Mencionan aptitudes que necesita el cargo: liderazgo, comunicación, pedagogía y didáctica. En cuanto a percepción del valor de la profesión en la empresa, un 35,7% lo consideró alta, 46,4% como regular y un 17,9% como poco valor a la profesión. Un 85,8% utiliza los conocimientos adquiridos para aplicar en la tarea diaria. En formación de posgrado el 18% tenía una Maestría en Marketing.

Conclusión: de esta investigación se concluye que los cargos ocupados son de una importancia estratégica para el desarrollo de los productos y colabora hacia una concientización globalizada de prevención, salud y bienestar de la población.

Proyecto de investigación a nivel nacional sobre Etiquetado Frontal de Alimentos

Graciano A., Giraudo N., Sammartino G., Hansen E., Drake I., Risso Patrón V.

Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación

Contacto: *andregraci@yahoo.com*

Introducción: distintos estudios dan cuenta del aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en el mundo, en la región y en Argentina, fenómeno que está íntimamente asociado a cambios en el patrón alimentario, dentro de los cuales se destaca el aumento en la adquisición de alimentos altamente industrializados ricos en grasas, azúcares y sodio. Distintos organismos internacionales (FAO, OMS, OPS, entre otros) han incluido dentro de las recomendaciones para revertir esta situación, la incorporación de un etiquetado frontal de alimentos que permita garantizar una información veraz, simple y clara respecto del contenido nutricional de los alimentos y bebidas no alcohólicas con el fin de mejorar la toma de decisiones en el momento de compra. Este estudio presenta un Proyecto que el Ministerio de Salud de la Nación ha desarrollado en pos de realizar una investigación a nivel nacional sobre esta temática.

Objetivos: desarrollar una investigación de tipo cuali-cuantitativa, a nivel nacional, a fin de comparar el grado de visibilidad y comprensión de distintos sistemas de etiquetado frontal en alimentos envasados y su influencia en la intencionalidad de compra.

Desarrollo: se constituyó un equipo interdisciplinario ad-hoc (médica de familia, nutricionistas, antropóloga, diseñadores gráficos) y se desarrolló un protocolo de investigación. Se definió un estudio en 2 etapas: cualitativa (grupos focales) y cuantitativa (encuestas en puntos de venta de alimentos envasados). Se definió la población objetivo: DECISORES DE COMPRA, en dos subgrupos a) adolescentes (11 a 14 años) y b) adultos (de 18 a 59 años); de nivel socioeconómico medio y bajo, de diferente género y de distintas regiones (AMBA, Norte, Centro y Sur).

Conclusión: el desarrollo de una investigación con estas características permitirá generar evidencia local para el diseño e implementación de políticas públicas a nivel nacional en materia de etiquetado frontal de alimentos.

Prevalencia de malnutrición en niños atendidos en el Hospital El Salvador de la ciudad de Bella Vista Corrientes en el primer trimestre del año 2018

Bruzzo M.E

Hospital El Salvador. Bella Vista, Corrientes.

Contacto: *mebybruzzo@yahoo.com*

Introducción: la malnutrición se define como la nutrición deficiente o desequilibrada a causa de una dieta pobre o excesiva, es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de la morbilidad. La medición antropométrica es clave para definir el estado nutricional de un niño. A pesar del conocimiento de esta realidad, la evaluación nutricional no es contemplada como método rutinario en el momento de admisión del paciente en las instituciones hospitalarias.

Objetivo: determinar la prevalencia de malnutrición por exceso y déficit en niños que son atendidos en el Hospital El Salvador de la ciudad de Bella Vista, Corrientes en el primer trimestre del año 2018.

Desarrollo: en la población bajo estudio se observó lo siguiente, el 13% de los niños evaluados presentó obesidad, el 10% sobrepeso, el 8% bajo peso, y el 3% presentó desnutrición de primer grado. Se puede entonces decir que, el 34% de los niños atendidos en el Hospital El Salvador de la ciudad de Bella Vista, Corrientes, presentan malnutrición. Las estrategias para tratar los problemas de malnutrición abarcaron, planes hipercalóricos, hiperproteicos y la utilización de fórmulas enterales para niños.

Conclusión: la evaluación nutricional de los pacientes al ingreso de la hospitalización es fundamental y esencial en la detección temprana de niños en desnutrición, a riesgo y en exceso de peso que permita su oportuno tratamiento y seguimiento. El aporte de este trabajo es enfatizar que debemos concienciar al equipo de salud para que esta actividad sea permanente y rutinaria.

Desarrollo participativo de menú escolar en el jardín comunitario de la Unión de Trabajadores de la Tierra

Vera N., López Barros M.

Universidad de Buenos Aires. Bs. As. Argentina

Contacto: *lic.veran@gmail.com*

Introducción: organismos como La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) advierten acerca de la vinculación existente entre la malnutrición y el sistema agroalimentario. Se intenta fomentar el fortalecimiento de políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y se considera que los Programas de Alimentación Escolar (PAE) pueden contribuir a la mejoría del escenario social de la región, estimulando el desarrollo de las economías locales a través de la compra directa a la Agricultura Familiar. En el marco de la creación del jardín comunitario destinado a los hijos de los agricultores nucleados en la Unión de Trabajadores de la Tierra se lleva a cabo la elaboración participativa de menú escolar. Entendiendo que este tipo de espacios pueden contribuir al fortalecimiento de la SAN y a garantizar el derecho a la alimentación.

Objetivos: elaborar, de manera participativa, un menú para el centro de primera infancia que cumpla con los estándares fijados por la FAO y las Conclusiones de la Reunión Nacional de Alimentación Escolar 2013 realizadas por la Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN). Construir un vínculo desde la universidad brindando apoyo técnico y operativo, fortaleciendo las capacidades del personal a cargo del servicio de alimentación.

Desarrollo: se desarrollaron cuatro encuentros con las mujeres encargadas del comedor, donde se abordaron temas vinculados a las Guías alimentarias para la población argentina, se procedió a la elaboración conjunta del menú priorizando la calidad nutricional, sus pautas culturales y la utilización de alimentos provenientes de la agricultura familiar. Se cocinaron preparaciones de las listas confeccionadas.

Conclusiones: este tipo de intervenciones resultan favorables para mejorar las condiciones de alimentación de niños que viven en situaciones de vulnerabilidad alimentaria crónica y empoderan a las comunidades para poder resolver diariamente situaciones vinculadas con calidad nutricional, fluctuaciones de precios y faltantes alimentarias, además de favorecer canales cortos de comercialización y fortalecer la agricultura familiar.