

III CONGRESO ECUATORIANO (III DE LA REGIÓN ANDINA Y CENTRO) DE TERAPIA NUTRICIONAL, NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO Guayaquil: Octubre 26 – 28, 2017

CONFERENCIAS TEMÁTICAS

En este apartado se presentan los títulos, y los ponentes, de las conferencias temáticas impartidas durante el III Congreso Ecuatoriano (III de la Región Andina y Centro) de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo.

Donde fuera posible, se exponen además los resúmenes de las correspondientes conferencias temáticas.

Conferencia #1. Dietas terapéuticas como causantes de la desnutrición hospitalaria. Patricia Savino Lloreda. Licenciada en Nutrición. ND. MBA. CNSD. Colombia.

La importancia de la dieta en la relación con un estado de salud óptimo se ha documentado a través de la historia. Hipócrates de Cos vio el alimento como una forma primaria de medicina hace más de 2500 años. Por eso, en una de sus máximas decía: “Que el alimento sea tu mejor medicina y que tu mejor medicina sea tu alimento”. Butterwoth (1974) enfatizó que la malnutrición no se encuentra en los suburbios de las grandes ciudades, sino en las habitaciones privadas y en los pisos de los hospitales. Howard *et al.* (1999) dijeron: “Todo paciente cuando es admitido a un hospital tiene el derecho de esperar que sus requerimientos nutricionales sean provistos”.

A pesar de todo lo mencionado, los diferentes reportes globales muestran que el 50% de los pacientes admitidos a un hospital se encuentran malnutridos. En un estudio reciente en pacientes hospitalizados en hospitales públicos de la América Latina se encontró que entre el 40 – 60% de los ingresados estaban malnutridos. Gallegos Espinosa *et al.* (2015) reportó que en el Ecuador el 37% de los pacientes se encuentra con desnutrición moderada, e incluso grave; y que a medida que se alarga la estancia hospitalaria, ésta empeora, para ser del 60% cuando la hospitalización supera los 30 días. En Colombia, el esfuerzo *Nutrition Day* (ND) ha mostrado que los pacientes presentan una pérdida de peso del 55% en los últimos tres meses antes del ingreso al hospital.

Barton *et al.* (2000) estudió las posibles causas de la desnutrición hospitalaria, y encontró que más del 40% de los alimentos ofrecidos a los pacientes hospitalizados era desperdiciado, razón por la cual los ingresos proteico-energéticos eran deficientes; y los pacientes no cumplían con sus requerimientos nutricionales. Los autores recomendaron la revisión de las políticas alimentarias hospitalarias.

Hiesmayr *et al.* (2009), basándose en datos del ND realizado en 25 países (y evaluando solamente una de las comidas: el almuerzo) encontró que el 34% de los pacientes ingirieron todo lo servido en el almuerzo, pero el 33% comió menos de la ¼ parte, el 5% no comió nada (de ellos sólo 3% recibió soporte nutricional; y el 7% estuvo sin vía oral por indicación médica.

Otra razón importante para la disminución de los ingresos alimentarios intrahospitalarios son las dietas restrictivas. Los resultados del ND en hospitales de Colombia mostraron un empleo

de dietas restrictivas en un 54% (como promedio), mientras que globalmente era tan sólo del 25%. Este es un punto muy importante para analizar, considerando que un paciente, cuando entra al hospital, ya se encuentra con una restricción importante de alimentos, y que la dieta “normal” (léase también no restringida) en este medio forma parte de una “alimentación saludable”. Incluso la indicación de “Nada por vía oral” o “Dietas líquidas claras” son ampliamente cuestionadas. En una de las acciones del programa ERAS (del inglés *Enhanced Recovery After Surgery*) se destaca la indicación temprana de la vía oral y la disminución del tiempo de inanición previo al procedimiento quirúrgico.

Finalmente, el ND ha recomendado mejorar el ambiente durante la hospitalización, incrementar la atención de las enfermeras acerca de la alimentación de los pacientes, reducir el número de dietas hospitalarias, evitar los procedimientos médicos y de investigación laboratorial y diagnóstica durante los horarios de comidas, mejorar el servicio de alimentos y disminuir la rigidez en los horarios de comidas, incrementar la densidad proteico-energética de los alimentos, asegurar la disponibilidad de refrigerios, ofrecer suplementos para fortificar (o alcanzar) las metas nutricionales, y facilitar ayuda para comer.

Lecturas sugeridas:

1. Butterworth C. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today* 1974;9:4-8.
2. Howard P, Jonkers C, Lochs H, Lerebours E, Meier R, Messing B; *et al.* Survey to establish the current status of artificial nutrition support in Europe. *Clin Nutr* 1999;18:179-88.
3. Correia I, Perman M, Waitzberg D. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clin Nutr* 2017;36:958-67.
4. Gallegos Espinosa S, Nicolalde M, Santana Porbén S. State of malnutrition in hospitals of Ecuador. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2014;30:425-35.
5. Country report Nutrition Day 2016 Colombia. Disponible en: https://www.nutritionday.org/cms/upload/pdf/6_about_nutritionDay/6.7.national_reports_2016/CO_country_Report_onco_2016_en.pdf. Fecha de última visita: 4 de Mayo del 2016.
6. Barton A, Beigg C, Macdonald I, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clin Nutr* 2000;19:445-9.
7. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P; *et al.* Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalized patients: The Nutrition Day survey 2006. *Clin Nutr* 2009;28:484-91.
8. Melnyk M, Casey R, Black P, Koupparis A. Enhance recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Can Urol Assoc J* 2011;5:342-8.

Conferencia #2. Transgénicos en la alimentación humana. Ing. Efrén Santos.

Conferencia #3. Tratamiento nutricional de la Diabetes. Silvia Cáceres Vinueza^a, Jorge Daher Nader^a, Yan Carlos Duarte Vera^{a,b,c}. ^a Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil. ^b Hospital Luis Vernaza. ^c Núcleo Guayas de la Sociedad de Cardiología. Ecuador

La Diabetes es una enfermedad crónica, no trasmisible, con predisposición hereditaria, objeto de la influencia de factores ambientales que favorecen su incidencia. La Diabetes es una de las mayores causas de morbi-mortalidad cardiovascular. El tratamiento médico-nutricional es decisivo para los pacientes con diabetes. En la mayoría de las intervenciones se necesita un control estricto de la conducta dietética del enfermo, y se requieren o medicación

hipoglucemiante o insulina. En la Diabetes tipo 2, el tratamiento médico-nutricional puede ser la única forma de tratamiento. Es necesario también hacer cambios saludables en el estilo de vida, y sobre todo, evitar el sedentarismo.

Diabetes tipo 1

La Diabetes tipo 1 (DT1) es una deficiencia absoluta de insulina por la ausencia total de la producción de la hormona, y que es resultado de la desaparición de las células β del páncreas endocrino, muchas veces producto de una reacción autoinmune. La forma mediada inmunológicamente de la DT1 se inicia, por lo general, en niños y adultos jóvenes, pero puede surgir a cualquier edad. El tratamiento hipoglucemiante intensivo (apoyado en la insulino terapia) para alcanzar concentraciones de glucosa cercanas a las normales puede retrasar las complicaciones, o (al menos) atenuarlas.

Los objetivos del tratamiento alimentario y nutricional comprenden el logro y mantenimiento de un *status* metabólico óptimo a través de concentraciones séricas de glucosa cercanas a lo normal, una dieta equilibrada y variada, el uso de la insulina, y la promoción de la actividad física. Mediante la dieta se debe proporcionar la energía requerida para sostener las tasas previstas de crecimiento y desarrollo en los niños y adolescentes, y lograr un peso corporal adecuado para la talla; a la vez que prevenir (y retardar si no es posible) complicaciones inmediatas como la hipoglucemia; y tardías como la enfermedad renal, la neuropatía autónoma, la hipertensión arterial, y la enfermedad cardiovascular.

Tabla 1. Pautas para el tratamiento alimentario y nutricional en la Diabetes tipo 1. Leyenda: IDR: Ingestión Dietética Recomendada.

Aporte energético	Según la actividad física del sujeto: <ul style="list-style-type: none"> • Activos: 30 Kcal/Kg peso/24 horas • Sedentarios: 25 Kcal/Kg de peso/24 horas • Físicamente activos: Entre 45 – 50 Kcal/Kg de peso/24 horas • Desnutridos: Entre 45 – 50 Kcal/Kg de peso/24 horas Recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Revalorar el aporte energético según se modifique la actividad física.
Hidratos de carbono	IDR: 50 – 60% del contenido energético total de la prescripción <ul style="list-style-type: none"> • Aportar los hidratos de carbono principalmente como almidones y glúcidos complejos • Es aceptable el uso de edulcorantes artificiales para mejorar el sabor de los alimentos
Fibra dietética	Recomendación: 30 gramos diarios (como mínimo) La fibra dietética puede aportarse como arroz, avena (y otros cereales), frijoles, verduras, frutas, y granos enteros
Proteínas	En adultos: IDR: <ul style="list-style-type: none"> • 0.8 – 1.0 g/Kg de peso/día • 10 – 20% del contenido energético total de la prescripción
Grasas y lípidos	IDR: 20 – 30% del contenido energético total de la prescripción El aporte de grasa saturada debería ser menor del 10%

Diabetes tipo 2

La Tabla 2 establece los objetivos del tratamiento nutricional en la DT2. La Diabetes tipo 2 (DT2) se origina de la resistencia a la insulina (RI), muchas veces (por no decir todas) desencadenada por la obesidad corporal, y la acumulación visceral y abdominal de grasa corporal. En las primeras fases de la RI suele haber un hiperinsulinismo compensatorio, hasta que ocurre la fatiga y el deterioro progresivo de las células β del páncreas endocrino. Además del exceso de peso corporal, los pacientes diagnosticados con DT2 suelen mostrar antecedentes familiares de Diabetes y propensos al sedentarismo.

Tabla 2. Objetivos del tratamiento nutricional en la Diabetes tipo 2. Leyenda: IMC: Índice de Masa Corporal.

Objetivo #1.: Mantener las cifras séricas de glucosa dentro de las concentraciones normales mediante:

- Ingestión de alimentos de bajo índice glicémico
- Uso de medicamentos hipoglucemiantes
- Empleo de la insulino terapia
- Promoción de la actividad física

Objetivo #2.: Alcanzar y mantener un peso corporal saludable

Se recomienda un IMC entre 20 – 24.9 Kg/m² a fin de disminuir la resistencia a la insulina, lograr el control metabólico, favorecer las concentraciones normales del colesterol sérico total y las lipoproteínas, y prevenir la aparición de dislipidemias

Objetivo #3.: Reducir los riesgos de las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la aterosclerosis y arteriosclerosis, las enfermedades cardiovasculares, y las complicaciones vasculo-metabólicas

La Tabla 3 muestra las acciones a realizar en el tratamiento nutricional de la DT2. El tratamiento nutricional del paciente con DT2 debe incorporar una alimentación balanceada y sumativa con el tratamiento farmacológico y los cambios en los estilos de vida.

En conclusión, la Diabetes es una de las enfermedades más frecuentes en la actualidad, y su prevalencia aumenta constantemente. El tratamiento médico-nutricional es parte integral de la vigilancia médica del paciente diabético, a fin de alcanzar concentraciones séricas de glucosa y lípidos cercanas a la normalidad; proporcionar la energía adecuada para conseguir un peso razonable, así como un crecimiento y desarrollo adecuados; además de prevenir, retardar, o tratar las complicaciones. Por ello, es decisiva la intervención del nutriólogo como parte del equipo de salud quien, a través del plan de alimentación que elabore, proporcionará las bases necesarias para mantener el buen estado nutricional del paciente diabético.

Tabla 3. Tratamiento nutricional del paciente con Diabetes tipo 2. Leyenda: IDR: Ingestión Dietética Recomendada.

Aporte energético	Peso adecuado para la Talla: 30 Kcal/kg de peso corporal/día Peso excesivo para la Talla: 25 Kcal/Kg/día Peso disminuido para la Talla: 35 Kcal/Kg/día
Hidratos de carbono	IDR: Entre 55 – 65% del contenido energético total de la prescripción Deben incluirse principalmente polisacáridos como granos enteros, leguminosas, vegetales
Fibra dietética	IDR: Se recomiendan 250 – 500 gramos de fibra total al día, o de 150 – 250 g por cada 1000 Kcal de energía alimenticia De esta forma, se promueve la reducción y el mantenimiento del peso corporal, el control glucémico, la disminución de las cifras de colesterol sérico, triglicéridos, y las LDL, y se disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares agudas
Grasas y lípidos	IDR: 30% del contenido energético total de la prescripción <ul style="list-style-type: none"> • Grasa saturada: < 10% contenido energético total de la prescripción • Grasa monoinsaturada: 12 – 15% • Grasa poliinsaturada: < 10% • Colesterol < 200 mg diarios El alto consumo de colesterol y grasas saturadas está relacionado con el incremento en el riesgo de la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares
Proteínas	IDR: 12 – 16% del contenido energético total de la prescripción Si el consumo de alimentos de origen animal es elevado, se provoca hiperfiltración renal, lo que favorece la aparición de la nefropatía diabética