



**AÑO 7 VOLUMEN 1
NÚMERO 9**

Nº ISSN: 2250-5628

 revistafsalud@gmail.com

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

JULIO 2017





REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Año 7 Volumen 1 Número 9
Julio 2017

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional de Salta

AUTORIDADES

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

C.P.N Antonio FERNANDEZ FERNANDEZ

VICE- RECTOR

ING. Edgardo LING SHAM

DECANA DE LA FACULTAD

LIC. María Silvia FORSYTH

VICE-DECANA DE LA FACULTAD

LIC. Dora del Carmen BERTA

COMISIÓN EDITORIAL

IRRAZABAL, Fernanda
MARTINEZ BUSTOS, Marcela
PARADA, Luis Antonio
PERALTA, Mirella
RAMÓN, Adriana Noemi
RIVERO, María Julia
SANGUEDOLCE, Ernesto
VILLAGRÁN, María Eugenia

EDICIÓN Y REVISIÓN DE TEXTO EN INGLÉS

IRRAZABAL, Fernanda.

RE-EDICIÓN

FARFÁN AGUIRRE, Elena Victoria

DISEÑO DE TAPA

GUTIÉRREZ, María Victoria

CORRESPONDENCIA:

Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias de la Salud - UNSa
AV. Bolivia 5150 - CP: 4400 SALTA

EMAIL:

revistafsalud@gmail.com



AÑO 7 VOLUMEN 1 NÚMERO 9

INDICE

PÁG:



04

EL TALLER EVALUADOR COMO INSTANCIA DE INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Villagrán Eugenia M; Burgos Mirta J; Valdiviezo María S.

11

DIETA FODMAPS: UN NUEVO ENFOQUE DIETOTERÁPICO PARA LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES

Della Fontana, Franco; Villalva Fernando J; Cravero Bruneri, Andrea P.

16

INGESTA DE MACRONUTRIENTES Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS PRESCOLARES QUE ASISTEN A DIFERENTES CENTROS DE SALUD EN LA CIUDAD DE SALTA CAPITAL AÑO 2016

García Pérez, María V; Coca Osinaga, Silvia A; Passamai, María I

21

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LA ENFERMEDAD PARTE I: EL NEONATO

Della Fontana, Franco; Contreras Nelly

26

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LA ENFERMEDAD PARTE II: EL NIÑO MENOR DE 6 MESES

Della Fontana, Franco; Contreras Nelly

31

¿ES IMPORTANTE LA CIENCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO? UNA MIRADA DE LOS ESTUDIANTES QUE CURSARON LAS ASIGNATURAS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA 2016

González de Oliveira, Enzo; Iriarte Sánchez, Hugo D; Villagrán Patricia; Goyechea Julieta

39

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DEL BARRIO CASTAÑARES, SALTA CAPITAL

Enriquez, Lila E; Tapia, María Hatalia del M; Cravero Bruneri, Andrea P

43

CONGRESOS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN XXVII Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería (ENEE)

45

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

EL TALLER EVALUADOR COMO INSTANCIA DE INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

THE EXAMINATION WORKSHOP AS A STAGE OF PROFESSIONAL COMPETENCES INTEGRATION

VILLAGRÁN Eugenia M¹; Burgos Mirta. J²; Valdiviezo Maria. S³

¹Licenciada en Nutrición, Especialista en Docencia Universitaria. Especialista en Salud Pública. Profesor Adjunto Práctica Integral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

²Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Social y Comunitaria. Jefe de Trabajos Prácticos Práctica Integral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

³Nutricionista. Especialista en Salud Pública. Jefe de Trabajos Prácticos Práctica Integral. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

CONTACTO: eugeniamariav@yahoo.com.ar

RESUMEN:

El Taller Evaluador de la Práctica Integral, ciclo lectivo 2015, tuvo como objetivo que el alumno relacione las competencias específicas adquiridas durante los cuatro años de formación y las efectivamente ejecutadas en el quinto año en su práctica en terreno.

El Taller Evaluador propuso una metodología de trabajo grupal según las áreas profesionales de Salud Pública, Clínica y Administración de las Unidades de Producción, se planteó como instancia de reflexión las actividades ejecutadas en los distintos lugares de práctica.

Se valoró que las áreas de Salud Pública y Clínica necesitaron una instancia de adaptación según los distintos contextos, sintiendo cierta dificultad al integrar lo aprendido a la realidad que les tocó en cada caso. Siendo la administración de las Unidades de Producción un área de actividades técnico-administrativas el desarrollo de las mismas fueron ejecutadas con mayor seguridad, destacando que las actividades realizadas deben explicarse según los recursos disponibles y nivel de complejidad de las instituciones.

Se concluye que la metodología del taller evaluador, fue una instancia de reflexión que permitió visualizar en forma integradora la formación recibida y valorar la necesidad de adaptar la misma a las diferentes realidades de los servicios de salud.

Palabras Claves: Taller Evaluador, Competencias Específicas, Práctica En Terreno

ABSTRACT

The Examination Workshop of the subject Práctica Integral in 2015, had as an objective that students were able to connect the specific competences acquired during the four years of training and the ones effectively implemented in the fifth year in their field practice

The Examination Workshop proposed a group work methodology in the professional areas of Public Health, Clinic and Management of Production Units. This was considered as an instance of reflection of the activities carried out in the different practice locations.

It was observed that Public and Clinic Health needed an adaptation stage according to the different contexts, perceiving some difficulty while integrating what was learnt to the reality students faced in each of the cases given. Due to the fact that the management of Production Units is related to more technical-administrative activities, they were carried out more effectively. It is important to emphasize that the activities done must be explained according to the resources available and the level of complexity of the institutions.

It is concluded that the methodology of the Examination Workshop was an instance of reflection which allowed a comprehensive view of the training given and an appreciation of the necessity of adapting it to the different realities of health services.

Key Words: Examination Workshop, Specific Competences- Field Practice

INTRODUCCIÓN

La Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta prevé en el quinto año de la carrera, el cursado de la Práctica Integral, que implica la realización de las prácticas pre-profesionales, cuyo objetivo es que el estudiante se inserte en la realidad de salud de los distintos departamentos de la provincia, a fin de que, bajo supervisión permanente, desarrolle acciones para la solución de la problemática alimentaria y nutricional, analice la misma, a partir del diagnóstico de situación, asuma roles, funciones y acciones propias del licenciado en nutrición en las distintas áreas de formación.

Su desarrollo durante cinco meses de práctica en terreno, permite fortalecer los vínculos con la comunidad, demostrando que la Carrera no está encerrada en sí misma, ni divorciada de los intereses de la sociedad, como así también, significa un eje para analizar las fortalezas, límites y formas de implementación de la formación académica.

El Programa de la asignatura prevé como dispositivo de cátedra, actividades áulicas, tales como, el Taller Inicial, las Tutorías y el Taller Evaluador. y actividades en terreno, como el Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación de las actividades propuestas para la solución de la problemática alimentaria y nutricional encontrada

El Taller Evaluador es el espacio en el que se socializa, se construye y se resignifican las experiencias vividas en los distintos lugares de práctica; se propone una reflexión sobre la propia práctica que pueda favorecer una mejora de la calidad de la misma; Se comparten las actividades más significativas para el alumno, en términos de la capacidad que se tuvo de generarlas; se valora el crecimiento personal y profesional de los alumnos, se exige al estudiante que, además de una competencia científica y técnica, adquiera actitudes, valores y habilidades humanas inseparables de las primeras. (UNSa 2012).

La formación de profesionales para desempeñarse en la realidad de hoy debe ser diferente, no tan sólo en los contenidos programáticos, sino en la entrega de nuevas competencias de socialización y de desarrollo personal.

Las demandas de las nuevas competencias según diversos autores, están orientadas fundamentalmente a competencias generales como:

Desarrollo de una capacidad creativa, de trabajo autónomo, espíritu emprendedor y condiciones para la adaptación a situaciones emergentes;

Desarrollo de la potencialidad para estar constantemente actualizado;

Competencias para trabajar en grupos de carácter interdisciplinario, incluyendo las potencialidades comunicacionales que da el manejo de herramientas informáticas;

Habilidades para identificar, acceder y utilizar información relevante en el momento oportuno

En la actualidad, se considera que el profesional competente se diferencia del profesional calificado del pasado en que además de realizar determinadas funciones, es capaz de comprenderlas y comprender asimismo el medio en que se desarrollan (Labraña 2005)

Las competencias específicas garantizan un determinado desempeño del profesional que las detenta, pero no cubren el espectro completo de la formación del egresado, que incluye además la formación personal y social. (Lema 2012)

La Problemática Alimentaria y Nutricional encontrada y las actividades ejecutadas para su mejora.

Las actividades propias del nutricionista realizadas según Necesidades Institucionales requeridas por los servicios.

Las actividades propias del nutricionista en el Área clínica de la institución hospitalaria.

Las actividades propias del nutricionista en Unidades de Producción hospitalarias.

Como última consigna se solicitó la reflexión de los resultados en relación a las competencias profesionales específicas que se plantean desde la formación y las actividades ejecutadas durante sus prácticas.

La presentación de lo trabajado se concretó en una jornada de dos días, donde el grupo completo de la materia, alumnos, instructores, profesionales de las instituciones y docentes de la asignatura reflexionaron sobre lo trabajado en grupo.

Los trabajos realizados por grupo fueron muy enriquecedores.

Se presentan a continuación una síntesis de los mismos

Cuadro Nº 1: PROBLEMAS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES PRIORIZADOS. ÁREA DE SALUD PÚBLICA. PRACTICA INTEGRAL. AÑO 2015

EN TODOS LOS LUGARES DE PRACTICA	EN ALGUNOS LUGARES DE PRACTICA
Bajo peso en niños menores de 6 años: sacar dos puntos	Alto porcentaje de mujeres en edad fértil que presentan anemia
Alto peso en niños mayores de 6 años	Sin valoración nutricional en adolescentes que practican deportes
Alto peso en mujeres embarazadas	Inadecuadas Prácticas de Manufacturas de las personas responsables que elaboran la comidas en comedores comunitarios
Bajo peso en mujeres embarazadas	Utilización inadecuada de la asistencia alimentaria en adultos y adultos mayores
Sin control nutricional de pacientes adultos con diabetes, obesidad y otros factores asociados relacionados con la alimentación	Ausencia de acciones de prevención en enfermedades prevalentes relacionadas con la alimentación
	Falta de promoción de una alimentación saludable a diferentes grupos de la población

Cuadro Nº 2: ACTIVIDADES EJECUTADAS EN LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS PRIORIZADOS. ÁREA DE SALUD PÚBLICA. PRACTICA INTEGRAL. AÑO 2015

ACTIVIDAD	FINALIDAD
Consultorio Externo a la población con la problemática específica	Seguimiento personalizado de los casos identificados como problema nutricional
Visitas Domiciliarias a la población con la problemática específica	Acercamiento a la realidad que viven la población destinataria de las acciones Promoción de huertas
Capacitaciones al equipo de salud involucrado en la atención de la población con la problemática específica	Atención Integral Valoración del Estado Nutricional según parámetro antropométrico y recomendaciones de pautas alimentarias.
Encuentro Educativos con población destinataria de las acciones	Demostraciones, juegos, elaboración de recursos didácticos,
Educación Alimentaria y Nutricional en Medios Masivos para la comunidad	Radio, Televisión, Stand (prueba de aceptabilidad de colaciones saludables)
Valoración Nutricional por parámetro antropométrico a grupos específicos	

Cuadro N° 3: ACTIVIDADES EJECUTADAS A PARTIR DE LAS PROPUESTAS SUGERIDAS POR LAS INSTITUCIONES DE PRÁCTICA. ÁREA DE SALUD PÚBLICA. PRACTICA INTEGRAL. AÑO 2015

ACTIVIDADES	FECHAS SOLICITADAS
Promoción de la Lactancia Materna	Primera semana de Agosto
Promoción de una Alimentación Saludable	En la conmemoración de: Día de la Alimentación. 16 de Octubre Semana del Adolescente. Septiembre Día Internacional del Adulto Mayor
Kioscos Escolares (escolares y maestros)	A posteriori de la evaluación antropométrica a escolares
Atención Integral con el Equipo de Salud en salidas a terreno	A lo largo del período de practica
Participación en Campaña de Desparasitación - Campaña Educativa contra la parasitosis	A lo largo del período de practica

Los practicantes reflexionaron:

- La necesidad de realizar un buen Diagnóstico para poder identificar y priorizar los problemas que de él surjan, para permitirles luego con mayor certeza la posterior planificación de actividades a ejecutar.
- La Importancia de trabajar con otras instituciones del área de responsabilidad para asegurar el éxito de las actividades desarrolladas y su continuidad en el tiempo.
- Que es un desafío trabajar con la comunidad y adaptarse a la situación real de la misma.
- La importancia de realizar EAN en la comunidad a través de los medios masivos de comunicación para las acciones de promoción y prevención.
- El valor del trabajo en equipo.
- Realizar actividades brindando responsablemente la información correcta y adaptada a la situación particular de cada persona.

Cuadro N° 4: ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL ÁREA CLÍNICA. PRACTICA INTEGRAL. AÑO 2015.

EN TODOS LOS LUGARES DE PRACTICA	EN ALGUNOS LUGARES DE PRACTICA
Pase de Sala -	Revista de Sala
Supervisión de Distribución de Almuerzo en sala	Dietas de Alta
Seguimiento de Pacientes Internado	Valoración Nutricional por parámetro antropométrico del pacientes internados
Ateneos	Valoración Global Subjetiva
	Encuesta de Calidad del Servicio
	Consultorio Externo Hospitalario

Los practicantes reflexionaron,

- La necesidad de una atención humanizada del paciente internado y su familia.
- El valor de la Historia Clínica como fuente de información para el tratamiento adecuado al paciente y como herramienta de comunicación del equipo de salud.

- La importancia de una valoración nutricional permanente para la adecuación de la alimentación a situación de salud del paciente
- La responsabilidad de supervisar en forma continua la alimentación indicada.
- Que la Educación Alimentaria y Nutricional al paciente internado y su familia es una actividad ineludible del profesional nutricionista

Cuadro N° 5: ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL ÁREA UNIDAD DE PRODUCCIÓN HOSPITALARIA. PRACTICA INTEGRAL. AÑO 2015

EN TODOS LOS LUGARES DE PRACTICA	EN ALGUNOS LUGARES DE PRACTICA
Planificación del plan de menú y Suministro de alimentos en cocina	Control de análisis bacteriológico de fórmulas lácteas
Supervisión de la distribución en cocina	Elaboración de vademécum de fórmulas lácteas y enterales.
Estandarización de la ración servida	Análisis estadístico de la producción láctea.
Control de stock	Control de producción de fórmulas enterales en la Unidad Especial Soporte Nutricional
Evaluación de la satisfacción del comensal	Recepción de alimentos
Capacitación en Buenas Prácticas de Manufacturas	Control de T° de las cámaras del área de alimentos.
Evaluación de características organolépticas	Supervisión del cumplimiento de horario de salida de los camareros del sector cocina
Elaboración de planillas de indicación a cocina y distribución en sala	Supervisión de los regímenes planificados con los ejecutados.
	Elaboración de recetario: nuevas preparaciones normales y dietoterápicas
	Capacitación al personal en la elaboración de preparaciones para regímenes destinados a personas con diabetes.
	Realización del programa de higiene y limpieza
	Supervisión de la higiene del personal
	Supervisión del cronograma de limpieza

Los practicantes reflexionaron:

- La capacidad que tienen para adaptarse y desempeñarse en las actividades desarrolladas en las unidades de producción de los hospitales, se lograron gracias a los conocimientos adquiridos durante la formación académica en la Universidad, lo que disminuyó la brecha entre la teoría y la práctica.
- Los factores que condicionaron su Rol como futuros Lic. en Nutrición fueron: La Modalidad de Gestión del Hospital (Autogestión y Terciarizado); el Nivel de Complejidad; el número de Instructoras por Hospital y la posibilidad de trabajar en equipo con el personal de cocina.

Para finalizar los estudiantes plantearon como reflexión integradora que, **“los resultados de las actividades realizadas durante el periodo de las prácticas fueron satisfactorios, ya que nos permitieron contribuir, junto con el equipo de salud a la solución o mejora de las necesidades requeridas. Dentro de esta área, pudimos destacar la importancia de la docencia, ya que a través de ella se puede guiar y orientar a las personas o grupos de personas para tomar decisiones y así contribuir a la mejora de su**

calidad de vida. Por otro lado nos permitió integrar los conocimientos teóricos - prácticos adquiridos durante los cuatro años de cursado, además de la búsqueda y actualización de contenidos, reafirmando y despertando interés por el rol docente, la comunicación y la sensibilidad social".

CONCLUSIÓN:

El Taller Evaluador final resultó ser una metodología apropiada para valorar la formación recibida durante el cursado de la carrera. La metodología permitió al alumno, por un lado, reflexionar sobre las competencias específicas y las que se podrían desarrollar para mejorar su competitividad, según la realidad del contexto y por otro, valorar las competencias generales requeridas para el desarrollo profesional actual como interacción social, capacidad de comunicación, pensamiento crítico, pensamiento globalizado y sensibilidad social.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Universidad Nacional de Salta UNSa **Programa Analítico Asignatura Práctica Integral**. Facultad de Cs. de la Salud. Resolución-CD- N° 249/2012. Julio 2012
2. Labraña, Ana María; Durán Eliana; Soto Delia. **Competencias del Nutricionista en el Ámbito de Atención Primaria de Salud**. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 32 N° 3. Santiago, Diciembre. 2005
3. Lema Silvia Noemí; Graciano Beatriz Andrea. **Evaluación de las Prácticas Pre-profesionales de una Escuela de Nutrición: la perspectiva de los estudiantes**. Revista Argentina de Educación Médica Vol 5 - N° 1 - Marzo: 2010

DIETA FODMAPs: UN NUEVO ENFOQUE DIETOTERÁPICO PARA LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES

FODMAPs DIET: A NEW DIETETIC APPROACH FOR FUNCTIONAL DIGESTIVE DISORDERS

DELLA FONTANA, Franco Darío¹, VILLALVA, Fernando Josué², CRAVERO BRUNERI, Andrea Paula³.

¹Becario BIEA. Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta (CIUNSa).

Facultad de Ciencias de la Salud.

²Lic. en Nutrición. Becario Doctoral. INIQUI-CONICET.

³Mgs. en Nutrición y Dietética. Facultad de Ciencias de la Salud. UNSa.

CONTACTO: francodariodellafontana@gmail.com

RESUMEN

Los avances en nutrición permitieron identificar hidratos de carbono de cadena corta como oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables, conocidos internacionalmente bajo el acrónimo de FODMAPs, capaces de producir síntomas en pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales (TFG). La Dieta Baja o Libre en FODMAPs es una nueva estrategia dietoterápica utilizada con éxito en los TFG y actualmente se está probando como coadyuvante terapéutico en otras enfermedades tales como Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Sensibilidad al gluten no celíaca, etc. El principio de esta dieta consiste en el control o la exclusión total de los alimentos que contienen FODMAPs y su implementación incluye 3 fases: **1. Restricción/ eliminación. 2. Exposición/reintroducción 3. Mantenimiento**. Hasta el presente, existe escasa información sobre el contenido de FODMAPs de las dietas habituales y no se cuentan con tablas de composición química específicas a nivel nacional.

ABSTRACT

Advances in nutrition allowed to identify short-chain carbohydrates such as oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and fermentable polyols, internationally known with the acronym FODMAPs, which are capable of producing symptoms in patients with functional digestive disorders (FDD). A low or free FODMAPs Diet is a new dietary strategy successfully used in FDD, and nowadays it is being tested like a therapeutic help in other diseases such as Chron's Disease, Ulcerative Colitis, Sensitivity to Wheat, etc. The principle of this approach is the control or total exclusion of all FODMAPs' food sources, and its implementation includes 3 phases: **1.Restriction/elimination. 2. Exposure/reintroduction. 3. Maintenance**. Currently, there is little information about content of FODMAPs in usual diets, and there are no specific national tables of food chemical composition.

INTRODUCCIÓN:

Los avances en nutrición clínica y dietoterapia permitieron identificar algunos compuestos específicos de los alimentos capaces de producir síntomas en pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales (TFG) como Síndrome de Intestino Irritable (SII) y ciertos tipos de Dispepsias (D)^{1,2}.

Desde hace más de una década el grupo australiano de la Universidad de Monash ha desarrollado investigaciones sobre los Hidratos de Carbono de Cadena Corta (HCCC) fermentables a nivel intestinal estudiando cómo su control y/o exclusión de la dieta habitual de las personas con TFG, puede producir una mejoría de la sintomatología característica de distensión, flatulencias, dolor y/o diarreas. Estos HCCC constituidos por oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables, son conocidos

internacionalmente bajo el acrónimo de FODMAPs (*Fermentable Oligisaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols*)^{1,2}.

La Dieta Baja o Libre en FODMAPs (DBF o DLF) es una nueva estrategia dietoterápica utilizada con éxito en los TFG mencionados, y actualmente se está probando como coadyuvante terapéutico efectivo en otras enfermedades tales como Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Sensibilidad al gluten no celíaca, etc.^{1,2}.

Por lo mencionado anteriormente y ante el aumento de la consulta gastroenterológica, los avances científicos y las nuevas aplicaciones de esta dieta, se considera importante revisar este tema en particular a los fines de develar ventajas y limitaciones de la misma.

DESARROLLO:

TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES (TFG)

Los TFG son muy comunes en la población occidental, constituyendo entre un 10 a 15% de las consultas clínicas y 30% de las gastroenterológicas lo cual representa grandes gastos económicos de atención, medicamentos y ausencias laborales. Estos trastornos se caracterizan por la presencia de síntomas crónicos o recurrentes originados en el intestino y en el sistema nervioso entérico (SNE) tales como dolor, distensión, gases y diarreas. Para ser considerados como TFG no deben tener una etiopatogenia orgánica, sistémica o metabólica que explique dichos síntomas³⁻⁵.

La etiología de los TFG es compleja y multifactorial ya que en su desarrollo están implicados factores genéticos, ambientales, psicosociales e interacciones cerebro-intestino dados por el SNE, hormonas y el eje hipotalámico pituitario adrenal, que llevan a anormalidades en la motilidad y sensibilidad visceral (hipersensibilidad) afectando la percepción y respuesta del individuo a las alteraciones fisiológicas del aparato digestivo. De esta forma, estímulos de baja intensidad que normalmente no tendrían que producir molestias, pueden ser percibidos como espasmos dolorosos produciendo respuestas motoras alteradas³⁻⁵.

Dentro de los TFG se pueden mencionar principalmente el SII y la D, ambas patologías definidas y clasificadas según los Criterios de Roma III⁶.

Dispepsia (D)

Se define como un conjunto de síntomas localizados en el hemiabdomen superior, siendo éstos principalmente molestias o dolor epigástrico, pesadez postprandial y saciedad precoz. Se consideran síntomas asociados náuseas, eructos, distensión abdominal y pirosis. La D puede ser clasificada en 3 categorías⁷:

- A) D no investigada o en ausencia de estudio diagnóstico.
- B) D orgánica o de causa conocida.
- C) D funcional (DF): presencia de dolor persistente o recurrente en el abdomen superior sin evidencia de enfermedad orgánica que pueda explicar la sintomatología. A su vez, Roma III la subclasifica en dos subgrupos: a) Síndrome de Distrés Postprandial (SDP) y b) Síndrome de Dolor Epigástrico (SDE). En la actualidad se considera que la etiopatogenia de la DF estaría relacionada con el retardo del vaciamiento y alteraciones en la acomodación gástrica, hipomotilidad antral y disregulación en la motilidad duodeno-yeyunal³.

Síndrome de Intestino Irritable (SII)

Es un desorden intestinal funcional caracterizado por alteración en el hábito evacuatorio y dolor abdominal crónico. El mismo se caracteriza por motilidad gastrointestinal alterada, hipersensibilidad visceral cuyo mediador bioquímico preponderante es la serotonina, ciertos grados de inflamación y alteración de la microbiota intestinal con un descenso de la población de *Bifidobacterium spp* y un aumento de *Enterobacter*, lo que posibilitaría la proliferación de otras especies productoras de gas y por ende, distensión³⁻⁵. En la clínica, el SII no cuenta con un método diagnóstico específico sino basado en la sintomatología o en los factores precipitantes de la misma³:

• En base a los síntomas:

- A) SII con predominio de la disfunción intestinal
- B) SII con predominio de dolor
- C) SII con predominio de la distensión

• En base a los factores precipitantes:

- A) SII post-infeccioso (SII-PI)
- B) SII inducido por alimentos o las comidas
- C) SII vinculado al estrés

FODMAPs.

Las siglas FODMAPs son utilizadas internacionalmente para describir aquellos HCCC no digeribles, que debido a su poder osmótico pueden producir aumento de líquido en la luz intestinal (diarrea), gases por producción de ácidos grasos de cadena corta (AGCC), dióxido de carbono (CO₂), metano (CH₄) e hidrógeno (H₂) con la consecuente distensión y dolor abdominal en personas con TFG^{8,9}. El acrónimo FODMAPs del inglés significa *Fermentable Oligisaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols*^{1, 2, 10,11}.

No todos los HCCC forman parte de los FODMAPs, sólo aquellos que son fermentables a causa de su absorción deficiente en el intestino delgado, ya sea por las características de los mecanismos de transporte (en el caso de monosacáridos por ejemplo) o por actividad enzimática disminuida (menor actividad o ausencia total de hidrolasas en el borde en cepillo lo que afecta la absorción de di y oligosacáridos) o tamaño inadecuado de las moléculas para difundir por la membrana como los polialcoholes^{2,3}.

De acuerdo a las propiedades funcionales que poseen los FODMAPs incluyen: *Fructosa, Lactosa, Fructooligosacáridos (FOS), Galactooligosacáridos (GOS) y Polialcoholes (los cuales comprenden el sorbitol, xilitol, manitol y maltitol)*².

La fructosa toma un papel relevante ya que tiene una baja o lenta capacidad de absorción resultando en un bajo índice glucémico (19 contra el 100% de la glucosa). Cuando la fructosa se encuentra junto con la glucosa y/o aminoácidos, la eficiencia de la absorción es mayor (alrededor del 85%). Se considera que esta absorción, está relacionada con la utilización del transportador GLUT-2 en la membrana apical, permitiendo la absorción de hexosas^{2,12}.

En función a los datos que proporcionan la Autoridad Nacional Australiana de Alimentos, el Departamento de Agricultura de Estados Unidos y artículos de revistas científicas, junto con la revisión

realizada por Canicoba y Nastasi², se pueden considerar a los siguientes alimentos como fuentes de FODMAPs^{2, 13}:

- ❖ Lácteos: crema de leche, helado de crema, leche, quesos blandos, yogur.
- ❖ Frutas: cereza, ciruela, damasco, dátil, durazno, frutas enlatadas en jugo natural, granada, higo, jugo de frutas, mango, manzana, pera, pistacho, sandía.
- ❖ Frutas desecadas: ciruela desecada, pasas de uva, orejones.
- ❖ Frutos secos: almendra, castaña de cajú.
- ❖ Vegetales: ajo, alcaucil, apio, arveja, batata, brócoli, calabaza, cebolla, choclo, coliflor, espárrago, mandioca, puerro, remolacha, repollo verde.
- ❖ Cereales: trigo, centeno, cebada, amaranto (y sus derivados).
- ❖ Legumbres: garbanzo, lenteja, poroto rojo, soja.
- ❖ Dulces: Jarabe de Maíz de Alta Fructosa (JMAF), miel, chicles. Edulcorantes artificiales que contengan sorbitol, manitol, isomaltosa, maltitol y xilitol.
- ❖ Bebidas: bebida de soja, jugos industrializados, ron, vino blanco.

Los alimentos reducidos en FODMAPs son considerados como tales en función a su contenido de fructosa y fructanos; a partir de los cuales se considera que representan un riesgo para la inducción de síntomas: más de 0,5 g de fructosa en exceso de glucosa por cada 100 g de alimento, más de 3 g de fructosa en una porción promedio independientemente de la cantidad de glucosa, y más de 0,2 g de fructanos por porción².

El principio de la DBF o DLF consiste en el control o la exclusión total de los alimentos que contienen FODMAPs ya que la mayoría de ellos comparte el efecto fisiológico mencionado. Luego se prosigue con la etapa de reintroducción para evitar el efecto aditivo de los mismos e identificar la tolerancia individual de cada grupo de alimentos^{1, 2, 13}.

La implementación de la DBF o DLF incluye las siguientes etapas:

1. Fase de restricción o de eliminación: la que suele tener una duración entre 6 a 8 semanas e incluye la restricción de algunos o de todos los alimentos fuente de FODMAPs a fin de producir alivio de la sintomatología. Esta fase implica un trabajo exhaustivo del profesional nutricionista con el paciente, ya que se requiere de una anamnesis completa y detallada para conocer los hábitos y costumbres alimentarias. El seguimiento debe ser continuo y requiere de un acompañamiento permanente a fin de que el paciente aprenda a reconocer los FODMAPs para que los controle o elimine de la dieta y conozca las alternativas disponibles para que pueda mantener una alimentación variada, completa y suficiente^{2, 13}.

2. Fase de exposición o reintroducción: se debe orientar al paciente a introducir los alimentos restringidos eligiendo aquellos que contengan un tipo de FODMAPs a la vez, para así determinar la tolerancia cuali-cuantitativa de cada paciente y permitir la individualización de desencadenantes alimentarios, con el fin de mantener la variedad y evitar restricciones innecesarias². En caso de que aparezcan síntomas con la reintroducción de alguno de los FODMAPs se suspenderá y continuará progresivamente¹³.

3. Fase de mantenimiento: el paciente podrá controlar sus síntomas, consumiendo alimentos que contienen FODMAPs conforme a su límite de tolerancia¹³.

CONCLUSIONES

La DLF o DBF ha demostrado beneficios en los pacientes con TFG, sin embargo puede tener efectos negativos siendo uno de ellos la eliminación o limitación de alimentos beneficiosos para la salud como frutas, verduras y legumbres lo que llevaría a un menor consumo de fibra dietética y algunos oligoelementos (vitaminas y minerales)^{2,10}. De allí la necesidad de que esta dieta sea indicada, guiada y supervisada por un profesional nutricionista experto en el área que brinde pautas de educación alimentaria, vigilancia de la tolerancia a los FODMAPs asegurando la máxima variedad en la dieta y reduciendo el riesgo de un aporte nutricional inadecuado.

Hasta el momento existe escasa información sobre el contenido de FODMAPs de las dietas habituales y a nivel nacional no se cuentan aún con tablas de composición química específicas sobre el contenido de FODMAPs en alimentos, lo que representa una dificultad a la hora de planificar y ejecutar la DBF o DLF².

Sería interesante contar con más estudios clínicos con evidencia científica acerca del efecto de la implementación de una DLF o DBF sobre los síntomas gastrointestinales en sujetos con Enfermedad celíaca, Reflujo gastroesofágico y aquellos que reciben Soporte nutricional donde el contenido FODMAPs de las fórmulas podría estar relacionado con la diarrea observada en algunos de estos pacientes ya que las investigaciones preliminares son prometedoras aunque los resultados son discretos^{2, 13}.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gibson P. R., Shepherd S. Food Choice as a Key Management Strategy for Functional Gastrointestinal Symptoms. *Am J Gastroenterol* 2012;107:657–666. Disponible en: <http://www.nature.com/ajg/journal/v107/n5/abs/ajg201249a.html>
2. Canicoba M., Nastasi V. La dieta reducida en FODMAP: ventajas y controversias. *Nutr Clin Med*. 2016;10(1):20-39. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5035.pdf>
3. González A. Módulo 8: Patologías digestivas funcionales. Curso de posgrado Nutrición en Gastroenterología. Buenos Aires, Argentina: AADYND - Nutrinfo.com. 2015
4. Onofre A., Karyn Z. Dieta para dispepsia y colon irritable. Médico Digestivo Santa Cruz de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife: 2012 [Consulta 06 junio 2017]. Disponible en: <https://consultadigestivo.files.wordpress.com/2012/07/fodmap-consultadigestivo1.pdf>
5. Abdo-francis JM. Trastornos funcionales digestivos. *Functional digestive disorders*. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2013;74(4):229-233.
6. Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller R, Talley NJ, Thompson WG, et al. Rome III. The Functional Gastrointestinal disorders. Third Edition. Agosto 2006.
7. Bustos Fernández L. Guía latinoamericana de dispepsia funcional. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2014; 44 (22): 29-33. Disponible en: www.actagastro.org/numeros-antiguos/2014/Vol-44-S2/Vol44S2-PDF02.pdf
8. Catassi G, Lionetti E, Gatti S, Catassi C. The low FODMAP Diet: many question marks for a Catchy Acronym. *Nutrients*. 2017; 9 (292): 1-9
9. Magge S, Lembo A. Dieta baja en FODMAP para el tratamiento del síndrome de intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol (NY)* . 2012;8(11): 739-745.
10. De Giorgio R., Volta U., Gibson P. R. Sensitivity to wheat, gluten and FODMAPs in IBS: facts or fiction? *Gut* 2016;65:169–178. Disponible en: <http://gut.bmj.com/content/65/1/169>
11. López Valiente C., Cuenca Quesada N. Dieta libre de FODMAPs (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols) y consumo de probióticos indicados en el síndrome del intestino irritable: a propósito de un caso. *Nutr. clín. diet. hosp*. 2016; 36(3):194-200. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/revista.asp?id=38>
12. Zago L, Zugasti B, Zuleta A, Presner N, Lobbe V, De la Plaza M. Análisis crítico del consumo de fructosa parte 1. La fructosa en la alimentación. Aspectos metabólicos. Actualización en Nutrición 2017; Vol. 18:26-36
13. Zugasti Murillo A., Estremera Arévalo F., Petrina Jáuregui E. Dieta pobre en FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) en el síndrome de intestino irritable: indicación y forma de elaboración. *Endocrinol Nutr*. 2016;63(3):132-138. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092215003307>

INGESTA DE MACRONUTRIENTES Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS PREESCOLARES QUE ASISTEN A DIFERENTES CENTROS DE SALUD EN LA CIUDAD DE SALTA CAPITAL. AÑO 2016

INTAKE OF MACRONUTRIENTS AND NUTRITIONAL STATUS OF PRESCHOOL CHILDREN ATTENDING DIFFERENT HEALTH CENTERS IN THE CITY OF SALTA. YEAR 2016

GARCÍA PÉREZ, María Valeria¹, COCA OSINAGA, Silvia Andrea²; PASSAMAI, María Inmaculada².

¹Licenciada en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

²Licenciada en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

CONTACTO: Lic. Valeria García Pérez,
Correo electrónico: mvgarciap@hotmail.com

RESUMEN

Determinar la ingesta de macronutrientes y el estado nutricional en preescolares de 2 a 5 años que asisten a diferentes Centros de Salud. Salta, Capital. Año 2016. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo, transversal. Se evaluó a los niños con el IMC/E según clasificación de la OMS, se realizó una entrevista a los responsables del cuidado del niño a fin de obtener datos alimentarios. Las variables se analizaron mediante los programas SARA (Sistema de Análisis y Registro de Alimentos), Anthro (0 a 4 años 11 meses y 29 días) y Anthro Plus (de 5 a 19 años) de la OMS. **Resultados:** Los niños estudiados fueron 152 niños de 2 a 5 años. El 63,81% presentaron estado nutricional normal, el 17,10% obesidad, el 13,16% sobrepeso y 5,92% desnutrición leve. Según el porcentaje de adecuación, las ingestas de macronutrientes estaban por arriba de los valores de referencia y con respecto al total de kilocalorías fue adecuado en la mayoría de los niños. **Conclusiones:** El porcentaje de adecuación de los macronutrientes, fue elevado con una distribución porcentual inadecuada; reflejando una dieta monótona, de baja calidad, que conlleva a un bajo contenido de micronutrientes, y con tendencia a la malnutrición por exceso.

Palabras Claves: Preescolares, Porcentaje de Adecuación, Estado Nutricional, Consumo de Alimentos.

ABSTRACT

The aim of this paper is to determine the macronutrient intake and nutritional status in preschoolers between 2 to 5 years old attending different Health Centers in the city of Salta in 2016. **Methodology:** observational, descriptive, cross-sectional study. Children with BMI / E were assessed according to WHO classification, an interview with the childrens' caregivers was conducted to obtain food data. Data was analyzed using the Food Analysis and Registration System, Anthro (0 to 4 years 11 months and 29 days) and Anthro Plus (from 5 to 19 years) from the WHO. **Results:** 152 children aged 2 to 5 years were studied. 63.81% presented normal nutritional status, 17.10% were obese, 13.16% were overweight and 5.92% presented mild malnutrition. According to the nutritional adequacy ratio, macronutrient intakes were above the reference values and with respect to kilocalories intake, this was adequate in most children. **Conclusions:** The adequacy of macronutrients was high with an inadequate percentage distribution, reflecting a monotonous, low-quality diet that leads to a low micronutrient content and a tendency to over-malnutrition.

Key Words: Preschoolers, Nutritional Adequacy Ratio, Nutritional Status, Food Consumption

INTRODUCCIÓN:

Para lograr un buen estado de salud, un óptimo crecimiento y desarrollo físico-psicosocial, los preescolares deben consumir alimentos de los diferentes grupos en proporciones adecuadas a fin de obtener los nutrientes necesarios. Por ello es importante un equilibrado aporte de macro y micronutrientes. El balance

entre el consumo y el gasto permite como resultado un buen estado nutricional. Es fundamental enseñar hábitos alimentarios saludables desde edades tempranas de la vida para lograr una alimentación correcta y prevenir futuros problemas nutricionales.

OBJETIVO:

Determinar la ingesta de macronutrientes (Hidratos de Carbono, Proteínas y Grasas) y el estado nutricional en preescolares de 2 a 5 años que asistieron a diferentes Centros de Salud de la Ciudad de Salta Capital. Año 2016.

MATERIAL Y MÉTODO:

El método que se utilizó fue observacional, de tipo descriptivo con corte transversal.

El estudio se llevó a cabo en los Centros de Salud de distintas zonas de la ciudad de Salta Capital. Zona Centro: Centro de Salud N° 63 La Madre y el Niño; Norte: Centro de Salud N° 15 Barrio Castañares; Sur: Centro de Salud N° 27 Barrio Intersindical; Este: Centro de Salud N°1 Villa Primavera y Oeste: Centro de Salud N° 6 El Manjón.

Fueron seleccionados porque constituían los cinco Nodos de Salud asignados por el Ministerio de Salud Pública, quienes brindan una atención de cabecera, lo que permitió obtener una muestra homogénea y representativa de cada zona de la ciudad y así reproducir las características del estudio.

Se realizó un muestreo intencional no probabilístico. Se seleccionaron aquellos niños que estaban junto a su madre y/o responsable en la sala de espera de los centros de salud en los horarios de atención (turno mañana y tarde), para el control antropométrico y/o médico.

La recolección y registro se realizó a partir de dos interrogatorios, el primero consistió en una encuesta de 24 horas del día anterior y el segundo una frecuencia de consumo de alimentos; estos datos fueron obtenidos a través de una entrevista que se realizó a las madres y/o tutores de los niños.

El *recordatorio de 24 hs* del día anterior y el *cuestionario de frecuencia*; según una lista de alimentos fuente de Hidratos de Carbono, Proteínas, Grasas, Bebidas. La frecuencia se categorizó de la siguiente manera: Consumo bajo (1-2 veces por semana); medio (3-4); alto (5- 7) y nunca.

La ingesta de cada nutriente se consideró como: adecuado entre 90 – 110%; deficiente menor a 90% y en exceso mayor a 110%, según los requerimientos.

Se procesó la información de los alimentos consumidos llevándolos a nutrientes, utilizando el programa informático SARA cálculo de la composición química de los alimentos ingeridos por una persona durante 24 horas. Versión 1.2.12.ENNyS, Argentina 2004.

Se empleó como fuente secundaria los datos antropométricos (Peso y Talla) suministrados por el Carnet del niño y/o Sistema Acuario.

Para el análisis del Estado Nutricional se utilizó como instrumento de referencia el Programa informático de la OMS Anthro versión 3.2.2 y Anthro Plus versión 1.0.4. El mismo permitió evaluar el IMC/E (Índice de Masa Corporal) en puntuación Z score.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Al realizar un análisis global del estado nutricional a través del indicador IMC/E de los preescolares, se observó que la mayoría de los niños 63,81% presentaron un estado nutricional adecuado, con Obesidad 17,10% y Sobrepeso 13,16%. Es de destacar que la minoría se ubicó en la categoría de Desnutrición Leve 5,92%.

Estos datos coinciden con la transición nutricional por la que atraviesa nuestro país en el último tiempo con situaciones de déficit, de exceso y la convivencia de ambas dentro de una misma provincia, comunidad e incluso en el mismo hogar (Guías Alimentarias para la Población Argentina, Año 2016).

En el (**cuadro N°1**) se observa la relación entre el Estado Nutricional y el Porcentaje de Adecuación de Kilocalorías de los preescolares que participaron en el estudio, se excluyeron aquellos niños que presentaron desnutrición leve debido a que se encontraron pocos casos en esta condición (n:9).

Cuadro N° 1: DISTRIBUCIÓN DE PREESCOLARES QUE ASISTEN A LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL POR ADECUACIÓN DE KILOCALORÍAS. SALTA, CAPITAL. AÑO 2016.

Estado Nutricional	Adecuación de Kilocalorías						Total	
	Déficit		Adecuado		Exceso			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Exceso de Peso	2	1,39	11	7,69	37	25,87	50	34,97
Normal	9	6,29	56	39,16	28	19,58	93	65,03
Total	11	7,68	67	46,85	65	45,45	143	100

El 65,03% (93) de los niños presentaron Estado Nutricional normal; donde el 19,58% (28) mostraron una ingesta excesiva y el 6,29% (9) una ingesta deficiente de kilocalorías.

El 34,97% (50) de los niños tenían malnutrición por exceso; con una ingesta elevada el 25,87% (37), adecuada el 7,69% (11) y el 1,39% (2) deficiente.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrado a un nivel de confianza del 95% ($P > 0,05$), se encontró relación estadísticamente significativa entre el Estado nutricional y la Adecuación de Kilocalorías, con un Chi cuadrado calculado (25,27) mayor que el Chi cuadrado de tabla o teórico (6,99).

Del total de niños estudiados según sexo, el 20,40% de las mujeres y el 26,31% de los varones presentaron exceso en el consumo de Hidratos de Carbono. Esto se debe a que los hidratos de carbono complejos son la base de la alimentación de la población Argentina y también por su accesibilidad económica; siendo los simples y refinados los predilectos de los niños.

La mayoría de los preescolares presentaron un consumo en exceso de Proteínas, mostrando similitud entre ambos sexos.

Al analizar el Porcentaje de Adecuación de lípidos, se observó que el 25,66% (39) de las mujeres presentaron exceso en la ingesta; y el 20,40% (31) de los varones presentaron un consumo deficiente.

Para un mejor análisis se agruparon los alimentos según las Guías Alimentarias para la Población Argentina, donde se detalla la frecuencia de consumo a través de valores promedios. (**Cuadro N° 2**).

Cuadro N°2: PORCENTAJE DE PREESCOLARES SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO POR GRUPOS DE ALIMENTOS. SALTA, CAPITAL. AÑO 2016.

Grupo de Alimentos	Frecuencia de Consumo				
	Baja	Media	Alta	Nunca	Total
	%	%	%	%	%
Verduras y Frutas	21,71	18,56	15,23	44,50	100
Legumbres, Cereales, Papa, Pan y Pastas	26,93	18,30	13,53	41,24	100
Leche, Yogur y Queso	38,82	19,58	26,80	14,80	100
Carnes y Huevos	30,60	32,89	5,70	30,81	100
Aceites, Frutas secas y Semillas	3,29	9,21	87,50	-	100
Opcionales, Dulces y Grasas	32,1	13,25	12,23	42,46	100

La mayoría de los niños estudiados mostraron un consumo diario de aceite 87,50%; casi la totalidad de las madres entrevistadas manifestaron su utilización para cocinar guisos, salsas, cereales, milanesas y carnes (en preparaciones como salteados, al horno y frituras).

Al analizar el grupo de Verduras y Frutas se encontró una frecuencia nula en el 44,60%, no existió un consumo variado de las mismas. Las verduras elegidas fueron la cebolla, tomate, zanahoria y pimiento; en preparaciones como salsas, guisos y sopa. El consumo de tomate fue en forma de salsas, lo que indicó que es un ingrediente de platos a base de cereales. El consumo de vegetales verdes fue casi nulo.

En cuanto a las frutas, se consumen las de estación y por menor costo como naranjas y mandarinas diariamente, le siguen las bananas y manzanas con una frecuencia baja.

Las lentejas fueron las más consumidas de las legumbres en preparaciones como guisos.

Dentro de los cereales los fideos y el arroz tuvieron un consumo medio (74,67%), mientras que el consumo de pastas fue bajo. En cuanto al pan, su consumo fue diario. Los vegetales C (papa) lo consumen un 61,85%.

En cuanto al grupo leche, yogur y queso fue destacable la alta frecuencia de consumo leche, media de yogur y baja de queso.

Se pudo observar que la carne de vaca y pollo fueron consumidas, en un mayor porcentaje, con una frecuencia media (de 3 a 4 veces/semana) en el 67,10% de los niños estudiados. La mayoría de los niños no tienen el hábito de consumir pescados.

Predominó el consumo medio de huevo, bajo de conservas (picadillo) y nunca de vísceras.

El grupo de dulces se encontró influenciado por el alto consumo de azúcar 93,42%, mientras que el consumo es bajo de cacao, gelatinas y dulce de leche.

Las golosinas tuvieron una frecuencia baja, destacándose un mayor consumo de caramelos, chupetines y chicles 28,29%. Entre las bebidas azucaradas se destacó el alto consumo de jugos en polvo, bajo de gaseosas y jugos líquidos artificiales, aumentando los mismos los fines de semana.

Los productos de panadería que se consumieron con más frecuencia fueron las tortillas 32,24%, las facturas y bollos con una ingesta baja.

CONCLUSIONES:

Al evaluar el IMC/Edad, la mayoría de los preescolares presentaron estado nutricional normal, seguido de obesidad y sobrepeso. La ingesta calórica fue adecuada en un alto porcentaje de los preescolares, y una menor proporción presentó una ingesta en exceso, evidenciándose una distribución porcentual inadecuada de macronutrientes. En cuanto al porcentaje de adecuación de hidratos de carbono, se encontró por arriba de lo recomendado.

La ingesta diaria de proteínas fue excesiva, en casi la mayoría de los niños (136). La ingesta diaria de lípidos fue elevada en un gran número de preescolares. La alimentación según la frecuencia de consumo fue monótona a base de cereales (fideos y arroz), papa, pan, leche, carne (vaca o pollo), frutas (naranjas y mandarinas) azúcar, aceite y bebidas azucaradas. El consumo de verduras fue bajo y su mayoría se consumieron en sopa. Es importante focalizar acciones tendientes a revertir los resultados encontrados, realizando actividades educativas dirigidas a las madres y/o tutores de los niños.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Britos, S. Comer en una edad difícil: 1 a 4 años. Centro de Estudio sobre Nutrición Infantil (CESNI). Buenos Aires. Argentina; 2006. [Consultado 19 de febrero 2016]. URL: <http://biblioteca.cesni.org.ar/referencias/7b42fb04a73d4994172a000>.
2. Calvo, E. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 1° edición. Ministerio de salud de la Nación. Buenos Aires. Argentina; 2009. Pág. 19-20.
3. Carmuega, E. Hidratación saludable en la Infancia. 1°ed. Centro de Estudio sobre Nutrición Infantil (CESNI). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina; 2015.[Consultado 20 de febrero 2016].URL:<http://www.cesni.org.ar/index.php/hidratacion-saludable-en-la-infancia/>
4. Centro de Estudio sobre Nutrición Infantil. Patrones Alimentarios - Población General: consumo de lácteos. Buenos Aires. Argentina; 2012. [Consultado 1 de marzo 2016]. URL: <http://www.cesni.org.ar/archivos/observatorio/PAPGCL.pdf>.
5. FAO/OMS/UNU., Nuevos Requerimientos de Energía Comité de Expertos. Roma; 2004.
6. Instituto de Investigaciones en Evaluación Nutricional de Poblaciones I.I.E.N.Po. Evaluación del Estado Nutricional e Ingesta Alimentaria. 2008. Pág. 81- 82; 130-138.
7. López Luzardo, M. Las dietas hiperproteicas y sus consecuencias metabólicas. Anales Venezolanos de Nutrición; 2009. [Consultado 20 de marzo 2016]. URL: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&HYPERLINK"http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522009000200007"&HYPERLINK"http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522009000200007"](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&HYPERLINK=http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522009000200007)
8. Lorenzo, J. Nutrición del Niño Sano. 1° edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Corpus; 2015. Pág. 07-18; 25-28; 141-142; 157-166.
9. Macías, A. y Cols., La tridimensionalidad del concepto de Nutrición: su relación con la educación para la salud. Universidad Autónoma del estado de México, México; 2009. [Consultado 22 de enero de 2016]. URL: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v36n4/art10.pdf>
10. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Buenos Aires. Argentina; 2016. [Consultado 23 de febrero de 2016]. URL: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/proneas/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina>.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Infantil. Consideraciones para los Equipos de Salud. Buenos Aires. Argentina; 2009.[Consultado 25 de febrero de 2016]. URL: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000319cnt-A04-guias-alimentarias-pob-inf-equipos.pdf>.
12. Organización Mundial de la Salud. Patrones de Crecimiento infantil de la OMS; 2007.[Consultado el 08 de Marzo de 2016]. URL:http://www.who.int/childgrowth/4_doble_carga.pdf
13. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la Conducta alimentaria en la Infancia y sus Alteraciones. Rev. Chilena Nut; 2002. [Consultado el 09 de Marzo de 2016]. URL:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002
14. Redondo, M. Preferencias Alimentarias de las madres y su utilidad como predictor de Patrón de Consumo de sus Hijos en edad Preescolar Tesis]. Buenos Aires. Universidad FASTA. Argentina. Facultad de Medicina; 2012. URL: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/270>
15. Setton D, Fernández A. Nutrición en Pediatría: bases para la práctica clínica en niños sanos y enfermos. 1° ed. Editorial Médica Panamericana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2014. pág. 6- 10; 35- 37; 143-145.
16. Torresani M. Aprendamos a comer sin contar calorías. 2° Ed. Buenos Aires. Editorial Akadia. Buenos Aires, Argentina; 2010. pág. 11 a15.
17. UNICEF. Evaluación del Crecimiento de Niños y Niñas. Argentina; 2012. [Consultado 03 de marzo 2016]. URL:http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
18. Vásquez M, Witriw A. Modelos Visuales de Alimentos & Tablas de relación peso/ volumen. 1° ed.; 1997. Buenos Aires, Argentina.
19. Vavy R, Carmuega E. Crecimiento saludable entre la desnutrición y la obesidad en el cono sur. 1° ed.; 2012. Buenos Aires. Argentina.
20. Wisbaum W. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF. España; 2011. [Consultado 03 de marzo 2016]. URL:www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LA ENFERMEDAD

PARTE I: EL NEONATO

EXCLUSIVE BREASTFEEDING DURING ILLNESS.

PART I: THE NEWBORN

DELLA FONTANA, Franco Darío¹; CONTRERAS, Nelly²

¹*Becario del Concejo de Investigación UNSa. Tesista de la Lic. en Nutrición.*

²*Lic. en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Profesora Adjunta en Cátedra de Lactancia Humana y de Salud Materno Infantil, Facultad de Ciencias de la Salud, UNSa.*

CONTACTO: francodariodellafontana@gmail.com

RESUMEN

Los recién nacidos pueden pasar por distintas situaciones patológicas, que pueden ser leves como pueden ser situaciones donde peligra la vida del bebé. Durante las mismas el comienzo de la lactancia materna exclusiva (LME) puede verse dificultado. La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para los recién nacidos por ser un factor que favorece el correcto establecimiento de la LME hasta los 6 meses y por ser un factor protector frente a muchas enfermedades, como así también tiene beneficios para la madre y para el sistema de salud. Sin embargo, establecer la lactancia materna desde el nacimiento es un desafío más aun en situaciones como las que se plantean en esta revisión.

ABSTRACT

Newborns can suffer from different pathological situations which can be mild or can pose a threaten to the newborn's life. During these, exclusive breastfeeding could be difficult. Breastfeeding is the best way to feed newborns because it is not only a protective factor against many diseases, but also because it has benefits for the mother and the public health system. However, breastfeeding from birth is a challenge, even more in situations like the ones presented in this paper.

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es la recomendación por excelencia a nivel internacional para la alimentación de los lactantes menores de 6 meses. Esto quiere decir que el único alimento que deben recibir los niños y niñas desde que nacen es únicamente la leche de su madre. Sin embargo, existen diversas situaciones donde esta condición puede verse afectada, y las madres terminan alimentando a sus hijos con alimentos distintos a la leche materna, como fórmulas infantiles o leche de vaca fluida o en polvo.

Los recién nacidos pueden pasar por distintas situaciones durante su hospitalización, que pueden ser leves como pueden ser situaciones donde peligra la vida del bebé. Durante las mismas el comienzo de LME puede verse dificultado¹. Con la siguiente revisión se pretende describir el manejo de la lactancia materna cuando surgen estas circunstancias particulares, para evitar así la introducción de sucedáneos de la leche materna y disminuir el riesgo de la aparición de otras patologías que pueden evitarse o atenuarse si se establece la lactancia materna.

DESARROLLO

Problemas del lactante durante el período neonatal.

Desde el nacimiento, la puesta del bebé en el pecho de la madre, para que comience a alimentarse antes de que pase una hora, es una de las estrategias más importantes para que la lactancia materna comience con éxito y pueda mantenerse así en el tiempo^{1,2}.

Sin embargo, existen situaciones particulares durante el período neonatal que pueden ser un condicionante para el abandono de la lactancia materna y/o para la introducción de sucedáneos de la leche materna. Las patologías más frecuentes que pueden presentarse en un neonato son: ictericia neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer, e hipoglucemia; y son las que se desarrollarán a continuación³⁻⁶.

- ❖ **Ictericia neonatal:** La ictericia es el tinte amarillento que adquiere la piel cuando está aumentado el nivel de bilirrubina en sangre. La ictericia neonatal puede ser fisiológica y se debe, principalmente, al aumento de bilirrubina indirecta que tiene lugar por el exceso de hemólisis durante los primeros días de vida. En el recién nacido a término se considera ictericia fisiológica siempre que los niveles estén por debajo de 12 mg/dl y no haya datos de hemólisis u otra patología. La decisión de cuándo tratar depende de la edad gestacional del niño y de las horas de vida. La ictericia del primer día de vida es siempre patológica. Se considera hiperbilirrubinemia grave la que supera los 20 mg/dl y la extrema la que está por encima de 25-30 mg/dl³.

La incidencia de ictericia es mayor en los lactantes amamantados y se han descrito dos tipos de ictericia asociadas a la lactancia materna³:

- ❖ **Ictericia por lactancia materna:** tiene lugar durante la primera semana y está relacionada con la falta de ingesta y con el retraso en la eliminación del primer meconio. Si no existe una buena ingesta, disminuye el tránsito intestinal y aumenta la reabsorción de bilirrubina indirecta a través de la circulación enterohepática. A mayor número de tomas durante los 3 primeros días, mayor número de deposiciones y menor cifra de bilirrubina.
- ❖ **Ictericia por leche de la madre:** tiene lugar a partir de la segunda semana. La leche de madre es rica en B-glucuronidasa, que desconjuga la bilirrubina intestinal y, por tanto, favorece la reabsorción de la bilirrubina indirecta. En la leche de algunas mujeres se han identificado otras sustancias, algunas de ellas con características hormonales, que también pueden dificultar el metabolismo de la bilirrubina.

Los lactantes amamantados con problemas de lactancia durante los primeros días hacen pocas tomas efectivas y sufren una pérdida de peso excesiva y un aumento de las cifras de bilirrubina. Para prevenir la aparición de esta patología se debe colocar al recién nacido en contacto piel a piel al nacer para que pueda hacer la primera toma antes de las primeras dos horas de vida. Además se debe comprobar que el recién nacido haga 10-12 tomas en 24 horas durante los 3 primeros días, observando al menos dos tomas. El control de peso diario, y de los signos indirectos de ingesta adecuada de la leche, como el número y características de las micciones y deposiciones, son también importantes^{3,7}.

Si el recién nacido tarda más de 8 horas en eliminar el primer meconio, aumenta la absorción de la bilirrubina indirecta a través de la circulación enterohepática. Cuanto más precoz es la primera toma, antes se

elimina el primer meconio. Actualmente ya no se aconseja la separación de la madre de su hijo, ya que favorece el abandono total a la lactancia^{3,7}.

Los recién nacidos a término sanos con bilirrubina menor de 20 mg/dl de 72 o más horas de vida, una vez que se han descartado otras causas de ictericia no requieren fototerapia, sino una evaluación de la lactancia materna: técnica, postura, número de tomas al día, duración de cada toma, número y color de las deposiciones. El objetivo es aumentar la calidad y frecuencia de las tomas^{3,7}.

Si ingresan para fototerapia, se debe permitir la lactancia materna a libre demanda y exclusiva; no se precisa aporte extra de agua. Es preferible ingresar a los bebés junto a su madre para evitar las consecuencias de la separación. Las recomendaciones actuales desaconsejan interrumpir la lactancia durante 12-24 horas para comprobar si la ictericia se debe a la leche materna³.

❖ **Bajo Peso al Nacer y Prematurez**

Un recién nacido que pesa menos de 2500g tiene bajo peso al nacer (BPN). Si el lactante pesa menos de 1500g tiene muy bajo peso al nacer (MBPN). El BPN puede ser la consecuencia del nacimiento prematuro (antes de las 37 semanas completas de gestación), del nacer pequeño para la edad gestacional (PEG) o una combinación de ambos. El retardo del crecimiento intrauterino (RCI) es definido como un enlentecimiento de la velocidad normal del crecimiento y generalmente es responsable del PEG⁶.

Lo mejor para los lactantes con BPN, de cualquier edad gestacional, es la leche de sus propias madres. La leche materna está especialmente adaptada para cubrir las necesidades de los lactantes con BPN y existen pruebas sólidas que muestran que la alimentación con la leche de sus propias madres, está asociada con menor incidencia de infecciones y mejores resultados a largo plazo⁶.

No todos los niños con BPN y/o prematuros son capaces de lactar, durante los primeros días de vida. Para aquellos que no pueden hacerlo, se requiere aportar la alimentación empleando alguna alternativa, como ser el método de alimentación oral (vaso/taza/cuchara/extracción directa en la boca del niño) o mediante la alimentación empleando sonda orogástrica⁶.

El niño con BPN que no es capaz de lactar, generalmente requiere ser atendido en una unidad especial para cuidados neonatales. Se deben realizar todos los esfuerzos para permitir que la madre permanezca cerca de esta unidad. De otra manera, ella debería permanecer en el hospital el mayor tiempo posible todos los días⁶.

En función a la edad gestacional al nacer se aconseja realizar las siguientes medidas terapéuticas referidas a la nutrición⁶:

- Los lactantes de 36 semanas de edad gestacional o mayores frecuentemente son capaces de succionar bastante bien y de manera completa el pecho por sí mismos. Después del parto, tan pronto como sea posible, se debe ayudar a que la madre realice el contacto piel a piel con su niño y que el niño trate de succionar el pecho. Si el lactante tiene dificultad para lograr una succión efectiva, o si se cansa rápidamente o no tiene un incremento adecuado de peso, se debe ofrecer leche extraída antes de que sea colocado al pecho, empleando un vaso o taza, o dar alternativamente el pecho y la leche en vaso o taza.
- Los lactantes de 32 a 36 semanas de edad gestacional necesitan ser alimentados, con leche extraída, empleando un vaso o taza o una cuchara, hasta que se pueda establecer la lactancia materna completa. La alimentación puede ser iniciada tan pronto como el lactante esté clínicamente

estable, en lo posible durante la primera hora después del nacimiento y debe ser administrada cada 2–3 horas. Para estimular la lactancia materna, se puede permitir que estos lactantes succionen el pecho tanto como lo deseen, y si no cuentan con la fuerza o coordinación suficiente para la succión, se puede estimular con ayuda profesional, hasta que se establezca el reflejo de succión.

- Los lactantes menores de 32 semanas de edad gestacional usualmente necesitan ser alimentados empleando una sonda orogástrica o nasogástrica. Estos lactantes no deberían recibir ningún alimento por vía enteral durante las primeras 12–24 horas, pero posteriormente el alimento indicado es la leche materna, por vía enteral.

❖ **Hipoglucemia neonatal**

La hipoglucemia neonatal clínicamente significativa refleja un desequilibrio entre el suministro y la utilización de la glucosa y los combustibles alternativos, y puede ser causada por varios mecanismos reguladores desequilibrados⁸.

Es común la hipoglucemia transitoria durante las primeras horas después del nacimiento; ocurre en casi todos los mamíferos recién nacidos. En bebés humanos sanos nacidos a término, aún si se les priva de alimentación enteral precoz, este fenómeno es autolimitado, no tiene signos clínicos y se considera parte de la adaptación a la vida posnatal, ya que los niveles de glucosa aumentan espontáneamente dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento (en algunos tarda un poco más, pero sigue siendo un hecho fisiológico)⁸.

Según la Academia de Medicina de la Lactancia Materna^{2,8}, cualquier abordaje del manejo debe estar justificado por el estado metabólico y fisiológico general del bebé y no debe interrumpir innecesariamente la relación entre madre y bebé ni la lactancia; dado que la hipoglucemia grave y prolongada con signos clínicos podría resultar en una lesión neurológica.

El inicio y la implementación de la lactancia y la reducción del riesgo de hipoglucemia se facilitan mediante el contacto piel con piel entre la madre y el bebé inmediatamente después del parto y al menos durante la primera hora de vida, y debe continuar lo más posible. Tales prácticas mantendrán una temperatura corporal normal en el bebé y reducirán el gasto de energía (permitiendo así la conservación de una glucosa en sangre normal) a la vez que estimula la succión y la producción de leche. La complementación rutinaria de bebés sanos nacidos a término con agua, agua glucosada o fórmula es innecesaria y podría interferir con la implementación de una lactancia normal y mecanismos de compensación metabólica normales⁸.

En los casos puntuales donde se puede identificar la presencia de hipoglucemia, las recomendaciones actuales⁸ indican que se debe continuar con la lactancia (aproximadamente cada 1 a 2 horas) o alimentar con 1 a 3 ml/kg (hasta 5 ml/kg) de leche materna extraída del pecho de la madre. En los casos de hipoglucemia grave con signos clínicos presentes se debe iniciar la administración intravenosa (IV) de una solución de glucosa al 10% con un bolo de 2 ml/kg y tratamiento IV continuo a 5 - 8 mg/kg/minuto, y fomentar las instancias de lactancia frecuentes después del inicio de la terapia IV, con un monitoreo continuo y riguroso.

CONCLUSIÓN:

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación para los recién nacidos por ser un factor que favorece el correcto establecimiento de la LME hasta los 6 meses y por ser un factor protector frente a muchas enfermedades^{1,3-5}, como así también tiene beneficios para la madre y para el sistema de salud. Sin

embargo, establecer la lactancia materna desde el nacimiento es un desafío cuando surgen situaciones como las que se plantearon en esta revisión¹⁻⁵.

No obstante, con el acompañamiento profesional de la madre en las maternidades y desde los controles prenatales, y con políticas de salud que protejan tanto a la madre como al niño desde el embarazo hasta el puerperio, estas circunstancias pueden superarse con éxito².

BIBLIOGRAFÍA:

1. Chaparro CM, Lutter C. Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C.; 2007.
2. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeeding Medicine*. 2009;4(3):175-182.
3. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité de Lactancia Materna de la AEP. *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. 1º Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009
4. Aguayo Maldonado, J. (ed.) *La lactancia materna*. España: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2004
5. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. España Madrid: Monografías de la A.E.P. N° 5; 2004
6. Organización Panamericana de la Salud. *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C.: OPS ©; 2010.
7. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Protocolo clínico de la ABM N° 22: Guía para el manejo de ictericia en el lactante alimentado al seno materno. *Breastfeeding Medicine*. 2010;5(2).
8. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Protocolo clínico de la ABM N° 1: Pautas para el control de la glucosa en sangre y el tratamiento de la hipoglucemia en recién nacidos a término y prematuros tardíos, revisado en 2014 *Breastfeeding Medicine*. 2014;9(4):173-179.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LA ENFERMEDAD. PARTE II: EL NIÑO MENOR DE 6 MESES

EXCLUSIVE BREASTFEEDING DURING ILLNESS.

PART II: THE INFANT UNDER 6 MONTHS

DELLA FONTANA, Franco Darío¹; CONTRERAS, Nelly²

¹ *Becario del Concejo de Investigación UNSa. Tesista de la Lic. en Nutrición.*

² *Lic. en Nutrición, Especialista en Salud Pública. Profesora Adjunta en Cátedra de Lactancia Humana y de Salud Materno Infantil, Facultad de Ciencias de la Salud, UNSa.*

CONTACTO: francodariodellafontana@gmail.com

RESUMEN

La promoción de la lactancia materna es hoy en día una de las estrategias en salud pública primordiales para la salud del recién nacido y del niño lactante. Sin embargo, es una realidad que una gran proporción de las madres lactantes no logran cumplir con la norma de oro de la Organización Mundial de la Salud para la alimentación de los lactantes, la cual consiste en alimentar con lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de vida, y continuarla hasta los 2 años acompañada de una alimentación complementaria oportuna. Uno de los motivos por lo que esto ocurre son las enfermedades que pueden sufrir los lactantes. Las enfermedades más comunes en los menores de 6 meses son de tipo infecciosas y aparecen con mayor prevalencia en los bebés que no han sido amamantados. Si bien estas patologías pueden dificultar la alimentación de los lactantes, la LME sigue siendo la mejor recomendación para prevenir y lograr una rápida recuperación frente a las enfermedades más prevalentes de la infancia.

ABSTRACT

Promoting breastfeeding nowadays is one of the main public health strategies for newborn and infants' health. However, it's a reality that a large number of mothers can't achieve the golden rule of the World Health Organisation (WHO) about infant feeding. It consists of Exclusive Breastfeeding until the child is 6 months old, and it should continue with appropriate complementary feeding until the child is 2 years of age. One of the reasons why this happens is the illness an infant could be suffering from. The most common diseases in infants under 6 months of age are infectious ones, and they appear frequently in babies who haven't been breastfed. While these pathologies may make infants' feeding difficult, exclusive breastfeeding keeps being the best recommendation to prevent and to achieve a quick recovery against the most prevalent childhood diseases.

INTRODUCCIÓN:

Durante el período en el que se desarrolla una enfermedad pueden ocurrir diversas situaciones que pueden interferir con la lactancia, pero no así impedirla. El lactante puede desear el pecho materno más frecuentemente que antes. Los síntomas locales, como nariz obstruida o moniliasis oral pueden interferir con la succión. El lactante puede succionar solo por un corto período de tiempo y no tomar suficiente leche. Por otro lado, el lactante puede estar demasiado débil para succionar adecuadamente, o puede ser incapaz de succionar del todo. Durante un proceso quirúrgico, el lactante podría ser incapaz de recibir alimentación oral o enteral¹.

No obstante, los lactantes y niños pequeños que tienen una enfermedad, deben continuar recibiendo lactancia materna exclusiva (LME) tanto como sea posible, mientras reciben el tratamiento necesario. La

leche materna es el alimento ideal durante la enfermedad, especialmente para lactantes menores de 6 meses de edad, y ayuda a que se recuperen más rápido¹.

DESARROLLO DEL TEMA:

Enfermedades del lactante que contraindican la lactancia

Si bien se mencionó que durante un proceso patológico la lactancia natural debe mantenerse, existen patologías específicas en donde no se puede alimentar al bebé a través del seno materno, porque esto implicaría un riesgo para la salud del mismo. Estas situaciones son muy poco frecuentes y corresponden a enfermedades relacionadas con errores congénitos del metabolismo (fenilcetonuria, galactosemia, leucinosis), en las cuales ciertos componentes presentes en la leche materna comprometen la salud del lactante, y es por ello que se la debe reemplazar por fórmulas especialmente diseñada a las necesidades que determine la enfermedad²⁻⁵.

Manejo de la LM en enfermedades prevalentes de los menores de 6 meses.

Diarrea Aguda

El Consenso Nacional de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)⁶ establece que la lactancia materna en los primeros seis meses de edad, reduce el riesgo de que la diarrea se agrave o prolongue, al mismo tiempo que ejerce un rol preventivo. Los niños amamantados durante los episodios de diarrea presentan menores pérdidas y menor duración de la enfermedad que aquellos en los que la alimentación fue interrumpida. Las recomendaciones nutricionales en la diarrea aguda están fundamentadas en numerosos estudios clínicos y epidemiológicos⁶⁻⁹ que permiten establecer:

1. Los beneficios de continuar con la alimentación habitual del niño acorde a la edad. La “alimentación continua” puede evitar la pérdida de peso previniendo que se instale el círculo vicioso: diarrea-desnutrición-infección⁶⁻⁹.
2. Se ha demostrado que el mantener la alimentación durante la diarrea acelera la normalización de las funciones intestinales, incluyéndola digestión y absorción de nutrientes y favorece la hidratación al proveer de transportadores de sodio y agua⁶⁻⁸.
3. La lactancia materna en los primeros seis meses de edad, reduce el riesgo de que la diarrea se agrave o prolongue, al mismo tiempo que ejerce un rol preventivo. Los niños amamantados durante los episodios de diarrea presentan menores pérdidas y menor duración de la enfermedad que aquellos en los que la alimentación fue interrumpida⁶⁻⁹.

Los neonatos sanos amamantados exclusivamente, a demanda, no requieren líquidos adicionales para prevenir la deshidratación, en ningún clima ni estación del año. Los bebés con diarrea deben ser amamantados más frecuentemente, ya que el amamantamiento frecuente proporciona líquidos, nutrientes, y proporciona factores protectores. Además, los factores de crecimiento en la leche materna ayudan en la reparación del intestino dañado^{6-8, 10}.

Cólicos del lactante

Se define como “cólico del lactante” al cuadro que se expresa como llanto inconsolable paroxístico, que empieza y termina sin causa aparente, durante 3 horas, 3 días por semana, 3 semanas (regla de 3 de Wessel) o 3 horas por día durante una semana¹⁰. El cuadro típico comienza en menores de 3 meses y, rara vez, se extiende más allá de los 6 meses. El llanto y el cólico tienen mucho en común. El llanto prolongado produce

cólicos –aerofagia– y los cólicos, al producir dolor, causan llanto. Provocan malestar en el niño, pero ambos aseguran la proximidad del cuidador y su supervivencia¹⁰.

La leche materna constituye la mejor opción en el manejo de niños con cólicos. Nunca debe suspenderse la leche humana porque el niño tiene cólicos o llanto, ya que contiene oligosacáridos (prebióticos), que favorecen el desarrollo de la microbiota bifidogénica saludable, y factores inmunomoduladores, que favorecen las modificaciones posnatales, lo que permite un adecuado desarrollo madurativo del sistema gastrointestinal¹⁰.

Regurgitación del Lactante

La regurgitación es un trastorno funcional fisiológico que se presenta en niños de 3 semanas a 12 meses de edad, que ocurre 2 o más veces por día durante, al menos, 3 semanas. Se presenta sin náuseas, hematemesis, aspiración, apneas, dificultad en la alimentación o deglución¹¹. Es más frecuente en el primer mes de vida y disminuye gradualmente a partir del quinto mes.

La lactancia materna es la mejor alimentación en el manejo de niños con regurgitaciones. Tiene un efecto protector sobre la regurgitación al mejorar el vaciamiento gástrico. Por otro lado una mejor postura para dar de amamantar puede aliviar las regurgitaciones en el lactante, como podría ser poner en práctica la posición de amamantamiento denominada “de caballito”¹¹.

El consenso para trastornos funcionales digestivos del lactante elaborado por un equipo de investigación de la SAP¹¹, indica que en estas situaciones nunca debe suspenderse la lactancia materna con el objeto de espesar la leche. Sin embargo, es una práctica frecuente la indicación de fórmulas antirreflujo para solucionar este padecimiento fisiológico, lo que podría desplazar el consumo de la leche humana, al incorporar tempranamente este sucedáneo.

Constipación y disquecia del lactante

Cuando se trata de alteraciones en la motilidad intestinal que conllevan a la disminución de la velocidad del tránsito intestinal, repercutiendo en el número de deposiciones por día y por semana del lactante, se deben diferenciar tres conceptos importantes: constipación, estreñimiento funcional crónico, y disquecia del lactante¹¹. Este tipo de alteraciones puede inducir un riesgo para la introducción de sucedáneos de la leche materna, o de alimentos distintos a la misma, por lo que se detallarán a continuación.

El fenómeno denominado disquecia es entendido como un trastorno evacuatorio funcional, transitorio y benigno de los lactantes menores de 6 meses, sanos, alimentados con lactancia materna, que presentan retardo evacuatorio (por 3 o más días), con maniobras de empuje, enrojecimiento facial, sin evacuación durante unos minutos, con llanto intenso que cesa con la expulsión de heces blandas o semilíquidas. Está causado por la falla en la coordinación entre el aumento de la presión intra-abdominal y la relajación del piso pélvico¹¹.

Las contracciones de músculos abdominales y glúteos no son efectivas para lograr la salida de la materia fecal. No requiere ninguna medida terapéutica y se resuelve espontáneamente en unas semanas, una vez que el lactante logra una efectiva dinámica defecatoria¹¹.

Se entiende por constipación a la dificultad en la evacuación o vaciamiento incompleto del colon y el recto, expresado como la eliminación de heces duras e infrecuentes, cuya causa, en el 95% de los casos, es funcional o idiopática. El estreñimiento funcional crónico refiere a la presencia de deposiciones duras de gran tamaño, evacuaciones menores de 2 a 3 veces por semana, con actitud de retención por miedo al dolor de, al menos, 1 mes de evolución¹¹.

En este tipo de alteraciones los factores etiológicos mayormente relacionados son los factores dietéticos, principalmente el destete precoz y la incorporación de fórmulas infantiles. Las fórmulas con contenido de ácidos grasos (AG), en posición alfa, son responsables del aumento de consistencia de las heces porque la lipasa pancreática no puede hidrolizar estos AG, por lo que no pueden ser absorbidos y son eliminados en forma de jabones cálcicos insolubles, que endurecen las heces. En cambio, en la leche materna, el 70% de los AG se localizan en posición beta. Entre otras causas se encuentran la inadecuada preparación de fórmulas o poca ingesta de agua¹¹.

Como principales intervenciones nutricionales en esta patología se debe tener en cuenta que la lactancia materna es la mejor alimentación en el manejo de niños con constipación. Se debe asegurar que el aporte de la misma sea el adecuado, corroborando un buen aumento de peso, ya que el hipoaporte alimentario puede manifestarse con reducción del número de deposiciones¹¹.

Infecciones respiratorias agudas (IRAs)

Las IRAs se definen como aquellas infecciones del aparato respiratorio, causadas tanto por virus como por bacterias, que tienen una evolución menor a 15 días y que se manifiestan con síntomas relacionados con el aparato respiratorio tales como tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, disfonía o dificultad respiratoria, acompañados o no de fiebre. La rinitis, la faringitis, la bronquitis, y la otitis media aguda son los cuadros más frecuentes; y la mayoría de estos cuadros son de origen viral¹².

En Argentina, la principal causa de consulta e internación es la enfermedad respiratoria en todas las edades. El 60% de los niños menores de 1 año y el 50% de los menores de 5 años, padecen un episodio de IRA, en el transcurso de un año, dentro de los cuales se encuentran el síndrome bronquial obstructivo y las neumonías¹².

Está comprobado por diversos estudios que la lactancia materna es un factor protector para la aparición de IRAs antes de los 6 meses de vida^{1-4, 7, 10, 13}. Según lo que recomienda el Ministerio de Salud de la Nación para el Abordaje integral de las IRAs¹², se debe mantener la lactancia materna ya que no confiere una contraindicación para la misma. El amamantamiento les proporciona nutrientes, anticuerpos, calorías, líquidos, reduce la disnea, y consuela al bebé y a la madre¹². Los bebés con dificultad respiratoria deben alimentarse frecuentemente con cantidades pequeñas ya que se cansan fácilmente¹⁰.

El lactante hospitalizado

La hospitalización de un lactante no es motivo para suspender la lactancia materna; muy al contrario, es responsabilidad de los profesionales sanitarios el asegurar la continuidad de la misma con estrategias adecuadas que la faciliten. En todos los casos se debe evitar la separación de la madre, promoviendo el ingreso conjunto¹⁻⁴.

En la mayoría de intervenciones quirúrgicas el lactante podrá mamar hasta 2 a 3 horas antes de la anestesia ya que el vaciamiento gástrico de leche materna es rápido y, en general, puede volver a mamar en cuanto se despierte de la anestesia; la leche materna facilita la recuperación de la motilidad intestinal¹⁻⁴.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades más comunes en los menores de 6 meses son de tipo infecciosas y aparecen con mayor prevalencia en los bebés que no han sido amamantados. Si bien estas patologías pueden dificultar la alimentación de los lactantes, la LME sigue siendo la mejor recomendación para prevenir y lograr una rápida recuperación frente a las enfermedades más prevalentes de la infancia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Panamericana de la Salud. *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C.: OPS, ©; 2010.
2. Aguayo Maldonado, Josefa (ed.). *La lactancia materna*. Sevilla, España: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 2004
3. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité de Lactancia Materna de la AEP. *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. 1º Edición. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2009
4. Comité De Lactancia Materna De La Asociación Española De Pediatría. *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Madrid, España: Monografías de la A.E.P. Nº 5; 2004
5. OMS/UNICEF. *Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna*. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS; 2009
6. Afazani A, Beltramino D, Bruno ME, Cairoli H, Caro MB, Cervetto JL, et al. Diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. Consenso Nacional. Buenos Aires: Sociedad Argentina De Pediatría, Archivos Argentinos de Pediatría; 2003.
7. Madrazo De La Garza, J.A. *Nutrición y Gastroenterología pediátrica*. España: Ed. McGraw Hill Education; 2013.
8. Organización Panamericana De La Salud. *Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud*. Washington, D.C.: OPS;2008
9. Farthing M, Salam M, Lindberg G, Dite, P, Khalif I, Salazar-Lindo, E. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Organización Mundial de Gastroenterología; 2012.
10. UNICEF. *Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño. Módulo 3*. Ministerio de Salud de la Nación – Argentina: OPS/OMS; 2013.
11. Toca M.C., et al. *Manejo de los trastornos funcionales digestivos más frecuentes en lactantes sanos*. Arch Argent Pediatr 2015;113(6):568-575.
12. Ministerio De Salud De La Nación. *Abordaje integral de las infecciones respiratorias agudas. Guía para el equipo de salud*. Número 6. Segunda Edición. República Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
13. UNICEF Y Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la Rep. Argentina (AFACIMERA). *Lactancia Materna. Bases científicas para la práctica clínica*. Módulo de auto-instrucción. Argentina: UNICEF; 2003.

¿ES IMPORTANTE LA CIENCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL ENFERMERO? UNA MIRADA DE LOS ESTUDIANTES QUE CURSARON LAS ASIGNATURAS NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA. AÑO 2016

IS NUTRITION SCIENCE IMPORTANT FOR NURSING TRAINING? AN OUTLOOK OF THE STUDENTS WHO ATTENDED THE NUTRITION AND DIETETICS SUBJECTS OF THE NURSING DEGREE. FACULTY OF HEALTH SCIENCES. NATIONAL UNIVERSITY OF SALTA. 2016

GONCALVEZ DE OLIVEIRA, Enzo¹; IRIARTE SÁNCHEZ, Hugo Darío^{2,3}; VILLAGRÁN, Patricia¹ y GOYECHEA, Julieta^{1,3}

¹Lic. en Nutrición, Fac. Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

²Lic. en Enfermería, Fac. Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

³Especialista en Salud Pública, Fac. Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

CONTACTO: egoncalvez@unsa.edu.ar

Agradecimiento: Los autores agradecen la inmensa dedicación y coloración a la Prof. Catalina Onaga por el acompañamiento y enseñanzas en nuestra formación en las cátedras Nutrición y Dietética. Sus Juanitos.

RESUMEN:

Objetivos: caracterizar a los estudiantes que cursaron las asignaturas Nutrición y Dietética y reflexionar sobre la percepción que tienen de la ciencia de la nutrición en la formación del profesional de Enfermería. **Material y Método:** se usó una encuesta voluntaria semi-estructurada en la plataforma virtual "Moodle" de las cátedras Nutrición y Dietética al finalizar el cursado. Se caracterizó a los alumnos y se analizó los aspectos cualitativos. **Resultados:** predomina el sexo femenino: Nutrición 70 % y Dietética 77 %. La edad promedio fue de $22 \pm 3,95$ y $23,45 \pm 4,24$ años para Nutrición y Dietética respectivamente. En ambas asignaturas el mayor porcentaje de alumnos provienen de la ciudad de Salta y Jujuy. En ambas materias más del 67% consideran que los aportes de las ciencias de la nutrición son "muy importantes", cerca del 30 % considera "importante". Los comentarios se centran en que brindan herramientas para un cuidado integral, contribuye al futuro desempeño profesional, su rol educador y aporta para otras materias. **Conclusión:** la percepción de los estudiantes de enfermería del aporte de la ciencia de la nutrición en la formación profesional contribuye al abordaje integral del sujeto de atención.

Palabras Clave: Estudiantes de Enfermería, Nutrición, Dietética, Percepción.

Aim: To characterize the students who took Nutrition and Dietetic subjects and to reflect on the perception they had about the science of nutrition in Nursing training. **Material and Method:** A semi-structured voluntary survey of the subjects Nutrition and Dietetic was uploaded in the virtual platform "Moodle". The students were characterized and qualitative aspects were analyzed. **Results:** the female gender predominated: 70% in Nutrition and 77% in Dietetics. The student's average age was 22 ± 3.95 and 23.45 ± 4.24 years old for Nutrition and Dietetics, respectively. In both subjects, the highest percentage of students came from Salta and Jujuy; more than 67% considered that contributions of the nutrition sciences were "very important" for nursing training and among 30% of them considered they were "important". According to student's comments, the subjects give tools for comprehensive care as well as support for other subjects and for the future professional performance as health educators. **Conclusion:** The perception of nursing students of the input of nutrition science in professional training contributes to the comprehensive approach of the subject's care.

Keywords: Nursing Students, Nutrition, Dietetic, Perception.

Acknowledgments: The authors are grateful to Teacher Catalina Onaga for her invaluable cooperation and teachings.

INTRODUCCIÓN:

Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida del sujeto, pudiendo influir sobre ellos a través de intervenciones educativas que refuercen pautas de conducta alimentaria adecuadas. En los equipos interdisciplinarios, el *personal de enfermería* es responsable de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en distintas etapas del ciclo vital, tanto sanas como enfermas (1).

Dentro de las necesidades básicas del individuo, la alimentación e hidratación son prioritarias en el cuidado integral razonado, científico y profesional (2). Diversas pensadoras Enfermeras plantearon a la alimentación como un aspecto fundamental en el Cuidado Enfermero, entre ellas se destacan a Virginia Henderson (1897 – 1996) (3 – 4), que plantea catorce necesidades básicas del individuo, que comprenden los componentes de los Cuidados de Enfermería y dentro de ellos, el número dos es “Comer y beber adecuadamente”. Por otro lado, Florence Nightingale (5 – 6) (1820 – 1910) considerada una precursora de la Enfermería moderna, mientras atendía a los pacientes, promulgó unas normativas de higiene y de salud al estructurar los primeros conceptos de ventilación, calor, luz, limpieza, ruido y *dieta*. En esa época, ella, introdujo la dieta en sus normativas de atención al paciente, decía *que el/la enfermero/a no sólo debía estimar la ración alimenticia sino la puntualidad de las comidas, la adecuación de las mismas y su efecto sobre los pacientes*. Decía que para el seguimiento alimenticio es imprescindible *“la educación, la observación, el ingenio y la perseverancia”*. Insistía en la prevención de las enfermedades, para mantener la salud, para ello se debía tener en cuenta factores ambientales y una dieta adecuada, la cual la enfermera debía adecuar y enseñar. Si bien, luego se crea la ciencia de la nutrición y la formación de profesionales específicamente en esta área, quienes comenzaron a llevar a cabo varias de las funciones que declaraba Nightingale, en la actualidad, estos principios son importantes tenerlos presentes, teniendo en cuenta que el personal de enfermería puede actuar tanto en la atención primaria como cuando el sujeto de atención se encuentre con alguna enfermedad en alguna institución hospitalizado, siempre, buscando promover el cuidado integral del paciente, su familia y la comunidad, basándose en la evidencia científica y con la mayor eficacia; teniendo como objetivo principal conseguir que las personas logren el mayor nivel de autocuidado (1).

Por otro lado, la Universidad Nacional Salta (U.N.Sa.) y en particular la Facultad de Ciencias de la Salud fueron creadas en un contexto regional para dar respuesta a la problemática socio – sanitaria de la región, según su Estatuto (7), la U.N.Sa tiene por finalidad la promoción, la difusión y la preservación de la cultura. Cumple este propósito en contacto permanente con el pensamiento universal y presta particular atención a los problemas de la región y del país. Forma investigadores, docentes y profesionales idóneos. Mantiene con sus graduados vínculos permanentes a través de un proceso de formación continuo dirigido a su actualización y perfeccionamiento, promoviendo la enseñanza, la investigación y la práctica profesional comprometida con la problemática del país y de la región. En su carácter de ente estatal colabora con la identificación y solución de los problemas nacionales y regionales, de acuerdo con las normas específicas que regulan sus funciones.

En este complejo contexto regional los problemas de salud están relacionados a las Enfermedades No Trasmisibles, estas explican más del 60% de las muertes en Argentina, y están vinculadas directamente con el estilo de vida y específicamente la alimentación (8).

Este trabajo pretende analizar desde la visión de los estudiantes que cursaron las asignaturas, cuál fue su percepción en base a los contenidos brindados, luego de regularizar o promocionar las asignaturas

Nutrición y Dietética. Cabe destacar que según el Plan de Estudio 1984 de la carrera de Enfermería la asignatura Nutrición se halla ubicada en el segundo cuatrimestre del primer año y Dietética en el primer cuatrimestre del segundo año (9).

OBJETIVOS:

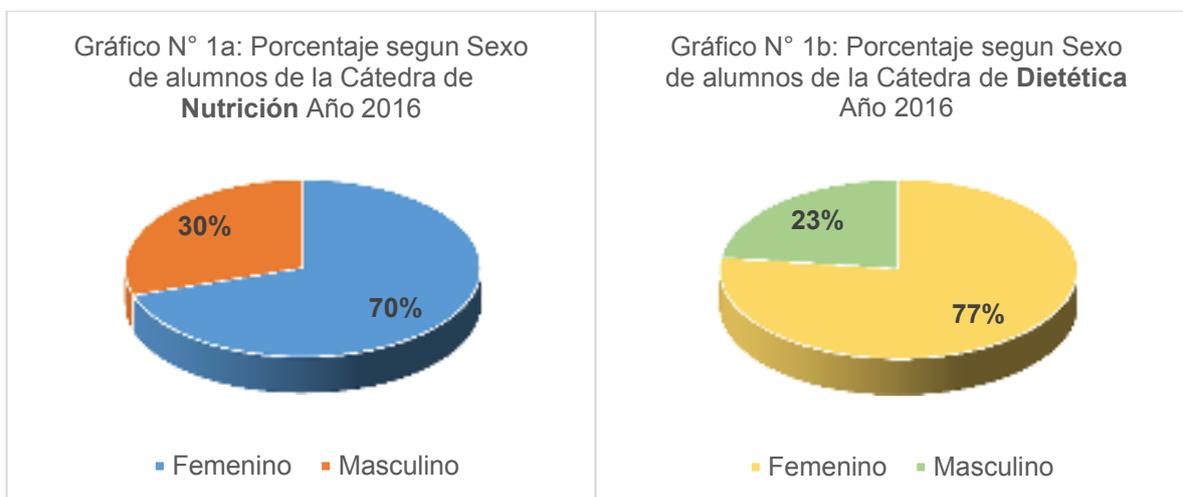
- Caracterizar a los estudiantes que cursaron las asignaturas Nutrición y Dietética durante el año 2016.
- Reflexionar sobre la percepción que tienen los estudiantes acerca de la ciencia de la Nutrición en la formación del profesional de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se procedió a realizar una encuesta semi – estructurada voluntaria en la plataforma virtual “Moodle” de las cátedras Nutrición y Dietética al finalizar el cursado del año 2016. En la misma se consultó aspectos generales para poder caracterizar a los estudiantes como así también la percepción que tenían en relación a la ciencia la Nutrición, tanto los aspectos relacionados a individuos sanos y enfermos. El análisis cualitativo se realizó mediante la categorización de las respuestas en seis grupos y se añadió comentarios textuales de los estudiantes referidos en cada categoría. Se realizó 152 encuesta en la cátedra de Nutrición y 96 en Dietética.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La Encuesta realizada a 152 estudiantes de Nutrición y 96 de Dietética. En los (**Gráficos N° 1a y 1b**) se observan los porcentajes de alumnos según sexo para las asignaturas Nutrición y Dietética respectivamente. Del total de los alumnos que respondieron la encuesta se puede observar que en ambas materias predomina el sexo femenino. En el caso de Nutrición el 70 % corresponden al sexo femenino y el 30 % al sexo masculino. Por otro lado, en Dietética los porcentajes son similares 77 % y 23 % para sexo femenino y masculino respectivamente. Estos resultados son semejantes al obtenido por Alarcón, 2011 (10), quien estudio las características de los alumnos que ingresan al CILE, donde observaron que el 89 % pertenecían al sexo femenino. De igual manera, al estudio realizado por Chávez, Pereyra y Yapura, 2011 (11), en la asignatura Enfermería Médica el 73 % eran del sexo femenino. Gil Fernández, Bazán Vargas, Condori, Mogro y Díaz, 2012 (12), obtuvieron un 81 % de mujeres, durante al año 2012 en la cátedra de Fundamentos de Enfermería, por encima a los observados en las asignaturas estudiadas.



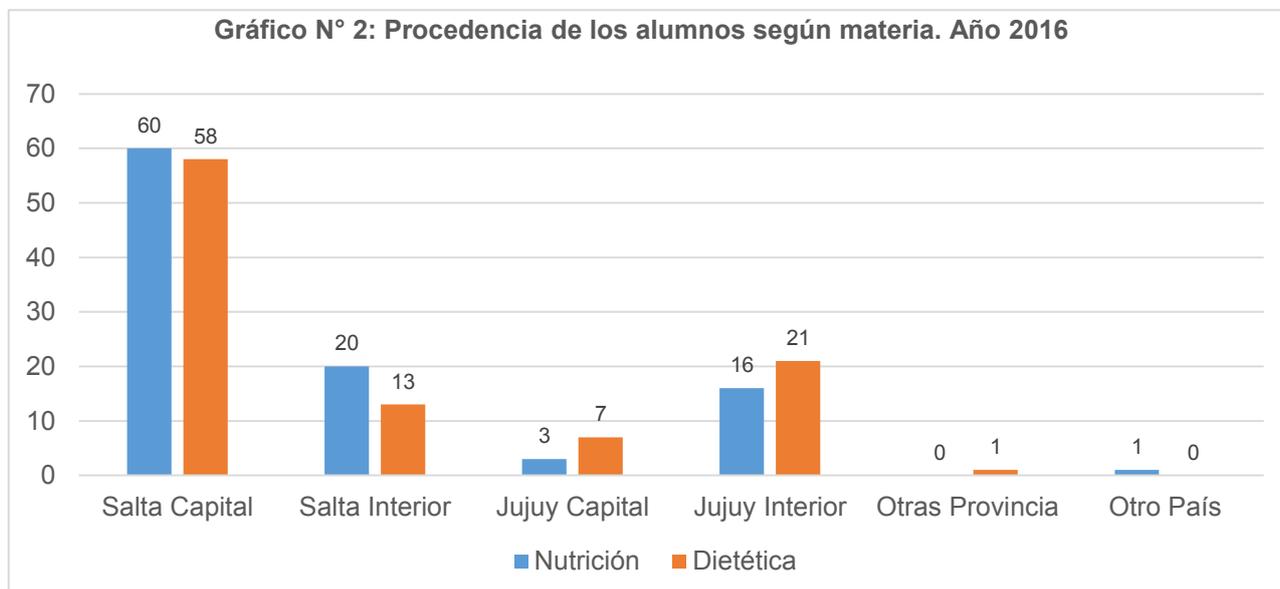
Según se detalla en el (**Cuadro N° 1**) “Distribución de Edades según materia” En el caso de la cátedra de Nutrición el promedio de edad fue de $22 \pm 3,95$ años, se observa que hay predominio de estudiantes con edades entre 18 y 19 años (29 %) y también entre 20 y 21 (28 %), el predominio de estas edades esta dado porque la cátedra se encuentra en primer año de la carrera y en su gran mayoría son ingresantes a la Universidad. Por otro lado, Dietética se encuentra en segundo año, por lo que hay predominio de las edades entre 20 y 21 (40 %) y entre 22 y 23 años (16 %). El promedio fue de $23,45 \pm 4,24$ años de edad, esto fue similar al estudio realizado por Gil Fernández *et al* 2012 (12), quienes en una materia del mismo año tuvieron un promedio de edad de 23 años.

Cuadro N° 1: DISTRIBUCIÓN DE EDADES SEGÚN MATERIA. AÑO 2016

Edades Años	Nutrición		Dietética	
	N°	%	N°	%
18 - 19	43	29	7	7
20 - 21	42	28	38	40
22 - 23	34	23	15	16
24 - 25	15	10	13	14
26 - 27	8	5	8	8
28 - 29	3	1,5	2	2
30 - 31	1	0,5	4	4
32 - 33	1	0,5	6	6
34 - 35	1	0,5	2	2
36 - 37	2	1	1	1
38 - 42	2	1	0	0
Totales	152	100	96	100

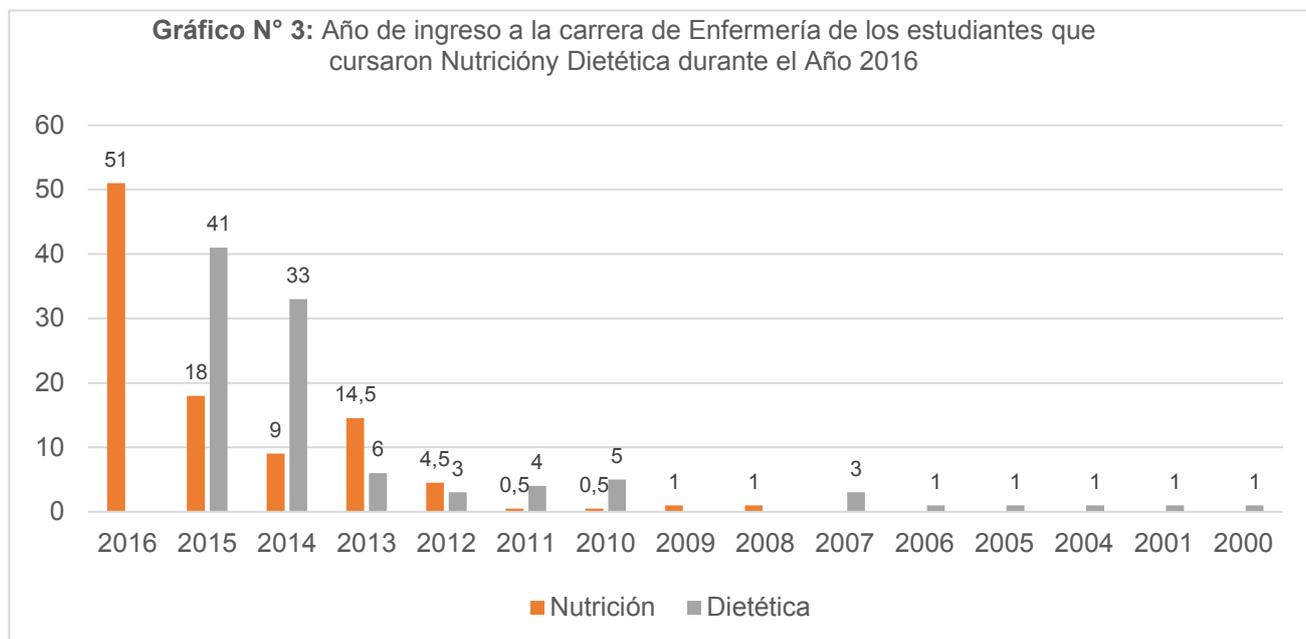
Se destaca que en ambas asignaturas el mayor porcentaje de alumnos proviene de la ciudad de Salta (**Grafico N° 2**), pero es también interesante observar que en segundo lugar hay un porcentaje alto de alumnos que provienen de ciudades del interior de la Provincia de Jujuy.

Gráfico N° 2: Procedencia de los alumnos según materia. Año 2016



Esto fue diferente al analizado por Gil Fernández *et al* 2012 (12), en la cátedra de Fundamentos de Enfermería, más del 50 % no eran de Salta Capital, sino del interior de Salta, Jujuy Capital e Interior de Jujuy.

Como se observa el (Gráfico N° 3) “Año de ingreso a la carrera de Enfermería de los estudiantes que



cursaron Nutrición y Dietética durante el Año 2016”, para la cátedra de Nutrición el 51% cursa la materia el año que ingresó a la carrera, en Dietética el 41 %. El 18 % de los cursantes de Nutrición registra una permanencia de dos años en la carrera y en Dietética un 33 %.

Es importante destacar que en ambas materias el 67% considera que los contenidos son “muy importantes”, por otro lado, cerca del 30 % considera “importante”. Es de destacar que sólo el 0,5 % considera “poco importante” la materia nutrición y nadie considera a Dietética “poco importante” (Tabla N° 2).

Tabla N° 2: IMPORTANCIA DE LOS CONTENIDOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Importancia	Nutrición		Dietética	
	N°	%	N°	%
Muy importante	100	67	65	68
Importante	49	32,5	29	29,5
Poco importante	1	0,5	0	0
No contesta	0	0	2	2,5
Totales	150	100	96	100

A continuación, se resume algunos de los comentarios de los estudiantes de ambas asignaturas categorizados según su percepción de la importancia de los contenidos brindados durante el cursado (en cada categorización de citan en el primer párrafo lo que manifestaron los alumnos de Nutrición y en el segundo párrafo los de Dietética).

Los contenidos de Nutrición y Dietética son concebidos como herramientas para poder realizar un abordaje integral a individuos, familia y comunidad. En base a ellos refieren:

“Nos ayuda a saber cómo actuar con los sujetos de atención, en distintas situaciones” “Conocer a la persona en su alimentación es una forma de complementar y tomar su salud de manera global” “Como

enfermeros debemos tener en cuenta todos los aspectos relacionados a la salud, sobre todo la alimentación que es algo de suma importancia” “Durante nuestra práctica profesional atenderemos a pacientes de manera integral y la alimentación resulta una parte importante”

“La adquisición de estos contenidos nos posibilitará brindar una mejor atención y contención en nuestra vida profesional” “Es necesario saber los regímenes para cada patología y así ayudar al paciente a poder recuperarse en un tiempo prudente” “En una carrera universitaria es necesario tener en cuenta un conocimiento complejo e integral” “No sólo involucra la alimentación en el paciente, sino todo un trabajo en conjunto...desde lo cultural” “Muy importante porque permite al enfermero hacer su plan de cuidados...”

Las asignaturas le ayudan al estudiante a comprender los alimentos, el comportamiento de los nutrientes en el organismo tanto en sujetos de atención sanos como enfermos, como así también la adaptación que tiene la alimentación en dichas situaciones:

“Es necesario conocer desde el punto de vista nutricional, el aporte de los nutrientes de los alimentos en cada etapa de la vida” “Con la materia nutrición adquirimos conocimientos de la alimentación que deben tener las personas y es algo importante para nosotros como enfermeros” “... el equilibrio que debe haber en nuestro medio interno y externo para poder mantener el estado de salud” “Para mí esta genial por el tema de antropometría y saber cómo actúan los macros y micros nutrientes en el organismo, lo que puede causar” “Te ayuda a entender los procesos del organismo importantes con los alimentos” “Es muy importante porque nos facilita a diferenciar los nutrientes, a conocer sus funciones en cada momento o etapa de vida” “Vemos la alimentación y como los nutrientes actúan en el organismo. Ya que es una de las necesidades básicas de las personas”. “Para saber que alimentos benefician al organismo con fundamentos científicos y no sólo por intuición” “Ayuda a saber cómo es la nutrición de los seres vivos” “Te ayuda en conocimientos básicos y fundamentales que hay que tener para cumplir con la carrera de enfermería” “Aprendemos lo importante que es la alimentación en toda la etapa de nuestra vida”.

“Gracias a ella podemos entender más las patologías y a su vez asegurarnos de que el paciente este en las manos seguras” “Nos enseña las patologías y etiologías de determinadas enfermedades” “Es importante conocer los distintos regímenes, saber cuál se da en determinadas patologías, además de los alimentos que están permitidos y no permitidos” “El profesional de enfermería debe de saber el por qué y el para qué de los diversos regímenes dietoterápicos que se brindan a los pacientes”. “La alimentación es primordial para la vida, por ende, debemos saber cómo ésta afectaría o empeoraría la salud del individuo”.

Las asignaturas le permiten aplicar los contenidos brindados de manera significativa y posicionarse como futuros profesionales enfermeros:

“Como futuros enfermeros tenemos que aprender la importancia de la nutrición en las distintas etapas de la vida” “La alimentación humana es importante a lo largo de toda la vida, y tiene mucha aplicación en nuestra profesión” “Los puntos que se toca en la materia complementa lo que un futuro enfermero debe de saber” “Nosotros en el futuro cuando nos recibamos tenemos que tener conocimiento de los contenidos de nutrición” “Nos muestra lo que vamos a realizar durante nuestro ámbito profesional, y saber cómo alimentarse en las diferentes etapas de la vida es muy importante” “Es algo fundamental para nuestro futuro profesional” “Todos los contenidos que aporta la cátedra son necesarios para la profesión”

“Como enfermeros vamos a necesitar de estos conocimientos para brindar cuidados de excelencia al sujeto de atención” “Nos brindan herramientas para la profesión” “Vimos diferentes tipos de dietas para las

personas según su patología, lo que considero muy importante para nuestro desempeño como enfermeros”.

Los estudiantes reconocen los contenidos de las materias como necesarios para desempeñar su rol de educador sanitario:

“El enfermero debe tener un amplio conocimiento, el mismo tratará con personas que necesitarán de consejos y cuidados que respeten su alimentación” “Nos ayuda a tener conocimientos para enseñarle a la comunidad...” “Contribuye a formarnos como futuros educadores según sea el ámbito que elijamos para trabajar” “Somos cuidadores de la salud y aparte de curar debemos aconsejar y prevenir complicaciones...” “Una de las funciones del enfermero es ser docente y ayudar al individuo, familia o comunidad brindándole nuestra atención sanitaria” “El enfermero es educador” “Para poder orientar a las personas acerca de la alimentación” “El enfermero no sólo tiene parte asistencial si no también educadora” “Para así saber y aconsejar a nuestros pacientes mayormente a las madres” “A la hora de hablar con los pacientes, nos permite darles buenos consejos” “Es una herramienta fundamental como futuras profesionales educar a la población” “Como futuros profesionales debemos saber cómo realizar medidas antropométricas y cómo educar a nuestros pacientes en su alimentación” “En un futuro nos permitirá realizar charlas educativas sobre alimentación en los distintos momentos de la vida”

“Como futuro enfermero es importante esta materia saber y conocer que enfermedad tiene la persona y que recomendaciones le podemos dar a un paciente” “Nos permite saber y educar a los pacientes sobre la patología que padece y como la puede tratar” “A veces hay que trabajar en forma conjunta con el nutricionista y además hay que educar la importancia de la alimentación a nuestros pacientes” “La dietoterapia es fundamental para el paciente y nosotros como futuros enfermeros vamos a ayudar con conocimientos a nuestros pacientes” “Para poder guiar, así como un futuro enfermero a los pacientes que necesiten una alimentación adecuada en base a las distintas enfermedades” “A través de los contenidos que se dieron podemos dar más educación a la población” “Nos facilita como orientar a los individuos en la alimentación” “Para dar recomendaciones a aquellas personas que tienen una alteración en su salud” “Con la dietoterapia se puede prevenir y/o curar a pacientes que tuvieran patologías relacionadas con el aparato digestivo” “Ya que en nuestra formación como enfermeros necesitamos de estos conocimientos para saber cómo educar y cuidar a nuestros pacientes”

Los estudiantes reconocen los contenidos de las materias como necesarios para desempeñar su rol asistencial:

“A la hora de nuestras prácticas hospitalarias, es necesario tener conocimientos sobre nutrición ya que podemos aconsejar o responder” “A partir de ella conocemos puntos claves para poder hacer una buena valoración de las necesidades fisiológicas del paciente y poder intervenir”.

“Sirve para aplicarlas en las practicas hospitalarias para los pacientes que tienen diferentes patologías”. “Muchas veces somos nosotros los que controlamos las temperaturas o las sondas en la alimentación” “Es necesario saber tipos de dietas en caso de pacientes ambulatorios o internados” “El enfermero debe tener conocimientos sobre las alimentaciones de las patologías que se pueden presentar en un hospital” “A través de ella podemos conocer de qué manera se administra la alimentación a pacientes con diferentes patología” “Muy importante porque permite al enfermero hacer su plan de cuidados y que además, cuando un paciente tiene una patología es indispensable la alimentación”

Lo visualizan como una asignatura que le brinda una base para futuras materias:

“Va acompañado con las demás materias” “Lo considero importante porque se relaciona mucho con otras materias que están en el plan de estudio de la carrera. Es muy necesario”

“Es una base en las materias venideras”

CONCLUSIONES:

En el cursado de ambas asignaturas predominó el sexo femenino. Las edades promedio están por encima de las esperadas según la ubicación de las materias en el Plan de Estudio. La mitad de los estudiantes de Nutrición cursa la materia el año que ingresó a la carrera, a diferencia de Dietética menos de la mitad. La mayoría considera los contenidos de ambas materias como muy importante para su formación profesional. Destacan la importancia de los contenidos, ya que posibilita al enfermero un abordaje integral del sujeto de atención, basándose en la evidencia científica, promoviendo que las personas alcancen un mayor nivel de autocuidado. También, se enfatiza que los saberes aprendidos en las asignaturas contribuyen al rol educador del enfermero. Se reconoce las asignaturas como soporte básico para la adquisición de futuros conocimientos y un aprendizaje significativo en otras materias.

BIBLIOGRAFÍA:

1. De Torres Aured, M.L.; López Pardo Martínez, M.; Domínguez Maeso, A. y C. De Torres Olson “La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica” Nut. Clín. Diet. Hosp. 2008 28 (3):9-19.
2. Bernan, A; Snyder, S.J.; Kozier, B y Erb G. Fundamentos de Enfermería Concepto, proceso y práctica. 8° edición España Editorial Pearson Printice Hall 2011 Vol II 1232 – 1283.
3. Henderson, V. “The principles and practice of nursing”. New York: McMillan. 1978. Citado por De Torres Aured, M.L.; López Pardo Martínez, M.; Domínguez Maeso, A. y C. De Torres Olson “La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica” Nut. Clín. Diet. Hosp 2008 28 (3):9-19.
4. Henderson, V. “The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education”. McMillan, New York. 1966. Citado por De Torres Aured, M.L.; López Pardo Martínez, M.; Domínguez Maeso, A. y C. De Torres Olson “La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica” Nut. Clín. Diet. Hosp 2008 28 (3):9-19.
5. Nightingale, F. “Notes on nursing” Lippincott, Philadelphia. 1957. (Edición de la publicación original de 1857). Citado por De Torres Aured, M.L.; López Pardo Martínez, M.; Domínguez Maeso, A. y C. De Torres Olson “La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica” Nut. Clín. Diet. Hosp 2008 28 (3):9-19.
6. Nightingale, F. “Selected writings”. Recopilación elaborada por Lucy R. Seymer. Ed. McMillan, New York. 1954 Citado por De Torres Aured, M.L.; López Pardo Martínez, M.; Domínguez Maeso, A. y C. De Torres Olson “La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica” Nut. Clín. Diet. Hosp 2008 28 (3):9-19.
7. Estatuto de la Universidad Nacional de Salta. Aprobado por Resoluciones A.U. N° 001/96 y N° 1.038/96 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación Publicado en Boletín Oficial N° 28.485 1° Sección - 24/09/96
8. Ministerio de Salud “Ley 25.501: Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares 2011. Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/183411/norma.htm>.
9. Plan de Estudio de la Carrera 1984 de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional de Salta. Resolución CS N° 597/09 y modificatorias.
10. Alarcón A. Caracterización de los Estudiantes del Ciclo Introductorio a la Lic. en Enfermería CILE Año 2011. Libro de Resúmenes 10° Jornadas Académicas “Paradigma del Cuidado Integral de la Salud” Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. 2011 pp 43
11. Chávez N.U., Pereyra A. y Yapura D. Evaluación de las actividades Docentes por Estudiantes de Enfermería. Libro de Resúmenes 10° Jornadas Académicas “Paradigma del Cuidado Integral de la Salud” Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. 2011 pp 49
12. Gil Fernandez, E.M.; Bazán Vargas, M.; Condorí, N.; Mogro, y Díaz J. Causas de recusar la asignatura Fundamentos d Enfermería (FE) 2012. Libro de Resúmenes de las 11° Jornadas Académicas “Reflexión y participación en pos de la calidad de vida institucional” Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. 2012 pp 51

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DEL BARRIO CASTAÑARES, SALTA CAPITAL

EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK IN PRIMARY SCHOOL STAFF OF CASTAÑARES NEIGHBOURHOOD, SALTA.

ENRÍQUEZ, Lilia Elisabeth¹; TAPIA, María Natalia del Milagro²; CRAVERO BRUNERI, Andrea Paula³

¹Licenciada en Nutrición; Fac. de Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

²Licenciada en Nutrición; Fac. de Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

³Mgs. Nutrición y Dietética. Universidad Nacional de Salta. Fac. de Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

CONTACTO: andicravero@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: Conocer los factores de riesgo (FRCV) y evaluar el riesgo cardiovascular global (RCG) del personal de las Escuelas Primarias del Barrio Castañares, Salta-Capital, 2015. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, exploratorio, no exhaustivo. Muestra no probabilística. Los datos se recolectaron mediante entrevista personal, en la que se aplicaron Ficha de datos personales y antecedentes de Enfermedades Cardiovasculares (ECV), Recordatorio de 24 Hs. y Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) fuentes de grasas, azúcares simples, sodio y fibra dietética. Se registraron medidas antropométricas: peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia cintura/cadera (C/C) y presión arterial. Para la estimación del RCG se utilizaron las Tablas de Predicción de la OMS/ISH (2009). Los datos se procesaron en planillas Excel–I 2010; estadística descriptiva y medidas de tendencia central. **Resultados:** La muestra quedó conformada por 164 adultos de ambos sexos. El grupo etáreo predominante fue el de 40 a 49 años. El 66,5% presentó antecedentes familiares de ECV, principalmente hipertensión arterial (HTA). El 25% de la muestra presentó HTA, 10,4% Diabetes tipo 2 (DBT2); 14,6% hipercolesterolemia (HC) y 8,5% hipertrigliceridemia (HT). El 47,6% no realizaba actividad física; 26,2% consumía alcohol de los cuales 7% lo hacía en cantidades superiores a las permitidas por OMS. El 18,9% eran fumadores activos y 25,6% pasivos. En relación con la alimentación, entre el 90 y 98 % realizaban desayuno, almuerzo y merienda. Se observó alto consumo (40%) de alimentos fuente de grasas saturadas, azúcares simples y carbohidratos refinados; consumo moderado de alimentos fuente de sodio y consumo bajo a nulo de alimentos fuente de fibra dietética, Omega 6 y Omega 3. El 16,5% de las personas presentó sobrepeso grado I y II, el 77,5% valores de circunferencia de cintura superior a lo normal y el 36,6% una distribución grasa de tipo androide. Utilizando las Tablas OMS/ISH, se determinó que el 90,2% presentó un RCG bajo, el 8% moderado y el 1,8% alto. **Conclusiones:** A pesar de presentar RCG bajo según las tablas OMS/ISH, la muestra presentó otros factores asociados a riesgo cardiovascular como sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol y anticonceptivos orales e HT, por lo que se recomienda complementar la información obtenida con otras herramientas a fin minimizar sesgos y planificar estrategias de prevención en comunidades educativas.

Palabras Claves: Factores de Riesgo Cardiovascular, Riesgo Global, Estado Nutricional, Alimentación, Sedentarismo.

ABSTRACT

Objectives: to know the risk factors and to evaluate the Global Cardiovascular Risk (GCR) of Primary School staff. Castañares Neighborhood, Salta, 2015.

Methodology: descriptive-cross sectional -exploratory-non-exhaustive study. Intentional sample. The data collection methods included: a personal interview, personal data form, and cardiovascular diseases (CVD) background, a 24-hour reminder and a food consumer frequency questionnaire (saturated fats/ simple carbohydrates/sodium/fiber). Anthropometric measures and blood pressure were also registered. Prediction Tables WHO/ISH/2009 were used. Data was processed with Excel/2010, descriptive statistical and measures of central tendency.

Results: 164 men and women interviewed. The predominant age was 45 years old. 66.5% had CVD family background, mainly high blood pressure. 25% hypertension, 10.4% diabetes type 2, 14.6% hypercholesterolemia and 8.5% hypertriglyceridemia. 47.6% of the sample was sedentary. 18.9% was active smokers and 25.6% passive. As regards nutrition, 90% had breakfast, lunch and an afternoon snack. High consumption of saturated fats and simple carbohydrates was observed; moderate intake of sodium and low-null dietetic fiber, omega-6 and omega-3. 16.5% was overweight degree I and II, android kind (36%). 77.5% high waistline. 90.2% low GCR, 8% moderate and 1.8% high.

Conclusions: the sample presented risk factors associated to GCR not contemplated by the Tables of the WHO (sedentary lifestyle, obesity, sedentary lifestyle, smoking, contraceptive pills), For that reason, it is recommended that complementary information should be provided by means of other tools in order to minimize mistakes and to plan appropriate preventive strategies.

Key Words: Cardiovascular Risk Factors, Global Risk, Nutritional Status, Feeding, Sedentary Lifestyle

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) engloban a un grupo de patologías que afectan el corazón y los vasos sanguíneos (1). Estas enfermedades producen discapacidad y/o muerte prematura en el adulto ocasionando no solo una carga para las personas que las sufren, sino también para sus familias y la sociedad en la que viven. Las ECV tienen un origen multifactorial y se destacan en su desarrollo los denominados FRCV. Actualmente existen herramientas de cribado de fácil aplicación utilizadas para predecir o estimar el riesgo antes de que el evento coronario ocurra como por ejemplo la Tabla de Predicción de Riesgo de la OMS/ISH (2009) la que puede complementarse con información adicional sobre el estado nutricional, ingesta alimentaria, actividad física y hábitos indeseables de los individuos en estudio a fin de analizar la situación cardiovascular global de los mismos (3).

OBJETIVOS: Conocer los FRCV y evaluar el RCG del personal de las Escuelas Primarias del Barrio Castañares, Salta-Capital, 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, exploratorio, no exhaustivo. La muestra fue no probabilística, elegida por juicio o selección intencionada, la cual quedó conformada por docentes y no docentes de ambos sexos, mayores de 30 años que aceptaron formar parte del estudio durante el periodo de junio a agosto del ciclo lectivo 2015. Los datos se recolectaron mediante una entrevista personal en la que se aplicaron fichas de datos personales/ocupacionales, antecedentes personales/familiares de ECV; encuesta de FRCV y Recordatorio de 24 Hs. y CFCA de alimentos fuentes de grasas, azúcares simples, sodio y fibra dietética. Para determinar el estado nutricional se realizó antropometría: peso y talla a fin de calcular el IMC y su posterior valoración con la Tabla SEEDO'2007. También se tomaron las circunferencias de cintura (C) y cadera (C) para luego calcular el índice C/C según OMS. Además se registraron los valores de presión arterial tomados por una enfermera profesional. La muestra estudiada se distribuyó por grupo de edades, sexo, antecedentes de ECV, enfermedades crónicas no trasmisibles (DBT2, HTA, HC e HT), hábito tabáquico, consumo de anticonceptivos orales, consumo de bebidas alcohólicas, ingesta alimentaria, actividad física, estado nutricional y la estratificación del RCV. Para la estimación del RCG se utilizaron las Tablas de Predicción de la OMS/ISH (2009) para los países de la región B de las Américas, clasificando a los individuos como de bajo riesgo (<10%), moderado (10 a 20%), alto riesgo (20 a 30%) o muy alto riesgo (>30%). Dependiendo de la presencia de DBT y colesterol se seleccionó la Tabla correspondiente. Los datos cuantitativos se expresaron en frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central (promedio, mediana, modo) y desvío estándar. Las variables cualitativas se describieron e interpretaron en función de la estadística descriptiva de manera exploratoria, no exhaustiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra quedó conformada por 164 adultos de ambos sexos, docentes y no docentes que trabajaban en ambos turnos (mañana y tarde). El 86,6% de las personas encuestadas estuvo representado por el sexo femenino. El grupo etáreo predominante fue el de 40 a 49 años. El 86,4% de los varones se encontraban en el rango de 35 a 44 años donde la incidencia de ECV es 3 veces mayor que la observada en las mujeres de la misma edad; mientras que el 31,7% de las mujeres se encontró en el rango superior a los 55 años, edad en la que el sexo femenino iguala el RCV a los hombres (4). El 66,5% presentó antecedentes familiares de ECV, principalmente HTA. Del total de las mujeres que ya habían superado la menopausia (n=48), el 60,4%

manifestó que la misma se produjo alrededor de los 50 años y el 39,6% presentaron menopausia prematura, la cual constituye un FRCV por sí misma, pudiendo perder el efecto protector del sistema hormonal y aumentando así el RCV (5). El 10,4% de las personas encuestadas presentó DBT2 la que aumenta la incidencia y prevalencia de cardiopatía coronaria debido a la hiperglucemia lo que aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de cardiopatía en comparación con pacientes no diabéticos de la misma edad y sexo (6). El 25% presentó HTA, lo que podría estar relacionado con los antecedentes familiares, ya que el 50% presentaba historia familiar de HTA. El 14,6% presentó HC y el 8,5% HT, ambas consideradas como FRCV condicionantes por su papel en el desarrollo de arterioesclerosis (6). El 18,9% eran fumadores activos y según estudios epidemiológicos el fumar de 1 a 4 cigarrillos/día incrementaría las ECV (6) y todos los fumadores del estudio superaban esta cantidad. El 25,6% eran fumadores pasivos y según la OMS éstos están expuestos a los mismos agentes de riesgo para la salud que aquellos que lo hacen voluntariamente (6). El 26,2% consumía alcohol de los cuales el 7% lo hacía en cantidades superiores a las permitidas por la OMS. Esto, daría lugar a la mayor probabilidad de aparición de arritmias (7). El 47,6% fueron clasificadas como "sedentarios". El sedentarismo, además de provocar por sí mismo un importante daño al sistema cardiovascular, contribuye a acentuar los efectos de otros factores de riesgo como la obesidad, la HTA o el colesterol elevado (7). El individuo sedentario tiene un riesgo 2 veces mayor de presentar ECV que una persona activa y la magnitud de dicho riesgo es comparable con el que se observa en personas con HC o tabaquismo (8). La alimentación fue monótona, poco variada y con un consumo alto a moderado de alimentos fuente de grasas saturadas, azúcares simples y/o refinados. Si bien, el estado nutricional predominante fue normopeso, se halló un número importante de Sobrepeso Grados I - II (16,5%) y Obesidad Grado I (3%) respectivamente. Es sabido que el 70% aproximadamente de los casos de ECV en obesos, son atribuibles a su grado de adiposidad (8). El 77,5% presentó valores de circunferencia de cintura superiores a lo considerado como normal y el 36,6% una distribución grasa de tipo androide, infiriendo una relación directa entre una dieta desequilibrada e inactividad física. De acuerdo a las características clínicas y personales se determinó el RCG y del total de las personas con DBT2, el 82,4% presentó RCG bajo, el 11,8% moderado y el 5,9% alto. Con respecto a las personas que no presentaron DBT2, el 91,8% tenían RCG bajo, el 7,5% moderado y el 0,7% alto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al evaluar el riesgo de padecer un episodio cardiovascular (mortal o no) en un período de 10 años utilizando las Tablas de OMS/ISH se determinó el personal de las escuelas tuvo un RCG bajo, seguido por moderado y alto. Sin embargo, al analizar la situación general por la presencia de otros FR no contemplados en las Tablas, un gran número de personas presentaron hasta 3 o más factores relacionados a la posibilidad de desarrollar ECV en un futuro tales como HT, sedentarismo, consumo de alcohol y anticonceptivos orales, sobrepeso- obesidad por lo que se trataría de un grupo con gran exposición a padecer ECV. La identificación de los FRCV cobra importancia epidemiológica en la implementación de medidas de prevención o de intervención para disminuir el riesgo cardiovascular, por lo que se vuelve necesario complementar el uso de las Tablas OMS/ISH con otro tipo de herramientas de cribado para minimizar los sesgos en la información obtenida generando acciones oportunas y más eficaces para las poblaciones expuestas. Se vuelve necesario involucrar al personal de los establecimientos escolares, orientándolos con actividades educativas sobre los beneficios de una correcta alimentación, práctica frecuente de actividad física para el desarrollo, y el mantenimiento de la salud como así también la modificación en los estilos de vida poniendo énfasis en la

cesación del hábito tabáquico, reducción del consumo de alcohol y chequeos médicos oportunos de Lípidos plasmáticos e HTA.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carámbula, P. (2012) Las enfermedades cardiacas más frecuentes. Disponible en: www.sanar.org/cardiovasculares.
2. Frías Meza, L. (2011). Enfoque nutricional objetivo de la evaluación antropométrica realizada en mineros de Somilor. www.cunoc.edu.gt/medicina/Antropometria.pdf.
3. Operman, M. (2005). Metanálisis de los Efectos sobre la Salud. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/nutriweb208.htm>
4. Fundación Española del Corazón (2014). Anticonceptivos orales. www.fundacionespañoladelcorazon/anticonceptivoorales.pdf
5. O'Donnel, C.J y Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del *Framingham Heart Study*. Rev. Esp. Cardiol. Vol. 61 Núm.03:299-310. DOI: 10.1157/13116658.<http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas/articulo/13116658/>
6. Estruch, R. (2002) Efectos del alcohol en la fisiología humana. www3.uah.es/mapa/mayores/Lecturas/Activos/alcoholismo4.pdf
7. Guirao Goris, A. (2010). Valoración del nivel y la intensidad de la actividad física. <https://depts.washington.edu/hprc/docs/rapa-european-spanish.pdf>
8. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva, World Health Organization, 2014.

CONGRESOS DE ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN

CELEBRADOS EN 2017

XXVII Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería (ENEE)

En la ciudad de Posadas (Provincia de Misiones), durante los días 17 al 23 de Setiembre del Corriente año, se llevó a cabo el XXVII Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería (**ENEE**) y las XXII Jornadas Científicas de Estudiantes de Enfermería. El mismo se realizó en el campus de la Universidad Nacional de Misiones (**UNaM**) y la Escuela de Enfermería **UNaM**.

Se declaró de Interés Institucional por la Facultad de ciencias exactas químicas y naturales (Res N° 179/17), declarado de interés municipal por el Honorable Consejo Deliberante de la Ciudad de Posadas (declaración N°79), Aval del Ministerio de Salud Pública de Misiones (Res. N° 1177) y su beneplácito por el Honorable Senado de la Nación Argentina, proyecto de declaración S-2390/17.

Las temáticas principales a tratar fueron: Enfermería transcultural, Enfermería como ciencia y Paradigmas en Enfermería.

Contó con la participación de 540 Estudiantes de todo el País, tanto instituciones públicas como privadas.

Entre ellos, la delegación de Salta con 22 alumnos en su mayoría, estudiantes avanzados de la carrera. A Cargo de las delegadas, elegidas mediante asamblea estudiantil: Est. Rios, Irupé Flavia Giselle y Est. Vilte, Vanesa Angélica.

El balance del mismo fue positivo ya que brindó espacios de intercambio cultural, de nuevos conocimientos y experiencias de prácticas: Los Estudiantes tuvieron acceso al simulador de RCP, uno de los más avanzados del país.

VIII Congreso Argentino de Estudiantes de Nutrición (**ConAEN**)

En la Ciudad de Embalse, Provincia de Córdoba, los días 18, 19, 20 al 21 de agosto del corriente año, se celebró el VIII Congreso Argentino de Estudiantes de Nutrición (**ConAEN**). El mismo se realizó en Hoteles de Turismo Social” del Ministerio de Turismo de la Nación ubicados a orillas del Embalse Rio Tercero.

El Congreso fue declarado de Interés Académico por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (Res N° 1307) y de Interés Universitario por la Universidad Nacional de Salta (R 1083/17)

El lema del el mismo fue “Trascendiendo la educación, construyendo en Nutrición”. Se trataron ejes como: Soberanía Alimentaria, Voluntariado y Kiosco Saludable.

En el mismo se realizaron Mesas Centrales y Talleres tales como Marketing, Nutrición Deportiva, Nutrición Clínica, Producción de Alimentos, entre otros.

También contó con un espacio para compartir experiencias en el campo de Voluntariado y Kiosco Saludable por parte de los estudiantes. Donde representó a la Universidad Nacional de Salta el Estudiante Santiago Felipe Oviedo, actual Presidente del Centro de Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Presidente Saliente del VII ConAEN (Prov. de Salta-2016).

La participación fue masiva, con 1200 Estudiantes de todo el País, tanto instituciones públicas como privadas. Entre ellos, la delegación de Salta con 72 Alumnos.

Durante el desarrollo del Congreso, hubo una participación activa de los estudiantes. Aún terminado, motivó a la creación del grupo voluntariado, traccionado por estudiantes: “Nutrimovete”. El mismo está compuesto por alumnos de los distintos años de la Carrera Lic. en Nutrición de nuestra Facultad.

Por tal, consideramos que el VIII ConAEN fue uno de los más fructíferos y emblemáticos para nuestra comunidad estudiantil.



REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

La Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNSa tiene como objetivo publicar trabajos originales relacionados con las ciencias de la salud, actividades de extensión y de investigación realizadas por profesionales del área de incumbencia de la Facultad.

Comprenderá las siguientes secciones:

Artículos de investigación originales: incluyen trabajos de investigación que contemplen los siguientes apartados: introducción, objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía. Deberán ser inéditos y tendrán una extensión máxima de 10 páginas.

Relatos de experiencias, ensayos, artículos de revisión y actualización: tendrán una extensión máxima de 5 páginas. Deberán contener introducción, desarrollo del tema, conclusiones y referencias bibliográficas.

Tesis de grado y de postgrado con recomendación de publicación por parte del Tribunal Evaluador: se publicará una síntesis que no exceda las 5 páginas

Novedades: información de reuniones científicas, del Centro de Estudiantes y otras que se consideren de interés.

Actualización institucional: información proporcionada por las distintas dependencias académicas y administrativas de la Facultad referidas a las actividades de gestión, de extensión, docencia y capacitación PAU.

Formato de presentación de artículos originales

Los manuscritos deberán presentarse en soporte electrónico, en tamaño A4, en una sola cara, en letra Arial 10, a espacio 1,5 y numeradas consecutivamente. Deberá enviarse vía e-mail a revistafsalud@gmail.com en archivo en Word versión 2010. Se requerirá el siguiente orden:

Página de título y autores: en la primera página figurará el título del artículo en castellano y en inglés, los nombres y apellidos de los autores, sus grados académicos. Además debe indicarse el responsable de la correspondencia, así como su dirección, teléfono, fax y dirección de correo electrónico

Resumen: debe tener una extensión máxima de 200 palabras y estructurarse con los subtítulos: objetivos, material y métodos, resultados y conclusiones. Asimismo deben incluirse de 3 a 5 palabras claves en español y en inglés

Citas bibliográficas: esas se deben numerar por orden consecutivo y de acuerdo con las Normas de Vancouver.

Artículos en Revistas: a) apellidos e iniciales de todos los autores (si son 7 o más, señalar sólo los seis primeros y añadir et al; b) título completo del artículo, c) abreviatura de la revista como está indizada en el Index Medicus; d) año de publicación; e) volumen en números arábigos; f) números de páginas inicial y final.

Libros: a) apellidos e iniciales de todos los autores; b) título del libro; c) número de la edición; d) ciudad en que la obra fue publicada; e) nombre de la editorial; f) año de la publicación; g) número del volumen si hay más de uno, antecedido de la abreviatura "vol"; h) número de la página citada.

Las unidades de medida deben corresponder al Sistema Internacional de Unidades.

Las tablas y figuras deben enviarse en página separadas, al final del manuscrito numeradas en el mismo orden en que se mencionan en el texto. Se aceptará un máximo de 5 tablas y/o figuras preferentemente las tablas serán en blanco y negro y las figuras color deberán ser de 300 dpi de resolución como mínimo.

Página de derecho de autor: se enviará en hoja aparte, una solicitud para la publicación del artículo firmada por todos los autores. En la misma se debe dejar constancia en qué categoría presenta el trabajo. Se debe aclarar que los resultados no han sido publicados ni total ni parcialmente, ni ha sido enviado para su evaluación a otra revista científica.

Todos los manuscritos se someterán a una evaluación preliminar en la que se determinará si el artículo se encuadra en los objetivos, la política editorial y las normas de la revista.

Cumplida esta instancia, el manuscrito se enviará a revisión por especialistas del área. Esta evaluación se realizará con el resguardo de confidencialidad correspondiente, para lo cual tanto los evaluadores como los autores desconocerán sus respectivas identidades. La Comisión Editorial informará al responsable sobre la aceptación o no del trabajo, las correcciones y sugerencias efectuadas por los revisores.

Los trabajos deberán enviarse a la siguiente dirección electrónica: revistafsalud@gmail.com

CONVOCATORIA PARA PUBLICAR EN EL PRÓXIMO NÚMERO DE LA REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Se recibirán trabajos para ser publicados en la **Revista N° Año Vol de** la Facultad de Cs. de la Salud, hasta el **30 de Junio de 2018**. Enviar los trabajos a la siguiente dirección electrónica: revistafsalud@gmail.com y presentarlos en sobre cerrado en Mesa de Entradas de la Facultad, dirigido a: Comisión Editorial de la Facultad de Ciencias de la Salud. Avda. Bolivia 5120 – 4400 Salta – Capital. Los trabajos deberán cumplir con los requisitos establecidos en el REGLAMENTO DE PUBLICACIONES. Para mayor información dirigirse a la Secretaría de Postgrado, Investigación y Extensión al Medio de la Facultad (sepeisal@unsa.edu.ar) - Teléfono: 0387 4255331



Universidad Nacional de Salta