

## EDITORIAL

Con estas páginas se abre el volumen 27 de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. Es entonces más que propicia la presentación al lector de los contenidos incluidos en el número de apertura de este volumen.

Varios temas dominan este número, por lo que no pudiera hablarse de un núcleo argumental en sí mismo, lo que en definitiva reafirma la extraordinaria pluralidad de interpretaciones e intereses de las ciencias de la Alimentación y la Nutrición. Pero si se me compulsa a destacar un tópico sobre los otros cubiertos, señalaría la salud materno-infantil. De hecho, la sección “Reporte especial” de este número contiene un enjundioso informe sobre la situación de la salud y la nutrición de niños, madres y familias de las comunidades campesinas y originarias del centro de la República del Ecuador. Este informe se extiende para documentar las prácticas alimentarias que se conducen en los niños con edades menores de 3 años en 45 comunidades de las provincias ecuatorianas de Chimborazo, Cotopaxi y Tungurahua. En forma paralela, y a modo de contrapunteo del informe ecuatoriano, se muestran las prácticas alimentarias seguidas en los niños menores de 2 años de edad en la comunidad de San Cristóbal, la segunda en importancia (después de la cabecera provincial) de Artemisa: una de las provincias más jóvenes de Cuba.

Ambos informes coinciden en los mismos hallazgos, si bien con diferentes intensidades. Más de la mitad de los niños encuestados en el Ecuador sufren de una talla menor que la esperada para el sexo y la edad. De la parte cubana, esta cifra asciende a la décima parte de los examinados. El retraso del crecimiento lineal concurrió con un riesgo incrementado de exceso de peso, más pronunciado en los niños cubanos. Cuando la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida benefició a las dos terceras partes de los niños ecuatorianos, fue solo del 27% en los cubanos. La mitad más uno de los niños ecuatorianos viven en condiciones de inseguridad alimentaria. Aunque esta cuestión no fue explícitamente investigada en la encuesta conducida en San Cristóbal, ésta concluyó que la alimentación complementaria de los niños con edades entre 6 y 23 meses y 29 días se conduce inadecuadamente, es poco variada y además (probablemente) nutricionalmente insuficiente. El mismo problema, resultados similares (si bien atemperados por dinámicas asistenciales locales), repercusiones idénticas.

Cada día cobra mayor importancia la ventana única de oportunidad para la intervención nutricional que representan los primeros mil días de vida del ser humano: período comprendido entre el momento de la concepción y los dos años cumplidos de vida.<sup>1</sup> Hoy se acepta (diríamos que casi tácitamente, para no sonar absolutos ni absolutistas cuando tal cosa podría ser contraproducente en el devenir científico) que el origen de las enfermedades crónicas no transmisibles (la principal causa de enfermedad y muerte en todos los rincones de este planeta nuestro) hay que trazarlo hasta un feto desnutrido, y la desnutrición fetal no puede desvincularse del estado de salud y nutricional de la mujer en el momento de la concepción.<sup>2-4</sup> La anemia en el momento de la concepción implica después anemia en el recién nacido.<sup>5</sup> Un bajo peso de la mujer en el momento de la captación del embarazo se traduce en bajo peso al nacer.<sup>5</sup> Una ganancia insuficiente de peso durante el embarazo también será causa de desnutrición intra-útero.<sup>6-7</sup> De forma similar en su negativo impacto, el peso excesivo a la captación del embarazo, y la ganancia excesiva de peso durante el embarazo, se traducen en riesgo incrementado de diabetes

gestacional, macrosomía fetal y distocia *peripartum*; sin agotar otras repercusiones a mediano y largo plazo.<sup>8-9</sup>

Preguntémonos entonces: ¿Qué estamos haciendo en nuestros respectivos países para proteger la salud de nuestras madres y nuestros niños? ¿Han sido suficientes nuestros esfuerzos como nutricionistas, primero, y después como actores | actrices de salud? ¿Con qué recursos contamos para enfrentar estos retos? ¿Están conscientes nuestras mujeres, y las familias cubanas, de todos estos riesgos y tensiones? ¿Hemos explotado en Cuba suficientemente la capacidad de concertación intersectorial sobre la que está fundado nuestro Sistema de Salud? Les dejo a ustedes, mis queridos lectores, estas interrogantes para que mediten y actúen.

Como guía en la búsqueda de respuestas, les sugiero la lectura del ensayo provisto por la Dra. Santa Jiménez Acosta acerca del propósito de una cobertura universal en salud y nutrición. Cuando se trata de la Dra. Jiménez Acosta, huelgan las presentaciones. Se está ante una profesional que ha dedicado toda su vida a la educación de la sociedad en las conductas alimentarias saludables mediante el ejercicio permanente de la investigación científica y el magisterio. Su ensayo “La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales” es ya un clásico de la RCAN.<sup>10</sup>

La sección “Contribuciones originales” de este número reúne otros tantos artículos sobre la composición corporal de escolares y jóvenes universitarios, por un lado; y nefrópatas sujetos a diálisis iterada, por el otro; el perfil bioquímico del hígado graso no alcohólico, el vínculo alimentación-salud orobucal en los ancianos no institucionalizados; y la forma en que se conduce el soporte nutricional enteral (SNE) en un hospital verticalizado en el trauma y la accidentalidad.

La expansión epidémica del exceso de peso en todas las edades del ser humano anima y justifica el interés de los investigadores en explorar cómo se modifican los distintos compartimientos corporales en respuesta a influencias externas como los estilos de vida y los hábitos dietéticos del sujeto. La primera pieza dentro de la trilogía dedicada a la composición corporal del ser humano expone el estado de la grasa corporal y la masa muscular esquelética de jóvenes universitarios mexicanos. Un aforismo reza: “Los jóvenes de hoy serán los adultos del mañana”. Varios son los trabajos que han señalado la elevada probabilidad de que la obesidad observada en las edades juveniles se traslade hacia la adultez.<sup>11-13</sup> En el artículo mencionado, la adiposidad es el elemento distintivo del estudiante encuestado en una universidad pública mexicana, condición que puede repercutir en la aparición de estados de insulinoresistencia. Fue llamativo en este estudio que los estudiantes de Medicina concentraron el exceso de peso. Trabajos como éste deben ser seguidos por otros que identifiquen (e intervengan mediante acciones educativas) prácticas inadecuadas del universitario, como la preferencia por la comida “chatarra”, la poca actividad física, y la ausencia de horarios y frecuencias de alimentación; a fin de proteger el capital laboral, profesional e intelectual de la nación.

La segunda pieza de la trilogía antes enunciada muestra el estado nutricional de niños ecuatorianos que son atendidos en un orfanato de la ciudad ecuatoriana de Guayaquil. La crisis económica vivida en el Ecuador en los años 2000s repercutió en todos los órdenes de la sociedad, pero las familias y los niños fueron los más vulnerados.<sup>14</sup> La ola migratoria que privó al país de jóvenes en edad laboral también significó la aparición de incontables niños abandonados y huérfanos.<sup>15</sup>

La orfandad implica el internamiento del niño en tal condición en un hogar al amparo del Estado, o de instituciones religiosas como la Iglesia católica, para asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo del mismo, así como su educación y formación.<sup>16-17</sup> Una visión estereotipada del orfanato como una institución preterida e incapaz de cumplir sus misiones y

encargos sociales, ha conducido a la percepción generalizada del niño huérfano como uno en riesgo incrementado de desnutrirse.<sup>18</sup>

El estudio concluido en el orfanato mencionado más arriba no encontró evidencias de desnutrición entre los niños atendidos. Asimismo, el estudio tampoco encontró una frecuencia significativa de exceso de peso entre ellos. Estos hallazgos, sin embargo, no deben obviar el hecho de que los niños atendidos en un orfanato están en riesgo permanente de desórdenes nutricionales (incluidas las carencias de micronutrientes como la anemia por deficiencia de hierro) debido a los intensos procesos de crecimiento y desarrollo en los que ellos se encuentran inmersos.<sup>19-20</sup>

El tercer artículo de esta trilogía sobre la composición corporal ha examinado la repercusión del exceso de peso entre los nefrópatas atendidos en un programa hospitalario de hemodiálisis iterada. La desnutrición ha sido revelada como el fenotipo prevalente en los programas de diálisis, y su presencia en el paciente nefrópata afecta la capacidad del mismo para responder (favorablemente) a la terapia dialítica, y lo coloca en riesgo de complicaciones, infecciones, e incluso la muerte.<sup>21-23</sup> Tales realidades han sido contestadas recientemente ante reportes crecientes en número que señalan que el exceso de peso (categoría que también incluye a la obesidad) se ha vuelto prevalente dentro de los programas de diálisis crónica.<sup>24</sup> No solo eso: tales reportes se extienden para afirmar las ventajas adaptativas del exceso de peso durante la permanencia del nefrópata en estos programas.<sup>25</sup>

La obesidad en un programa de diálisis podría ser la lógica consecuencia de la expansión epidémica de esta condición. Además, la obesidad podría acompañar a (y ser incluso la causa de) las morbilidades que determinan la pérdida de la función renal, como la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial. El exceso de peso podría tal vez señalar a aquellos pacientes con estancias prolongadas en un programa de diálisis, pero es poco probable que un nefrópata pueda “negociar” todas las tensiones y agresiones que afronta durante su tránsito por el programa de depuración, y aun así, alcanzar un balance crónicamente positivo como para facilitar la deposición de grasa corporal.

Los supuestos beneficios de la obesidad para el nefrópata en diálisis crónica podrían ser meramente temporales: un nefrópata obeso podría ceder una mayor cantidad de peso corporal (antes que otro no obeso) durante la misma ventana de tiempo sin que ello repercuta en su estado de salud y bienestar. Es más: podría ser que la pérdida de peso que experimente el paciente sirva para mejorar el estado de resistencia a la acción de la insulina que padece. Pero ello solo ocurriría si el paciente perdiera grasa corporal, particularmente de la región abdominal, antes que masa magra.

En el estudio completado en el programa de hemodiálisis de un hospital terciario de la ciudad de La Habana se comprobó que el exceso de peso afectaba a poco más de la tercera parte de los nefrópatas atendidos, y se asoció con una tasa superior de mortalidad al año de seguimiento. De forma interesante, el exceso de peso se asoció también con la causa de la pérdida de la función renal y el tiempo de permanencia en el programa depurador.

Como consecuencia de todo lo anteriormente dicho, en este momento de la prestación de las terapias de sustitución de la función renal, en las que se ha constatado una doble carga de morbimortalidad adscrita (en gran parte) a la polaridad nutricional, se impone, más que nunca, la actuación de los nutricionistas, primero, para examinar detenidamente las asociaciones entre el estado nutricional del nefrópata y la respuesta a las terapias depuradoras; y modificar proactivamente tales asociaciones después, para asegurar una permanencia exitosa en el programa, libre de comorbilidades y discapacidades.

La sección “Contribuciones originales” cierra con 4 artículos que exploran otros tantos temas variados, algunos de ellos novedosos para la Revista. El primero de estos 4 trabajos muestra los estilos de alimentación de ancianos y adultos mayores que viven sin restricciones en un área de salud de la ciudad de Pinar del Río, y las asociaciones que tales estilos podrían sostener con la salud orobucodental. El envejecimiento también se refleja en las estructuras y la funcionalidad del aparato orobucodental.<sup>26-27</sup> En un anciano ocurren pérdida de piezas dentarias, erosiones de la mucosa, y daño gingival; todo lo cual puede repercutir en las formas en que éste se alimenta.<sup>28</sup> El edentulismo puede incluso forzar al sujeto a adoptar dietas modificadas en textura y consistencia que descansen en purés y sopas, lo que eventualmente lo colocaría en riesgo de desnutrición.<sup>29</sup>

El estudio citado reveló que la dieta del adulto mayor no institucionalizado mostró ingresos deficitarios de prácticamente todos los grupos de alimentos, lo que pudiera trasladarse a la aparición de lesiones del aparato bucal y/o la perpetuación de las mismas. Pero fue interesante encontrar en este estudio que aquellos ancianos con ingresos superiores de carnes y derivados (incluyendo el huevo) fueron los que menos lesiones orobucodentales mostraron, un hallazgo que abriría la puerta a varias interpretaciones, entre ellas, el papel que juegan los ingresos socio-económicos en los estilos de alimentación y vida de estas subpoblaciones.

El segundo de los artículos muestra el estado de la prealbúmina sérica en sujetos hospitalizados en los que se inician terapias de apoyo nutricional tras sufrir complicaciones post-quirúrgicas. Se ha de destacar que este trabajo es el primero en la historia de la RCAN que muestra el comportamiento de esta proteína en una población hospitalaria. Las bajas cifras de prealbúmina sérica prevalecieron en estos pacientes, lo que podría explicarse por la intensa actividad inflamatoria presente en los mismos. El trabajo se extendió para mostrar el abatimiento que ocurre en las cifras séricas de esta proteína tras la implementación de la terapia nutricional.

La prealbúmina sérica es una de las proteínas secretoras hepáticas que puede informar sobre el riesgo de desnutrición del enfermo hospitalizado.<sup>30-31</sup> Igualmente, la prealbúmina sérica puede reflejar el impacto de la agresión metabólica y la inflamación sistémica sobre la capacidad de respuesta terapéutica del sujeto.<sup>31-32</sup> Se justifican nuevos estudios para documentar el comportamiento de la prealbúmina sérica en varias subpoblaciones hospitalarias, y los determinantes del mismo.

El tercer artículo fue dedicado a mostrar el estado del soporte nutricional enteral (SNE) en un hospital argentino verticalizado en la atención al trauma y la accidentalidad. El trabajo reveló que las cantidades prescritas de energía nutrimental fueron consistentemente inferiores a los requerimientos diarios del paciente. Otra investigación completada en la misma institución reveló que, además, las cantidades de nutrientes infundidas diariamente rondaban las 600 kilocalorías.<sup>33</sup>

Son numerosos los estudios que revelan una y otra vez las prácticas hospitalarias inadecuadas durante la implementación y administración de las terapias nutricionales.<sup>34-37</sup> Al final, lo único que podría afirmarse es que el hospital ha dejado de ser un lugar idóneo para la conducción de tales terapias. Pero la pregunta permanece: Si no es en el hospital, ¿dónde será entonces?

Las “Contribuciones originales” concluyen con un trabajo que presenta el comportamiento de las enzimas hepáticas e índices de resistencia a la insulina en el hígado graso no alcohólico. El hígado graso no alcohólico (HGNA) puede resultar de daño hepático crónico, pero también de la obesidad.<sup>38-39</sup> El HGNA se ha convertido hoy en la principal causa de cirrosis hepática, totalmente reversible por demás mediante intervención alimentaria y nutricional.<sup>40</sup>

En el trabajo citado, el HGNA se asoció con valores elevados de la actividad  $\gamma$ GT (y por extensión, el índice  $\gamma$ GT/ASAT). Pero los hallazgos más llamativos fueron la asociación del HGNA con cifras elevadas de glucosa en ayunas y 2 horas después de la SCOG, asociación que se trasladó a incrementos del producto plasmático Glucosa\*Insulina en ayunas y después de la sobrecarga con glucosa. Es evidente que la grasa atrapada en el espesor del parénquima hepático (triglicéridos en gran parte) desencadena una poderosa resistencia a la insulina, y ello le imprime otra espiral al *status* metabólico del sujeto. De forma interesante, los biomarcadores clásicos de la aterosclerosis, como las fracciones del colesterol y los triglicéridos, fueron independientes de la gravedad del HGNA.

Las restantes piezas comprendidas dentro del número de apertura de este volumen 27 se distribuyen entre las otras tantas secciones de la RCAN. Una “Comunicación Breve” expone una ecuación predictiva de la excreción del nitrógeno ureico urinario (NUU) empleando para ello el índice Urea-Creatinina ajustado según las características demográficas del paciente. Este trabajo culmina una línea de investigación y desarrollo que resultó en otras ecuaciones que fueron acomodadas en números anteriores de la RCAN.<sup>41-42</sup> A diferencia de aquellas, el uso de las características demográficas como el factor de ajuste del índice Urea-Creatinina podría ser una solución interesante cuando no se disponen de las características antropométricas del enfermo, o éstas se vuelven difícil de obtener.

Las “Pautas para la Actuación” discurren sobre las estrategias educativas para la formación de competencias en Nutrición en el Licenciado en Enfermería especializado en la cirugía hepatobiliopancreática, complementando otro trabajo previamente publicado en la RCAN.<sup>43</sup> Numerosas afecciones del árbol biliar y el páncreas requieren para su solución de procedimientos quirúrgicos complejos que pueden dilatarse en el tiempo.<sup>44</sup> Asimismo, muchos de los pacientes aquejados sufren de desnutrición: comorbilidad que pudiera afectar el resultado quirúrgico.<sup>45</sup> Por otro lado, se ha documentado el estado de los conocimientos en Alimentación y Nutrición del personal de Enfermería, y cómo esta situación influye en la calidad de los cuidados médico-quirúrgicos que se le brindan al enfermo.<sup>46</sup>

Los autores responden al desafío de dotar al personal de Enfermería que participa de la cirugía hepatobiliopancreática con las competencias requeridas en Nutrición mediante el desarrollo de una estrategia metodológica desde la educación de posgrado que han basado en documentos y guías rectoras, y la inclusión del enfermero en distintas formas intramuros de capacitación continuada. Próximos trabajos se orientarían a la evaluación del impacto de esta estrategia metodológica sobre la calidad de esta actividad quirúrgica.

Finalmente, la “Carta al Editor” contiene una interesante disquisición sobre la evolución de la desnutrición en un hospital de la ciudad de La Habana dedicado a la actividad quirúrgica a lo largo de los últimos 15 años. Si nos remitimos a los datos mostrados, la demografía hospitalaria ha permanecido prácticamente invariante, mientras que la tasa de desnutrición se ha reducido casi a la mitad.

Las “Cartas al Editor”, en virtud de la naturaleza y objetivos de la sección, no deben (no puede) extenderse en las causas de hallazgos como éstos, pero bien podrían servir de fundamento para investigaciones ulteriores de estas dinámicas. También sería oportuno que se estudiara si el cambio observado en la desnutrición hospitalaria podría ser el resultado de la adopción en este centro de las “Buenas Prácticas” en la provisión de cuidados alimentarios y nutricionales al paciente hospitalizado.

Concluye aquí la presentación de los contenidos del número de apertura del volumen 27 de la RCAN. Es ahora el turno del lector. Si los contenidos acomodados le son útiles al punto de descargarlos y atesorarlos, habremos cumplido (al menos en parte) nuestra misión y encargo.

Dr. Sergio Santana Porbén.  
 Editor-En-Jefe.  
 RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Koletzko B, Brands B, Chourdakis M, Cramer S, Grote V, Hellmuth C; *et al.* The Power of Programming and the EarlyNutrition project: Opportunities for health promotion by nutrition during the first thousand days of life and beyond. *Ann Nutr Metab* 2014;64:187-96.
2. Barker DJP. Developmental origins of chronic disease. *Public Health* 2012;126:185-9.
3. Brands B, Demmelmair H, Koletzko B. How growth due to infant nutrition influences obesity and later disease risk. *Acta Paediatrica* 2014;103:578-85.
4. Krishnaswamy K, Naidu AN, Prasad MPR, Reddy GA. Fetal malnutrition and adult chronic disease. *Nutr Rev* 2002;60(5 Suppl):S35-S39.
5. Allen LH. Anemia and iron deficiency: Effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000;71(5 Suppl):S1280-S1284.
6. Murphy VE, Smith R, Giles WB, Clifton VL. Endocrine regulation of human fetal growth: The role of the mother, placenta, and fetus. *Endocrine Rev* 2006;27:141-69.
7. Siega-Riz AM, Viswanathan M, Moos MK, Deierlein A, Mumford S, Knaack J; *et al.* A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: Birthweight, fetal growth, and postpartum weight retention. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(4):339-e1.
8. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Rev Obstetrics Gynecol* 2007;1:170-8.
9. Galcerán Chacón G, Ruiz Alvarez V, Alegret Rodríguez M, Díaz Sánchez ME, Hernández Triana M. Crecimiento perinatal asociado al exceso de peso corporal en escolares holguineros. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24:190-210.
10. Acosta Jiménez SM, Rodríguez Suárez A, Díaz Sánchez ME. La obesidad en Cuba. Una mirada a su evolución en diferentes grupos poblacionales. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23:297-308.
11. Charney E, Goodman HC, McBride M, Lyon B, Pratt R, Breese B; *et al.* Childhood antecedents of adult obesity: Do chubby infants become obese adults? *N Engl J Med* 1976;295:6-9.
12. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101(Suppl 2):S518-S525.
13. Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive Med* 1993;22:167-77.
14. Vega ALB. La migración: Estudio sobre las remesas de divisas que ingresan en el Ecuador. *Universitas* 2006;1:79-87.
15. Leifsen E. Adoption and the governing of child welfare in 20th century Quito. *J Latin American Caribbean Anthropol* 2009;14:68-91.

16. Ennew J. Prisoners of childhood: Orphans and economic dependency. *Studies of Modern Childhood: Society, agency and culture*. Palgrave. London: 2005. pp 128-146.
17. Simms MD. Foster children and the foster care system, Part I: History and legal structure. *Cur Problems Pediatrics* 1991;21:297-321.
18. Simms MD. Foster children and the foster care system, Part II: Impact on the child. *Cur Problems Pediatrics* 1991;21:345-69.
19. Schor EL. The foster care system and health status of foster children. *Pediatrics* 1982;69:521-8.
20. Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Health care of young children in foster care. *Pediatrics* 2002;109:536-41.
21. Jahromi SR, Hosseini S, Razeghi E, Meysamie PA, Sadrzadeh H. Malnutrition predicting factors in hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transplant* 2010;21:846-53.
22. Sharma RK, Sahu KM. Nutrition in dialysis patients. *J Indian Medical Assoc* 2001;99:206-8.
23. Santana Porbén S. Estado de la desnutrición asociada a la enfermedad renal crónica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24(2 Supl):S62-S66.
24. Kramer HJ, Saranathan A, Luke A, Durazo-Arvizu RA, Guichan C, Hou S, Cooper R. Increasing body mass index and obesity in the incident ESRD population. *J Am Soc Nephrol* 2006;17:1453-9.
25. Kalantar-Zadeh K, Abbott KC, Salahudeen AK, Kilpatrick RD, Horwich TB. Survival advantages of obesity in dialysis patients. *Am J Clin Nutr* 2005;81:543-54.
26. Ettinger RL. Oral health and the aging population. *J Am Dental Assoc* 2007;138(Suppl):S5-S6.
27. Sáez Carriera R, Carmona M, Jiménez Quintana Z, Alfaro X. Cambios bucales en el adulto mayor. *Rev Cubana Estomatología* 2007;44(4):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000400011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400011). Fecha de última visita: 12 de Junio del 2017.
28. Ship JA. The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. *Physiol Behavior* 1999;66:209-15.
29. Walls AW, Steele JG, Sheiham A, Marcenes W, Moynihan PJ. Oral health and nutrition in older people. *J Public Health Dentistry* 2000;60:304-7.
30. Fuhrman MP, Charney P, Mueller CM. Hepatic proteins and nutrition assessment. *J Am Dietetic Assoc* 2004;104:1258-64.
31. Devoto G, Gallo F, Marchello C, Racchi O, Garbarini R, Bonassi S; *et al*. Prealbumin serum concentrations as a useful tool in the assessment of malnutrition in hospitalized patients. *Clin Chem* 2006;52:2281-5.
32. Shenkin A. Serum prealbumin: Is it a marker of nutritional status or of risk of malnutrition? *Clin Chem* 2006;52:2177-9.
33. Martinuzzi A, Ferraresi E, Orsatti M, Palaoro A, Di Leo ME, Mottola M; *et al*. Estado del soporte nutricional en una unidad de Cuidados críticos. *Publicación científica sobre Nutrición Clínica RNC* 2011;20:5-17.
34. Heyland DK, Schroter-Noppe D, Drover JW, Jain M, Keefe L, Dhaliwal R, Day A. Nutrition support in the critical care setting: Current practice in Canadian ICUs- Opportunities for improvement? *JPEN J Parenter Enter Nutr* 2003;27:74-83.
35. Fulbrook P, Bongers A, Albarran JW. A European survey of enteral nutrition practices and procedures in adult intensive care units. *J Clin Nursing* 2007;16:2132-41.

36. Santana Porbén S, for the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. The state of the provision of nutritional care to hospitalized patients- Results from The ELAN-Cuba Study. *Clin Nutr* 2006;25:1015-29.
37. Garcés García-Espinosa L, Cordero Escobar MI, Santana Porbén S, Barreto Penié J, León Pérez DO. Estado de la Nutrición artificial en una Unidad de Cuidados Críticos de un hospital terciario. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2016;26:105-17.
38. Vernon G, Baranova A, Younossi ZM. Systematic review: The epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in adults. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;34:274-85.
39. Mishra A, Younossi ZM. Epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease. *J Clin Exp Hepatol* 2012;2:135-44.
40. Promrat K, Kleiner DE, Niemeier HM, Jackvony E, Kearns M, Wands JR; *et al.* Randomized controlled trial testing the effects of weight loss on nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 2010;51:121-9.
41. García Arévalo L, Santana Porbén S. Nitrógeno ureico urinario estimado del índice de excreción urea-creatinina construido para una muestra única de orina. *RCAN Rev Cubana Aliment* 2015;25:314-26.
42. García Arévalo L, Santana Porbén S. Excreción urinaria de nitrógeno ureico estimada del índice urea-creatinina ajustado según el peso corporal. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2016;26:84-92.
43. Castellanos Torrella C. Sobre las competencias de Enfermería en el apoyo nutricional de la cirugía hepatobiliopancreática. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2015;25:221-33.
44. Odze RD, Goldblum JR. *Surgical pathology of the gastrointestinal tract, liver, biliary tract, and pancreas.* Elsevier Health Sciences. London: 2009.
45. Pirlich M, Schütz T, Kemps M, Luhman N, Burmester GR, Baumann G; *et al.* Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: Impact of underlying disease. *Dig Dis* 2003;21: 245-51.
46. González Benítez M. Estado del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2013;23:44-64.