

HOSPITALIZACIÓN Y DESNUTRICIÓN

CERCA DEL **50%**
DE LOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS
PUEDEN ESTAR
DESNUTRIDOS¹⁻⁴

La **desnutrición** puede estar asociada a:³⁻⁶

- Empeoramiento clínico, funcional y económico.
- Casi 2x más tiempo de internación.
- 3x más riesgo de mortalidad después de 12 meses de alta hospitalaria.

Grupos de **mayor riesgo de desnutrición:**⁷



IMPACTO ECONÓMICO

Los costos llegan a duplicar cuando el paciente se mantiene desnutrido durante la internación.⁸

Modelo de atención integrada

El **soporte nutricional** puede reducir hasta un **22% los costos por estadía hospitalaria**⁹

2,6x
Menor costo x tratamiento¹⁰

41% ↓
Reducción de tasas de readmisiones hospitalarias¹¹

61% ↓
Reducción de riesgo de ingesta calórico-proteica inadecuada¹²

32% ↑
Aumento de fuerza y reducción significativa de complicaciones¹¹

LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA DESNUTRICIÓN INVOLUCRA DIRECTAMENTE LA TERAPIA NUTRICIONAL.

Las fórmulas estándar

Según guías ESPEN (Sociedad europea de Nutrición Parenteral y Enteral)

Para mantener y recuperar el estado nutricional.

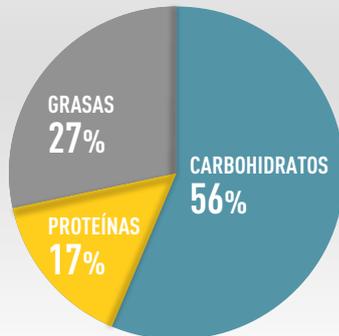
NUTRICIONALMENTE COMPLETA	PROTEÍNAS ENTERAS	CON FIBRA O SIN FIBRA	LA MAYORÍA SIN GLUTEN NI LACTOSA	NUTRIENTES INTACTOS
Valores de referencia de macro y micronutrientes para una población sana.	Polimérica	Ambas opciones son posibles.	Con el fin de atender a la mayoría de la población , respetando las posibles restricciones que puedan tener algunos pacientes. ¹	Sistema digestivo funcional. Adecuados para su uso en hospitales y atención domiciliar. ¹³

Para pacientes que necesitan ajustar su ingesta diaria, independientemente del motivo de la insuficiencia, siempre que no sean necesarios suplementos específicos.²

Referencias: 1. Robinson MK, Trujillo EB, Mogensen Km et al. Improving nutritional screening of hospitalized patients: the role of prealbumin. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2003;27:389-95. 2. Waitzberg DL, Caiiffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4,000 patients. Nutrition. 2001;17:573-80. 3. Lim SL, Ong KC, Chan YH. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Su Lin Lim et al. Clinical Nutrition. 2012;34:5-350. 4. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. Journal of the American Geriatrics Society. 2010;58:1734-8. 5. Llamas FP, Moregò A, Tóbaruela M et al. Prevalencia de desnutrición e influencia de suplementación nutricional oral sobre el estado nutricional en ancianos institucionalizados. Nutr. Hosp. 2011;26:1134-1140. 6. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin. Nutr. 2003;22:235-9. 7. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L et al. Assessment of Food intake in hospitalized patients: a 10-year comparative study of a perspective hospital survey. Clinical Nutrition. 2011;30:289-96. 8. Martin-Gastalver C et al. Individualized measurement of Disease-related malnutrition's cost. Clinical Nutrition 2015;34:951-955. 9. Philipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN et al. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. Am J Mang Care. 2013;19:121-8. 10. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin. Nutr. 2003;22:235-9. 11. Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. Ageing research reviews, 2012;11:278-96. 12. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L et al. Assessment of Food intake in hospitalized patients: a 10-year comparative study of a perspective hospital survey. Clinical Nutrition. 2011;30:289-96. 13. Bodoky G, Kent-Smith L. Basics in clinical nutrition: Complications of enteral nutrition. ESPEN. 2009;4(5):e209-e211. 14. Castro Cardoso MG, et al. Fórmulas para nutrição enteral padrão e modificada disponíveis no Brasil: Levantamento e classificação. BRASPEN J. 2018;33(4):402-17. 15. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutrológica Oral e Enteral em Pacientes com Risco Nutricional, Projeto Diretrizes. Diten 2011. 16. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Associação Brasileira de Nutrologia. Recomendações nutricionais para Adultos em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Projeto Diretrizes. Diten 2011.22. 17. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional Domiciliar. Projeto Diretrizes. Diten 2011.

DESARROLLADO PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE MANTENIMIENTO Y RECUPERACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL ¹⁵⁻¹⁷

Distribución energética y fuente de nutrientes



- CARBOHIDRATOS**
Maltodextrina
- PROTEÍNAS**
Caseinato de calcio
Proteína de soja
- GRASAS**
Aceite de canola
Aceite de soja
TCM



1.5
Kcal/ml

COMPLETA

ESTÁNDAR

POLIMÉRICA

Sin
Gluten

Sin
lactosa

INDICACIONES: Desnutrición, horarios de alimentación reducidos, restricción de líquidos, restricción de volumen de ingesta, vía oral no accesible.

Producto apto para adultos.
Usar solamente según indicación de médico o nutricionista.
Prohibido su uso por vía parenteral.

Instrucciones de uso: Agite bien antes de usar. Fórmula comercialmente estéril. Manipular según Buenas Prácticas de manipulación para evitar contaminación. Remover la tapa protectora y conectar al equipo hasta que se rompa el sello protector interno. No tocar la zona donde sea hecha la conexión. No desconectar del equipo hasta terminar la administración.

Conservación: Mantener el envase cerrado a temperatura ambiente en lugar seco y fresco. Puede ser administrado a temperatura ambiente por hasta 36 hs después de conectado si fue empleada la técnica correcta.

- Más TCM**
- Más Rendimiento**

Nutricionalmente completa
• Aporta todos los nutrientes necesarios

Estándar
• Cubre requerimientos nutricionales sin deficiencias ni excesos en pacientes compensados

Con TCM
• Fuente de energía rápida de fácil digestión y absorción
• No se almacena en tejido adiposo ni en hígado

Osmolaridad: 4-10 mOsm/L de agua.

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

	Cant. por 100 ml	Cant. por 100 Kcal
Valor energético	150 Kcal = 630 kJ	100 Kcal=420 kJ
Carbohidratos, de los cuales:	21g	14g
Azúcares	1,0g	0,7g
Lactosa	0 g	0 g
Sacarosa	0 g	0 g
Proteínas	6,3g	4,2g
Grasas totales, de las cuales:	4,5g	3,0g
Grasas saturadas	0,8g	0,6g
Grasas <i>trans</i>	0 g	0 g
Grasas monoinsaturadas	1,8g	1,2g
Grasas poliinsaturadas de las cuales:	1,7g	1,1g
Omega 6	1,3g	0,9g
Omega 3	0,2g	0,2g
Colesterol	1,0 mg	0,7 mg
Fibra alimentaria	0,8g	0,5g
Sodio	110 mg	73 mg
Calcio	110 mg	73 mg
Hierro	1,9 mg	1,3 mg
Potasio	260 mg	174 mg
Cloruro	70 mg	47 mg
Fósforo	70 mg	47 mg
Magnesio	24 mg	16 mg
Zinc	1,5 mg	1,0 mg
Manganeso	0,32 mg	0,21 mg
Cobre	130 µg	87 µg
Molibdeno	14 µg	9,3 µg
Iodo	20 µg	13 µg
Cromo	6,5 µg	4,3 µg
Selenio	8,8 µg	5,9 µg
Vitamina A	100 µg RE	67 µg RE
Vitamina D	1,4 µg	0,94 µg
Vitamina E	2,6 mg α TE	1,7 mg α TE
Vitamina C	20 mg	13 mg
Niacina	2,4 mg	1,6 mg
Ácido Pantoténico	0,50 mg	0,33 mg
Vitamina B6	0,19 mg	0,13 mg
Vitamina B2	0,19 mg	0,13 mg
Vitamina B1	0,19 mg	0,13 mg
Biotina	5,1 µg	3,4 µg
Ácido Fólico	21 µg	14 µg
Vitamina K	16 µg	11 µg
Vitamina B12	0,35 µg	0,23 µg
Colina	100 mg	67 mg

FÓRMULA ESTÁNDAR PARA NUTRICIÓN ORAL Y ENTERAL.

Material exclusivo para profesionales de la salud.
Prohibida su distribución a consumidores.

En caso de dudas, por favor comunicarse al: +598 22091001
nutricion@cibeles.com.uy