



Revista Chilena de Nutrición

ISSN: 0716-1549

sochinut@tie.cl

Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y  
Toxicología  
Chile

Ruiz De la F., Marcela; Sepúlveda Ch., Nataly; Rodriguez F., Alejandra  
Requerimientos energéticos y proteicos estimados por calorimetría indirecta y nitrógeno urinario en  
pacientes con quemadura o pancreatitis aguda

Revista Chilena de Nutrición, vol. 41, núm. 1, marzo-, 2014, pp. 23-28  
Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46930531003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Requerimientos energéticos y proteicos estimados por calorimetría indirecta y nitrógeno urinario en pacientes con quemadura o pancreatitis aguda

## Energy and protein requirements estimated by indirect calorimetry and urine urea nitrogen in burn and acute pancreatitis patients

### ABSTRACT

The pathological states of burn injuries and acute pancreatitis are associated with hypermetabolic and hypercatabolic states. The objective of the study was to determine energy and protein requirements in these conditions. A transversal analytical study was applied to 18 patients: 10 with mild burn injuries in <5% body surface and 8 with acute pancreatitis. Anthropometric measurements were taken (weight, height, BMI, skin folds), as well as resting metabolic rate through indirect calorimetry (RMR IC), protein catabolism using 24-hour urine urea nitrogen (UUN), and trauma factor (RMR IC/BMR Harris-Benedict equation). The sample was made up of 72.2% men and 27.8% women. The study of burn and acute pancreatitis patients was carried out on the average  $16.1 \pm 13.0$  SD and  $8.8 \pm 2.0$  SD days after the onset of the disease, respectively. There were no statistically significant differences in RMR IC since mean energy requirements were  $24.4 \text{ kcal/kg/d}$  and  $23.2 \text{ kcal/kg/d}$  in patients with burns and acute pancreatitis, respectively, for both sexes ( $p>0.05$ ). Total energy expenditure (TEE) was not significant ( $p>0.05$ ). Acute pancreatitis and burn patients showed mild catabolism and their protein requirement was  $1,19 \text{ g/kg/d}$  ( $p>0.05$ ). The trauma factor in acute pancreatitis patients was  $0.91$  ( $p>0.05$ ). In conclusion, patient energy requirement was lower than reported or recommended values in both pathologies under study, whereas protein requirement was lower in burn patients.

**Key words:** Protein requirement, urine urea nitrogen, acute pancreatitis, burn, energy requirement.

Marcela Ruiz De la F. (1)  
Nataly Sepúlveda Ch. (2)  
Alejandra Rodriguez F. (1)

(1) Departamento de Nutrición y Salud Pública,  
Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos,  
Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile.  
(2) Centro de Salud familiar Cartagena,  
Provincia de San Antonio, Chile.

Dirigir la correspondencia a:  
Profesora  
Marcela Ruiz De la Fuente  
Nutricionista  
Magíster en Nutrición Clínica Adulto  
Departamento de Nutrición y Salud Pública  
Universidad del Bío-Bío, sede Chillán  
Teléfono: (56-42) 2463229  
E mail: marcelaruzi@ubiobio.cl

Este trabajo fue recibido el 27 de Agosto de 2013  
y aceptado para ser publicado el 12 de Enero de 2014.

### INTRODUCCIÓN

En la clínica nutricional, es habitual considerar que pacientes con pancreatitis aguda o quemaduras menores, padecen estados hipermetabólicos (1,2) y/o hipercatabólicos (3), influenciados entre otros factores, por el grado de severidad de la patología presente (4).

Al estimar los requerimientos energéticos totales del paciente, mediante ecuaciones predictivas, es habitual agregar en el cálculo, además del factor de actividad física, el factor trauma o de corrección (1,2), el cual considera el porcentaje del aumento de la tasa metabólica basal presente, situación observada en algunos estados patológicos y de manera variable.

Recientemente se conoce con mayor precisión el gasto energético real de los pacientes, lo que ha provocado la reducción de los factores de corrección energética. Estos factores, pueden llevar a sobreestimar el requerimiento energético del paciente, lo cual no implica disminuir las pérdidas nitrogenadas presentes, sino facilitar los depósitos de grasa y la aparición de complicaciones metabólicas secundaria a la sobrealimentación (5).

En el estado hipercatabólico, se ha descrito una considerable destrucción proteica y por ende un aumento de los requerimientos de este nutriente en el paciente, sin embargo, aportes proteicos muy elevados, podrían facilitar el aumento

de la degradación proteica neta e incrementar la tasa de catabolismo (6).

En relación a lo anterior los objetivos de la investigación fueron: determinar los requerimientos energéticos y proteicos de pacientes con pancreatitis aguda o quemaduras menores; y analizar la influencia de la patología en los resultados. Estableciéndose como hipótesis del estudio que el requerimiento energético y proteico es mayor en el paciente quemado.

#### SUJETOS Y MÉTODO

El estudio fue analítico, de corte transversal. Se estudiaron 18 pacientes de ambos géneros del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. De ellos, 8 padecían pancreatitis aguda y 10 sufrían quemaduras menores al 5% de la superficie corporal. En los pacientes con pancreatitis aguda, la distribución porcentual de acuerdo a los criterios de gravedad de Balthazar (7) fue la siguiente: 12,5% clasificó con pancreatitis tipo A, 25% tipo C, 37,5% con tipo D y un 25% con tipo E. Respecto al índice de severidad (8) el 62,5% clasificó en severidad baja, el 12,5% en media y el 25% en alta. En estos pacientes el estudio se realizó en promedio a los  $8,8 \pm 2,0$  DS días, posteriores al inicio de los síntomas de la enfermedad.

La distribución porcentual de pacientes quemados de acuerdo a la clasificación de severidad, según American Burn Association (9), mostró que un 10% de ellos presentó quemadura grave, un 50% quemadura moderada y un 40% quemadura leve. El estudio en los pacientes quemados se realizó en promedio a los  $16,1 \pm 13,04$  DS días, posteriores al inicio de la enfermedad.

De los 18 pacientes estudiados, todos se encontraban recibiendo sólo alimentación vía oral. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del hospital y con el consentimiento informado de los pacientes.

#### MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS

Se determinó el peso corporal a través de una balanza marca SECA modelo 713, con escala de 2 kg a 130 kg y precisión de 0,2 kg; talla corporal a través de un tallímetro con graduación mínima de 1 mm; pliegues cutáneos (bicipital, tricipital, subescapular y supraálico), mediante un plicómetro marca Lange con sensibilidad de 1mm, graduación de 0-67 mm. (10-12). Se determinó el índice de masa corporal o IMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ) (11), utilizando los criterios establecidos por la Organización Mundial de la salud (OMS).

De la sumatoria de los pliegues cutáneos y utilizando la ecuación de Durnin y Womersley (13), se obtuvo el porcentaje de la masa grasa (MG) y, por diferencia, el porcentaje de la masa libre de grasa (MLG).

En los diferentes cálculos se utilizó el peso corporal real del paciente, salvo aquellos con estado nutricional de obesidad, donde se utilizó el peso corporal ajustado (14). Peso ajustado=  $((\text{peso actual} - \text{peso ideal}) \times 0,25) + \text{peso ideal}$ ; considerando que el 25% del exceso de peso corporal está constituido por masa magra metabólicamente activa, y el 75% restante corresponde a tejido adiposo (15).

#### ENCUESTA NUTRICIONAL

La prescripción nutricional habitual de los pacientes estudiados, consideraba una dieta hiperproteica, debido al estado hipercatabólico derivado del tipo de patología presente. No obstante, por la influencia de la ingesta proteica en el resultado del examen de medición del nitrógeno ureico en orina de 24 horas, se solicitó al nutricionista a cargo de los pacientes, la planificación de una dieta con bajo aporte proteico el día

previo al examen, lo cual fue ratificado mediante la aplicación y evaluación de una encuesta recordatoria de 24 horas.

#### DETERMINACIÓN DEL CATABOLISMO PROTEICO

La excreción urinaria de nitrógeno ureico, el cual es considerado un indicador fiable de la vertiente catabólica del metabolismo celular y tisular, en particular del recambio proteico (16), fue empleada en la investigación para estimar la tasa de catabolismo y el requerimiento proteico.

Luego de descartar en los pacientes la presencia de enfermedad renal, y con indicación de dieta hipoproteica el día anterior al examen ( $< 40 \text{ g/día}$ ), se evaluó el catabolismo proteico mediante la mediación nitrógeno ureico en orina (NUU) de 24 horas. El requerimiento proteico se determinó mediante la fórmula: (NUU de 24 horas (g) + 4 otras pérdidas nitrogenadas (g))  $\times 6,25$ . El valor 4 g agregado al NUU, representó una estimación liberal de la pérdida no medida de NUU, correspondiente al sudor, pelo, piel y heces. El factor 6,25 se asoció a que el nitrógeno representa al 16% (es decir 1/6,25) del peso de la proteína de la dieta (17).

Se clasificó el grado del estado catabólico, según NUU de 24 horas 17:

Grado de catabolismo	NUU en 24 h
Normal	< 5 g
Leve	5 – 10 g
Moderado	10 – 15 g
Grave	> 15 g

#### DETERMINACIÓN DE LA TASA METABÓLICA EN REPOSO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA

En la investigación se utilizó el método de la calorimetría indirecta, el cual ha sido ampliamente considerado como uno de los más precisos en la determinación de la tasa metabólica en reposo, en pacientes hospitalizados (18).

La medición de la tasa metabólica en reposo mediante calorimetría indirecta, (TMR CI) utilizó un equipo Datex - Ohweda modelo Deltatrac II, perteneciente a la Unidad de Metabolismo Energético de la Universidad del Bío- Bío. A nivel ambiental se controló que la concentración de  $\text{CO}_2$  fuera menor a 3% y existiera termo neutralidad ambiental (20-24°C). El equipo fue auto calibrado antes de cada medición, utilizando una mezcla de gases de 95%  $\text{O}_2$  y 5%  $\text{CO}_2$ . Previo a la medición de la TMR CI, se verificó ausencia de antecedentes de enfermedad tiroidea, ayuno previo (10-12 h), anemia y dolor; también se controlaron los siguientes signos vitales: temperatura corporal a nivel axilar menor a 37,0 °C, y una frecuencia respiratoria de 12-18 respiraciones por minuto. Todas las mediciones fueron realizadas a las 8:30 h AM, con el paciente en posición supina, sin dormir y tranquilo. Las mediciones se efectuaron una vez que el sujeto alcanzó el estado estable con un coeficiente de variación intrasujeto de  $\leq 10\%$  en la medición del consumo de oxígeno ( $\text{VO}_2$ ) y dióxido de carbono ( $\text{CO}_2$ ). Toda indicación de analgésicos en los pacientes, fue administrado después de la medición del examen de calorimetría indirecta. La validez del examen se ratificó mediante el valor del cociente respiratorio (QR), obtenido de la relación entre el  $\text{CO}_2$  eliminado y el  $\text{O}_2$  consumido por el paciente, el que debió mostrar un rango filiológico normal de 0,7-1,0 (19); como también mediante la verificación de la fluctuación en el intercambio de volumen de  $\text{CO}_2$  (ml/ min.) y de  $\text{O}_2$ , (ml/min) (20).

Posteriormente los resultados de TMR CI y NUU de 24

de los pacientes, fueron comparados entre las patologías estudiadas.

#### GASTO ENERGÉTICO TOTAL

El gasto energético total (GET) se obtuvo multiplicando la TMR CI por el tipo de reposo físico indicado; en el reposo relativo se utilizó el factor 1,3 y, en el reposo absoluto, el factor 1,2 (20).

#### CÁLCULO DEL FACTOR TRAUMA

El factor trauma que determina el porcentaje de aumento de la TMR respecto a la condición de normalidad, se calculó a través de la TMR CI dividido por la tasa metabólica en reposo, calculada a través de la fórmula Harris Benedict (TMB HB) (21,2).

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El tamaño mínimo de la muestra ( $n=7$  para cada patología), se determinó utilizando las diferencias estimadas en el porcentaje de aumento de TMR, correspondiente a  $1,13 \pm 0,12$  DS<sup>2</sup>,  $1,64 \pm 0,09$  DS<sup>2</sup> en pancreatitis aguda y quemadura, respectivamente, con una potencia de 0,8 y una significación del 5%.

Se determinó el ajuste de la distribución normal de las variables continuas a través del test de Shapiro-Wilk.

La comparación de las variables en estudio según patología para ambos géneros, se realizó mediante la prueba de la mediana dado el rango de los datos donde el promedio no fue el mejor representante para la distribución. Todos los test realizados fueron del tipo no paramétrico, debido a los tamaños de muestra de los distintos grupos comparativos. El nivel de significación fue 5% y todos los análisis se realizaron utilizando el software Stata versión 10.0.

#### RESULTADOS

La muestra estuvo representada en un 27,8% por mujeres y en un 72,2% por hombres.

En los pacientes con pancreatitis aguda, los varones presentaron un IMC promedio dentro del rango de normalidad de  $24,74 \pm 1,15$  DS, a diferencia de las mujeres donde el promedio fue clasificado de obesidad  $32,04 \pm 5,03$  DS; concordante con el valor promedio de grasa corporal, el cual fue superior al 30%, porcentaje determinante de obesidad en la mujer (22). La distribución porcentual respecto a la clasificación del estado nutricional según IMC fue: normal en un 25%, sobrepeso en un 50% y de obesidad en un 25%.

Respecto al IMC, los hombres y las mujeres con quemaduras menores mostraron un valor promedio en la clasificación del estado nutricional de sobrepeso. En cuanto a la composición corporal, los hombres en promedio presentaron un porcentaje de grasa corporal normal, a diferencia de las mujeres donde fue superior a lo aceptable (24). La distribución porcentual con respecto a la clasificación del estado nutricional según IMC fue: normal en un 50%, sobrepeso en un 40% y de obesidad en un 10% (tabla 1).

El estudio de la TMR CI y GET según patología, no mostró diferencias significativas entre las patologías y según género ( $p > 0,05$ ) (tabla 2).

El factor trauma (TMR CI/TMB HB), no resultó ser estadísticamente diferente por patologías ( $P=0,506$ ), cuyo valor promedio en las patologías estudiadas fue  $0,91 \pm 0,14$ ; menor en aproximadamente 9% a lo estimado mediante la fórmula Harris Benedict.

El valor promedio del QR en los pacientes con pancreatitis aguda fue  $0,75 \pm 0,0$  y en los pacientes quemados  $0,87 \pm 0,1$ , presentando diferencias estadísticamente significativas según el test de Kruskal Wallis ( $p=0,029$ ).

El estudio del catabolismo proteico mostró en ambas patologías un catabolismo leve, sin diferencia estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ) (tabla 3). La mediana del requerimiento proteico fue de  $1,19$  g/Kg/día, también sin diferencia estadísticamente significativa entre las patologías estudiadas ( $p>0,05$ ) (tabla 4).

TABLA 1

## Parámetros antropométricos

Patología	Variable	Género	
		Hombre $\bar{x} \pm s$	Mujer $\bar{x} \pm s$
Pancreatitis aguda	N	5	3
	Edad (años)	$45,20 \pm 13,17$	$40,00 \pm 12,16$
	Talla (mt)	$1,72 \pm 0,07$	$1,54 \pm 0,07$
	Peso (kg)	$73,48 \pm 5,54$	$76,27 \pm 17,90$
	Índice de Masa Corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	$24,74 \pm 1,15$	$32,04 \pm 5,03$
	Masa grasa (%)	$20,18 \pm 2,79$	$33,53 \pm 2,43$
	Masa libre de grasa (%)	$79,82 \pm 2,79$	$66,47 \pm 2,43$
Quemadura	N	8	2
	Superficie corporal quemada (%)	$4,37 \pm 3,29$	$4,0 \pm 0,00$
	Edad (años)	$52,12 \pm 13,37$	$43,00 \pm 5,65$
	Talla (mts)	$1,66 \pm 0,06$	$1,51 \pm 0,05$
	Peso (kg)	$70,26 \pm 14,53$	$62,75 \pm 7,42$
	Índice de masa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	$25,35 \pm 5,00$	$27,55 \pm 1,34$
	Masa grasa (%)	$20,28 \pm 6,21$	$33,85 \pm 4,59$
	Masa libre de grasa (%)	$79,72 \pm 6,21$	$66,15 \pm 4,59$

## DISCUSIÓN

Estados patológicos tales como, quemadura y pancreatitis aguda, provocan en los pacientes un estado hiper metabólico (1,2) y pérdida de la masa muscular (3).

En la investigación la TMR CI y el GET día, resultó similar ( $p>0,05$ ) entre las patologías estudiadas. El GET mostró un requerimiento energético promedio en ambas patologías de 24 cal/Kg peso/día, inferior al rango de 30-40 Kcal/Kg peso/día, habitualmente recomendado a los pacientes con patologías asociadas a estados hiper metabólicos (23). La disparidad numérica según género, imposibilitó la comparación entre grupos y estados patológicos, sin embargo, la mayor representación del género masculino en la muestra estudiada, y su mayor nivel de masa muscular, pudo haber influido en los resultados encontrados.

Entre los factores descritos como determinantes de la variación de la TMR en estados patológico, se encuentran: la fase de la enfermedad (aguda o de recuperación), agresividad de la patología, el tratamiento médico y la presencia de malnutrición previa (4). Para evitar que los resultados encontrados fueran explicados por la fase del curso de la enfermedad, se consideró en la injuria la existencia de dos fases diferentes desde un punto de vista fisiopatológico: primero, la denominada fase de Reflujo, que comprende alrededor de las 24 horas posterior al trauma, donde el paciente cursa con un estado hipo metabólico; seguido de la fase siguiente llamada Flujo, caracterizada por un estado hiper metabólico (3), que alcanza su máximo nivel al cuarto día de iniciada la injuria, para luego decaer hasta un nivel basal del séptimo a décimo día. En la investigación se aceptó realizar en los pacientes quemados las mediciones de la TMR CI, también en días posteriores a lo señalado, en consideración a que se ha

descrito estados hipermetabólicos persistentes, aún durante la fase de convalecencia (24).

Respecto a la agresividad de la patología y su influencia en la TMR, el bajo porcentaje en promedio de SCQ (<5%) de los pacientes quemados, podría explicar la baja TMB CI encontrada. En relación a lo anterior, se ha definido una correlación positiva entre la TMR y el porcentaje de la superficie corporal quemada, señalándose en quemaduras cercanas al 10% de SCQ, sólo leves aumentos en la TMR, que oscilan entre 0 y 10%, aproximadamente (25); rango muy inferior a lo considerado rutinariamente en la nutrición clínica.

En los pacientes con pancreatitis aguda se ha descrito aumentos en la TMR que varían en 13-14% (2,26), lo cual en el estudio no fue observado, posiblemente por el bajo índice de severidad registrado en la mayoría de los pacientes estudiados.

Debido al conocido efecto de algunos medicamentos tales como: sedantes, analgésicos, beta bloqueador y relajante muscular, en la disminución de la TMR (27), todos los medicamentos consumidos por los pacientes estudiados fueron administrados en un horario posterior a la realización del examen de calorimetría indirecta. Sin embargo, no es posible descartar totalmente el efecto en la TMR de aquellos administrados el día previo.

El análisis del estado nutricional de la muestra arrojó ausencia de pacientes enflaquecidos, permitiendo también descartar la influencia de un estado hipo metabólico asociado a desnutrición calórica-proteica (28).

Otro factor que contribuye a disminuir la TMR específicamente en los pacientes quemados, es la termo neutralidad ambiental, condición que estuvo presente en las salas clínicas donde ellos permanecían (29).

TABLA 2

Tasa metabólica en reposo medido por calorimetría indirecta y gasto energético total, según patología y género.

Patología	Tasa metabólica en reposo (Kcal/día)		Gasto energético total (Kcal/Kg/día) (TMR CI x Factor actividad física)	
	Hombres (H) (n=13)	Mujeres (M) (n=5)	Hombres (H) (n=13)	Mujeres (M) (n=5)
Pancreatitis aguda	1.680 (1175-1825)	1.125 (1070-1345)	27.4 (21.4-32.1)	21.4 (18.0-21.9)
Quemadura	1.425 (1150-1510)	1.115 (1110-1120)	24.9 (19.2-29.8)	21.5 (19.6-23.4)
Prueba mediana hombres p= 0,284 Prueba mediana mujeres p= 0,660		Prueba de la mediana hombres p=0,592 Prueba mediana mujeres p= 0,925		

TABLA 3

Grado de catabolismo proteico, según patología

Patología	NUU (g/24 h ) Mediana	Clasificación de grado catabólico
Quemadura	8,91	Leve
Pancreatitis aguda	9,11	Leve

Test Wilcoxon. Mann.Whitney p > 0,05

El factor trauma promedio en las patologías estudiadas fue de 0,91 ( $p>0,05$ ), siendo la TMR CI de los pacientes estudiados, menor en un 9% a lo calculado a través de la fórmula Harris Benedict. Esta fórmula tiende a sobreestimar la tasa metabólica en reposo en personas sanas como enfermas, lo que puede explicar el hipometabolismo observado (30). Respecto a la pancreatitis, cabe mencionar que también se ha descrito una alta dispersión en el factor trauma (0,67-1,7) en los pacientes con pancreatitis aguda severas y leves (31).

La oxidación preferente de los sustratos energéticos evaluada mediante el cociente respiratorio (32), resultó ser diferente estadísticamente ( $p=0,029$ ). Sin embargo, debido a la baja sensibilidad y especificidad descrita (19), no fue utilizado como indicador de sobrealimentación o subalimentación en los paciente analizados.

La determinación de los requerimientos proteicos de los pacientes mediante NUU, mostró en ambas patologías un estado de hipercatabolismo leve sin diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ), resultando una mediana en el requerimiento proteico de 1,19 g/Kg/día, levemente superior al rango considerado normal en clínica (0,8-1,0 g/kg/día) (33,34). El requerimiento proteico en los pacientes quemados fue inferior a lo recomendado de 1,5-2,0 g/kg/día (35,36), y para los pacientes con pancreatitis aguda, estuvo dentro de lo sugerido de 1,0-1,5 g/Kg/día (37). Los pacientes con quemaduras leves presentaron una mediana en el NUU de 8,91 g/24 h, inferior a lo encontrado en otro estudio (11,1±0,7 g), el cual además mostró una relación directa entre el tamaño de la quemadura y la ureagénesis (38).

En pancreatitis aguda no hay investigaciones que relacionen la severidad con la pérdida de NUU. El 62,5% de los pacientes con pancreatitis aguda clasificó con un índice de severidad bajo, según el criterio de Baltazar, presentando la muestra de manera general, una mediana de NUU de 9,11g/día, lo cual fue esperablemente menor a lo reportado en pancreatitis agudas severas (20-40 g/día.) (39,40).

En conclusión, los requerimientos energéticos y proteicos de los pacientes estudiados con quemaduras menores y pancreatitis agudas, fueron similares, y menor a lo esperado, lo cual puede ser explicado principalmente por la menor severidad de los estados patológicos observados, rechazándose por lo tanto la hipótesis del estudio, la cual señalaba que el requerimiento energético y proteico, es mayor en el paciente quemado.

## RESUMEN

Los estados patológicos de quemadura y pancreatitis aguda, se asocian a estados hiper metabólicos e hiper catabólicos. El objetivo de este estudio fue determinar los requerimientos energéticos y proteicos mediante un estudio analítico transversal en 18 pacientes: 10 con quemaduras menores al 5% de la superficie corporal quemada y 8 con pancreatitis aguda. Se determinó el peso, la talla, el IMC, los pliegues cutáneos, la tasa metabólica en reposo por calorimetría indirecta (TMR CI), el catabolismo proteico mediante nitrógeno ureico (NUU) orina de 24 horas, factor trauma (TMR CI/TMB fórmula Harris Benedict). La muestra estuvo representada en 72,2 % por hombres y 27,8% por mujeres. El estudio en pacientes quemados o con pancreatitis aguda se realizó en promedio a los  $16,1 \pm 13,04$  DS y  $8,8 \pm 2,0$  DS días posteriores al inicio de la enfermedad, respectivamente. No mostró diferencias estadísticamente significativas en TMR CI, resultando un requerimiento energético promedio de 24,4 kcal/Kg/día y 23,2 kcal/Kg/día, en pacientes con quemadura y pancreatitis aguda, respectivamente, en ambos géneros ( $p>0,05$ ); tampoco en el gasto energético total (GET) ( $p>0,05$ ). Los pacientes con pancreatitis aguda o quemadura presentaron un catabolismo leve y su requerimiento proteico fue 1,19 g/Kg/día ( $p>0,05$ ). En los pacientes con pancreatitis aguda el factor trauma fue 0,91 ( $p>0,05$ ). En conclusión, en ambas patologías estudiadas el requerimiento energético de los pacientes fue inferior a lo reportado, respecto al requerimiento proteico, siendo menor en el paciente quemado.

Palabras clave: Requerimiento proteico, nitrógeno ureico urinario, pancreatitis aguda, quemadura, requerimiento energético.

Agradecimientos: La autora agradece al Director Médico del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Dr. Rodrigo Avendaño Brandeis, por haber facilitado la realización de la investigación, y al doctor Erik Díaz Bustos por su asesoría técnica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Long CI, Shaffel N, Geiger JW, et al. Metabolic response to injury and illness: estimation of energy and protein needs from indirect calorimetry and nitrogen balance. *J PEN*. 1979; 3: 452-6.
2. Barak N, Wall-Alonso E, Sitrin MD. Evaluation of stress factors and body weight adjustments currently used to

TABLA 4

Requerimientos de proteínas (g/Kg/día), según patología

Patología	Género		Total
	Hombre Mediana	Mujer Mediana	
Pancreatitis	n=5 1,32	n=3 0,55	n=8 1,24
	n=8 1,19	n=2 1,18	n=10 1,19
Quemadura	n=13 1,24	n=5 0,77	n=18 1,19
Total			

Test Wilcoxon Mann-Whitney  $P>0,05$

- estimate energy expenditure in hospitalized patients. JPEN 2002; 26:231-8.
3. M Shils. Nutrition en Salud y Enfermedad En: *El estado hipercatabólico*. 9º Edición, México, Editorial Mc. 2002.p 1805-20.
  4. Elia M. Insight into energy requirements in disease. Public Health Nutr. 2005; 8: 1037-52.
  5. Wang Z, Heshka S, Heymsfield SB, Shen W, Gallagher D. A cellular -level approach to predicting resting energy expenditure across the adult years. Am J Clin Nutr. 2005; 81: 799- 806.
  6. Ortiz C, Gómez-Tello V, Arbeloa S. Requerimientos de macronutrientes y micronutrientes. Nutr Hosp. 2005; 2:13-7.
  7. Balthazar E, Robinson D, Megibow A. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. Radiology. 1990; 174: 331- 6.
  8. Schwaner J, Rivas F, Cancino A, Torres O, Briceño C, Riquelme P. Pancreatitis aguda: Índice de severidad en tc. Evaluación de complicaciones y hospitalización. Rev Chil Radiol. 2003; 9: 187- 93.
  9. Schwartz RJ, Chirino CN, Saenz SV y Rodriguez TV. Algunos aspectos del manejo del paciente quemado en un servicio de cirugía infantil. A propósito de 47 pacientes pediátricos. Ia parte. Rev Argent Dermatol. 2008; 89: 165-73.
  10. Gordon C, Cameron W, Rochet A. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman T, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Abridged Edition. 1988:p 3-8.
  11. Callaway W, Cameron, Bouchard C, Himes J, Lohman T, Martín A, et al. Circumferences. In: Lohman T, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Abridged Edition. 1988: p 39-54.
  12. Harrison G, Buskirk E, Carter J, Johnston F, Lohman T, Pollock M, et al. Skinfold thicknesses and measurement technique. In: Lohman T, Roche A, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Abridged Edition. 1988: p 55-70.
  13. Durnin JV, Womersley, J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. Br J Nutr. 1974; 32: p 77-97.
  14. Adaptado de The ASPEN Nutrition Support Practice Manual. American Society of Enteral and Parenteral Nutrition. Silver Spring, 1998.
  15. Burge JC. Obesidad. En: Matarese L, Gottschlich M. Nutrición Clínica Práctica. Editorial Elsevier. 606-11. España, Madrid. 2004.
  16. Alcock NW. Laboratory tests for assessing nutritional status. En: Modern Nutrition in Health and Disease (Editores: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC). Novena Edición. Williams & Wilkins. Baltimore, MD: 1999: p 923-35.
  17. Morgan S, Weinsier R. Valoración Nutricional. En: Nutrición Clínica. 2ª ed. España, Ediciones Harcourt, 2000: p 182-94.
  18. Cooney RN, Frankenfield DC. Determining energy needs in critically ill patients: equations or indirect calorimeters. Curr Opin Crit Care. 2012;18(2):174-7.
  19. McClave SA, Lowen CC, Kleber MJ, McConnell JW, Jung LY, Goldsmith LJ. Clinical use of the respiratory quotient obtained from indirect calorimetry. JPEN 2003; 27: 21-6.
  20. Boullata J, Williamns J, Cottrell F et al. Accurate Determination of energy need in hospitalized patient. J Am Diet Assoc. 2007; 107:393-401.
  21. Harris JA, Benedict FG. Biometric Study of Basal Metabolism in Man. Washington, DC: Carnegie Institute, 1919: (Publication 279), p 40-4.
  22. Definitions and proposed current classifications of obesity. Bray G, Bouchard C, James WPT. Handbook of obesity. New York Marcel Dekker. 1998, p 31-40.
  23. Olveira G, Gonzalo M. Requerimientos nutricionales. En: Manual de nutrición y metabolismo. España. Ediciones Díaz de Santos. 2006.p 25-47.
  24. Elia M. Hunger disease: Metabolic response to starvation, injury and sepsis. Clin Nutr. 2000; 19:379-86.
  25. Elia M. Artificial feeding: requirements and complications. Med Internac. 1994; 22: 411-5.
  26. Morgan S, Weinsier R. Nutrición y páncreas. En: Nutrición Clínica. 2ª ed. España, Ediciones Harcourt, 2000: p 226-7.
  27. Roland N Dickerson, Pharm D, Lori Roth- Yousey. Medication effects on metabolic rate: A systematic Review (part 1) J Am Diet Assoc. 2005; 105:835-43.
  28. Torum B, Chew F. Desnutrición calórica proteíca. Shils E, Maurece. Nutrición en la Salud y la Enfermedad. 9 na Edición Edit. Mc Graw – Hill Interamericana. España. 2002.
  29. Prelack K, Dylewski M, Sheridan R. Practical guidelines for nutritional management of burn injury and recovery. Burns. 2007; 33:14-24.
  30. Frankenfield D, Roth-Yousey-L, Compher C. Comparison of Predictive Equations for Resting Metabolic Rate in Healthy Nonobese and Obese Adults: A Systematic Review. J Am Diet Assoc. 2005;105:775-89.
  31. Velasco N, Papapietro K, Rapaport J, Guzmán S, Maíz A et al. Variability of measured energy expenditure in patients with acute pancreatitis: is it possible to obtain a reliable pathology factor for these cases?. Rev Med Chil. 1994; 122:48-52.
  32. Frankenfield D. Dinámica Energética EN: Nutrición Clínica Práctica Por Matarese L., Gottschlich M., 2a ed. España, Editorial Elsevier Sanders. 2004, p. 85-6.
  33. Energy and protein requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU ExpertConsultation. Geneva, World Health Organization, (WHO Technical Report Series, No. 724). 1985.
  34. Morgan S, Weinsier R. Valoración Nutricional. En: Nutrición Clínica. 2ª ed. España, Ediciones Harcourt, 2000: 195-213.
  35. Prelack K, Dylewski M, Sheridan RL. Practical guidelines for nutritional management of burn injury and recovery. Burns. 2007; 33(1):14-24.
  36. Williams FN, Branski LK, Jeschke MG, Herndon DN. What, how, and how much should patients with burns be fed?. Surg Clin North Am. 2011; 91(3):609-29.
  37. García Almansa A, García Peris P. Tratamiento nutricional de los enfermos con pancreatitis aguda: cuando el pasado es presente. Nutr Hosp. 2008; 23(2):52-8.
  38. Kagan R, Matsuda T, Hanumadass M, Castillo B, Jonasson O. The effect of burn wound size on ureagenesis and nitrogen balance. Ann Surg. 1982; 195:70-4.
  39. Gupta R, K Patel, Calder PC, Yaqoob P, JN Primrose, Johnson CD. A randomized clinical trial to assess the effect of total enteral and total parenteral nutritional support on metabolic, inflammatory and oxidative markers in patients with predicted severe acute pancreatitis (APACHE II > or = 6). Pancreatology. 2003; 3: 406-13.
  40. Shaw JH, Wolfe RR. Glucose, fatty acid, and urea kinetics in patients with severe pancreatitis. The response to substrate infusion and total parenteral nutrition. Ann Surg. 1986; 204 : 665-72.