

Nutrición Hospitalaria



Órgano Oficial

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral | Sociedad Española de Nutrición | Federación Latino Americana de Nutrición Parenteral y Enteral | Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética



IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética - SANCYD
Córdoba, 10, 11 y 12 de marzo de 2016
"NUTRICIÓN, CULTURA Y SOCIEDAD"

SEDE DEL CONGRESO:
Hotel Córdoba Center
Avda. de la Libertad, 4
14006 Córdoba

Reconocido de Interés Científico Sanitario
por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Imagen cedida por Arten Córdoba



Nutrición Hospitalaria



Órgano Oficial

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral ■ Sociedad Española de Nutrición ■ Federación Latino Americana de Nutrición Parenteral y Enteral ■ Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética

© Copyright 2016. SENPE y © ARÁN EDICIONES, S.L.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

La editorial declina toda responsabilidad sobre el contenido de los artículos que aparezcan en esta publicación.

Publicación bimensual con 6 números al año

Tarifa suscripción anual (España): profesional 240 € + IVA - Instituciones 275 € + IVA

Esta publicación se encuentra incluida en EMBASE (Excerpta Medica), MEDLINE (Index Medicus), Chemical Abstracts, Cinahl, Cochrane plus, Ebsco, Índice Médico Español, preIBECS, IBECS, MEDES, SENIOR, Scielo, Science Citation Index Expanded (SciSearch), Cancerlit, Toxline, Aidsline y Health Planning Administration

Suscripciones

C/ Castelló, 128, 1.º - Tel. 91 782 00 30 - Fax: 91 561 57 87 - 28006 MADRID
e-mail: suscripc@grupoaran.com

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido, Ref. SVP. Núm. 19/05-R-CM.

ISSN (versión papel): 0212-1611. ISSN: (versión electrónica): 1699-5198

Depósito Legal: M-34.850-1982

ARÁN EDICIONES, S.L.

28006 MADRID - Castelló, 128, 1.º - Telf.: 91 782 00 35 - Fax: 91 561 57 87

e-mail: nutricion@grupoaran.com

www.grupoaran.com



Nutrición Hospitalaria



Órgano Oficial

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral | Sociedad Española de Nutrición | Federación Latino Americana de Nutrición Parenteral y Enteral | Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética

Director

José Manuel Moreno Villares
Hospital 12 de Octubre de Madrid
director@nutricionhospitalaria.org

Subdirector

Gabriel Oliveira Fuster
UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga
subdirector@nutricionhospitalaria.org

Director Emérito

Jesús M. Culebras Fernández
De la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid y del Instituto de Biomedicina (IBIOMED), Universidad de León. Ac. Profesor Titular de Cirugía

Coordinadores del Comité de Redacción

Irene Bretón Lesmes
H. G. U. Gregorio Marañón (Madrid)

Alicia Calleja Fernández
Complejo Asis. Univ. de León (León)

Ángel M. Caracuel García
Hospital Regional Universitario de Málaga (Málaga)

Ignacio Jáuregui Lobera
Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)

Rosa Angélica Lama Moré
Centro Médico D-medical (Madrid)

Luis Miguel Luengo Pérez
H. U. Infanta Cristina (Badajoz)

Daniel de Luis Román
H. U. de Valladolid (Valladolid)

Miguel Á. Martínez Olmos
C. H. U. de Santiago (Santiago de Compostela)

Consuelo Pedrón Giner
H. I. U. Niño Jesús (Madrid)

María Dolores Ruiz López
Universidad de Granada (Granada)

Francisco J. Sánchez-Muniz
Universidad Complutense (Madrid)

Alfonso Vidal Casariego
Complejo Universitario de León (León)

Carmina Wanden-Berghe
Univ. CEU Cardenal Herrera (Alicante)

Comité de Redacción

Responsable de Casos Clínicos

Pilar Riobo
Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

Responsable para Latinoamérica

Dan L. Waitzberg
Univ. de São Paulo (Brasil)

Asesor estadístico y epidemiológico

Gonzalo Martín Peña
Hospital de la Princesa (Madrid)

Asesor para artículos básicos

Ángel Gil Hernández
Universidad de Granada (Granada)

Coordinadora de Alimentos funcionales

M. González-Gross
Univ. Politécnica de Madrid (Madrid)

Coordinador con Felanpe

Luis Alberto Nin
Universidad de Montevideo (Uruguay)

J. Álvarez Hernández (H. U. de Alcalá. Madrid)

M. D. Ballesteros (Complejo Asis. Univ. de León. León)

T. Bermejo Vicedo (H. Ramón y Cajal. Madrid)

P. Bolaños Ríos (Inst. de Ciencias de la Conducta. Sevilla)

M. Cainzos Fernández (Univ. de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela)

M. A. Carbajo Caballero (H. Campo Grande. Valladolid)

S. Celaya Pérez (H. C. U. Lozano Blesa. Zaragoza)

A. I. Cos Blanco (H. U. La Paz. Madrid)

C. Cuerda Compés (H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid)

D. De Luis (H. Universitario de Valladolid. Valladolid)

A. Franco-López (H. U. Sant Joan d'Alacant. Alicante)

R. García García (H. San Agustín. Avilés. Asturias)

V. García Mediavilla (IBIOMED, Universidad de León. León)

P. García Peris (H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid)

C. Gómez-Candela (H. U. La Paz. Madrid)

J. González Gallego (Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León)

J. Jiménez Jiménez (H. Virgen del Rocío. Sevilla)

F. Jorquera (Complejo Asist. Univ. de León. León)

M. A. León Sanz (H. U. 12 de Octubre. Madrid)

C. Martín Villares (H. Camino de Santiago. Ponferrada. León)

J. L. Máuriz Gutiérrez (IBIOMED, Universidad de León. León)

A. Miján de la Torre (Hospital General Yagüe. Burgos)

J. C. Montejo González (H. U. 12 de Octubre. Madrid)

P. Muñoz-Calero (H. U. de Móstoles. Madrid)

J. Ortiz de Urbina (Complejo Asist. Univ. de León. León)

C. Ortiz Leyba (Hospital Virgen del Rocío. Sevilla)

P. Pablo García Luna (H. Virgen del Rocío. Sevilla)

V. Palacios Rubio (H. Miguel Servet. Zaragoza)

J. L. Pereira Cunill (H. Virgen del Rocío. Sevilla)

A. Pérez de la Cruz (Universidad de Granada. Granada)

M. Planas Vila (H. Vall D'Hebron. Barcelona)

N. Prim Vilaro (Barcelona)

J. A. Rodríguez Montes (H. U. La Paz. Madrid)

M. D. Ruiz López (Univ. de Granada. Granada)

I. Ruiz Prieto (Inst. de Ciencias de la Conducta. Sevilla)

J. Salas Salvadó (H. U. de Sant Joan de Reus. Tarragona)

J. Sánchez Nebra (Hospital Montecelo. Pontevedra)

J. Sanz Valero (Universidad de Alicante. Alicante)

E. Toscano Novella (Hospital Montecelo. Pontevedra)

M.ª Jesús Tuñón (Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León)

G. Varela Moreiras (Univ. CEU San Pablo. Madrid)

C. Vázquez Martínez (H. Ramón y Cajal. Madrid)

C. Wanden-Berghe (Univ. CEU Cardenal Herrera. Alicante)

S. Zamora Navarro (Universidad de Murcia. Murcia)

Consejo Editorial Iberoamericano

Coordinador

A. Gil
Univ. de Granada (España)

C. Angarita (Centro Colombiano de Nutrición Integral y Revista Colombiana de Nutrición Clínica. Colombia)

E. Atalah (Universidad de Chile. Revista Chilena de Nutrición. Chile)

M. E. Camilo (Universidad de Lisboa. Portugal)

F. Carrasco (Asociación Chilena de Nutrición Clínica y Metabolismo. Universidad de Chile. Chile)

A. Crivelli (Revista de Nutrición Clínica. Argentina)

J. M. Culebras (Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. España)

J. Faintuch (Hospital das Clínicas. Brasil)

M. C. Falção (Revista Brasileira de Nutrición Clínica. Brasil)

A. García de Lorenzo (Hospital Universitario La Paz. España)

D. De Girolami (Universidad de Buenos Aires. Argentina)

A. Jiménez Cruz (Univ. Autónoma de Baja California. Tijuana, Baja California. México)

J. Klaasen (Revista Chilena de Nutrición. Chile)

G. Kliger (Hospital Universitario Austral. Argentina)

L. Mendoza (Asociación Paraguaya de Nutrición. Paraguay)

L. A. Moreno (Universidad de Zaragoza. España)

S. Muzzo (Universidad de Chile. Chile)

F. J. A. Pérez-Cueto (Universidad de la Paz. Bolivia)

M. Perman (Universidad Nacional del Litoral. Argentina)

J. Sotomayor (Asociación Colombiana de Nutrición Clínica. Colombia)

H. Vannucchi (Archivos Latino Americanos de Nutrición. Brasil)

C. Velázquez Alva (Univ. Autónoma Metropolitana. Nutrición Clínica de México. México)

D. Waitzberg (Universidad de São Paulo. Brasil)

N. Zavaleta (Universidad Nacional de Trujillo. Perú)

Nutrición Hospitalaria



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL

Presidencia

Dr. Miguel León Sanz

Vicepresidencia

Lluisa Bordejé Laguna

Secretaria

Rosa Burgos Peláez

Coordinador Comité Científico-Educacional

Cristina Cuerda Compés

Tesorerera

Mercedes Cervera Peris

Vocales

M^a José Sendrós Madroño
Rosana Ashbaugh Enguinados
Miguel Ángel Martínez Olmos
Carmina Wanden-Berghe Lozano

COMITÉ CIENTÍFICO-EDUCACIONAL

Coordinadora

Cristina Cuerda Compés

Secretaria

Pilar Matía Martín

Vocales

Cleofé Pérez-Portabella
Laura Frías Soriano
Clara Vaquerizo Alonso
M^a Dolores Ruiz López

Coordinador Grupos de Trabajo

Alfonso Vidal Casariego

Director de la Revista Nutr Hosp

José Manuel Moreno Villares

Nutrición Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL
SENPE

Órgano Oficial

Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral ■ Sociedad Española de Nutrición ■ Federación Latino Americana de Nutrición Parenteral y Enteral ■ Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética

Sumario

Vol. 33 Suplemento 6

Editorial

Nutrición, cultura y sociedad <i>G. Oliveira Fuster</i>	1
--	---

Comunicaciones Orales

CO.001 ¿Está suficientemente informado el profesional sanitario de los alérgenos alimentarios de declaración obligatoria presentes en el menú del hospital? <i>J. M. Olmedo Gamero, A. M. Villarrubia Pozo, A. Arrupea Moreno, R. Benítez Ávila, T. Brozeta Benítez, A. Esteban Gascón, A. Pons Morente, P. P. García-Luna</i>	3
CO.002 App registro de 24 horas <i>E. Marín Bernard, A. J. Pérez de la Cruz, A. M. de la Torre García, A. Fernández del Castillo, G. Lobo Támer, R. Baena Gutiérrez, I. Gámez Martín, D. Montero Ponferrada, C. Marín Bernard</i>	3
CO.003 Importancia del cribado nutricional en el paciente oncológico <i>M. D. García Torres, C. Campos Martín, M. Triviño Pozo, M. A. Díaz Guerrero, J. M. Rabat Restrepo, T. Martín Hernández</i>	4
CO.004 Valoración nutricional previa al trasplante pulmonar y su relación con la mortalidad <i>A. Barrera Martín, A. D. Herrera Martínez, R. Bahamondes Opazo, Á. Rebollo Román, P. Moreno Moreno, V. Ávila Rubio, G. Manzano García, M. J. Molina Puerta, M. Á. Gálvez Moreno, A. Calañas Continente</i>	4
CO.005 Valoración de la efectividad de un programa de seguimiento nutricional en mayores institucionalizados <i>E. Jiménez Licera, F. García Pérez, A. Cuellar García, I. García Padilla, P. Benito de Valle Galindo, J. Irlés Rocamora</i>	5
CO.006 Influencia de los parámetros de remodelado óseo en los resultados clínicos en fracturas de cadera: importancia de la vitamina D y la osteocalcina <i>M. J. Martínez Ramírez, I. Carrillo González, M. Moreno Martínez, C. Tenorio Jiménez, C. Gutiérrez Alcántara, S. Salcedo Crespo, J. Chamorro Quirós, M. Martínez Espejo, M. Delgado Rodríguez</i>	6

Comunicaciones Pósteres

P.001 Efecto de diferentes tratamientos culinarios en la composición nutricional y en la actividad antioxidante de hongos cultivados del género <i>Pleurotus</i> <i>I. Roncero-Ramos, C. Delgado-Andrade, P. J. Rufino-Moya, M. Mendiola-Lanao, M. Pérez-Clavijo</i>	9
P.002 Alergest®. Gestión de la información alimentaria al usuario: composición nutricional y alérgenos <i>Á. M. Caracuel García, M. Gonzalo Marín, M. J. Tapia Guerrero, R. Roque Navarrete, G. Oliveira Fuster</i>	10

Sumario

Nutrición Hospitalaria

Sumario

Vol. 33 Suplemento 6

sumario

P.003 Programa formativo escolar en seguridad alimentaria y relación con los patrones de dieta mediterránea <i>A. Martos López, P. Cámara, R. López, F. Rivas</i>	10
P.004 Estudio de residuos hospitalarios introduciendo productos de cuarta gama en dietas basales <i>R. Fernández-Daza Centeno, V. González Abreu, B. Jiménez, J. Medina, A. Suero García, C. Campos Martín, J. M. Rabat Restrepo</i>	11
P.005 Nivel de ruido en comedores escolares <i>L. J. Morán Fagúndez, A. Rivera Torres, M. E. González Sánchez, D. Manrique Vergara</i>	12
P.006 Alimentación en comedores escolares <i>A. Rivera Torres, L. J. Morán Fagúndez, D. Manrique Vergara, M. E. González Sánchez</i>	12
P.007 Diferencias entre el comer emocional en personas con normopeso y obesidad y su relevancia en el abordaje terapéutico <i>G. Herrero-Martín, C. Andrades-Ramírez</i>	15
P.008 Estado actual y expectativas laborales de los dietistas-nutricionistas en la Comunidad Autónoma de Andalucía <i>A. García Puche, E. Marín Bernard, A. J. Pérez de la Cruz, G. Lobo Támer</i>	15
P.009 Valoración del estado nutricional de pacientes diagnosticados de cirrosis hepática de origen viral candidatos a trasplante de órganos <i>J. Torrecilla Romero, I. Torres Aguilera, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, C. I. Villalón Reyes, R. Pérez Ayllón</i>	16
P.010 Papel del nutricionista-dietista en el tratamiento dietético nutricional de la intolerancia a la fructosa <i>A. Ruiz Torralba, E. Diéguez Castillo, C. Pérez Roca, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, P. Ruiz Jiménez, C. Navarro Esteban</i>	16
P.011 Uso de nuevas tecnologías y recursos tradicionales en el tratamiento dietético-nutricional de la intolerancia a la fructosa y el sorbitol <i>E. Diéguez Castillo, A. Ruiz Torralba, C. Pérez Roca, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, E. Aguayo de Hoyos, I. Gámez Martín</i>	17
P.012 App para realizar una dieta por raciones <i>E. Marín Bernard, C. Marín Bernard, A. J. Pérez de la Cruz, G. Lobo Támer, A. Fernández del Castillo, R. Baena Gutiérrez, I. Gámez Martín, D. Montero Ponferrada, A. de la Torre García</i>	17
P.013 Pescado y aporte de vitamina D en menús escolares <i>M. E. González Sánchez, D. Manrique Vergara, A. Rivera Torres, L. J. Morán Fagúndez</i>	17
P.014 Evolución de la satisfacción de un menú hospitalario en 6 años <i>A. Sanz Sanz, M. T. Mera Sánchez, A. M. González Ramírez, M. T. Gutiérrez Duarte, M. F. Santos Álvarez, J. J. Silva Rodríguez</i>	18
P.015 Discordancias encontradas en la implantación del Reglamento (UE) n.º 1169/2011 sobre alérgenos alimentarios entre fichas técnicas de un producto y su envase <i>A. M. Villarrubia Pozo, A. Arrupea Moreno, R. Benítez Ávila, T. Brozeta Benítez, A. Esteban Gascón, A. Pons Morente, J. M. Olmedo Gamero, M. García Rodríguez, P. P. García-Luna</i>	18
P.016 Dieta mediterránea en la Unidad de Gestión Clínica Lora del Río <i>C. González Porras, A. S. González Chaparro, C. Silván Vilme, V. Fernández Rodríguez</i>	19
P.017 Evaluación del consejo dietético como herramienta de cuidados en consulta de enfermería <i>M. Balseira, B. García Fernández, J. J. Silva Rodríguez</i>	19

Nutrición Hospitalaria

Sumario

Vol. 33 Suplemento 6

P.018 Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con obesidad mórbida que acuden a talleres de control de peso <i>M. López-Pardo Martínez, A. Fernández Buendía, M. V. Fernández Ruiz, C. Moreno Hidalgo, L. de la Bastida López</i>	20
P.019 Prevalencia de obesidad y sobrepeso en pacientes con enfermedad de Cushing en remisión <i>P. Moreno Moreno, C. Muñoz Jiménez, M. R. Alhambra Expósito, I. Prior Sánchez, M. Á. Gálvez Moreno</i>	21
P.020 Revisión de gestantes con diabetes mellitus de tipo 1 y sobrepeso/obesidad <i>P. Moreno Moreno, I. Prior Sánchez, R. Palomares Ortega, M. R. Alhambra Expósito, C. Muñoz Jiménez, M. A. Gálvez Moreno</i>	21
P.021 Beneficios de la exenatida semanal sobre el control del peso en pacientes diabéticos obesos <i>V. Ávila Rubio, J. L. Miranda-Méndez, M. de Paco-Moya</i>	21
P.022 Evaluación nutricional de los pacientes para trasplante hepático <i>A. D. Herrera Martínez, A. Barrera Martín, R. Bahamondes Opazo, Á. Rebollo Román, M. J. Molina Puerta, G. Manzano García, M. Á. Gálvez Moreno, A. Calañas Continente</i>	22
P.023 Elaboración de un experimento de elección discreta para evaluar las preferencias de pacientes y profesionales por la nutrición enteral domiciliaria <i>G. Oliveira Fuster, M. Á. Martínez Olmos, B. Fernández de Bobadilla, M. Ferrer, N. Virgli, B. Vega, M. Mercedes, M. Layola, L. Lizán, M. Tribaldos Causadías</i>	23
P.024 Valoración del estado nutricional de pacientes en prediálisis <i>M. P. Gil Ordóñez, D. Romero Silva, E. Marín Bernard, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz</i>	23
P.025 Valoración nutricional de los pacientes candidatos a trasplante de hígado por cirrosis hepática enólica <i>I. Torres Aguilera, J. Torrecilla Romero, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, A. Vellido Villagómez, P. Hidalgo Cardador, C. García Serrano</i>	24
P.026 Relación entre estado nutricional y patología pulmonar en candidatos a trasplante <i>A. Barrera Martín, A. D. Herrera Martínez, R. Bahamondes Opazo, Á. Rebollo Román, P. Moreno Moreno, V. Ávila Rubio, M. J. Molina Puerta, G. Manzano García, M. Á. Gálvez Moreno, A. Calañas Continente</i>	24
P.027 Inicio de un sistema de cribado nutricional en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz) <i>F. J. Vilchez López, J. Tamayo Serrato, B. Sánchez Lechuga, A. Montero Galván, M. A. Bailén García, T. Arencibia Rivero, M. Aguilar Diosdado, I. Doménech Cienfuegos</i>	25
P.028 Cribado nutricional al ingreso: características de los pacientes con riesgo nutricional elevado en nuestro centro <i>F. J. Vilchez López, B. Sánchez Lechuga, J. Tamayo Serrato, A. Montero Galván, T. Arencibia Rivero, M. A. Bailén García, M. Aguilar Diosdado, I. Doménech Cienfuegos</i>	26
P.029 Enfoque multimodal de la desnutrición y la diabetes en la patología oncológica del área biliopancreática <i>M. Molina Vega, J. M. García Almeida, Y. Eslava Cea, J. Roldán de la Rúa, M. A. Suárez Muñoz, F. J. Tinahones Madueño</i>	26
P.030 Estado nutricional en pacientes ingresados por fractura de cadera. Estudio de casos y controles <i>M. J. Martínez Ramírez, I. Carrillo González, C. Tenorio Jiménez, I. Pineda Zafra, M. Moreno Martínez, C. Arraiza Irigoyen, A. D. Delgado Martínez, R. Aguilar Peña</i>	27
P.031 Gastrostomías percutáneas: incidencia acumulada de complicaciones durante un año <i>S. Padín López, M. Gonzalo Marín, M. I. Liébana Barranco, M. A. Martín Fontalba, L. Olivas Delgado, I. González Molero, R. Vallejo Mora, J. Abuin Fernández, F. Sánchez Torralbo, G. Oliveira Fuster</i>	28

Nutrición Hospitalaria

Sumario

Vol. 33 Suplemento 6

sumario

P.032 Parámetros de metabolismo óseo en fractura de cadera. Un estudio de casos y controles <i>I. Carrillo González, M. J. Martínez Ramírez, M. Moreno Martínez, C. Tenorio Jiménez, C. Gutiérrez Alcántara, S. Salcedo Crespo, R. Garrido Labella, R. Aguilar Peña, M. Delgado Rodríguez</i>	29
P.033 Obesidad y DM1: necesidades de insulina y control glucémico <i>Á. Rebollo Román, P. Moreno Moreno, I. Prior Sánchez, A. D. Herrera Martínez, R. Bahamondes Opazo, A. Barrera Martín, R. Palomares Ortega, M. Á. Gálvez Moreno</i>	30
P.034 Déficit de vitamina K en pacientes con fibrosis quística y bronquiectasias: algo más que el tiempo de protrombina <i>G. Oliveira Fuster, V. Contreras, E. Rubio-Martín, N. Porras-Pérez, R. Vallejo Mora, M. J. Tapia Guerrero, F. Sánchez Torralbo, J. Abuin Fernández, S. Padín López, C. Oliveira</i>	30
P.035 Estudio observacional de una población con criterios de desnutrición tras ser tratados con suplementos enterales enriquecidos en β -hidroxi β -metilbutirato cálcico <i>C. M. Díaz Perdigones, I. M. Vegas Aguilar, C. Hernández García, I. M. Cornejo Pareja, M. Molina Vega, A. Gómez Pérez, A. Muñoz Garach, J. M. García Almeida, F. J. Tinahones Madueño</i>	30
P.036 Hiperparatiroidismo secundario a cirugía bariátrica <i>M. R. Alhambra Expósito, C. Muñoz Jiménez, P. Moreno Moreno, M. J. Molina Puerta, M. Á. Gálvez Moreno</i>	32
P.037 ¿Es la edad un factor restrictivo en la cirugía bariátrica? <i>M. R. Alhambra Expósito, M. J. Molina Puerta, P. Moreno Moreno, I. Prior Sánchez, M. Á. Gálvez Moreno</i>	32
P.038 Similitudes y diferencias entre fórmulas de predicción de gasto energético vs. calorimetría indirecta en pacientes con obesidad mórbida <i>D. Aría del Cobo, J. L. Pereira Cuní, P. Serrano, D. Cano, A. Madrazo, J. Parejo, J. Fraile, D. Tatai, P. P. García-Luna</i>	33
P.039 Descripción del pronóstico según el estado nutricional en pacientes con fibrilación auricular <i>D. M. Díaz Carrasco, J. I. Ramos Clemente Romero</i>	33
Índice de Autores	35



Nutrición Hospitalaria

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.538>

Nutrición, cultura y sociedad

SANCYD (Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética) es una sociedad científica sin ánimo de lucro que promueve el desarrollo de la disciplina de la Nutrición en todos sus ámbitos.

El espíritu que anima nuestros proyectos y actividades es esencialmente colaborativo y multidisciplinar. Agrupa y coordina a profesionales de la nutrición y la alimentación en diversas facetas: médicos, bromatólogos, farmacéuticos, enfermeros, dietistas, tecnólogos de alimentos, epidemiólogos, etc., y está abierta a otros colectivos profesionales o iniciativas particulares que se sientan identificados con nuestros fines.

Hemos desarrollado y auspiciado proyectos que impulsan el conocimiento y la difusión de la nutrición, desde la educación para la salud, la formación de profesionales, la nutrición clínica, la investigación (clínica, traslacional, epidemiológica), hasta la gastronomía. Ofrecemos nuestra colaboración y asesoramiento a organismos oficiales, instituciones, asociaciones de pacientes y sociedades científicas afines, porque entendemos que, para ser más eficaces, debemos actuar de modo coordinado con los agentes sociales.

Uno de los objetivos de nuestra sociedad científica es el fomento de la investigación en el campo de la Nutrición y la contribución a la difusión de los resultados científicos. En este contexto, hemos celebrado recientemente en Córdoba el IX Congreso de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética con el lema "Nutrición, Cultura Y Sociedad". En él han participado numerosos profesionales que han presentado sus comunicaciones con temas que abarcan desde la nutrición clínica a la salud pública, con grupos procedentes de toda la geografía andaluza y de fuera de nuestra comunidad autónoma, y con representación de los diversos colectivos profesionales que forman parte de esta sociedad.

Desde SANCYD queremos agradecer a la Junta Directiva de SENPE que nos permita publicar en *Nutrición Hospitalaria* un suplemento extraordinario con motivo de nuestro congreso anual, ya que somos conscientes de su utilidad para fomentar la difusión de los resultados científicos y la interrelación entre investigadores. Para nosotros es un honor poder editarlo en este formato teniendo en cuenta la relevancia de esta revista tanto en el ámbito nacional como internacional.

Queremos manifestar también nuestro agradecimiento a Persan Farma SL por su apoyo económico en la edición de este monográfico.

Por último, quiero concluir esta introducción dando las gracias a los autores que han participado en nuestro Congreso y animando a todos los lectores de este suplemento a fomentar la investigación en sus centros de trabajo para que puedan participar activamente en el próximo congreso de SANCYD (que se celebrará en Jaén en el año 2018) presentando sus comunicaciones. Les estaremos esperando.

Gabriel Olveira Fuster
Presidente de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética





Nutrición Hospitalaria

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.510>

Comunicaciones Orales

CO.001 ¿Está suficientemente informado el profesional sanitario de los alérgenos alimentarios de declaración obligatoria presentes en el menú del hospital?

J. M. Olmedo Gamero, A. M. Villarrubia Pozo, A. Arrupea Moreno, R. Benítez Ávila, T. Brozeta Benítez, A. Esteban Gascón, A. Pons Morente, P. P. García-Luna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: desde el 13 de diciembre de 2014 es una obligación legal, según el Reglamento (UE) N.º 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011, informar y facilitar a los pacientes, en caso de petición, de la presencia de los alérgenos alimentarios incluidos en el anexo II del citado Reglamento y que se encuentren presentes en los platos servidos durante su estancia hospitalaria.

Para facilitar al paciente la información y garantizar su seguridad, es imprescindible que los profesionales sanitarios tengan conocimiento de los alérgenos alimentarios y de las dietas para alérgicos ingresados. No existen datos sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios en esta materia.

Objetivos: medir el nivel de información del profesional sanitario en relación con los alérgenos alimentarios de declaración obligatoria según Reglamento (UE) N.º 1169/2011. Conocer cómo son identificadas las alergias alimentarias en nuestros pacientes por parte del personal de enfermería y su nivel de conocimiento sobre el circuito de solicitud de dietas personalizadas para pacientes alérgicos.

Métodos: estudio observacional descriptivo transversal mediante cuestionario elaborado al efecto para medir el nivel de conocimiento en un hospital de tercer nivel y aprobado por el Comité de Ética del HUVR. El cuestionario incluye preguntas relacionadas con el nivel de conocimiento del Reglamento, así como sobre el circuito de petición de dietas para pacientes alérgicos por parte del personal de enfermería.

Se realizó un muestreo aleatorio entre la totalidad de los profesionales de enfermería (DE y TCAE) de las unidades de gestión en las que se sirven comidas a los pacientes, previo cálculo del tamaño muestral para asegurar la significación estadística de la muestra estudiada.

Resultados: los resultados corresponden a 580 cuestionarios realizados al personal de enfermería (DE y TCAE) pertenecientes a 24 unidades de gestión clínica de 4 centros de un hospital de tercer nivel.

El 93,1% no conoce los alérgenos alimentarios de declaración obligatoria del Reglamento (UE) 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la información alimentaria facilitada al consumidor. El 73,6% identifica la alergia del paciente a través de la historia clínica. El 69,5% identifica la alergia a través del propio paciente.

Conclusiones: el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el Reglamento (UE) N.º 1169/2011 y el anexo II es bajo. El personal de enfermería, en su mayoría, no conoce el Reglamento (UE) N.º 1169/2011 ni el anexo II donde se detallan los 14 alérgenos de declaración obligatoria. Sin embargo, sí recoge perfectamente la información del paciente relativa a las posibles alergias que presente.

Es necesario realizar una formación específica sobre los alérgenos alimentarios al personal sanitario, así como disponer de una herramienta adecuada que permita facilitar correctamente la información al paciente, garantizando el cumplimiento del Reglamento y la seguridad alimentaria.

Consideramos que este estudio puede ser extrapolable a otras categorías sanitarias, y que la colaboración de las áreas de cocina, dietética y nutrición, bromatología, enfermería y endocrinología son básicas para poder cumplir este Reglamento de obligado cumplimiento en un hospital.

CO.002 App registro de 24 horas

E. Marín Bernard, A. J. Pérez de la Cruz, A. M. de la Torre García, A. Fernández del Castillo, G. Lobo Támer, R. Baena Gutiérrez, I. Gámez Martín, D. Montero Ponferrada, C. Marín Bernard

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: la recogida de datos nutricionales con herramientas no estandarizadas en hospitales e instituciones ha resultado un arduo trabajo para profesionales de la sanidad e investigadores. El registro de ingesta de 24 horas, utilizado normalmente para tales fines es uno de ellos. Su diversidad y posterior manejo y tratamiento para el análisis individual a un colectivo supone un exceso de tiempo y esfuerzo con las herramientas actuales.

Objetivos: elaboración de un registro de ingesta de 24 horas en formato digital para móviles y *tablet* con sistema Android que realice *in situ* la valoración de la ingesta de alimentos de pacientes e individuos hospitalizados o institucionalizados y la posibilidad de exportación inmediata de la base de datos para tratamientos estadísticos y epidemiológicos.

Métodos: se ha partido del registro de 24 horas, en formato papel, elaborado por la UNCYD del Hospital Universitario Virgen de las Nieves para realizar el diseño y la metodología de registro de la *app*. La aplicación se ha programado y desarrollado a través de la tecnología App Inventor del MIT (Massachusetts Institute of Technology).

Resultados: la aplicación cumple las expectativas de registro más allá de las posibilidades del formato papel. Con ella el registro de ingesta queda almacenado en la base de datos para su inmediata o posterior valoración nutricional. Administrativamente, el programa permite consultar, borrar y modificar registros, al igual que almacenar cientos de sujetos en la base de datos. Todos los datos son exportables a formato VSC en versión de ingesta porcentual o nutricional.

Conclusiones: el *software* gratuito elaborado pone al alcance del profesional la posibilidad de realizar registros de ingesta de 24 horas de forma rutinaria y rápida, posibilitando la comprobación de los resultados de forma inmediata, sin tener que recurrir a *software* y materiales extras.

CO.003 Importancia del cribado nutricional en el paciente oncológico

M. D. García Torres¹, C. Campos Martín¹, M. Triviño Pozo¹, M. A. Díaz Guerrero², J. M. Rabat Restrepo¹, T. Martín Hernández¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital de Osuna. Osuna, Sevilla

Introducción: el paciente oncológico tiene un alto riesgo de malnutrición debido a la propia enfermedad de base y también a los tratamientos aplicados (quimioterapia, radioterapia y cirugía).

También la localización es un factor relevante; por tanto, los tumores de cabeza y cuello, tracto digestivo superior y linfomas que comprometen el tubo digestivo tienen un alto riesgo nutricional; los de pulmón, abdominal y pelvis, un grado medio; en cambio, los de mama, sistema nervioso central, vejiga, próstata o leucemia suelen tener un riesgo menor.

Objetivo: evaluar el estado nutricional de los pacientes oncológicos y conocer el porcentaje de pacientes que no son derivados al Servicio de Nutrición y sufren desnutrición.

Métodos: en la planta de Oncología de nuestro Hospital hemos llevado a cabo un estudio con los pacientes ingresados durante los meses de diciembre de 2015 y enero de 2016. Aplicamos el *Nutriscore*, una nueva herramienta de cribado nutricional para pacientes oncológicos. Evalúa nuevos parámetros como la localización del tumor y el tratamiento oncológico activo. Si la puntuación total es de 5, el paciente está en riesgo nutricional.

Resultados: 53 pacientes, 67,9% hombres y 32,1% mujeres; edad media 61,84; localización del tumor: pulmón 22,6%, leucemia 13,2%, linfoma 9,4%, páncreas 7,5%, mama 5,7%, endometrio 5,7%, colon 5,7%, esófago 3,8%, otros 26,4%; tratamiento: quimioterapia 54,7%, radioterapia 5,7%, quimio-radioterapia concomitante 1,9%, trasplante de progenitores hematopoyéticos 1,9%, otros 34%; suplementos: 26,4% sí los toman y 73,6% no

los toman; interconsulta a Nutrición 13,2% y no interconsulta a Nutrición 86,8%; *nutriscore* = 5, 52,9% y *nutriscore* < 5, 47,2%; no interconsulta a nutrición y *nutriscore* = 5, 47,8%

Conclusiones: la aplicación de esta herramienta de cribado ha sido útil y sencilla y ha detectado malnutrición en más de la mitad de los pacientes. Es significativo el porcentaje de un 47,8% de pacientes en riesgo de desnutrición y que no hubieran sido valorados si no hacemos el cribado. Por tanto, es fundamental que enfermeras y auxiliares de la planta de Oncología realicen un cribado nutricional, al diagnóstico de la enfermedad y regularmente durante la hospitalización. Y en caso de detectar riesgo de desnutrición, deben contactar con nuestra unidad para hacer una valoración y posteriormente implantar soporte nutricional según sea necesario.

CO.004 Valoración nutricional previa al trasplante pulmonar y su relación con la mortalidad

A. Barrera Martín, A. D. Herrera Martínez, R. Bahamondes Opazo, Á. Rebollo Román, P. Moreno Moreno, V. Ávila Rubio, G. Manzano García, M. J. Molina Puerta, M. Á. Gálvez Moreno, A. Calañas Continente

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: el estado nutricional condiciona el pronóstico del paciente candidato a trasplante pulmonar. La desnutrición y la obesidad se asocian con mayor morbimortalidad peritrasplante. La mortalidad mientras permanecen en la lista de espera y tras el primer año postrasplante es elevada.

Objetivo: conocer el estado nutricional pretrasplante pulmonar y estudiar su posible asociación con mortalidad.

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados previamente al trasplante pulmonar (marzo de 2008 a noviembre de 2015). Variables analizadas: epidemiológicas, diagnósticas, antropométricas, impedanciométricas y bioquímicas. Diagnóstico nutricional mediante valoración subjetiva global y *score* nutricional de Zhang. Análisis estadístico: SPSS® v.19.0. (t de Student para comparación de medias y Chi-cuadrado/test exacto de Fisher para comparación de proporciones).

Resultados: 328 pacientes (71,6% hombres y 28,4% mujeres) de 50,6 ± 12,7 años: 42,4% con enfermedad obstructiva crónica (enfisema/bronquitis), 35,1% con fibrosis pulmonar, 15,2% con fibrosis quística y/o bronquiectasias y el 7,3% con otras patologías. Algunos datos relacionados con su estado nutricional se muestran en la tabla I. El IMC medio 25,2 kg/m² (QR 13,1-37,4 kg/m²) con 32 pacientes (9,8%) < 18,5 kg/m². El bajo peso es más prevalente en los pacientes que mueren antes del trasplante (13% vs. 6,1%), con una tasa global de desnutrición similar (en torno al 45%). La desnutrición presente en el 40,9% de pacientes (n = 134: 102 calórica, 14 proteica, 18 calórico proteica. Fig. 1). La desnutrición calorícoproteica se relaciona con mayor mortalidad global (p = 0,048). La mortalidad global es del 24,1% (79 pacientes), preferentemente pretrasplante (58,2%, 46 pacientes). La mortalidad postrasplante (41,8%, 33 pacientes)

Tabla I. Algunos datos relacionados con el estado nutricional de los pacientes

Cambios en la dieta	n = 81	24,7%
Toma de suplementos	n = 40	12,2%
Pérdida de peso (en los últimos 6 meses)	n = 74	22,6%
Pérdida de peso (en las últimas 2 semanas)	n = 84	25,6%
Síntomas gastrointestinales (en las últimas 2 semanas)	n = 43	13%
Náuseas	n = 8	2,4%
Vómitos	n = 4	1,2%
Diarrea	n = 3	0,9%
Anorexia	n = 26	7,9%
Varios	n = 2	0,6%

Tabla II. Variables asociadas a la mortalidad de forma estadísticamente significativa

	Fallecidos	No fallecidos	p mortalidad
Edad a la valoración (años)	53,2 ± 11,5	49,8 ± 13,0	p = 0,037 mortalidad global
Masa libre de grasa pretrasplante (kg)	47,29 ± 11,3	50,7 ± 10,1	p = 0,046 mortalidad pretrasplante
Agua corporal total pretrasplante (kg)	34,8 ± 7,1	37,3 ± 7,0	p = 0,044 mortalidad pretrasplante
Linfocitos < 1.500/mm ³ Prevalencia: 15,9% del total	2.159 ± 896,9	2.239,7 ± 846,3	p = 0,022 mortalidad global p = 0,041 mortalidad pretrasplante

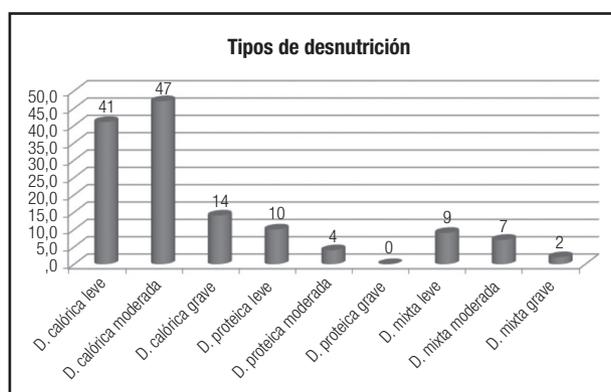


Figura 1.

Tipos de desnutrición entre los pacientes valorados.

se produce tras 120,7 ± 322,1 días del trasplante y fallecen el 57,6% durante el primer año tras este. Las variables que se asocian estadísticamente con la mortalidad se muestran en la tabla II.

Conclusiones:

- Casi la mitad de los pacientes con enfermedad pulmonar grave sufre desnutrición, siendo la calórica la más frecuente.

- La desnutrición caloricoproteica se asocia con mayor mortalidad global.
- Un IMC < 18,5 kg/m² es más prevalente en los pacientes que mueren antes del trasplante.
- La mortalidad pretrasplante es mayor en nuestra serie y la mayoría de los pacientes que fallecen tras el trasplante lo hace en el primer año.
- Una mayor edad y una menor cifra de linfocitos totales se asocian con mayor mortalidad global; una menor masa magra y agua corporal total, con mayor mortalidad pretrasplante.

CO.005 Valoración de la efectividad de un programa de seguimiento nutricional en mayores institucionalizados

E. Jiménez Licera, F. García Pérez, A. Cuellar García, I. García Padilla, P. Benito de Valle Galindo, J. Irlas Rocamora

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Introducción: los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento aumentan el riesgo de desnutrición en los ancianos, problema que se ve agravado por factores como la anorexia,

problemas deglutorios, trastornos del ánimo, demencia u otras patologías asociadas a la edad. Esta desnutrición se asocia a un incremento de la morbimortalidad, mayor duración de la estancia hospitalaria y reingresos, conllevando un aumento del gasto sanitario y empeoramiento de la calidad de vida.

Objetivo: analizar la efectividad de un programa de valoración nutricional en la evolución clínica y frecuentación del sistema sanitario de las personas institucionalizadas en residencias.

Métodos: estudio analítico cuasiexperimental, con intervención, controlado. Ámbito: residencias sociosanitarias del Área Sanitaria Sevilla Sur. Se comparan un grupo de residencias seleccionadas (G1), con un grupo control (G2) durante 1 año.

El programa a cargo de dietistas-nutricionistas y enfermería está coordinado por la Unidad de Nutrición del Hospital Valme, y consiste en una valoración del riesgo nutricional y, en caso necesario, se aplica consejo dietético y/o suplementos nutricionales orales. Además, se da la formación necesaria al personal de las residencias. En el G2 se aplica el protocolo propio del centro.

Resultados: se incluyó un total de 10 residencias: 7 en G1 y 3 en G2; media de residentes n = 57. El riesgo nutricional fue MNA 15,4, y la disfagia con EAT-10 de 2,5. Se consideraron NED (nutrición enteral domiciliaria), también a los que recibieron espesantes.

Los resultados fueron G1/G2 n (%): éxitos 1,20 (2,02%)/1,00 (1,82%); episodios en urgencias 1,56 (2,61%)/3,51(6,37%); hospitalizaciones 1,58 (2,65%)/ 2,46(4,47%); fracturas de cadera 0,25(0,42%)/0,22(0,4%) y NED 19,68 (33,04%)/2,07 (3,76%).

Conclusiones: el riesgo nutricional en ancianos institucionalizados es elevado, posiblemente en relación con la comorbilidad de esta población, mientras que el uso de recursos nutricionales para el tratamiento de la disfagia y la desnutrición es bajo.

La aplicación de un programa nutricional con la participación de personal sanitario especializado, en coordinación con el personal de las residencias, tiene efectos beneficiosos, reduce las complicaciones graves y la frecuentación del sistema sanitario.

CO.006 Influencia de los parámetros de remodelado óseo en los resultados clínicos en fracturas de cadera: importancia de la vitamina D y la osteocalcina

M. J. Martínez Ramírez^{1,2}, I. Carrillo González¹, M. Moreno Martínez¹, C. Tenorio Jiménez¹, C. Gutiérrez Alcántara¹, S. Salcedo Crespo¹, J. Chamorro Quirós¹, M. Martínez Espejo³, M. Delgado Rodríguez²

¹Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ²Universidad de Jaén. Jaén. ³Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: las fracturas osteoporóticas de cadera suponen un importante problema de salud en los países desarrollados, ya que presentan una alta morbimortalidad que acarrea importantes costes económicos tanto directos como indirectos. La evolución de estos pacientes y sus resultados clínicos se han asociado con la morbilidad previa, con valores de albúmina y con la demora de la cirugía.

Tabla I. Diferencia de medias de variables de metabolismo óseo en función de la mortalidad

Variable	Éxitus	Media (± EEM)	Valor de p
Diferencia de albúmina	No (38)	0,48 (0,07)	0,4083
	Sí (5)	0,3 (0,27)	
Diferencia de 25OHD	No (59)	2,08 (0,52)	0,6258
	Sí (7)	2,87 (1,66)	
Diferencia de Ca sérico	No (59)	0,28 (0,09)	0,8929
	Sí (7)	0,31 (0,26)	
Diferencia de P sérico	No (59)	0,32 (0,12)	0,4028
	Sí (7)	0,63 (0,43)	
Diferencia de PTH	No (59)	12,9 (4,20)	0,0939
	Sí (7)	-9,52 (16,001)	
Diferencia de osteocalcina	No (59)	6,47 (1,17)	0,0286
	Sí (7)	14,85 (4,97)	
Diferencia de propéptido	No (59)	-16,08 (3,5)	0,9174
	Sí (7)	-17,41 (23,83)	
Diferencia de fosfatasa alcalina	No (26)	-21,28 (6,23)	0,6504
	Sí (5)	-13,29 (9,11)	
Diferencia de CTX	No (59)	-0,15 (0,04)	0,5403
	Sí (7)	-0,23 (0,06)	
Diferencia de IL-6	No (39)	52,70 (14,12)	0,9258
	Sí (6)	56,34 (37,81)	

Objetivos: analizar el comportamiento de los indicadores del metabolismo óseo (calcio, fósforo, 25-OH vitamina D, albúmina) tras la fractura de cadera y durante el ingreso hospitalario y estudiar los parámetros de remodelado óseo en la fase precoz tras la fractura de cadera y su asociación con la estancia hospitalaria y la mortalidad durante el ingreso.

Métodos: estudio observacional prospectivo realizado en el Complejo Hospitalario de Jaén. Se incluyeron 66 pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera que cumplieran los criterios de inclusión. Se les realizó analítica en las primeras 24 horas y a los 8 días desde el ingreso, determinándose: calcio sérico corregido por albúmina, fósforo sérico, 25-OH vitamina D, osteocalcina, propéptido aminoterminal, CTX *beta-cross-laps*, fosfatasa alcalina y PTHi, estimándose la diferencia entre las dos determinaciones. En el análisis estadístico se realizó test de comparación de medias y test de regresión para el estudio de la mortalidad y la estancia (transformación logarítmica) (Tablas I y II).

Resultados: la media de la estancia fue de 13,18 días, y la mortalidad durante el ingreso fue de 10,61%. La albúmina, 25-OH vitamina D, y la osteocalcina disminuyen significativamente durante el ingreso por fractura de cadera ($p < 0,001$). Al observar la diferencia entre la primera y la segunda determinación, se encuentra que la diferencia de vitamina D se asocia significativamente con la estancia hospitalaria ($p = 0,036$), en el análisis multivariable, y la osteocalcina con la mortalidad ($p = 0,0286$).

Conclusiones: tras la fractura de cadera, se produce una disminución significativa en los valores de vitamina D, al igual que de interleucina 6 (IL-6) y de osteocalcina, lo que demuestra que se produce una disminución de la formación ósea, mientras que aumenta la reabsorción ósea, representada por el aumento del CTX, a pesar de que el estado inflamatorio disminuye. Los valores de vitamina D se asocian significativamente con la estancia hospitalaria, mientras que la osteocalcina se asocia con la mortalidad, aunque hay que indicar que solo 7 pacientes de los 66 incluidos fallecieron durante el ingreso.

Tabla II. Análisis de regresión lineal entre las variables del metabolismo óseo con la estancia hospitalaria (transformación logarítmica)

Variable	Análisis univariable		Análisis multivariable	
	Coefficiente (error estándar)	Valor de p	Coefficiente (error estándar)	Valor de p
Estancia preoperatorio	0,0223 (0,022)	0,316	0,020 (0,023)	0,384
Diferencia de albúmina	0,214 (0,145)	0,148	0,165 (0,175)	0,353
Diferencia de 25OHD (1-2)	0,031 (0,015)	0,045	0,039 (0,018)	0,036
Diferencia de Ca sérico	-0,010 (0,098)	0,015	-0,062 (0,109)	0,573
Diferencia de P sérico	-0,048 (0,072)	0,505	-0,076 (0,076)	0,321
Diferencia de PTH	-0,001 (0,002)	0,599	-0,001 (0,002)	0,541
Diferencia de osteocalcina	0,005 (0,006)	0,417	0,002 (0,006)	0,700
Diferencia de propéptido	0,004 (0,002)	0,064	0,003 (0,002)	0,102
Diferencia de fosfatasa alcalina	0,0005 (0,0015)	0,736	-0,0007 (0,0023)	0,752
Diferencia de CTX	-0,240 (0,194)	0,220	-0,251 (0,203)	0,220

Multivariable: ajustado por MNA, ADL y MMS.



Comunicaciones Pósteres

P.001 Efecto de diferentes tratamientos culinarios en la composición nutricional y en la actividad antioxidante de hongos cultivados del género *Pleurotus*

I. Roncero-Ramos¹, C. Delgado-Andrade², P. J. Rufino-Moya³, M. Mendiola-Lanao¹, M. Pérez-Clavijo¹

¹Centro Tecnológico de Investigación del Champiñón de La Rioja (CTICH). Autol, Logroño. ²Departamento de Fisiología y Bioquímica de Nutrición Animal. Estación Experimental del Zaidín (CSIC). Armilla, Granada. ³Centro de Investigación y Tecnología Agroalimentaria de Aragón. Zaragoza

Introducción: la mayoría de las setas no se consumen crudas, sino que son sometidas a tratamientos culinarios caseros que inducen cambios significativos en su perfil nutricional.

Objetivo: conocer los efectos que producen tratamientos culinarios habituales en la composición proximal, en el contenido en β -glucanos y en la actividad antioxidante de las setas cultivadas.

Métodos: las setas *Pleurotus ostreatus* y *Pleurotus eryngii* se cultivaron en las instalaciones del CTICH; una vez recolectadas, se limpiaron y cortaron en láminas homogéneas. Tras los tratamientos culinarios correspondientes (hervido, plancha, fritura y microondas), las muestras se liofilizaron y pulverizaron. La com-

posición química se analizó de acuerdo con los métodos oficiales de la AOAC. El contenido en β -glucanos se determinó espectrofotométricamente (Kit Megazyme). Para el análisis de la actividad antioxidante se usaron los métodos ABTS, DPPH y FRAP y el método Folin-Ciocalteu para polifenoles totales. La formación de productos finales de la reacción de Maillard (PRM) se monitorizó midiendo la absorbancia a 420 nm en los extractos metanólicos de las setas cocinadas. Los datos se sometieron a análisis de varianza de una vía (ANOVA), seguido del test de Duncan para comparar medias con una variación significativa ($p < 0,05$).

Resultados: la fritura provocó un descenso en el contenido de cenizas, proteínas y carbohidratos respecto a los demás tratamientos culinarios. Lógicamente, se incrementó el contenido en grasa y el aporte energético de las setas fritas.

Respecto al contenido en β -glucanos, tras la fritura disminuyó en un 50% en comparación con las no procesadas. Las setas cocinadas a la plancha y al microondas presentaron mayores niveles de polifenoles y una actividad antioxidante superior al resto de tratamientos ($p < 0,05$), lo que pudo asociarse a la formación de PRM de acción antioxidante. De hecho, los valores de absorbancia se correlacionaron con la actividad antioxidante (DPPH, $r = 0,7734$; FRAP, $r = 0,8430$; y ABTS, $r = 0,9049$, $p = 0,0000$) (Tabla I).

Tabla I. Composición química de las setas crudas y cocinadas por diferentes tratamientos culinarios

Setas	Tratamiento	Humedad	Cenizas	Proteínas	Grasas	Carbohidratos	Energía
		%					
<i>Pleurotus ostreatus</i>	Crudo	89,41 \pm 0,27 ^a	6,73 \pm 0,05 ^a	12,55 \pm 0,24 ^a	2,46 \pm 0,01 ^a	78,35 \pm 0,36 ^a	382,5 \pm 0,1 ^a
	Hervido	88,05 \pm 0,47 ^{ab}	3,50 \pm 0,09 ^b	12,85 \pm 0,11 ^a	2,14 \pm 0,08 ^{ab}	81,33 \pm 0,01 ^b	396,3 \pm 0,3 ^b
	Microondas	83,87 \pm 1,12 ^{bc}	6,02 \pm 0,15 ^c	12,82 \pm 0,08 ^a	1,52 \pm 0,01 ^b	79,70 \pm 0,24 ^c	383,4 \pm 1,1 ^a
	Plancha	81,81 \pm 1,05 ^c	6,05 \pm 0,09 ^c	12,69 \pm 0,06 ^a	2,03 \pm 0,02 ^{ab}	79,19 \pm 0,03 ^{ac}	385,6 \pm 0,1 ^a
	Fritura	54,01 \pm 2,21 ^d	3,14 \pm 0,01 ^d	5,96 \pm 0,10 ^b	50,38 \pm 0,48 ^c	40,47 \pm 0,33 ^d	639,4 \pm 2,4 ^c
<i>Pleurotus eryngii</i>	Crudo	88,16 \pm 0,17 ^a	5,39 \pm 0,04 ^a	12,30 \pm 0,04 ^a	1,60 \pm 0,02 ^{ab}	80,74 \pm 0,02 ^a	386,5 \pm 0,2 ^a
	Hervido	88,09 \pm 0,18 ^a	3,22 \pm 0,04 ^b	13,01 \pm 0,05 ^b	1,67 \pm 0,01 ^a	82,15 \pm 0,06 ^b	395,4 \pm 0,3 ^b
	Microondas	80,58 \pm 0,54 ^b	5,08 \pm 0,05 ^c	12,05 \pm 0,31 ^a	1,57 \pm 0,01 ^b	81,03 \pm 0,06 ^a	387,6 \pm 0,2 ^c
	Plancha	77,80 \pm 0,56 ^c	5,24 \pm 0,02 ^d	13,97 \pm 0,04 ^c	2,02 \pm 0,05 ^c	78,79 \pm 0,12 ^c	389,2 \pm 0,2 ^d
	Fritura	45,95 \pm 1,40 ^d	2,93 \pm 0,04 ^e	7,38 \pm 0,21 ^d	51,03 \pm 0,02 ^d	38,50 \pm 0,16 ^d	643,5 \pm 0,4 ^e

Los resultados se expresan como medias \pm SE, $n = 3$. Letras diferentes en una columna indican diferencias significativas entre las muestras ($p < 0,05$).

Conclusiones:

- La fritura conduce a una mayor pérdida de valor nutritivo, menor contenido de β -glucanos y peor capacidad antioxidante en las setas *Pleurotus*.
- Cocinar estas setas a la plancha y al microondas provoca escasas pérdidas en su contenido de nutrientes, retiene mayor cantidad de polifenoles en la matriz del alimento y además mejora su actividad antioxidante.

P.002 Alergest®. Gestión de la información alimentaria al usuario: composición nutricional y alérgenos

Á. M. Caracuel García, M. Gonzalo Marín, M. J. Tapia Guerrero, R. Roque Navarrete, G. Oliveira Fuster

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: el Reglamento 1169/2011, obliga a que en los alimentos que se presenten sin envasar para las colectividades sea obligatoria la indicación de ingredientes alergénicos.

La información nutricional obligatoria (en vigor en diciembre de 2016) no será obligatoria en los alimentos sin envasar.

Objetivos:

- Desarrollar herramientas para que la información alimentaria (nutricional y de alérgenos) llegue al paciente y así pueda tener un nivel de protección de la salud elevado.
- Proporcionar una base para que el consumidor final tome decisiones con conocimiento de causa y utilice los alimentos de forma segura.
- Garantizar al paciente que la información sobre alérgenos alimentarios es veraz y que los alimentos puestos a su disposición son seguros.

Métodos: depuración de las base de datos de fichas técnicas de platos en lo referente a ingredientes primarios, secundarios y gramaje.

Detección y marcado de los ingredientes que más frecuentemente son causa de reacciones alérgicas (anexo II del Reglamento 1169/2011).

Elaboración de fichas composicionales, incluyendo, además de las que refiere el Reglamento (valor energético, grasas, grasas saturadas, hidratos de carbono, azúcares, proteínas y sal), otros valores que se consideran imprescindibles en alimentación hospitalaria (monoinsaturados, poliinsaturados, $\Omega 3$, $\Omega 6$, potasio, fósforo, índice glucémico y carga glucémica).

Desarrollo de una aplicación web creada con las tecnologías HTML5 y CSS3 adaptable a todo tipo de dispositivos móviles para facilitar su navegación y multiplataforma. La aplicación cuenta con un gestor interno que facilita la entrada de información a la base de datos y permite modificar los elementos que va a contener la parte pública de esta.

Resultados: diseño de la aplicación web con una parte privada, que es un gestor interno de la base de datos para realizar consultas o modificaciones de los grupos de alérgenos, ingredientes, ingredientes compuestos y datos nutricionales, siendo su

finalidad la de facilitar la creación y modificación de la información que ha de llevar la aplicación. La parte pública son una serie de páginas con la información que decidimos mostrar, de forma que realice todos los cálculos de los ingredientes, nutrientes y platos, así como que muestre los alérgenos correspondientes a cada consulta. El acceso a la aplicación se realiza mediante enlace a la página web del hospital o mediante código QR.

Conclusiones:

- Se ha mejorado la información nutricional y sobre alérgenos alimentarios dada a los pacientes, y se garantiza que los alimentos puestos a su disposición son seguros.
- Esta herramienta es exportable a otros hospitales y establecimientos de restauración social.

P.003 Programa formativo escolar en seguridad alimentaria y relación con los patrones de dieta mediterránea

A. Martos López¹, P. Cámara¹, R. López², F. Rivas²

¹Nuvetsa Quality, SL. Espinardo, Murcia. ²Ayuntamiento de Guadix. Guadix, Granada

Introducción: el fomento de unos hábitos alimentarios saludables, variados y equilibrados en la adolescencia, es fundamental para prevenir patologías futuras.

Objetivos: inculcar hábitos de seguridad alimentaria en la población adolescente escolarizada como herramienta de prevención de enfermedades de transmisión alimentaria de interés en salud pública y que causan importantes pérdidas en nuestro sistema sanitario.

Relacionar estos hábitos de seguridad alimentaria con los patrones de alimentación e índice de adherencia a la dieta mediterránea, que se obtuvieron en la población escolarizada de la ciudad de Guadix (Granada), a través del cuestionario validado KIDMED.

Métodos: dentro de las acciones de promoción de salud en el ámbito educativo impulsadas por el Ayuntamiento de Guadix, se realizaron un total de 10 talleres teorico-prácticos en centros educativos de la ciudad. Se distribuyeron en dos sesiones de 90 minutos, con realización de actividades grupales, en las que se abordaron temas como información alimentaria en el etiquetado, alergias alimentarias, principales enfermedades de transmisión alimentaria, el origen de los alimentos y los alimentos típicos de la dieta mediterránea. A su vez, se distribuyó el cuestionario KIDMED entre el alumnado presente, para evaluar la calidad de la dieta mediterránea y los patrones de alimentación seguidos por los adolescentes.

Resultados: participaron un total de 250 alumnos, con edades comprendidas entre los 10 y 14 años. El índice de calidad y adherencia a la dieta mediterránea que se obtuvo era adecuado, ya que el 75% de los adolescentes ingieren de manera habitual frutas y verduras, aunque el porcentaje se reduce a un 40% para aquellos que ingieren más de una pieza. El análisis del desayuno muestra un porcentaje aún importante que consume bollería

industrial, del 25%; similar al encontrado para los que consumen dulces y golosinas de forma habitual.

En cuanto al ámbito de la seguridad alimentaria, un 30% había padecido anteriormente algún tipo de problema gastrointestinal derivado del consumo de alimentos, aunque la mayoría, un 75%, no era capaz de discernir entre reacciones adversas al alimento de origen tóxico, como *Salmonella*, y reacciones adversas de origen no tóxico, como las alergias o intolerancias alimentarias.

Por último, el 60% de los participantes es capaz de encontrar la relación entre los alimentos típicos de la dieta mediterránea y las medidas básicas de seguridad alimentaria, como es la higienización de frutas y hortalizas.

Conclusiones: es necesario desarrollar y potenciar de manera continuada e integral, en el marco de las acciones de promoción de salud en el ámbito educativo impulsadas por la Administración local, las actuaciones sobre calidad y seguridad alimentaria, como mecanismos de construir estilos de vida saludable, reforzando a su vez el grado de adherencia a la dieta mediterránea desde la adolescencia.

P.004 Estudio de residuos hospitalarios introduciendo productos de cuarta gama en dietas basales

R. Fernández-Daza Centeno¹, V. González Abreu², B. Jiménez³, J. Medina¹, A. Suero García¹, C. Campos Martín¹, J. M. Rabat Restrepo¹

¹Área Hospitalaria Virgen Macarena. Sevilla. ²Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva. ³Laboratorio Agroalimentario Torcalidad. Antequera, Málaga

Introducción: un hospital es un gran centro generador de residuos, muchos de ellos derivados de actividades de soporte como el servicio de hostelería.

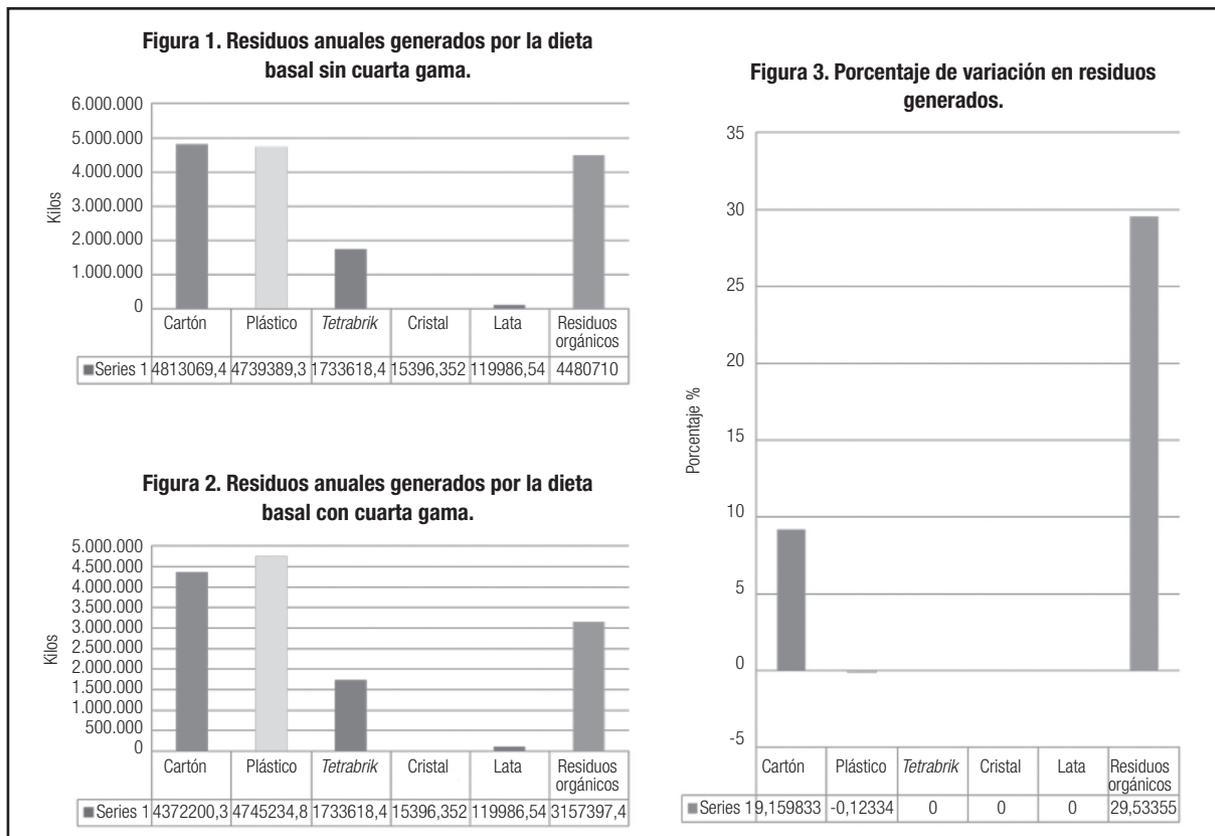
Objetivos: clasificar y reducir el volumen de residuos sólidos que se generen en el Servicio de Hostelería del Área Hospitalaria Virgen Macarena (AHVM), con la elaboración de dietas basales con sal y estudiar las repercusiones que deriven del cambio de distintos productos de IV Gama en estas dietas.

Métodos: cuantificar y clasificar los residuos sólidos que genera actualmente la elaboración de la dieta basal con sal y hacer un estudio comparativo con las modificaciones resultantes de introducir determinados alimentos de cuarta gama, 7 en total.

Resultados: grafica comparativa anual de naturaleza y porcentajes de residuos sólidos entre la dieta basal con sal actual y la dieta basal con sal modificando 7 productos por cuarta gama (Figs. 1-3).

Conclusiones:

- Reducción de la carga de trabajo en el personal del servicio de restauración y de las empresas contratadas para la gestión de residuos.
- Mayor definición de próximos pliegos de prescripciones técnicas en el concurso de proveedores.



Figuras 1-3.

- Reducción de la carga contaminante en materia orgánica, limitando la proliferación de plagas en el ámbito de trabajo.
- Podremos marcar límites y definir objetivos, dentro del Plan de Gestión Ambiental del Hospital.
- Protocolizar procesos y formar al personal en su uso.
- La disminución en el consumo energético y de las cargas laborales supone un importante ahorro económico en la gestión del centro hospitalario.
- Estudio de posibles cambios de productos en la composición de dietas basales, atendiendo al nivel de residuos que generen durante el proceso de elaboración.

P.005 Nivel de ruido en comedores escolares

L. J. Morán Fagúndez, A. Rivera Torres, M. E. González Sánchez, D. Manrique Vergara

DNS Nutrition Services. Sevilla

Introducción: el ruido es uno de los problemas ambientales más relevantes. El comedor escolar adquiere unas funciones claves como instrumento educativo.

Objetivo: evaluar el nivel de ruido durante el periodo de comedor escolar en centros escolares públicos de Andalucía. El ruido es uno de los problemas ambientales más relevantes. El comedor escolar adquiere unas funciones claves como instrumento educativo. Las fuentes que lo producen forman parte de la vida cotidiana. El plan de acción para Europa *Children's Environment and Health* declara en su objetivo regional prioritario que los niños deberían ser protegidos de la exposición a ruido nocivo tanto en casa como en la escuela.

Métodos: se realizaron un total de 35 visitas a centros escolares de la comunidad andaluza durante el periodo de comedor, con un total de 3.480 niños. Se realizaron mediciones de ruido mediante sonómetro CESVA SC420SB y se registró el nivel mínimo y máximo de decibelios.

Resultados: la media del valor mínimo observado en las mediciones fue de 77,77 decibelios y la media del valor máximo fue de 93,06 decibelios. El valor máximo observado en las mediciones fue de 95,22 y el mínimo 68,94.

Conclusiones:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que 35 decibelios (dB) es el sonido ambiente adecuado para permitir unas buenas condiciones de enseñanza y aprendizaje en las clases. Los últimos estudios consideran como peligrosa para la salud la exposición a sonidos que oscilen entre 50 y 60 decibelios, y como muy nociva a partir de los 60 dB.

- Los valores registrados durante el periodo de comedor escolar superan los valores recomendados por la OMS, siendo el comedor escolar un ámbito de formación y educación del comportamiento alimentario fundamental.

P.006 Alimentación en comedores escolares

A. Rivera Torres, L. J. Morán Fagúndez, D. Manrique Vergara, M. E. González Sánchez

DNS Nutrition Services. Sevilla

Introducción: en el comedor escolar las posibilidades como entorno y medio educativo son notablemente altas. La selección y contenido de los menús escolares es un medio para potenciar el establecimiento de estructuras y pautas alimentarias.

Objetivo: revisión de las herramientas que existen, tanto en el ámbito nacional como autonómico, para la elaboración de los menús escolares. Debido a la gran repercusión que el servicio de comedor tiene en la educación nutricional de los niños y niñas se debe poner de relevancia la especial necesidad de que el menú ofertado cumpla con las recomendaciones de una alimentación saludable.

Métodos: se elaboró un inventario con la documentación existente relacionada con los aspectos nutricionales del menú escolar. En total se identificaron 30 documentos. Posteriormente, se seleccionaron 9 documentos y se estudiaron las frecuencias de consumo para 9 grupos de alimentos, realizando una comparativa entre ellas (verduras y hortalizas, legumbres/pastas/arroz/patatas, carne, pescado, huevo, fruta y lácteos).

Resultados: a través de la revisión realizada, se ha comprobado que existe numerosa documentación tanto en el ámbito nacional como regional para su aplicación a comedores escolares, ya sea en forma de guías o de pliegos de prescripciones técnicas a la hora de confeccionar los menús y realizar la prestación del servicio. Examinando dicha documentación existe una clara falta de unificación en los criterios para la confección de los menús escolares, dando un amplio margen a la distribución de la frecuencia de los diferentes grupos de alimentos así como al gramaje que se recomienda emplear (Tablas I y II).

Conclusiones: aunque en la actualidad ya existe numerosa documentación acerca de las características nutricionales de los menús escolares, debemos seguir avanzando en la mejora de estos menús y establecer pautas claras y unificadas que faciliten las labores tanto de diseño como de posterior seguimiento de este servicio.

Tabla I. Instrumentos y guías para la elaboración de los menús escolares por comunidades autónomas

Comunidad	Instrumentos de guía
Murcia	Decreto n.º 97/2010, de 14 de mayo, por el que se establecen las características nutricionales de los menús y el fomento de hábitos alimentarios saludables en los centros docentes no universitarios
Castilla-La Mancha	Plan de Calidad de Comedores Escolares de la Región de Murcia. Consejería de Educación, Cultura y Universidades Servicio de Asesoramiento y Valoración y Seguimiento de Menús de Comedores Escolares. Ayuntamiento de Murcia Plan de Calidad de los Comedores Escolares de Castilla-La Mancha
Valencia	Guía de Alimentación para Comedores Escolares. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Sanidad Guía de los Menús en los Comedores Escolares. Consejería de Sanidad. Consejería de Cultura, Educación y Deporte
Galicia	Guía de ayuda para programar los menús escolares
Aragón	Serie: Monográficos Alimentación y Nutrición en la Escuela. Menús saludables en el comedor escolar. Consellería de Educación y Ordenación Universitaria. Universidad de Santiago de Compostela. Departamento de Pediatría
País Vasco	Guía de comedores escolares de la Comunidad Autónoma de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia Guía higiénico-sanitaria para la gestión de comedores escolares. Departamento de Educación, Universidades e Investigación Protocolo de actuación para la elaboración y servicio de menús especiales (alergias e intolerancias alimentarias) en comedores escolares del departamento de educación del Gobierno Vasco
Extremadura	Guía de alimentación para centros escolares. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública
Madrid	Guía Práctica para la Planificación del Menú del Comedor Escolar. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid Programa de comedores escolares. Fundación Española de la Nutrición
Islas Baleares	Servicio de Asesoramiento Nutricional del Menú Escolar. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad Gestión del Servicio Público de Comedores Escolares para Centros Docentes Públicos de las Islas Baleares Fiambra y alimentación saludable en la escuela. Cuida tu alimentación y la de tus hijos. Ayuntamiento de Palma Guía de alimentación saludable en la etapa escolar. Departamento de Educación. Departamento de Salud
Cataluña	Programa de revisión de programaciones de menús escolares de Cataluña (PREME)
Asturias	¡A Comer! Manual para la introducción de alimentos ecológicos y de proximidad en las escuelas Programa de Comedores Escolares y la Producción Ecológica
Andalucía	Pliego de prescripciones técnicas que regirá en la contratación por la Agencia Pública Andaluza de Educación y Formación (APAEF) de la gestión del Servicio de Comedor en los Centros Docentes Públicos dependientes de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía Evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares de Andalucía. Consejería de Salud
Castilla y León	Programa Comedores Saludables. Consejería de Salud, Consejería de Educación, Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD) Guía alimentaria para los comedores Escolares de Castilla y León. Consejería de Educación Guía alimentaria para los comedores Escolares de Castilla y León. Patologías
Islas Canarias	Decreto 20/2008, de 13 de marzo, por el que se regula el servicio público de comedor escolar en la Comunidad de Castilla y León
La Rioja	Menús saludables para los escolares de Castilla y León Programa Ecomedores Escolares de Canarias Plan de Salud Escolar. Rioja Salud

* En esta tabla se incluyen aquellos documentos de obligado cumplimiento y/o que incluyen aspectos específicos sobre la composición nutricional del menú escolar. No obstante, tal y como se ha indicado con anterioridad, en algunas comunidades autónomas existen pliegos de prescripciones técnicas donde se incluyen requisitos sobre la composición nutricional del menú escolar. En esta tabla se incluyen las referencias a los pliegos que inciden de forma más detallada en la composición nutricional del menú escolar. En esta tabla no se han incluido las comunidades autónomas que no disponen de guías/documentos de recomendaciones propias. En estos casos la administración competente hace referencia a los programas estatales.

Tabla II. Frecuencias de consumo de alimentos recogidas en diferentes guías de recomendaciones elaboradas por las distintas comunidades autónomas

Documento	Verduras y hortalizas	Legumbres/pasta/arroz /patatas	Carne	Pescado	Huevos	Fruta	Lácteos
1	1 R/D	1 vez/D	5-8 R/M	5-8 R/M	4-7 R/M	4-5 R/S	Complemento
2	3-5 R/ S	1-2 R/S cada uno	2-3 R/S	2-3 R/S	1-2 R/S	4-5 R/S	2-3 R/S
3	1-2 D/ S*	1-2 D/S legumbres con verduras y patatas 1 D/S arroz 1 D/S pasta	2 preparaciones /S	3 preparaciones /S	1 D/S	3 D/S	2 D/S
4	4-5 R/S	1-2 R/S legumbres 1-2 R/S patatas 1-3 R/S arroz y pasta	1-2 R/S	1-2 R/S	1R/S	4-5 R/S	2-5 R/ S
5	1-2 D/S como primer plato** Mínimo 1 vez/S guarnición vegetales crudos Mínimo 1 vez/S guarnición verduras cocidas	1-2 D/S legumbres con verduras y/o patatas 1 D/S arroz 1 D/S pasta Máximo 1 vez/S guarnición patatas fritas	2-3 D/S	1-2 D/S	1 D/S	4 D/S	1 D/S
6	1-2 veces/S primer plato cocinadas 0-1 veces/S primer plato crudas 3-4 veces /S ensaladas guarnición 0-1 veces/S cocidas guarnición	1-3 veces/S legumbres primer plato 1-2 veces/S arroz primer plato 1-2 veces/S pasta primer plato 0-2 veces/S patatas primer plato 1-2 veces/S patata guarnición 0-1 veces/S otros guarnición (legumbres, pasta, etc.)	2-3 veces/S	1-2 veces/S	1-2 veces/S	3-4 veces/S	1 vez/S
7	Diariamente: 2 o 3 D como plato principal y 2 o 3 D como guarnición	1-2 D/S legumbres 3-4 veces/S pasta/arroz/ patatas	1-2 veces/S	1-2 veces/S	1-2 veces/S	4-5 D/S	Complemento
8	2 R/S como plato y como guarnición a diario	2 R/S legumbres 1 R/S pasta 1 R/S arroz 1 R/S patata	2-3 R/S	2 R/S	1 R/S	4-5 R/S	2-3 R/S
9	≥ 10 R/Q	≥ 2-3 R/Q legumbres ≥ 6 R/Q arroz y pasta ≤ 4 R/Q patatas	≤ 4 R/Q	≥ 4 R/Q	≥ 2-3 R/Q	≥ 8 R/Q	≤ 2 R/Q

1. Guía comedores escolares. Programa PERSEO.

2. Guía de los Menús en los Comedores Escolares. Consejería de Sanidad. Consejería de Cultura, Educación y Deporte Valencia.

3. Guía higiénico-sanitaria para la gestión de comedores escolares. Departamento de Educación, Universidades e Investigación País Vasco.

4. Guía Práctica para la Planificación del Menú del Comedor Escolar. Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid.

5. Gestión del Servicio Público de Comedores Escolares para Centros Docentes Públicos de las Islas Baleares.

6. Guía de alimentación saludable en la etapa escolar. Departamento de Educación. Departamento de Salut Generalitat Catalunya.

7. Programa de Comedores Escolares y la Producción Ecológica. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Consejería de Educación y Ciencia. Consejería de Medio Rural y Pesca. Asturias .AS-769-2011.

8. Guía alimentaria y Guía de patologías para los comedores escolares de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Educación.

9. Guía de ayuda para programar los menús escolares. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

R: ración; D: día; S: semana (5 días de servicio); Q: quincena (10 días de servicio); M: mes (20 días de servicio).

* Verduras, verduras variadas con patatas, cremas de espinaca, zanahoria, calabaza, patatas con carne o pescado.

**Verduras, verduras variadas con patatas, ensaladas, cremas, patatas con carne o pescado, etc.

P.007 Diferencias entre el comer emocional en personas con normopeso y obesidad y su relevancia en el abordaje terapéutico

G. Herrero-Martín, C. Andrades-Ramírez

Norte Salud Nutrición. Sevilla

Introducción: los datos de sobrepeso y obesidad siguen en aumento y el tratamiento dietético no es suficiente para disminuir dichas cifras. Por ello surge la necesidad de estudiar el comportamiento alimentario más allá de los factores puramente dietéticos. Los cuestionarios de comedores emocionales se utilizan en personas con exceso de peso para estudiar los posibles motivos asociados a situaciones emocionales que son responsables del aumento de peso. Sin embargo, las características que definen a un comedor emocional no son exclusivas de la población con sobrepeso u obesidad.

Objetivo: teorías previas: se sabe que las emociones tienen un efecto sobre las elecciones alimentarias y que la ingesta de alimentos más apetecibles influye en las estrategias de pérdida de peso. Identificar diferencias en estos aspectos entre población obesa y no obesa es crucial para realizar un adecuado tratamiento y para comprender cómo se gestionan determinadas situaciones emocionales en personas con comer emocional pero sin sobrepeso. Estos datos podrán aportar luz al enfoque terapéutico integral que se realiza en pacientes con sobrepeso y/o obesidad.

El objetivo de este estudio es determinar si los parámetros que definen a un comedor emocional, según los cuestionarios validados actualmente, aparecen también en personas con normopeso y, en tal caso, establecer las diferencias en hábitos alimentarios y emocionales entre una persona con exceso de peso y en normopeso.

Métodos: se establecen dos grupos (exceso de peso y normopeso) de 20 personas a los que se pasan cuestionarios sobre comer emocional EEQ (Garaulet y cols., 2012) palatabilidad PEMS (Burgess, 2014) y conciencia-atención MEQ (Framson, 2009). Los análisis del cuestionario de comer emocional en el grupo normal se comparan con los realizados en el grupo con exceso de peso y se evalúan las diferencias intergrupo mediante análisis estadístico.

Resultados: los resultados, actualmente en análisis, muestran que más del 20% de la población analizada sin exceso de peso presenta rasgos de comedores emocionales, lo cual indica que disponen de herramientas para gestionar adecuadamente dichas pautas y que estas no afectan a su peso.

Conclusiones: las escasas diferencias que parecen mostrarse en ambos grupos pueden deberse a ciertas deficiencias en los cuestionarios utilizados, por lo que es interesante realizar modificaciones de estos o bien completar la información con otros cuestionarios (palatabilidad, autoestima, etc.). Conocer los mecanismos por los que una persona con comer emocional no aumenta de peso es de gran relevancia en el abordaje terapéutico de los pacientes con sobrepeso y obesidad que presentan comer emocional.

P.008 Estado actual y expectativas laborales de los dietistas-nutricionistas en la Comunidad Autónoma de Andalucía

A. García Puche, E. Marín Bernard, A. J. Pérez de la Cruz, G. Lobo Támer

Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: el dietista-nutricionista, con la titulación universitaria de Diplomado y de Graduado en Nutrición Humana y Dietética, es una profesión sanitaria incluida en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias en el artículo 2.2.b).

Objetivo: conocer la situación actual y las expectativas laborales de los dietistas-nutricionistas dentro del ámbito nacional, principalmente dentro de la Comunidad Autónoma de Andalucía, tomando como referencia la situación de estos profesionales en las comunidades de Madrid y Cataluña y compararla con el resto de Europa.

Material y métodos: la obtención de datos se realizó para la Comunidad Andaluza a través de llamadas telefónicas y el envío de correos electrónicos a los diferentes hospitales (públicos y privados), contactando con el área de cocina, los servicios de endocrinología, unidad de nutrición y dietética y el área de recursos humanos y personal. Se indagó sobre la existencia de técnicos superiores en Dietética (TSD), diplomados o graduados en Nutrición Humana (D-GNH) y qué función desempeñaban dentro de estas.

En las comunidades de Madrid y Cataluña, la recogida de datos se ha realizado a través de contacto directo mediante llamada telefónica y correo.

Resultados: en Andalucía encontramos 89 hospitales, de los cuales 34 son públicos y 55 privados; han respondido 31 y 28, respectivamente.

Los datos obtenidos muestran un total de 40 D-GNH, pero ninguno trabaja en el Servicio Andaluz de Salud, 32 de ellos están trabajando en *catering* o servicios de comidas (80,0%), 6 en diferentes unidades dentro de los hospitales con contratación privada (15,0%) y 2 dentro de los servicios de endocrinología como autónomos o con contratación privada (5,0%).

En la Comunidad de Madrid no existe la categoría laboral de dietista-nutricionista. La mayoría de ellos están contratados para investigación a través de becas públicas y privadas dentro de la unidad de nutrición y dietética. En la Comunidad de Cataluña se consiguió en el año 2006 el reconocimiento del perfil del dietista-nutricionista. Actualmente existen 180 dietistas-nutricionistas en los hospitales de referencia.

Conclusiones: el número de dietistas-nutricionistas en el Servicio Andaluz de Salud es de cero. La Comunidad Andaluza ha formado desde sus universidades de Granada y Sevilla a 20 promociones de dietistas-nutricionistas, al igual que lo han hecho las distintas universidades del territorio nacional. Pese a las diversas recomendaciones de instituciones internacionales y científicas, la Administración Pública no ha incorporado en la sanidad pública a dichos profesionales. Se ve necesario que tanto asociaciones colegios profesionales, así como universidades, insten a la Admi-

nistración Pública, en especial a la andaluza, pionera en sanidad, a trabajar por la incorporación de los dietistas-nutricionistas en nuestra sanidad.

P.009 Valoración del estado nutricional de pacientes diagnosticados de cirrosis hepática de origen viral candidatos a trasplante de órganos

J. Torrecilla Romero, I. Torres Aguilera, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, C. I. Villalón Reyes, R. Pérez Ayllón

Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: la enfermedad hepática crónica (EHC) habitualmente tiene un curso clínico silente y con escasas manifestaciones clínicas. Sin embargo, cuando estas se producen se asocian al desarrollo de hipertensión portal, siendo el mayor exponente de enfermedad hepática crónica la cirrosis hepática. Las causas más frecuentes de cirrosis hepática son el alcohol y los virus de hepatitis B y C; este último afecta al 1-2% de la población general y evoluciona a cirrosis hepática el 30% de los pacientes tras un letargo de 20-30 años.

Objetivo: analizar el estado nutricional en pacientes propuestos para trasplante hepático por VHC.

Métodos: se ha valorado el estado nutricional de pacientes candidatos a trasplante hepático diagnosticados de cirrosis hepática de origen viral (VHC) mediante medidas antropométricas (peso, talla, IMC, perímetro braquial [PB], pliegues cutáneos tricípital [PCT], abdominal [PCA] y subescapular [PCS] y bioimpedancia eléctrica [masa grasa, magra, muscular y ósea, agua corporal total]). Se han registrado además variables clínicas (comorbilidades) y hospitalarias (tiempo en lista de espera, éxitus).

Resultados: la muestra estuvo formada por 25 varones (64,1%) y 14 mujeres (35,9%), la edad promedio fue de 54,6 años \pm 8,2 años, siendo la de los varones de 52,3 años \pm 6,9 años y 58,7 \pm 9 años la de las mujeres.

La prevalencia de desnutrición según la masa muscular (PB) fue del 15,4% en varones y del 5,1% para mujeres, según la masa grasa fue del 12,8% en varones y de 10,3% para mujeres (PCT), y analizando PCS esta fue del 17,9% para varones y del 7,7% para mujeres.

El 56,4% presentó retención anormal de líquidos (edemas y/o ascitis), varices esofágicas el 33,3% y acudieron con encefalopatía hepática el 15,4% de los pacientes. La tasa de mortalidad fue del 7,7% y la de trasplante hepático el 33,3%, el tiempo de espera fue de 349,6 \pm 188,5 días.

Conclusiones: la valoración nutricional (VN) de los pacientes candidatos a trasplante hepático puede verse afectada de forma importante por la presencia de un tercer espacio en forma de ascitis y/o edemas. Por lo que una correcta VN requiere el uso conjunto de varias técnicas y una correcta interpretación de sus resultados por profesionales entrenados en estas destrezas. La detección precoz del riesgo de desnutrición se asocia con un mejor estado general pretrasplante y postrasplante, lo que nos

indica la relevancia del papel que deben desempeñar los dietistas-nutricionistas en estas unidades.

P.010 Papel del nutricionista-dietista en el tratamiento dietético nutricional de la intolerancia a la fructosa

A. Ruiz Torralba, E. Diéguez Castillo, C. Pérez Roca, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, P. Ruiz Jiménez, C. Navarro Esteban

Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: la intolerancia a la fructosa es un cuadro clínico caracterizado por la imposibilidad de asimilar este monosacárido, presente de forma natural en frutas y verduras. Se trata de una patología hasta ahora poco conocida por el personal sanitario; en la actualidad se asiste a un creciente interés por su identificación. Esta enfermedad puede tener un carácter congénito causado por el déficit de la enzima encargada de descomponer la fructosa o adquirido por déficit del transportador intestinal específico de la fructosa GLUT5 o por el daño del borde en cepillo de la mucosa intestinal. El único tratamiento disponible es el dietético, que consiste en la reducción del consumo de alimentos ricos en fructosa y sorbitol.

Objetivos: valorar el estado nutricional de pacientes diagnosticados de intolerancia a la fructosa y diseñar material didáctico de apoyo para el tratamiento nutricional de esta patología.

Métodos: para la valoración nutricional (VN) de los pacientes se realizó antropometría, que consiste en la medición de peso, talla, IMC, perímetro braquial y de pantorrilla, pliegues cutáneos tricípital (PCT), bicipital (PCB), abdominal (PCA), suprailíaco (PCSI) y subescapular (PCSE), y análisis de la composición corporal (CC) mediante bioimpedancia eléctrica. Se midió además la fuerza muscular con dinamometría.

El test de cribado usado para el diagnóstico fue el test de hidrógeno en aire espirado.

Finalmente, se diseñaron dietas de 1.500, 1.700 y 2.000 kcal, trípticos con listado de alimentos permitidos y no recomendados, tablas de contenido en fructosa y glucosa y ejemplos de menús.

Resultados: se han incluido 20 pacientes, el 10% de ellos varones, las edades oscilaron entre 18 y 53 años. Todos los pacientes presentan intolerancia a la fructosa y el sorbitol.

Entre la sintomatología destaca la presencia de gases, dolor con distensión abdominal, temor a la hora de comer; el 80% refieren diarrea, mientras que en el resto es más frecuente el estreñimiento. Las mujeres, por su parte, presentan dolor premenstrual importante.

Las medidas antropométricas fueron las siguientes: PCT 14,5 \pm 3,5 mm, PCB 6,0 \pm 1,2 mm, PCA 9,0 \pm 4,6 mm, PCSI 10,5 \pm 3,7 mm y PCSE 9,0 \pm 3,2 mm. El PB fue de 25,0 \pm 5,6 cm y PP de 32 \pm 4,5 cm.

La talla promedio fue de 157 \pm 6,7 cm, siendo el peso de 45,9 \pm 6,3 kg, el IMC se situó en 18,6 \pm 3,6 kg. El análisis de CC muestra una disminución de masa grasa (5,0 \pm 3,1 kg) con respecto a los valores de normalidad para su misma edad y sexo, manteniendo la masa muscular (38,8 \pm 3,4 kg).

Conclusiones: debido a la elevada prevalencia de riesgo de desnutrición en este colectivo, resulta vital la valoración nutricional así como el cumplimiento de la dieta. De nuestra experiencia destacamos la importancia que tiene hacer un seguimiento periódico de los pacientes desde el punto de vista general y en especial desde el dietético; y modificar, en caso de ser necesario, su alimentación; de ahí la importancia del dietista-nutricionista en el control y seguimiento de estas patologías.

P.011 Uso de nuevas tecnologías y recursos tradicionales en el tratamiento dietético-nutricional de la intolerancia a la fructosa y el sorbitol

E. Diéguez Castillo, A. Ruiz Torralba, C. Pérez Roca, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, E. Aguayo de Hoyos, I. Gámez Martín

Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: la intolerancia a la fructosa es una enfermedad que se caracteriza por la incapacidad del individuo para tolerar este azúcar de la dieta. Puede presentarse por un error innato del metabolismo, diferenciado este último entre fructosuria o fructosemia, debido a un déficit enzimático o por una malabsorción-maldigestión causada por un déficit del transportador intestinal (GLUT 5). Esta última forma es más propia de la edad adulta y es la que más frecuentemente encontramos en nuestra práctica diaria. De forma general, a corto plazo cursa con una sintomatología digestiva diversa: diarreas, náuseas, dolor abdominal, flatulencias y vómitos.

Objetivos: crear y coordinar, mediante el uso de nuevas tecnologías, un grupo de pacientes diagnosticados de intolerancia a fructosa y sorbitol y diseñar material didáctico divulgativo.

Material y métodos: en primer lugar, se ha diseñado material didáctico de apoyo para ser entregado a los pacientes en la consulta (tríptico con listado de alimentos permitidos y prohibidos, dietas de 1.500, 1.700 y 2.000 kcal, ejemplo de menú saludable y formas de preparación de los alimentos).

A posteriori, se ha contactado con pacientes, que han creado un grupo de WhatsApp, diagnosticados de intolerancia a fructosa y sorbitol, además, algunos de ellos también presentan intolerancia a lactosa, gluten u otros nutrientes.

Resultados: el material didáctico se entrega a cada uno de los pacientes que acuden a nuestra consulta, personalizándose en caso de ser necesario. Con la ayuda de él, los pacientes refieren haber mejorado en su sintomatología, además de incorporar de forma gradual alimentos con buena tolerancia.

El grupo WhatsApp está formado por 17 pacientes de todo el territorio nacional, mujeres, y una nutricionista-dietista, quien suele resolver las dudas, a la vez que asesora en el tratamiento dietético. Todas las pacientes refieren molestias digestivas (gases, distensión y dolor abdominal, náuseas, en ocasiones vómitos, la mayor parte padece diarrea), dolor premenstrual, cambios en el estado anímico.

En el grupo se suelen intercambiar recetas libres de azúcares, alimentos permitidos y locales comerciales donde se pueden obtener.

Conclusiones: la prevalencia de intolerancias alimentarias es elevada; su sintomatología a veces se confunde con otras patologías que cursan con los mismos síntomas, por lo que su diagnóstico suele tardar en realizarse. En el momento del diagnóstico, los pacientes suelen encontrarse desorientados en cuanto al tratamiento que deben seguir, por lo que la consulta de nutrición suele ser clave a la hora de pautar un régimen nutricional adecuado a esta patología. El uso de nuevas tecnologías facilita nuestro trabajo, ya que llega a más personas y permite el acceso a nuestra consulta durante más tiempo.

P.012 App para realizar una dieta por raciones

E. Marín Bernard, C. Marín Bernard, A. J. Pérez de la Cruz, G. Lobo Támer, A. Fernández del Castillo, R. Baena Gutiérrez, I. Gámez Martín, D. Montero Ponferrada, A. de la Torre García

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada es la base de una alimentación saludable. Dietonet.it es una app gratuita dirigida a pacientes que necesiten realizar una dieta fácil y de forma científica.

Objetivo: el motivo de la realización de una app dirigida a pacientes que tienen que realizar una dieta ha sido el objetivo de este programa, sin tener que recurrir a fórmulas científicas reservadas a los profesionales de la salud.

Métodos: se ha partido de la base ordinaria y científica de la confección de dieta por raciones, intercambios o equivalencia. A partir de ellos, los miembros del proyecto y profesionales de la UNCYD del Hospital Universitario Virgen de las Nieves realizaron el diseño y la metodología de registro de la app. La aplicación se ha programado y desarrollado a través de la tecnología App Inventor del MIT (Massachusetts Institute of Technology).

Resultados: la aplicación cumple las expectativas para la confección de una dieta por intercambio. Las instrucciones de ayuda presentes en la app y el limitado número de pantallas hacen de la aplicación, bautizada como Dietonet.it, una herramienta dietética y educativa apta para pacientes con necesidad de realizar un tratamiento dietético.

Conclusiones: Dietonet.it supone una herramienta apta para pacientes y profesionales de la salud en el campo de la dietética y la nutrición. La educación y el adiestramiento dietético por parte de los profesionales a través de Dietonet.it supone un avance, sin tener que recurrir a tablas-papel y a complicadas fórmulas matemáticas para la realización de cálculos nutricionales y antropométricos.

P.013 Pescado y aporte de vitamina D en menús escolares

M. E. González Sánchez, D. Manrique Vergara, A. Rivera Torres, L. J. Morán Fagúndez

DNS Nutrition Services. Sevilla

Introducción: la existencia de valores séricos insuficientes de vitamina D en población infantil y escolar española es una situa-

ción indeseablemente frecuente. Los pescados son el grupo de alimentos más importante en cuanto al aporte de este elemento. Es importante asegurar una ingesta adecuada de pescado en los menús escolares.

Objetivo: evaluar las recomendaciones de ingesta de pescado en las guías de menús escolares en España.

Método: frecuencia de consumo de pescado recomendado en las guías de las diferentes Comunidades Autónomas.

Resultados: el 44,4% de las guías analizadas recomiendan entre 1 y 2 raciones de pescado a la semana.

Conclusiones:

- La baja ingesta de vitamina D entre la población infantil española es alarmante. En algunos estudios se ha encontrado que un 99,9% de niños de entre 7 y 11 años realizan ingestas menores de las recomendadas.
- Siendo los pescados fuente dietética principal, las guías deberían incidir en aumentar las ingestas mínimas.
- Es necesario un mayor esfuerzo conjunto para paliar la insuficiencia de vitamina D en la población infantil. El menú escolar es una herramienta básica para conseguir este objetivo y, por tanto, asegurar la presencia de cómo mínimo dos raciones de pescado debe de estar recogido en todas las guías.

Bibliografía:

1. Aparicio Vizuete A, López-Sobaler AM, López Plaza B, Perea Sánchez JM, Ortega Anta RM. Ingesta de vitamina D en una muestra representativa de la población española e 7 a 16 años. *Nutr Hosp* 2013;28(5):1657-65.
2. Documento de posición sobre las necesidades y niveles óptimos de vitamina D. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2011;3(1):53-64.
3. Morán Fagúndez LJ, Rivera Torres A. Alimentación en comedores escolares. *Visión crítica. Nutr Clin Med* 2015;204,3(IX):204-18.
4. Ortega Anta RM, et al. Ingesta de vitamina D en niños españoles. *Nutr Hosp* 2012;27(3):1437-43.

P.014 Evolución de la satisfacción de un menú hospitalario en 6 años

A. Sanz Sanz, M. T. Mera Sánchez, A. M. González Ramírez, M. T. Gutiérrez Duarte, M. F. Santos Álvarez, J. J. Silva Rodríguez

Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz

Introducción: la desnutrición es un problema importante en el paciente hospitalizado, con una prevalencia del 20 al 50%. La mayoría de pacientes ingresados dependen del menú hospitalario. Se realizan encuestas de satisfacción con la alimentación hospitalaria y se hace un estudio comparativo de la evolución de los parámetros durante 6 años.

Objetivo: evaluar la evolución del grado de satisfacción con el menú basal de los pacientes ingresados en nuestro centro desde el año 2010 al 2015.

Métodos: estudio descriptivo para evaluar la progresión de las variables relacionadas con el proceso de elaboración, distribución y alimentación (presentación e higiene de la bandeja, temperatura de los alimentos, ración, horarios de las comidas y variedad del menú), variables relacionadas con la calidad de los alimentos (primeros platos, carne, pescado, guarniciones, fruta, pan), edad, sexo, días de ingreso y valoración global del menú (VGM); realizado sobre una muestra de pacientes ingresados en hospitalización,

con dieta basal. El sujeto puntúa cada uno de estos atributos en una escala del 1 (muy apropiado) al 4 (nada apropiado). La VGM se puntúa del 0 al 10. Los resultados se expresan como media \pm desviación estándar y distribución de frecuencias en porcentaje.

Resultados: 615 pacientes evaluados desde el año 2010 a 2015, de los cuales un 58,36% son mujeres, con edad media de $55,48 \pm 19,66$ años y con estancia media de $6,84 \pm 7,36$ días. La calificación media final de la VGM fue de $8,43 \pm 1,28$. Al analizar las variables relacionadas con el proceso de elaboración, distribución y alimentación, observamos que las peor valoradas y que más fluctuaciones han tenido durante este periodo son la temperatura, con un 75,45%, que oscila del 69% al 84%, y el horario de las comidas, con un 81,75%, que oscila del 75% al 91,3%. En el análisis de las variables relacionadas con la calidad de los alimentos observamos que el pan es el alimento peor valorado, con un 67,2% y una oscilación del 67,3% al 82,5%, y la calidad de la carne, con un 86,63% y una oscilación del 80% al 91,7%. Hay una peor percepción de la aceptación de la VGM en el último año respecto a los resultados del resto de años anteriores, con una puntuación de $7,98 \pm 1,63$.

Conclusiones: todos los parámetros relacionados con la alimentación hospitalaria obtienen una buena percepción por parte de los pacientes ingresados, aunque aún quedan parámetros por mejorar, como la temperatura de los alimentos, el horario de las comidas y la calidad del pan y de la carne. Los parámetros que obtienen una evaluación más alta son la higiene y la presentación de la bandeja. El descenso en la satisfacción por parte del paciente de la VGM, en el último año, pensamos que es debido a los cambios que se han producido en nuestro hospital, como son el cambio de proveedor de la empresa de alimentación, el cambio del menú hospitalario y el cambio del menaje de loza por plástico. Como propuesta de mejora estimamos oportuno considerar la temperatura como un punto crítico y establecer mecanismos para mejorar su percepción por los pacientes hospitalizados.

P.015 Discordancias encontradas en la implantación del Reglamento (UE) n.º 1169/2011 sobre alérgenos alimentarios entre fichas técnicas de un producto y su envase

A. M. Villarrubia Pozo, A. Arrupea Moreno, R. Benítez Ávila, T. Brozeta Benítez, A. Esteban Gascón, A. Pons Morente, J. M. Olmedo Gamero, M. García Rodríguez, P. P. García-Luna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: para garantizar la seguridad del paciente ingresado es imprescindible conocer los ingredientes alimentarios de cada producto así como los alérgenos de declaración obligatoria.

Desde el 13 de diciembre de 2014 es una obligación legal, según Reglamento (UE) 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011, informar a los pacientes ingresados de la presencia de los alérgenos incluidos en el anexo II del citado Reglamento que estén presentes en los platos servidos durante su estancia hospitalaria.

Objetivos: evaluar las diferencias localizadas entre las fichas técnicas aportadas por el proveedor de los productos alimenticios en el Hospital Universitario Virgen del Rocío y el producto envasado servido, y resolver todas las disconformidades encontradas tanto en las fichas técnicas como en el envase.

Métodos: recopilación y estudio de las fichas técnicas de todos los alimentos que se reciben en el servicio de alimentación. Estudio de la información alimentaria obligatoria presente en los envases de dichos productos aceptados. Comparación y resolución de las diferencias encontradas en cada uno de los grupos alimentarios.

Resultados: con un total de 380 alimentos aceptados y utilizados por el Hospital Universitario Virgen del Rocío, se observó un 34,4% de diferencias entre los ingredientes y alérgenos de la ficha técnica y el envase. El 16,7% de los errores estaban localizados en la designación de los ingredientes. El 11,45% de los errores estaban localizados en la ausencia o mala indicación de la presencia de grasas. El 23,6% de los errores se debían a motivos relativos a la identificación de los 14 alérgenos de obligada declaración del Reglamento (UE) n.º 1169/2011.

Todos los errores detectados se corrigieron durante el desarrollo del presente trabajo.

Conclusiones: es obligatorio un control sobre todos los alimentos que se reciben en un hospital y disponer de la información completa y exacta de la composición de estos así como de los alérgenos que contienen, para minimizar el riesgo en la seguridad alimentaria del paciente.

Ante el porcentaje tan elevado de discordancias encontradas en nuestro estudio, es necesario contar con un equipo multidisciplinar que garantice que la información facilitada al paciente sobre los alimentos que consume durante su estancia hospitalaria concuerda y cumple con las especificaciones aportadas por parte del proveedor tanto en la ficha técnica como en el envase.

P.016 Dieta mediterránea en la Unidad de Gestión Clínica Lora del Río

C. González Porras¹, A. S. González Chaparro², C. Silván Vilme², V. Fernández Rodríguez¹

¹Unidad de Gestión Clínica Lora del Río. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: durante el año 2015 se realizaron en la Unidad de Gestión Clínica de Lora del Río los talleres sobre dieta mediterránea y consejo dietético intensivo grupal específico de atención primaria. Estos talleres buscan reforzar el conjunto de recomendaciones del Consejo Básico cuando los usuarios precisan de una intervención más amplia. Dichos talleres se realizan una vez a la semana durante un mes. Se realizaron 14 grupos; cada grupo estaba constituido por 12-13 personas.

Objetivo: valorar la efectividad de los talleres sobre dieta mediterránea entre la población asistente.

Métodos: en la primera sesión se recogen los datos referidos a la edad, sexo, talla, peso y se calcula el índice de masa corpo-

ral (IMC). En la segunda sesión se les explica la pirámide alimenticia, cómo realizar una dieta mediterránea correcta y se resuelven las dudas planteadas con respecto a la dieta. En la tercera sesión se continúan resolviendo dudas. Y en la cuarta sesión se pesan y se calcula el IMC, con el fin de comprobar si han modificado sus hábitos alimenticios y si han perdido peso. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22 para el análisis de los datos.

Resultados: pidieron citas para el taller 340 personas. Lo finalizaron 148, 93 abandonaron y 69 no acudieron. El 90,4% son mujeres y un 9,6% son hombres; la media del peso inicial es de 82,04 kg, y tras la última sesión, la media es de 79,53 kg. El IMC inicial era de 31,65 y al final es de 30,68. El 27% presentaba un diagnóstico enfermero de conocimientos deficientes: nutrición, un 36% disposición para mejorar la nutrición y un 26,8% presentaba ambos diagnósticos.

Conclusiones: tras las cuatro sesiones realizadas, observamos una media de pérdida de peso de aproximadamente 3 kg, mejora de los conocimientos y disposición sobre la nutrición y dieta mediterránea.

P.017 Evaluación del consejo dietético como herramienta de cuidados en consulta de enfermería

M. Balsera, B. García Fernández, J. J. Silva Rodríguez

Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz

Introducción: el consejo dietético es considerado una herramienta con una relación coste/eficacia óptima para prevenir y tratar la desnutrición; forma parte de las recomendaciones de las sociedades científicas como primer paso en la intervención nutricional tras el diagnóstico, pero las estrategias para su implementación deben ser evaluadas.

Objetivos:

- Evaluar la eficacia de la implementación del consejo dietético en consulta de enfermería a través de la percepción del usuario.
- Cuantificar el acceso de la población a la alimentación más adecuada, minimizando los efectos secundarios de las patologías y sus tratamientos a través del consejo dietético sin repercutir en el incremento de los recursos.
- Cribado nutricional de la población diana.

Métodos: estudio analítico prospectivo con las variables cuantitativas: número de pacientes aleatorios objeto de la intervención durante el periodo analizado (9 meses), grado de percepción global de la eficacia de la intervención "consejo dietético" y parámetros: calidad de la información y asertividad. *Grupo diana:* pacientes remitidos a consulta para consejo dietético desde cualquier dispositivo intrahospitalario o extrahospitalario. Observadores únicos durante todo el estudio. *Descripción de la intervención:* cribado nutricional, educación sanitaria mediante consejo dietético individualizado e información escrita específica, derivación en caso necesario a la consulta médica, seguimiento de los pacientes incluidos en el consejo, refuerzo de los cambios conseguidos y evaluación del impacto de las intervenciones.

Resultados: número de pacientes estudiados que reciben consejo dietético específico en consulta de enfermería de nutrición: 690 pacientes. Porcentaje de pacientes a los que se realiza cribado nutricional: 92%. Evaluación de la calidad de la información nutricional en consulta de enfermería: 9,6/10. Evaluación de la asertividad: 9,7/10. Evaluación de la percepción global: 9,75/10.

Conclusiones:

- La implementación del consejo dietético como herramienta de cuidados en consulta de enfermería de nutrición ha sido evaluada como eficaz por los pacientes estudiados.
- La creación de la consulta ha derivado en un mayor cumplimiento de las recomendaciones consensuadas acerca de la intervención nutricional, incluyendo cribado y consejo dietético.

P.018 Adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con obesidad mórbida que acuden a talleres de control de peso

M. López-Pardo Martínez, A. Fernández Buendía, M. V. Fernández Ruiz, C. Moreno Hidalgo, L. de la Bastida López

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Córdoba

Introducción: durante el año 2015, 184 pacientes han realizado talleres de control de peso organizados por la Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición en el Hospital Universitario Reina Sofía.

Objetivo: conocer la adherencia a la dieta mediterránea antes de asistir a esta herramienta terapéutica.

Métodos: se realiza estudio prospectivo, observacional descriptivo, seleccionando una muestra aleatoria de 110 pacientes de entre 20 y 65 años de edad a los que se entrega al inicio de los talleres el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea validado por el Servicio Andaluz de Salud.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete informático STATA versión 12 (STATA Corp., TX, USA).

Resultados: al analizar la muestra, se observó que la mayoría de los pacientes presentó buena adherencia a la dieta mediterránea, alcanzando hasta un 65,45% del total de la muestra, y no presentaron diferencias significativas entre sexos (Tablas I-III).

También, más de la mitad de los pacientes del entorno rural presentó una buena adherencia a la dieta mediterránea. Sin embargo, solo un 44,44% del entorno urbano presentó adherencia a la dieta mediterránea. Los pacientes no presentan diferencias significativas entre el entorno rural y urbano.

Conclusiones: los pacientes con obesidad mórbida que acuden a los talleres de control de peso cumplen con los criterios de adherencia a la dieta mediterránea en un porcentaje elevado, que incluso es algo superior en el contexto rural. Está previsto continuar con el estudio para comprobar si los datos cambian tras realizar el taller de control de peso.

Tabla I. Descripción de la muestra aleatoria

Total n	110
<i>Sexo n (%)</i>	
Hombres	32 (29,09)
Mujeres	78 (70,91)
Edad (años), media	47
Peso (kg), media	120,43
Talla (m), media	1,64
IMC (kg/m ²), media	44,77
<i>Entorno n (%)</i>	
Rural	60 (54,55)
Urbano	50 (45,45)
<i>Interpretación n (%)</i>	
Buena adherencia	72 (65,45)
Baja adherencia	38 (34,55)

Tabla II. Descripción de la muestra aleatoria según el sexo

	Hombres	Mujeres
Total n	32	78
Edad (años), media	46	47
Peso (kg), media	135	114,42
Talla (m), media	1,71	1,61
IMC (kg/m ²), media	45,83	44,34
<i>Entorno n (%)</i>		
Rural	17 (53,13)	43 (55,13)
Urbano	15 (46,88)	35 (44,87)
<i>Interpretación n (%)</i>		
Buena adherencia	22 (68,75)	50 (64,10)
Baja adherencia	10 (31,25)	28 (35,9)

Tabla III. Descripción de la muestra aleatoria según la adherencia a la dieta mediterránea

	Adherencia	
	Buena	Baja
Total n	72	38
<i>Sexo n (%)</i>		
Hombres	22 (30,56)	10 (26,32)
Mujeres	50 (69,44)	28 (73,68)
Edad (años), media	49	43
Peso (kg), media	116,7	127,51
Talla (m), media	1,63	1,65
IMC (kg/m ²), media	43,69	46,82
<i>Entorno n (%)</i>		
Rural	40 (55,56)	20 (52,63)
Urbano	32 (44,44)	18 (47,37)

P.019 Prevalencia de obesidad y sobrepeso en pacientes con enfermedad de Cushing en remisión

P. Moreno Moreno, C. Muñoz Jiménez, M. R. Alhambra Expósito, I. Prior Sánchez, M. Á. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: la morbilidad en pacientes con enfermedad de Cushing (EC) en remisión es solo parcialmente reversible. Obesidad y sobrepeso persisten con una prevalencia de hasta el 40% en pacientes con EC en remisión, y su persistencia parece estar en relación con la duración de la enfermedad antes de la remisión.

Objetivo: describir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en pacientes con EC en remisión y su relación con la duración de la enfermedad antes de la remisión.

Métodos: estudio descriptivo de pacientes con EC (1995-2015). Variables analizadas: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tiempo desde el diagnóstico hasta remisión de EC, hipercortisolismo, obesidad/sobrepeso al diagnóstico y tras remisión de EC. Análisis estadístico (SPSS para Windows v.22): t-student para comparación de medias y McNemar para comparación de proporciones.

Resultados: 49 pacientes con EC. Edad $44,43 \pm 15,29$ años. Mujeres: 89,8%. Al diagnóstico de EC: normopeso 19,2%, sobrepeso 35,5% (22,6% de grado I y 12,9% de grado II) y obesidad 45,3% (19,4% de grado I, 9,7% de grado II, 9,7% de grado III y 6,5% de grado IV). Tratamiento con cirugía transesfenoidal: 87,8%, el 63,6% presentaron remisión de EC. De los pacientes en remisión, al diagnóstico de EC presentaron normopeso 27,6%, sobrepeso 22,3% (16,7% de grado I y 5,6% de grado II) y obesidad 50,1% (27,8% de grado I, 11,1% de grado II, 5,6% de grado III y 5,7% de grado IV). Tras remisión de EC: normopeso 28,6% ($p = 0,9$), sobrepeso 33,3% (19% de grado I y 14,3% de grado II; $p > 0,05$) y obesidad 38,1% (9,5% de grado I, 23,8% de grado II, 4,8% de grado III; $p > 0,05$). Pacientes con normopeso vs. obesidad/sobrepeso en última revisión: duración de EC antes de la remisión $41,16 \pm 34,54$ vs. $30,71 \pm 31,99$ meses ($p = 0,78$), cortisol libre urinario inicial $509,86 \pm 700,44$ vs. $798,23 \pm 764,65$ mcg/24 horas ($p = 0,73$), ACTH inicial $75,21 \pm 39,38$ vs. $91,68 \pm 65,47$ pg/ml ($p = 0,79$). IMC al diagnóstico $30,26 \pm 7,70$ kg/m², tras remisión $29,60 \pm 6,39$ kg/m² ($p = 0,38$).

Conclusiones: la prevalencia de obesidad/sobrepeso no se reduce de forma significativa al alcanzar la remisión de la EC. En nuestra serie, la persistencia de obesidad/sobrepeso no se asocia con una mayor duración de la enfermedad antes de la remisión, ni con los niveles de hipercortisolismo o ACTH inicial.

P.020 Revisión de gestantes con diabetes mellitus de tipo 1 y sobrepeso/obesidad

P. Moreno Moreno, I. Prior Sánchez, R. Palomares Ortega, M. R. Alhambra Expósito, C. Muñoz Jiménez, M. A. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: las mujeres gestantes con sobrepeso u obesidad tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el emba-

razo, al igual que las gestantes con diabetes mellitus de tipo 1 (DM-1).

Objetivo: describir la prevalencia de sobrepeso/obesidad en gestantes con DM-1 y las complicaciones asociadas.

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo de gestantes con DM-1 (2004-2012). Variables analizadas: edad, índice de masa corporal inicial (IMC), HbA1c, abortos, tipo de parto y malformaciones fetales. Análisis estadístico (SPSS para Windows v. 22): T student para comparación de medias y Chi-cuadrado para comparación de proporciones.

Resultados: 132 gestaciones en mujeres con DM-1. Edad $29,93 \pm 4,53$ años. Al inicio del embarazo presentaron normopeso el 51,4%, sobrepeso el 35,2% (11,4% de grado I y 23,8% de grado II) y obesidad el 10,5% (7,6% de grado I, 1,9% de grado II, 1% de grado III). El 2,9% presentaron IMC $< 18,5$ kg/m². Normopeso vs. sobrepeso/obesidad: embarazos no programados 70,4 vs. 66,7% ($p = 0,85$); HbA1c (%) previa gestación $7,39 \pm 1,42$ vs. $7,37 \pm 1,22$ ($p = 0,98$), primer trimestre $7,34 \pm 1,72$ vs. $7,08 \pm 1,31$ ($p = 0,88$), segundo trimestre $6,31 \pm 0,81$ vs. $6,45 \pm 0,77$ ($p = 0,31$), tercer trimestre $6,53 \pm 0,78$ vs. $6,51 \pm 0,77$ ($p = 0,88$); peso del recién nacido (RN) $3.516,06 \pm 735,22$ vs. $3.617,07 \pm 693,10$ g ($p = 0,42$); talla del RN $50,89 \pm 2,43$ vs. $50,76 \pm 2,54$ cm ($p = 0,76$). Complicaciones maternas y neonatales (%) normopeso vs. sobrepeso/obesidad: hipoglucemias maternas 3,7 vs. 6,7 ($p = 0,7$); hipertensión gestacional 5,7 vs. 12,2 ($p = 0,3$); abortos 3,8 vs. 9,5 ($p = 0,33$); parto inducido 57,8 vs. 61 ($p = 0,92$); cesárea 38 vs. 54,5 ($p = 0,12$); macrosomía 29,4 vs. 24 ($p = 0,71$); malformaciones 7,8 vs. 7,1 ($p = 0,78$); hipoglucemias en RN 6,1 vs. 4,7 ($p = 0,93$).

Conclusiones: en nuestra serie, la prevalencia de sobrepeso/obesidad en gestantes con DM-1 es alta, ya que se presenta casi en la mitad de los embarazos. No se han observado diferencias en el control glucémico durante la gestación ni en la aparición de complicaciones maternas ni neonatales asociadas a sobrepeso/obesidad.

P.021 Beneficios de la exenatida semanal sobre el control del peso en pacientes diabéticos obesos

V. Ávila Rubio¹, J. L. Miranda-Méndez², M. de Paco-Moya²

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia. Caravaca de la Cruz, Murcia

Introducción: los análogos de GLP-1 representan una importante herramienta terapéutica para el abordaje integral del paciente diabético obeso.

Objetivo: analizar los resultados del tratamiento con exenatida semanal (exenatida-LAR) sobre parámetros antropométricos y control glucémico en pacientes diabéticos obesos.

Métodos: análisis longitudinal retrospectivo con 1 año de seguimiento sobre 30 pacientes con DM de tipo 2 (DM2) evaluados en la consulta de Endocrinología del Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz que inician tratamiento con

exenatida-LAR, según indicaciones aprobadas en su ficha técnica, durante 2013-2015. Se analizan los cambios en peso, IMC, HbA1c y glucemia plasmática en ayunas (GA) a los 6 y 12 meses de tratamiento.

Resultados: edad media de la población 59 ± 9 años, proporción mujeres/varones 52%/48%, tiempo medio de evolución de la DM2 $8 \pm 5,7$ años. Prevalencia de FRCV: 7,4% fumadores activos, 74% HTA, 81,5% dislipemia, 3,7% cardiopatía isquémica. El 33% presenta complicaciones crónicas: nefropatía 18,5%, retinopatía 14,8% y polineuropatía 3,7%. Tratamiento previo: 44,4% metformina en monoterapia, 25,9% metformina e inhibidor de la DPP-IV, 11% metformina y pioglitazona, 11% metformina y otro análogo de GLP-1, 3,7% sulfonilurea y 3,7% solo dieta.

Datos antropométricos y analíticos basales: peso $99,5 \pm 16,4$ kg, IMC $36,9 \pm 5,2$ kg/m², HbA1c $7,9 \pm 1,7\%$; glucemia basal 167 ± 72 mg/dl. A los 6 meses de tratamiento observamos una pérdida de peso significativa de 3,9 kg ($p = 0,047$), así como

un descenso significativo de HbA1c en el 0,96% ($p = 0,004$). Estos cambios son mantenidos tras 1 año de tratamiento: -4,4 kg ($p = 0,046$) y -0,7% HbA1c ($p = 0,06$) respecto a los basales. El 37% de los pacientes alcanzan el objetivo de HbA1c $<7\%$ a los 6 meses. En cuanto al IMC y la GA también observamos un descenso con tendencia a la significación: -1,35 kg/m² ($p = 0,1$) y -30 mg/dl ($p = 0,07$) a los 6 meses; -2,49 kg/m² ($p = 0,09$) y -36 mg/dl ($p = 0,1$) al año de tratamiento (Figs. 1 y 2).

Conclusiones: en nuestra experiencia, exenatida-LAR constituye una opción terapéutica eficaz para el abordaje global de la DM2 en pacientes obesos, favoreciendo una pérdida de peso significativa y mantenida a lo largo del tiempo.

P.022 Evaluación nutricional de los pacientes para trasplante hepático

A. D. Herrera Martínez, A. Barrera Martín, R. Bahamondes Opazo, Á. Rebollo Román, M. J. Molina Puerta, G. Manzano García, M. Á. Gálvez Moreno, A. Calañas Continente

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: la malnutrición calórico-proteica afecta al 65-100% de los pacientes con hepatopatías crónicas. El deterioro del estado nutricional se asocia con un peor pronóstico en pacientes cirróticos, especialmente en los trasplantados.

En estos pacientes la malnutrición es multifactorial: disminución de la ingesta, hipercatabolismo proteico, síntesis proteica insuficiente y malabsorción. La mejoría del estado nutricional podría mejorar la evolución y pronóstico tras el trasplante hepático (TH).

Objetivo: describir el estado nutricional en pacientes previo al trasplante hepático y analizar la evolución clínica tras él.

Pacientes y métodos: estudio transversal retrospectivo. Se incluyeron características clínicas, bioquímicas y antropométricas de 213 pacientes evaluados durante el periodo 2005-2015. Los resultados se analizaron en SPSS 15.0.

Resultados: 79,8% hombres, 20,2% mujeres, con una edad media de $53,7 \pm 8,8$ años, IMC previo al TH: $27,5 \pm 5,1$ kg/m²; 33,2% con Child Pugh $>10\%$ puntos y hepatocarcinoma asociado en el 25,7%. En el 63% de los casos existía malnutrición; 42,9% tuvo pérdida de peso previa a la evaluación y 43,3% clínica gastrointestinal. La pérdida de masa subcutánea y muscular fue de 46% y 44,1%, respectivamente. El TH se realizó en el 43,5% de los casos. La mortalidad se asoció a un mayor IMC ($p = 0,029$), mayor porcentaje de peso ideal ($p = 0,04$), una menor circunferencia del brazo ($p = 0,014$), menor circunferencia muscular del brazo ($p = 0,001$) y su porcentaje ($p < 0,001$). Los pacientes con cirrosis etílica presentaron mayor IMC ($p = 0,03$), mayor porcentaje de pliegue tricótipal ($p = 0,006$), pero menor porcentaje de circunferencia muscular del brazo ($p = 0,034$), y menores niveles de albúmina ($p = 0,002$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el estado nutricional en pacientes con enfermedad hepática viral o autoinmune.

Conclusiones: en nuestra serie el 63% de los pacientes evaluados presentaron desnutrición. Un mayor nivel de IMC (pro-

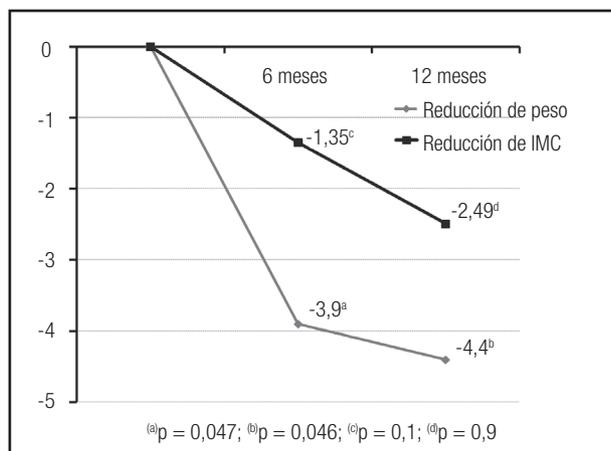


Figura 1.

Reducción de peso e IMC (kg/m²).

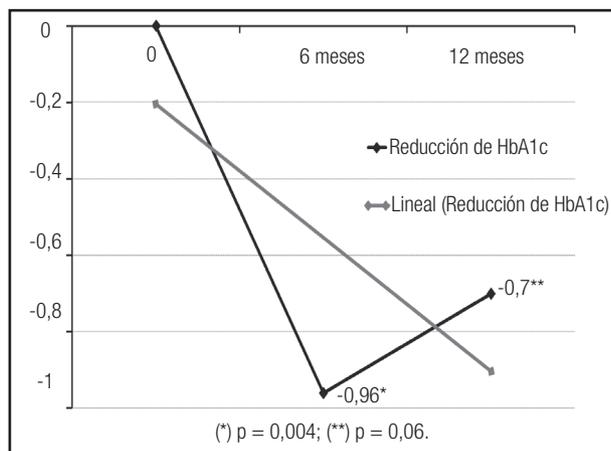


Figura 2.

Reducción de HbA1c (%).

bablemente asociado a edemas y ascitis), así como una menor circunferencia muscular del brazo y su porcentaje se asociaron a mayor mortalidad. Los pacientes con cirrosis etílica tienen peor estado nutricional comparado con otras etiologías.

P.023 Elaboración de un experimento de elección discreta para evaluar las preferencias de pacientes y profesionales por la nutrición enteral domiciliaria

G. Olveira Fuster¹, M. Á. Martínez Olmos², B. Fernández de Bobadilla³, M. Ferrer⁴, N. Virgli⁵, B. Vega⁶, M. Mercedes⁷, M. Layola⁷, L. Lizán⁸, M. Tríbaldo Causadias⁹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Hospital Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña. ³Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. ⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁵Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁷Nestlé Health Science. Barcelona. ⁸Outcomes 10. Castellón

Introducción: el experimento de elección discreta es una técnica utilizada para estimar la importancia dada a las características que definen un producto.

Objetivo: conocer las preferencias por las características de la nutrición enteral domiciliaria (NED) administrada por sonda expresadas por los pacientes y sus cuidadores, así como por los profesionales. Además, conocer hasta qué punto coinciden las preferencias expresadas por los pacientes y sus cuidadores en España.

Métodos: los diferentes atributos y niveles de la NED fueron identificados mediante una revisión de la literatura especializada y la opinión de expertos, tanto profesionales como pacientes. Se llevaron a cabo dos grupos focales conformados por pacientes que estaban recibiendo NED (n = 5) y profesionales expertos en su tratamiento (n = 6).

A ambos grupos se les solicitó que identificaran cuáles de los atributos y niveles eran relevantes al seleccionar la NED. Adicionalmente, el grupo focal de pacientes evaluó la redacción de los atributos y niveles haciéndolos comprensibles para otros pacientes. Para definir los escenarios que se deben utilizar en el cuestionario, se realizó un análisis factorial fraccionado utilizando el paquete estadístico CEs del software R.

Resultados: de todas las características presentadas a los grupos focales, los participantes identificaron seis atributos como relevantes. Estos atributos incluían dos niveles cada uno: tolerancia (fácilmente/difícilmente tolerable), adaptación a comorbilidades (adaptable/no adaptable a las comorbilidades), nutrientes y calorías (provee/no provee los nutrientes y calorías necesarias), características del envase (las características hacen que el envase sea de fácil/de difícil manejo), conexiones entre el envase y la sonda de administración (las conexiones son fáciles/difíciles de realizar) e información (el envase incluye/no incluye información sobre la composición y la marca). De los 64 posibles, el análisis factorial fraccionado generó 8 pares de escenarios que cumplían con las propiedades de ortogonalidad y balance.

Conclusiones:

- Los primeros pasos para el desarrollo del experimento de elección discreta permitieron detectar los atributos principales de los productos para la NED.
- El siguiente paso es calcular valores de preferencias (utilidad) para cada escenario y cuantificar la importancia de cada uno de estos atributos para pacientes y profesionales.

P.024 Valoración del estado nutricional de pacientes en prediálisis

M. P. Gil Ordóñez, D. Romero Silva, E. Marín Bernard, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz

Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: las alteraciones en el estado nutricional constituyen un hallazgo frecuente en pacientes con insuficiencia renal. El impacto de la enfermedad renal sobre la composición corporal constituye por sí mismo un factor de morbimortalidad en esta población, por lo que la valoración nutricional para detectar cuadros deficitarios es imprescindible en la fase de prediálisis orientada a mejorar la calidad de vida y al mantenimiento de la función renal.

Objetivo: valoración del estado nutricional en pacientes en prediálisis al ingreso hospitalario.

Métodos: estudio observacional transversal y descriptivo en el que se ha evaluado el estado nutricional mediante la valoración de talla, peso, perímetro de pierna (PP), circunferencia del brazo (CB) y fuerza, así como los valores bioquímicos de: potasio (K), fósforo (P), albúmina y creatinina. El estudio se ha completado con un cuestionario de frecuencias de alimentos para determinar a posteriori la ingesta de kilocalorías totales y macronutrientes y la valoración cualicuantitativa de la dieta.

Resultados: se incluyeron 20 pacientes en estado de prediálisis (14 mujeres y 6 hombres), con edad media de $61,9 \pm 14,0$ años, peso de $73,9 \pm 20,1$ kg e índice de masa corporal de $28,3 \pm 8,2$ kg/m². El valor obtenido de CB fue de $29,4 \pm 5,2$ cm, de PP fue de $36,9 \pm 6,2$ cm y fuerza muscular $19,1 \pm 5,2$ (promedio entre mano dominante y no dominante). Los valores medio de los parámetros bioquímicos fueron de $3,7 \pm 1,2$ mg/dl (creatinina), $3,8 \pm 0,5$ g/dl (albúmina), $4,5 \pm 0,1$ mEq/l (K) y $3,9 \pm 0,7$ mg/dl (P).

La ingesta media fue de 2.158 kcal con una distribución porcentual de 18,0 % para proteínas, 47,0% para carbohidratos y 35% para grasas.

Conclusiones: se ha observado que el 75% de los pacientes presentan sobrepeso y llevan a cabo una dieta hiperproteica. Estas características previsiblemente acelerarán el deterioro renal, poniendo en riesgo no solo la salud de los pacientes, sino también acortando el tiempo de progresión hacia la diálisis o el trasplante renal. Se debe revisar la educación nutricional a fin de paliar los defectos que llevan a estos pacientes a consumir una dieta hiperproteica e intentar reducir el exceso de peso.

P.025 Valoración nutricional de los pacientes candidatos a trasplante de hígado por cirrosis hepática enólica

I. Torres Aguilera, J. Torrecilla Romero, G. Lobo Támer, A. J. Pérez de la Cruz, A. Vellido Villagómez, P. Hidalgo Cardador, C. García Serrano

Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: la cirrosis es el resultado final de la evolución clínica de todas las enfermedades crónicas del hígado. Una de las causas más comunes es el abuso del alcohol. La mayoría de estos pacientes derivan calorías de los alimentos hacia el consumo de este, obviando las ingestas principales del día. El alcohol interfiere negativamente en el metabolismo de los principios inmediatos y la absorción de vitaminas, provocando malnutrición. Si la enfermedad empeora, el tratamiento más eficaz, y a veces la única alternativa, será el trasplante de hígado.

Objetivo: valorar el estado nutricional de pacientes diagnosticados de cirrosis hepática enólica que van a ser sometidos a trasplante hepático (TH).

Métodos: la muestra incluye a 43 pacientes del área de Granada y Jaén con cirrosis hepática enólica candidatos a trasplante de hígado. Las variables analizadas fueron sexo, edad, parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro braquial, perímetro pantorrilla, pliegues cutáneos), bioimpedancia eléctrica y variables clínicas (encefalopatía hepática, edemas y/o ascitis, varices esofágicas, hernias, diabetes mellitus).

Resultados: se observó una alteración en las medidas antropométricas y bioimpedancia, ya que la retención anormal de líquidos no permitió una valoración correcta de la composición corporal.

Se observa una pérdida importante de peso en 32 pacientes, indicativo de riesgo nutricional. En el resto de pacientes se observó ganancia ponderal, pero a expensas de líquido ascítico y edemas, lo que repercute de forma negativa en peso e IMC, siendo este último de $28,5 \pm 5,5$ kg/m². El pliegue cutáneo más afectado fue el subescapular, disminuido en el 49% de pacientes.

Conclusiones: valorar el estado nutricional de estos pacientes es una labor complicada y aleatoria debido a las variables de confusión que introducen las comorbilidades que presentan, de ahí la importancia del seguimiento de las ingestas para minimizar el riesgo de desnutrición.

P.026 Relación entre estado nutricional y patología pulmonar en candidatos a trasplante

A. Barrera Martín, A. D. Herrera Martínez, R. Bahamondes Opazo, Á. Rebollo Román, P. Moreno Moreno, V. Ávila Rubio, M. J. Molina Puerta, G. Manzano García, M. Á. Gálvez Moreno, A. Calañas Continente

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: el estado nutricional es un factor importante que condiciona el pronóstico del paciente candidato a trasplante pulmonar. Desnutrición y obesidad se asocian con mayor morbimortalidad peritransplante.

Objetivo: conocer el estado nutricional pretrasplante pulmonar y estudiar posibles asociaciones con la enfermedad de base.

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados previamente al trasplante (marzo de 2008 a noviembre de 2015). Variables analizadas: epidemiológicas, diagnósticas, antropométricas, impedanciométricas y bioquímicas. Diagnóstico nutricional mediante valoración subjetiva global y *score* nutricional de Zhang. Análisis estadístico: SPSS®v.19.0. (t de Student comparación de medias y Chi-cuadrado/test exacto de Fisher para proporciones).

Resultados: 328 pacientes (71,6% hombres/28,4% mujeres) de $50,6 \pm 12,7$ años; 139 pacientes (42,4%) con enfermedad obstructiva (enfisema, bronquitis); 115 (35,1%) con intersticial (fibrosis pulmonar); 50 (15,2%) con séptica (fibrosis quística/bronquiectasias) y 24 (7,3%) con otras patologías. IMC medio $25,2$ kg/m²(QR 13,1-37,4 kg/m²), 32 pacientes (9,8%) con IMC < 18,5 kg/m², la mayoría del grupo séptico (62,5%; $p < 0,001$). 168 pacientes (51,2%) con IMC > 25 kg/m², la mayoría del grupo intersticial (50,6%; $p < 0,001$). 128 pacientes (39%) con IMC 18,5-25 kg/m², la mayoría del grupo obstructivo (49,2%; $p = 0,045$) (Fig. 1).

La desnutrición, presente en 134 pacientes (40,9%), se asocia con la etiología séptica (31,3%; $p < 0,001$) mientras que la normonutrición se relaciona con la intersticial (45,4%, $p < 0,001$). La desnutrición grave ($n = 6$; 4,9%) se asocia de forma directa con el patrón séptico ($p = 0,005$) e inversa con el intersticial ($p = 0,013$).

El tipo de desnutrición más frecuente es el calórico. En estas enfermedades más prevalentes son las obstructivas ($n = 46$, 45,1% de las desnutriciones calóricas, $p = NS$), en la desnutrición mixta, las sépticas ($n = 7$, 38,9%, $p = 0,011$) y en la proteica, las intersticiales ($n = 6$, 42,9%, $p = NS$) (Fig. 2).

Las diferencias entre variables analizadas según patología pulmonar se presentan en la tabla I.

Conclusiones:

- Cerca de la mitad de los enfermos pulmonares graves presentan desnutrición, especialmente los que tienen enfermedades sépticas.

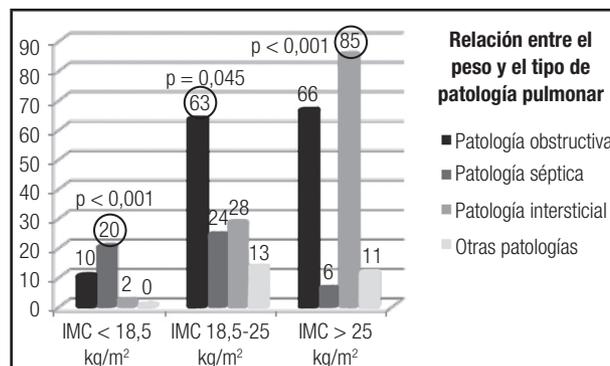


Figura 1.

Distribución de los distintos grupos de patología pulmonar según IMC.

Tabla I.

			P
Pliegue tricúspital (%)	Séptico vs. resto	71,3 ± 47,9 vs. 107,0 ± 49,5	< 0,001
	Intersticial vs. resto	120,6 ± 55,9 vs. 91,2 ± 44,6	< 0,001
Circunferencia muscular del brazo (%)	Intersticial vs. resto	122,2 ± 91,0 vs. 103,6 ± 16,3	0,004
Pliegue subescapular (%)	Obstrutivo vs. resto	70,8 ± 27,5 vs. 79,8 ± 38,8	0,015
	Séptico vs. resto	52,0 ± 32,0 vs. 80,3 ± 33,4	< 0,001
	Intersticial vs. resto	93,3 ± 35,1 vs. 66,6 ± 30,8	< 0,001
Masa grasa (%)	Obstrutivo vs. resto	26,0 ± 8,6 vs. 28,8 ± 11,2	0,013
	Séptico vs. resto	18,4 ± 10,0 vs. 29,2 ± 9,5	< 0,001
	Intersticial vs. resto	32,9 ± 9,3 vs. 24,7 ± 9,6	< 0,001
Masa libre de grasa (%)	Intersticial vs. resto	66,7 ± 9,7 vs. 78,2 ± 50,5	0,019
Gasto calórico basal (kcal)	Séptico vs. resto	1.454,0 ± 226,7 vs. 1.552,6 ± 335,7	0,016
	Intersticial vs. resto	1.602,9 ± 386,0 vs. 1.502,7 ± 278,5	0,009
Albumina (g/dl)	Obstrutivo vs. resto	4,1 ± 0,5 vs. 3,8 ± 0,5	< 0,001
	Séptico vs. resto	3,7 ± 0,6 vs. 4,0 ± 0,5	< 0,001
Prealbumina (mg/dl)	Séptico vs. resto	17,1 ± 6,3 vs. 24,4 ± 6,4	< 0,001
	Intersticial vs. resto	25,0 ± 7,3 vs. 22,4 ± 6,5	< 0,001

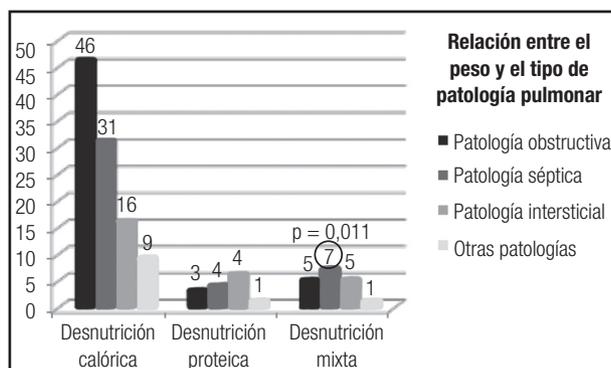


Figura 2.

Distribución de los distintos grupos de patología pulmonar según tipo de desnutrición.

- La patología pulmonar se asocia con el estado nutricional: la séptica con bajo peso, la intersticial con exceso ponderal y la obstructiva con normopeso.
- Cada tipo de desnutrición se relaciona con un grupo de patología pulmonar distinto, siendo estadísticamente significativa la asociación entre desnutrición mixta y patología séptica.

P.027 Inicio de un sistema de cribado nutricional en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz)

F. J. Vilchez López, J. Tamayo Serrato, B. Sánchez Lechuga, A. Montero Galván, M. A. Bailén García, T. Arencibia Rivero, M. Aguilar Diosdado, I. Doménech Cienfuegos

Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: puesta en marcha de un sistema de cribado nutricional al ingreso en el Hospital Puerta del Mar.

Objetivo: implementación de *screening* nutricional al ingreso mediante el sistema CONUT en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz). Los objetivos del presente estudio son:

- Analizar la difusión del cribado entre las diferentes unidades.
- Evaluar la mortalidad y la estancia hospitalaria en función del riesgo nutricional al ingreso.

Métodos: de acuerdo con la Unidad de Análisis Clínicos se planifica la realización sistemática del CONUT en todas las analíticas generales diarias realizadas en el laboratorio del Hospital. Diariamente se envía a la Unidad de Nutrición el listado de pacientes con CONUT positivo, para evaluar clínicamente a los pacientes con menos de 3 días de ingreso. Se ha realizado análisis de la historia clínica de todos los pacientes para extraer datos demográficos, clínicos y analíticos

Resultados: en los primeros 8 meses de implantación del cribado, se evalúan 1.241 pacientes (55,4% hombres y 44,6% mujeres). El 27% presentan un CONUT > 4. Los servicios con mayor adherencia al programa son Medicina Interna (25,9%), Cardiología (21,8%) y Digestivo (19,2%), y servicios quirúrgicos (14,9%). Los pacientes con riesgo nutricional (CONUT > 4) presentaron un mayor tiempo de estancia hospitalaria (13,52 vs. 10,87 días, $p = 0,001$), y mayor mortalidad intrahospitalaria (17,52% vs. 5,16%, $p < 0,001$).

Conclusiones:

- El sistema de cribado en nuestro centro se realiza de forma regular en los pacientes ingresados en unidades médicas, si bien la difusión en unidades quirúrgicas es por el momento subóptima, por lo que debemos implementar medidas para mejorar la adherencia al programa en estas últimas.

- Los pacientes con riesgo nutricional al ingreso presentan mayor estancia y mortalidad respecto a los pacientes con bajo riesgo.

- La estancia y la mortalidad son superiores en pacientes con riesgo nutricional al ingreso elevado respecto a los pacientes con riesgo moderado.

P.028 Cribado nutricional al ingreso: características de los pacientes con riesgo nutricional elevado en nuestro centro

F. J. Vilchez López, B. Sánchez Lechuga, J. Tamayo Serrato, A. Montero Galván, T. Arencibia Rivero, M. A. Bailén García, M. Aguilar Diosdado, I. Doménech Cienfuegos

Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: evaluación de las características de los pacientes con riesgo nutricional elevado al ingreso.

Objetivo: evaluar las características de los pacientes con riesgo nutricional elevado al ingreso en los primeros 8 meses tras la implementación del sistema de cribado.

Métodos: de acuerdo con la Unidad de Análisis Clínicos se planifica la realización sistemática del CONUT en todas las analíticas generales diarias realizadas en el laboratorio del Hospital. Diariamente se envía a la Unidad de Nutrición el listado de pacientes con CONUT positivo, para evaluar clínicamente a los pacientes con menos de 3 días de ingreso. Se ha realizado análisis de la historia clínica de todos los pacientes para extraer datos demográficos, clínicos y analíticos.

Resultados: de los 1.241 pacientes cribados, 328 pacientes (57,3% varones) presentan un CONUT > 4, el 81,1% un riesgo medio y el 18,9% un riesgo elevado. La mayoría de los pacientes pertenecen a UGC médicas (Medicina Interna 38,7% y Digestivo 25,6%) siendo en unidades quirúrgicas el 13,7%. Los diagnósticos más comunes fueron patología infecciosa (31,1%), cardiovascular (12,8%), digestiva (23,8%), oncológica (15,5%) y otros (16,8%). La estancia media fue de 13,6 días (riesgo medio: 13; riesgo elevado: 15, $p = 0,24$). El 17,7% de los pacientes falleció (riesgo medio: 15%; riesgo elevado: 29%, $p < 0,01$).

Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes con riesgo nutricional pertenecen a unidades médicas, posible consecuencia de una pobre implantación del cribado en unidades quirúrgicas. Los diagnósticos con mayor riesgo nutricional son la patología infecciosa y digestiva.

P.029 Enfoque multimodal de la desnutrición y la diabetes en la patología oncológica del área biliopancreática

M. Molina Vega, J. M. García Almeida, Y. Eslava Cea, J. Roldán de la Rúa, M. A. Suárez Muñoz, F. J. Tinahones Madueño

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: la cirugía del área biliopancreática produce alteraciones tanto a nivel digestivo como metabólico y nutricional, que requieren un equipo médico adecuado para la atención de cada una de estas áreas de forma coordinada.

Objetivo: evaluar la evolución de un conjunto de pacientes sometidos a resección pancreática en cuanto a desnutrición, insuficiencia pancreática exocrina e hiperglucemia dentro de un protocolo de soporte multidisciplinar.

Métodos: se analizan los datos de 30 pacientes atendidos en el Hospital Virgen de la Victoria entre 2013 y 2015. Describimos características demográficas y clínico-analíticas, evolución de parámetros nutricionales y metabólicos, y requerimientos de suplementación nutricional, de enzimas pancreáticas e insulina.

Resultados: edad $63,56 \pm 10$ años; 28% mujeres, 72% varones. Estado nutricional: basal-postoperatorio inmediato: descenso significativo de albúmina y prealbúmina, IMC y colesterol total (CT); aumento significativo de PCR. Postoperatorio inmediato-3-6 meses: aumento significativo en albúmina y CT y descenso significativo en PCR (Tabla I). Al año (datos preliminares): estabilidad con respecto a 3-6 meses en todos los parámetros. Valoración subjetiva global (Tabla II). Reque-

Tabla II

	Normonutridos	Riesgo de desnutrición	Desnutridos
Basal	68,9%	31%	3,8%
Postoperatorio	0%	19,23%	76,9%
3-6 meses	66,7%	22,2%	11,1%
Final	70%	10%	20%

Tabla I. Comparación de variables antropométricas, impedanciométricas y bioquímicas según grupos de patología pulmonar

	Basal	Basal-postoperatorio	Valor de p	Postoperatorio-3-6 m	Valor de p
IMC (kg/m ²)	27,4 ± 4,1	-2,8 ± 2,1	0,000	+0,8 ± 1,5	0,096
Albúmina (g/dl)	3,2 ± 0,5	-0,7 ± 0,8	0,001	+0,9 ± 0,6	0,000
Prealbúmina (mg/dl)	16,8 ± 6,8	-5,1 ± 7,6	0,026	+5,4 ± 8,7	0,081
Colesterol total (mg/dl)	184,6 ± 39,8	-42,5 ± 65,9	0,010	+42,6 ± 42,5	0,007
PCR (mg/dl)	16,2 ± 24,7	+108,1 ± 104,6	0,000	-149,8 ± 86,9	0,000

Tabla III

	Postoperatorio	3-6 meses	Final
Energía (kcal)	593,4 ± 139	608,8 ± 268,9	466,5 ± 430,1
Proteínas (g)	32,1 ± 9,39	36,8 ± 12	20,5 ± 18,7
Insulina (UI)	13 ± 6,6	12,2 ± 6,2	9 ± 2
Enzimas pancreáticas (g)	163.888 ± 40.422	205.000 ± 59.910	211.111 ± 39.747

rimientos suplementación nutricional, insulina y enzimas pancreáticas (Tabla III). Del 66,7% de los pacientes no diabéticos al inicio, el 25% requirió insulina al alta hospitalaria y el 30% a los 3-6 meses. Aumento significativo de la dosis de enzimas pancreáticas entre el postoperatorio 3-6 meses ($p = 003$).

Conclusiones: en los pacientes sometidos a resección pancreática se produce un deterioro del estado nutricional, además del desarrollo de insuficiencia pancreática endocrina y alteraciones del metabolismo hidrocarbonado que, en muchos casos, requieren insulino terapia, por lo que es necesario el desarrollo de equipos multidisciplinares para su abordaje integral.

P.030 Estado nutricional en pacientes ingresados por fractura de cadera. Estudio de casos y controles

M. J. Martínez Ramírez¹, I. Carrillo González¹, C. Tenorio Jiménez¹, I. Pineda Zafra¹, M. Moreno Martínez¹, C. Arraiza Irigoyen¹, A. D. Delgado Martínez², R. Aguilar Peña³

¹Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Universidad de Jaén. Jaén

Introducción: la fractura de cadera es un problema de salud que condiciona importante morbimortalidad, aumento del gasto sanitario, pero sobre todo provoca una inflexión en la calidad de vida del paciente que la sufre. La desnutrición se asocia a un mayor riesgo de fracturas, determinada por menor masa ósea, sarcopenia y peor respuesta neuromuscular.

Objetivos:

- Analizar el estado nutricional del paciente que ingresa en el hospital por fractura de cadera de baja energía, comparado con un grupo de similares características sin antecedentes de fractura. Para ello se valorará: riesgo nutricional y parámetros bioquímicos de desnutrición: colesterol total y albúmina.
- Valorar el estado de funcionalidad y el cognitivo y su relación con la fractura osteoporótica de cadera.

Métodos: estudio de casos y controles. Se incluyeron 43 pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Jaén por fractura osteoporótica de cadera y 45 controles sanos sin antecedentes de fractura, de similar edad y sexo. Para ambos grupos se definieron criterios de inclusión y exclusión. A ambos grupos (en los casos en las primeras 24 horas desde el ingreso) se les realizó una encuesta alimentaria (recordatorio de 24 horas), el *Mini Mental State* (MMS) para valorar el estado cognitivo, y el estado funcional mediante el ADL (*Activity Daily living*). Para valorar el riesgo nutricional se utilizó el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y como parámetros bioquímicos nutricionales se determinaron albúmina y colesterol total. En el análisis estadístico se realizó test de comparación de medias para variables cuantitativas y la χ^2 para las cualitativas.

Resultados: se presentan en las tablas I y II. El grupo de casos presentó una media de edad de 84,5 años, 88% fueron mujeres. Los ingresados por fractura de cadera presentan peor estado cognitivo (MMS) y de funcionalidad (ADL). El grupo de casos presenta mayor frecuencia de riesgo y de desnutrición

Tabla I. Valoración del estado nutricional (ADL), estado cognitivo (MMS) y riesgo nutricional (MNA). Frecuencias de presentación

Variable		Casos (frecuencia %)	Control (frecuencia %)	Valor de p
ADL	4	13 (27,91)	32 (71,11)	0,000
	8	31 (72,09)	13 (28,89)	
MMS	< 10	23 (53,49)	7 (15,56)	0,001
	10-23	13 (30,23)	26 (57,78)	
	23-35	7 (16,28)	12 (26,67)	
MNA	1 (bien nutrido)	26 (66,67)	40 (88,89)	0,021
	2 (en riesgo)	10 (25,64)	5 (11,11)	
	3 (malnutrido)	3 (7,69)	0 (0,0)	

ADL; índice de Katz; MMS: Mini Mental State; MNA: Mini Nutritional Assessment.

Tabla II. Parámetros bioquímicos de desnutrición y fractura de cadera. Diferencia de medias

Variable	Caso/control	Observados	Media (\pm EEM)	Valor de p
Albúmina (g/dl)	Caso	43	3,18 (0,05)	0,0000
	Control	30	3,84 (0,05)	
Colesterol total (mg/dl)	Caso	42	149,79 (5,43)	0,0000
	Control	43	197,30 (8,26)	

($p = 0,021$). Los valores de albúmina y colesterol se encuentran disminuidos significativamente en el grupo de casos frente al de controles, con valores de $p < 0,0001$. No se observaron diferencias en las ingestas dietéticas de macronutrientes, micronutrientes ni de energía.

Conclusiones:

- El riesgo de desnutrición valorado mediante MNA se asocia con la fractura osteoporótica de cadera.
- Tanto la albúmina como el colesterol total se encuentran disminuidos significativamente en pacientes con fractura de cadera frente a los del grupo control.
- La fractura de cadera se asocia con peor estado cognitivo valorado mediante el MMS y peor situación funcional determinada mediante el ADL.

P.031 Gastrostomías percutáneas: incidencia acumulada de complicaciones durante un año

S. Padín López, M. Gonzalo Marín, M. I. Liébana Barranco, M. A. Martín Fontalba, L. Olivas Delgado, I. González Molero, R. Vallejo Mora, J. Abuin Fernández, F. Sánchez Torralbo, G. Oliveira Fuster

Hospital Regional Carlos Haya. Málaga

Introducción: la principal indicación de las gastrostomías percutáneas es mantener la nutrición enteral en pacientes con sistema digestivo indemne, pero que no se pueden nutrir por vía oral de forma correcta y en los que se considere que el periodo de nutrición será superior a 6-8 semanas y la esperanza de vida mayor de 2 meses. La nutrición enteral domiciliaria (NED) es una técnica segura, pero no está exenta de complicaciones. Actualmente existen 5 grupos de complicaciones relacionadas con ella: las mecánicas (relacionadas fundamentalmente con la sonda), gastrointestinales, metabólicas, infecciosas y psicosociales.

Objetivo: describir las complicaciones de las gastrostomías presentadas durante el año 2014 y las características de los pacientes que las presentan.

Métodos: estudio descriptivo transversal llevado a cabo en el Hospital Regional Universitario de Málaga. Se incluyeron y analizaron las complicaciones presentadas en los pacientes con NED a través de gastrostomías percutáneas de enero a diciembre de 2014.

Criterios de inclusión: pacientes con NED a través de gastrostomías percutáneas en seguimiento hospitalario (independiente-

mente de cuándo se colocaron). Se excluyeron pacientes con NED a través de SN enterales y yeyunostomías.

Variables recogidas: demográficos (edad, sexo), diagnóstico, antecedentes, hábitos tóxicos, existencia de cuidador principal, parentesco del cuidador, tipo de gastrostomía (radiológica, endoscópica), forma de administración, índice de Barthel, grado de autonomía, nivel de actividad, quién realiza los autocuidados, número de fármacos y tiempo de permanencia de la gastrostomía en días. Tiempo que llevan con la gastrostomía colocada.

Complicaciones: se identificaron todas las complicaciones aparecidas durante el período de estudio.

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 11.5. Para las variables cuantitativas se ha calculado la media, la desviación típica, los mínimos y los máximos, y para las variables cualitativas se han elaborado tablas de frecuencia.

Resultados: en enero de 2015 el número de pacientes con NED activa atendidos en nuestro hospital era de 92. El número de complicaciones aparecidas durante el año de estudio fue de 128 complicaciones en 55 pacientes.

La mayoría, hombres 56,4%. Edad media 64,9 (mínima 23, máxima 93). Diagnóstico: 41,8% cáncer de cabeza y cuello; antecedentes: HTA 47,7%, hábitos tóxicos: 29% tabaquismo. El 98,2 tenía cuidador principal, en el 38,9% su esposa. Con nivel de dependencia moderado (Barthel) 36,4%. Nivel de actividad limitada: 65,5%. Número de fármacos: 56,5% más de 5. El 85,5% eran GRP. La media de tiempo con la gastrostomía realizada fue de 588,73 días (aprox. 1 año y medio). La mayoría de las complicaciones estuvieron relacionadas con la sonda (complicaciones mecánicas): 29 (52,7%) presentaron pérdida accidental de la vía, de estas, en 13 casos se recogió el motivo: 5 fue por deterioro de la sonda y 4 por balón roto, desplazamiento de la sonda 14 (25,5%) y 11 (20%) granulomas. Infecciosas 9 (16,4%) infección del estoma. Gastrointestinales: vómitos 4 (7,3%) y diarrea 2 (3,6%). Dolor periestomal, 10 (18,2%).

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 11.5. Para las variables cuantitativas se ha calculado la media, la desviación típica, los mínimos y los máximos, y para las variables cualitativas se han elaborado tablas de frecuencia y de porcentajes

Conclusiones: las complicaciones fueron frecuentes y se presentaron en la mitad de los pacientes seguidos. No obstante la mayoría fueron leves que requirieron actuaciones menores.

P.032 Parámetros de metabolismo óseo en fractura de cadera. Un estudio de casos y controles

I. Carrillo González¹, M. J. Martínez Ramírez¹, M. Moreno Martínez¹, C. Tenorio Jiménez¹, C. Gutiérrez Alcántara¹, S. Salcedo Crespo¹, R. Garrido Labella¹, R. Aguilar Peña², M. Delgado Rodríguez³

¹Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. ²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Universidad de Jaén. Jaén

Introducción: la osteoporosis es el resultado del desequilibrio en los mecanismos de formación y reabsorción ósea. La fractura de cadera es la complicación más grave de la osteoporosis y la que se asocia con mayor morbimortalidad. La identificación de individuos con alteración de los distintos parámetros del remodelado y su asociación con el riesgo de fractura nos ayudaría a poder instaurar medidas preventivas

Objetivo: analizar los marcadores de metabolismo óseo: calcio, albúmina, 25-OH- vitamina D, osteocalcina, propéptido, fosfatasa alcalina, CTX-beta *cross-laps*, y su relación con la fractura de cadera.

Métodos: estudio de casos y controles. Se incluyeron 43 pacientes ingresados en el Complejo Hospitalario de Jaén por fractura osteoporótica de cadera y 45 controles sanos sin antecedentes de fractura, de similar edad y sexo. Para ambos

grupos se definieron criterios de inclusión y exclusión. A ambos grupos (en los casos en las primeras 24 horas desde el ingreso) se les determinaron parámetros de metabolismo óseo: albúmina, calcio sérico y calcio corregido, 25-OH vitamina D, osteocalcina, PTHi, fosfatasa alcalina, propéptido amino terminal del procolágeno, CTX-beta *cross-laps*. En el análisis estadístico se realizó test de comparación de medias (T-test) para variables cuantitativas y análisis multivariable con regresión logística condicional, estimándose la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza del 95%.

Resultados: se presentan en las tablas I y II. En el T-test se encuentra que los casos presentan menor calcio sérico corregido ($p < 0,001$), menor osteocalcina ($p = 0,0219$) y mayor CTX ($p = 0,0294$). El calcio sérico presenta una OR = 0,048 (0,008-0,281), albúmina: OR = 0,296 (0,139-0,629), la osteocalcina OR = 0,794 (0,672-0,937), y el CTX: OR = 2,48 (1,146-5,375).

No se encuentra asociación con la 25-OH vitamina D.

Conclusiones: el calcio sérico corregido y la albúmina de forma muy importante y en menor medida la osteocalcina se asocian con disminución del riesgo de fractura osteoporótica de cadera, mientras que el CTX se asocian con aumento del riesgo de fractura de cadera.

No se encuentra asociación de la 25-OH vitamina D con el riesgo de fractura osteoporótica de cadera.

Tabla I. Parámetros de metabolismo óseo. Diferencias de medias (t-test) entre casos (fracturas de cadera al ingreso) y controles

Variable	Caso/control	Observados	Media (\pm EEM)	Valor de p
Ca sérico corregido (mg/dl)	Caso	43	9,01 (0,06)	0,0000
	Control	29	9,54 (0,12)	
Osteocalcina (ng/ml)	Caso	43	17,79 (1,78)	0,0219
	Control	41	23,5 (1,66)	
CTX- β <i>cross-laps</i> (ng/ml)	Caso	43	0,54 (0,046)	0,0294
	Control	40	0,42 (0,028)	

Tabla II. Parámetros de metabolismo óseo y fractura de cadera; regresión logística condicional: estimación de *odds ratio* (OR). Análisis multivariable entre casos (fractura de cadera al ingreso) y controles

Variable	OR (95%)	Valor de p
Calcio sérico (corregido)*	0,048 (0,008-0,281)	0,001
Vitamina D sérica**	0,965 (0,81-1,15)	0,697
CTX*	2,48 (1,146-1,15)	0,021
Osteocalcina*	0,794 (0,672-0,937)	0,006
Albúmina***	0,296 (0,139-0,629)	0,002

*Ajustado por osteocalcina, ingesta de calcio, albúmina y vitamina D sérica.

**Ajustado por osteocalcina, ingesta de calcio, albúmina.

***Ajustado por osteocalcina, ingesta de calcio y vitamina D sérica.

P.033 Obesidad y DM1: necesidades de insulina y control glucémico

Á. Rebollo Román, P. Moreno Moreno, I. Prior Sánchez, A. D. Herrera Martínez, R. Bahamondes Opazo, A. Barrera Martín, R. Palomares Ortega, M. Á. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: en los pacientes con diabetes mellitus de tipo 1 (DM1) es clave el control glucémico para evitar complicaciones a largo plazo. Factores modificables como el sobrepeso desempeñan un papel importante en este control, por lo que actuando sobre ellos se pueden reducir las comorbilidades de la diabetes.

Objetivo: describir la relación existente entre la obesidad y la calidad del control metabólico de pacientes con DM1 expresado en términos de requerimientos de insulina y niveles de hemoglobina glicosilada.

Métodos: estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con DM1 valorados en una consulta del Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante los años 2012 y 2014. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. Análisis estadístico: Kruskal-Wallis realizado con SPSS v.15 para Windows.

Resultados: se incluyeron 147 pacientes, el 58,5% hombres. Edad media de $31,09 \pm 14,3$ años, con un tiempo de evolución de DM1: $13,80 \pm 12,81$ años. Los pacientes con normopeso ($n = 54$; 36,7%) presentaban unos requerimientos medios de insulina de entre $46,48 \pm 24,08$ UI con una HbA1c media de $7,78 \pm 1,62\%$, IC al 95% (7,32-8,24). Aquellos pacientes con sobrepeso ($n = 28$; 19%) tenían una HbA1c media de $7,92 \pm 1,37\%$, IC al 95% (7,39-8,45), y $48,43 \pm 21,60$ UI necesidades de insulina. Los pacientes con obesidad de grado I ($n = 7$; 4,8 %) necesitaban $48,57 \pm 16,02$ UI y su media de HbA1c estaba entre de $8,04 \pm 2,54 \%$, IC al 95% (5,68-10,39). Por su parte, los diabéticos con bajo peso ($n = 4$; 2,7%) presentaban una HbA1c media de $8,65 \pm 0,98 \%$, IC al 95% (5,08-8,22) con $29,00 \pm 11,43$ UI de tratamiento. No existían datos de talla en 54 pacientes (36,7 %), lo que impidió calcular su IMC. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el índice de masa corporal categorizado y el nivel de HbA1c ($p = 0,396$) ni con las necesidades de insulina ($p = 0,384$). Sin embargo, se observa una tendencia de un peor control metabólico y mayores requerimientos de insulina en pacientes con un mayor IMC.

Conclusiones: a pesar de no encontrar una relación estadísticamente significativa, presumiblemente debido al bajo número de pacientes analizados, sí se observa una tendencia de un peor control metabólico y mayores requerimientos insulínicos en aquellos pacientes con un mayor IMC.

P.034 Déficit de vitamina K en pacientes con fibrosis quística y bronquiectasias: algo más que el tiempo de protrombina

G. Oliveira Fuster, V. Contreras, E. Rubio-Martín, N. Porrás-Pérez, R. Vallejo Mora, M. J. Tapia Guerrero, F. Sánchez Torralbo, J. Abuin Fernández, S. Padín López, C. Oliveira

Hospital Regional Universitario de Málaga. IBIMA. Málaga

Introducción: la vitamina K desempeña un papel importante en la coagulación, pero también en el metabolismo del hueso. Los niveles de PT se han utilizado clásicamente para valorar el déficit, pero es un marcador muy tardío. Los pacientes con fibrosis quística (FQ) y bronquiectasias (BQ) podrían tener una prevalencia elevada de déficit subclínico.

Objetivo: determinar la deficiencia de vitamina K en una muestra amplia de pacientes con FQ y BQ mediante técnicas sensibles y su relación con el metabolismo óseo.

Métodos: estudio trasversal. Se analizaron muestras en sangre de pacientes en situación de estabilidad clínica y se midió el tiempo de protrombina y la proteína inducida por el déficit de vitamina K II (PIDVK 2) y la osteocalcina infracarboxilada (OCIC) como marcadores de déficit. Además, medimos como marcadores óseos de formación la osteocalcina (OC) y de resorción los CTX (degradación de los telopeptidos C-terminal del colágeno de tipo I) y los ligandos de RANKL (*Receptor Activator of Nuclear factor κ B Ligand*). Se realizó una densitometría ósea lumbar con *Lunar Prodigy Advance*. Se aplicaron los test Chi-cuadrado y la correlación de Pearson.

Resultados: se estudió a 48 pacientes con FQ y 107 pacientes con BQ. La prevalencia de deficiencia de vitamina K según el TP < 80% fue de 7% en FQ y del 4% en BQ (no significativo entre grupos ns); según los niveles de OCIC mayor al 20% respecto a la OC total fue del 58% en FQ y del 43% en BQ (ns) y, en función de los niveles de PIDVK, fue del 76% y 72% (ns), respectivamente. Los niveles de OCUC correlacionaron significativa y negativamente con la densitometría ósea (z-score) $r = -0,255$ y tiempo de protrombina ($r = -0,208$), y positivamente con los de CTX ($r = 0,482$), OC ($r = 0,588$) y de RANKL ($r = 0,192$). Los CTX también correlacionaron negativamente con la densidad mineral ósea ($r = -0,174$).

Conclusiones: la prevalencia de déficit de vitamina K es elevada en pacientes con BQ y FQ y se asocia a cambios en el metabolismo y densidad mineral ósea.

P.035 Estudio observacional de una población con criterios de desnutrición tras ser tratados con suplementos enterales enriquecidos en β -hidroxi β -metilbutirato cálcico

C. M. Díaz Perdígones¹, I. M. Vegas Aguilar¹, C. Hernández García¹, I. M. Cornejo Pareja¹, M. Molina Vega¹, A. Gómez Pérez², A. Muñoz Garach¹, J. M. García Almeida¹, F. J. Tinahones Madueño¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Hospital Quirón. Málaga

Introducción: los cuadros de desnutrición calórico-proteica asociados a un proceso agudo-grave que precisaron ingreso hospitalario y nutrición parenteral requieren un control tras el alta para una adecuada recuperación nutricional y de la capacidad funcional. Para ello, valoramos los efectos tras una suplementación calórico-proteica específica enriquecida en β -hidroxi β -metilbutirato cálcico en pacientes con desnutrición calórica proteica

Objetivo: valorar la respuesta clínica (estado nutricional, composición corporal y cumplimiento de objetivos terapéuticos) tras

una intervención nutricional durante 3 meses, en pacientes desnutridos al alta mediante un suplemento nutricional energético e hiperproteico enriquecido en β -hidroxi β -metilbutirato cálcico (HMB).

Periodos: basal (V.B) y 3 meses (V.F)

Métodos: estudio observacional en 70 pacientes en los que se realizan determinaciones analíticas (albúmina, prealbúmina, PCR), nutricionales (parámetros antropométricos, composición corporal y dinamometría), tras haber necesitado NPT (nutrición parenteral). Registros de ingesta y soporte nutricional, durante 3 meses.

Resultados: edad media $59,7 \pm 2$ (mujer 55,7% y varones 44,3%). Los diagnósticos principales al ingreso fueron 82,9% motivos quirúrgicos (64,3% oncológicos y 18,6% generales) y 16% motivos médicos.

– *Diagnósticos nutricionales:* la valoración subjetiva global (VSG) al alta mostró un 92% de grado C y 8% de grado B. Los diagnósticos según SEDOM-SENPE mostraban 70% de pacientes recuperados (Tabla I).

- *Adherencia:* muy buena: 80%; regular: 7,1%; mala: 7%.
- *Aporte energético-proteico:* el aporte energético-proteico total (ingesta + suplemento) al inicio son $1.479 \pm 360,2$ kcal y $54,5 \pm 19,4$ g proteínas, siendo de $1.798,3 \pm 461,1$ kcal y $71,6 \pm 24$ g de proteínas al finalizar el tratamiento.
- *Antropometría:* el peso medio habitual fue de $66,85 \pm 12,2$ kg. Se produce un incremento de peso de 3,5 kg en 3 meses de intervención con mejoría en los parámetros masa magra y función muscular (Tabla II).
- *Cambios analíticos nutricionales y de patrón inflamatorio:* Mejoría de los valores de prealbúmina y albúmina, descenso de PCR.

Conclusiones: se observa una alta prevalencia de desnutrición grave (96%) asociada a la enfermedad aguda.

La intervención nutricional consigue aumentar el balance energético con una ganancia de peso y recuperación de los parámetros analíticos nutricionales e inflamatorios.

Tabla I

	A	B	C	
VB	0%	2,9%	97,1%	
VF	75%	16%	9%	
Grado de desnutrición (SEDOM-SENPE)				
	Normonutrido	Desnutrición leve	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
VB	0%	0%	2,8%	97,2%
VF	70%	15%	9%	6%
	kcal ingesta	Proteínas ingesta	Kcal suplemento	Proteínas suplemento
VB	$1.479,92 \pm 360,2$	$54,5 \pm 19,45$	$26,1 \pm 122,92$	$1,44 \pm 6,79$
VF	$1.798,37 \pm 461,1$	$71,65 \pm 24$	$623,33 \pm 168,8$	$34,47 \pm 14,4$

Tabla II

Parámetro	VB	VF
Peso	$66,85 \pm 12,2$	$70,43 \pm 12,5$
IMC	$24,38 \pm 3,6$	$25,7 \pm 3,7$
MG	$17,5 \pm 7,4$	$19,58 \pm 7,04$
MM	$49,37 \pm 9,4$	$50,8 \pm 9,9$
AGUA	$36,1 \pm 6,8$	$37,1 \pm 7,3$
PT	$15,8 \pm 4,3$	$16,1 \pm 4,8$
CB	$27,63 \pm 4,1$	$28,9 \pm 3,7$
Dinamometría	$23,4 \pm 21,4$	$33,2 \pm 26,5$
Albúmina	$3 \pm 0,78$	$3,8 \pm 0,47$
Prealbúmina	$20,6 \pm 8,2$	$25,8 \pm 7,3$
PCR	$26,4 \pm 37,2$	$12,6 \pm 38,5$
Colesterol	$153,8 \pm 42,5$	$179,5 \pm 46$
Linfocitos	$1,6 \pm 0,8$	$1,9 \pm 0,8$

MG: masa grasa; MM: masa magra; PT: pliegue tricípital; CB: circunferencia braquial.

P.036 Hiperparatiroidismo secundario a cirugía bariátrica

M. R. Alhambra Expósito, C. Muñoz Jiménez, P. Moreno Moreno, M. J. Molina Puerta, M. Á. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: en las técnicas quirúrgicas en las que se asocia un componente malabsortivo puede existir un déficit de vitaminas liposolubles (sobre todo de vitamina D y A) y si además el duodeno queda excluido, la absorción del calcio está comprometida, lo cual a la larga puede conducir al desarrollo de un hiperparatiroidismo secundario (HPS) y un descenso de la masa ósea. Slater y cols. demostraron que a los 2 años después de la cirugía, el 48% de sus enfermos presentaban HPS.

Objetivo: describir la prevalencia de HPS tras la cirugía bariátrica.

Métodos: estudio transversal. Se incluyó una muestra de pacientes sometidos a cirugía bariátrica de 2001 a 2011 en nuestro hospital. Analizamos la historia clínica, los niveles de PTH, 25OHVit D y el tratamiento o no con 880 UI de vitamina D. Los resultados se analizaron con el programa SPSS 18.0.

Resultados: se incluyeron 604 pacientes (41,97 ± 10,48 años, IMC previo 51,22 ± 8,58 Kg/m², 76,7% mujeres). Tras 5,3 ± 2,9 años, el 46,9% de los pacientes presentaban un hiperparatiroidismo. El 11,8% de los pacientes presentaban unos niveles de 25OHVit D insuficientes, el 53,2% deficientes y el 35% suficientes. Existe una correlación inversa entre los niveles de PTH y los de 25OHVitD (rho -0,107; p = 0,042). Los pacientes sin HPS tienen una media 25OHVitD de 31,5 ± 15,6 ng/dl vs. los pacientes con HPS que es de 25,7 ± 12,4 ng/dl (p < 0,001).

De los pacientes con HPS, el 11,5% tiene unos niveles de 25OHVit D insuficientes, el 70,8% deficientes y el 17,7% suficientes. En el caso de pacientes sin HPS, los niveles de 25OHVit D son 12%, 41,6% y 46,4%, respectivamente (p = 0,000). De

los pacientes con HPS, el 55,3% de los pacientes no toman el tratamiento prescrito de Vitamina D y el 44,7% de los que no lo tienen (p = 0,056).

Conclusiones: la prevalencia de HPS en nuestra serie es similar a la descrita en la literatura especializada. En la mayoría de los casos se debe a un déficit de vitamina D. Este déficit es similar al de la población general, a pesar de la suplementación con 880 UI.

P.037 ¿Es la edad un factor restrictivo en la cirugía bariátrica?

M. R. Alhambra Expósito, M. J. Molina Puerta, P. Moreno Moreno, I. Prior Sánchez, M. Á. Gálvez Moreno

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: el criterio de edad para indicar la cirugía bariátrica (CB) inicialmente se restringió a la población adulta joven (18-60 años), pero experiencias posteriores mostraron que la edad fisiológica es más importante que la cronológica, permitiendo ofrecer esta alternativa a personas mayores. En los últimos años, este criterio es cada vez más permisivo por el incremento en la esperanza y calidad de vida.

Objetivo: evaluar si la pérdida de peso y resolución de las comorbilidades es similar en personas intervenidas de cirugía bariátrica con más de 60 años.

Métodos: estudio transversal. Se incluyeron 604 pacientes (41,97 ± 10,48 años, IMC previo 51,22 ± 8,58 kg/m², 76,7% mujeres) sometidos a CB. Analizamos la historia clínica, edad, porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) y presencia de comorbilidades antes y después de la cirugía. Clasificamos a los pacientes según la edad en menores de 60 (G1) y mayores o igual a 60 años (G2). Los resultados se analizaron con el programa SPSS 18.0.

Resultados: el 2% (12 pacientes) tenía 60 o más años. En la tabla I se muestran las características basales y tras la cirugía de

Tabla I. Características basales y tras cirugía bariátrica

	Total	Grupo 1 < 60 años	Grupo 2 ≥ 60 años	p
Sexo (mujeres)	76,7	76,9	66,7	0,409
Edad (años)	41,97 ± 10,49	41,58 ± 10,22	61,17 ± 2,02	0,000
IMC precirugía (kg/m ²)	51,23 ± 8,57	51,25 ± 8,58	50,46 ± 8,49	0,753
DM precirugía (%)	22,1	21,5	54,5	0,009
HTA precirugía (%)	38,6	38	72,7	0,019
SAOS precirugía (%)	13	12,7	27,3	0,154
Dislipemia precirugía (%)	25,4	25,2	36,4	0,410
% EPP	54,26 ± 21,78	54,35 ± 21,94	50,48 ± 14,22	0,453
IMC poscirugía (kg/m ²)	35,28 ± 6,89	35,26 ± 6,91	36,54 ± 5,40	0,522
DM poscirugía (%)	8,5	8,2	25	0,039
HTA poscirugía (%)	13,4	12,9	33,3	0,040
SAOS poscirugía (%)	2,7	2,6	8,3	0,220
Dislipemia poscirugía (%)	11	10,6	33,3	0,013

Tabla II. Prevalencia antes y después de la cirugía de comorbilidades en los pacientes intervenidos con más de 60 años

	Antes	Después	p
DM (%)	54,5	25	0,044
HTA (%)	72,7	33	0,025
SAOS (%)	27,3	8,3	0,037
Dislipemia (%)	36,4	33,3	0,174

los pacientes. La prevalencia de HTA y DM-2 fue mayor en el G2. Tras $5,3 \pm 2,9$ años de seguimiento, no hay diferencia en el PEPP entre los grupos. Existe una correlación inversa entre la edad de cirugía y el PEPP (Rho $-0,301$; $p = 0,000$). Tras la cirugía, los pacientes del G2 tienen mayor prevalencia de DM-2, HTA y dislipemia. En la tabla II se muestra la prevalencia de comorbilidades antes y después de la cirugía en los pacientes del G2; todas las comorbilidades disminuyen de forma significativa salvo la dislipemia.

Conclusiones: en nuestra serie, en los pacientes mayores de 60 años la prevalencia de comorbilidades es mayor que en los pacientes más jóvenes, y este hecho se mantiene tras la cirugía; aun así, la resolución de comorbilidades como DM-2, HTA y SAOS es significativa. El porcentaje de exceso de peso perdido es similar entre ambos grupos de edad, a pesar, de que existe una correlación inversa entre la edad y el PEPP.

P.038 Similitudes y diferencias entre fórmulas de predicción de gasto energético vs. calorimetría indirecta en pacientes con obesidad mórbida

D. Aria del Cobo, J. L. Pereira Cunil, P. Serrano, D. Cano, A. Madrazo, J. Parejo, J. Fraile, D. Tatai, P. P. García-Luna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: el patrón de oro para el cálculo del gasto energético en reposo (GER) es la calorimetría indirecta, pero su determinación requiere de equipo costoso y personal especializado; en la práctica clínica la determinación del gasto energético total (GET) se realiza mediante diversas ecuaciones predictivas, por lo que su validación y concordancia con la calorimetría indirecta acercaría el patrón de oro a la práctica clínica.

Objetivos: determinar qué fórmula de predicción de gasto energético en reposo (GER) se acerca más a los resultados en calorimetría indirecta en pacientes con obesidad mórbida (OM) y analizar las diferencias de las fórmulas de predicción de gasto energético en reposo (GER) en pacientes obesos mórbidos.

Métodos: estudiamos a 36 pacientes con OM, que vemos en la consulta de Nutrición de la Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, de entre 18 y 60 años de edad, descartando embarazo, enfermedades limitantes e invalidante para realizar la

calorimetría indirecta. Las ecuaciones de predicción se basaron en datos de peso real, altura, sexo, edad, masa libre de grasa y masa grasa; se compararon con GER medidos mediante calorimetría indirecta, y la composición corporal se midió por impedanciometría. La precisión de las ecuaciones se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), considerando como mayor índice de concordancia y correlación por encima de 90%, se analizaron el coeficiente de concordancia de Lin y la concordancia mediante el método de Bland y Altman. Como programa estadístico se utilizó SPSS versión 20 and Epidata 4.1.

Resultados: en nuestro estudio el coeficiente de Pearson presenta una correlación positiva con todas las fórmulas, aunque las fórmulas que presentan mayor correlación con el GER obtenida por calorimetría indirecta son: Harris Benedict ($r = 0,782$), OMS con peso y talla ($r = 0,765$), Henry con peso y talla ($r = 0,783$), Bernstein con MLG ($r = 0,772$).

En cuanto al coeficiente de correlación intraclase ninguna de las fórmulas de cálculo de GER presenta una buena concordancia con los datos obtenidos por calorimetría indirecta; la fórmula con un mayor dato de concordancia considerada como regular a buena es la fórmula de Muller (CCI 0,48 IC 95% 0,18-0,69).

En el análisis de los datos mediante el método de Bland y Altman, la fórmula que presenta menor diferencia con relación a la media con los datos de calorimetría indirecta es la fórmula de Muller, obteniendo una diferencia de 44 kcal ($-106 - 194$), y el 95% de las diferencias dentro de $\pm 1,96$ de las desviaciones estándar de dicho promedio.

En el caso del coeficiente de concordancia de Lin, ninguna de las fórmulas presenta buena concordancia, siendo todas inferiores de 0,65 de CC de Lin.

Conclusiones: con los actuales datos de nuestro estudio no hay una fórmula que tenga el 100% de concordancia con los datos obtenidos mediante calorimetría indirecta, aunque en el caso de CCI y el método de Bland y Altman la fórmula que mejor se acerca a los resultados de GER obtenidos mediante calorimetría indirecta es la fórmula de Muller.

P. 039 Descripción del pronóstico según el estado nutricional en pacientes con fibrilación auricular

D. M. Díaz Carrasco¹, J. I. Ramos Clemente Romero²

¹Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva. ²Hospital Infanta Elena. Huelva

Introducción: el estado nutricional de los pacientes con fibrilación auricular puede influir en el pronóstico de esta enfermedad a medio plazo

Objetivo: describir dos grupos de pacientes con fibrilación auricular: uno con desnutrición moderada/severa y otro sin desnutrición o desnutrición leve. Nos hemos centrado en el número de días desde el alta hasta nuevo ingreso, y en la mortalidad en los dos grupos.

Métodos: estudio observacional, retrospectivo, con revisión de pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardiaca entre enero de 2013 y agosto de 2014 en el Hospital Infanta Ele-

na de Huelva (hospital comarcal de 285 camas), con un área de referencia de 168.401 habitantes. Se aplicó el test nutricional VSG en todos los casos, clasificándolos en dos grupos: normonutrido y desnutrición moderada/severa. Usamos el programa SPSS para el análisis de los datos.

Resultados: en el estudio incluimos un total de 52 pacientes con una edad media de 74,8 años, de los cuales un 44,5% son hombres. Un 79,8% de los pacientes tenía asociada insuficiencia cardiaca avanzada con una clase funcional NYHA de III-IV, y un 35,3% una fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor al 45%. Un 47,4% dan como resultado en el test VSG desnutrición moderada/severa (grupo desnutridos); el resto (47,6%) están normonutridos según este test (grupo no desnutridos).

En el grupo de desnutridos hay una mortalidad desde la toma de los datos a los 12 meses de seguimiento del 38,6%, comparada con el 25,7% del otro grupo.

De entre los pacientes que ingresaron de nuevo (22 pacientes en el grupo de desnutridos y 19 el grupo de no desnutridos) el tiempo libre de ingreso de media en el grupo de no desnutridos fue de 157 días frente a 89 días del grupo de desnutridos. Un 23,2% de pacientes ingresaron de nuevo en menos de 30 días en el grupo de desnutridos, y solo un 10,6% del otro grupo. A los 60 días habían vuelto a ingresar en alguna ocasión un 31,5% del grupo de no desnutridos y un 44,2% de los desnutridos.

Conclusiones: en el análisis de nuestros datos podemos intuir una estancia libre de ingresos hospitalarios mayor en el grupo de no desnutridos, así como una mayor mortalidad en el grupo de desnutridos. El grado de desnutrición medido con el test nutricional VSG puede ser un buen indicador pronóstico en pacientes con fibrilación auricular. Serán necesarios nuevos estudios con tamaño muestral mayor para dar valor a nuestra hipótesis.



Nutrición Hospitalaria



Índice de Autores

A

Abuin Fernández J, 28, 30
 Aguayo de Hoyos E, 17
 Aguilar Diosdado M, 25, 26
 Aguilar Peña R, 27, 29
 Alhambra Expósito MR, 21, 32
 Andrades-Ramírez C, 15
 Arencibia Rivero T, 25, 26
 Aria del Cobo D, 33
 Arraiza Irigoyen C, 27
 Arrupea Moreno A, 3, 18
 Ávila Rubio V, 4, 21, 24

B

Baena Gutiérrez R, 3, 17
 Bahamondes Opazo R, 4, 22, 24, 30
 Bailén García MA, 25, 26
 Balsera M, 19
 Barrera Martín A, 4, 22, 24, 30
 Benítez Ávila R, 3, 18
 Benito de Valle Galindo P, 5
 Brozeta Benítez T, 3, 18

C

Calañas Continente A, 4, 22, 24
 Cámara P, 10
 Campos Martín C, 4, 11
 Cano D, 33
 Caracuel García ÁM, 10
 Carrillo González I, 6, 27, 29
 Chamorro Quirós J, 6
 Contreras V, 30
 Cornejo Pareja IM, 30
 Cuellar García A, 5

D

De la Bastida López L, 20
 De la Torre García AM, 3, 17
 De Paco-Moya M, 21
 Delgado Andrade C, 9
 Delgado Martínez AD, 27
 Delgado Rodríguez M, 6, 29
 Díaz Carrasco DM, 33
 Díaz Guerrero MA, 4
 Díaz Perdignes CM, 30
 Diéguez Castillo E, 16, 17
 Doménech Cienfuegos I, 25, 26

E

Eslava Cea Y, 26
 Esteban Gascón A, 3, 18

F

Fernández Buendía A, 20
 Fernández de Bobadilla B, 23
 Fernández del Castillo A, 3, 17
 Fernández Rodríguez V, 19
 Fernández Ruiz MV, 20
 Fernández-Daza Centeno R, 11
 Ferrer M, 23
 Fraile J, 33

G

Gálvez Moreno MÁ, 4, 21, 22, 24, 30, 32
 Gámez Martín I, 3, 17
 García Almeida JM, 26, 30
 García Fernández B, 19
 García Padilla I, 5
 García Pérez F, 5
 García Puche A, 15
 García Rodríguez M, 18
 García Serrano C, 24
 García Torres MD, 4
 García-Luna PP, 3, 18, 33
 Garrido Labella R, 29
 Gil Ordóñez MP, 23
 Gómez Pérez A, 30
 González Abreu V, 11
 González Chaparro AS, 19
 González Molero I, 28
 González Porras C, 19
 González Ramírez AM, 18
 González Sánchez ME, 12, 17
 Gonzalo Marín M, 10, 28
 Gutiérrez Alcántara C, 6, 29
 Gutiérrez Duarte MT, 18

H

Hernández García C, 30
 Herrera Martínez AD, 4, 22, 24, 30
 Herrero-Martín G, 15
 Hidalgo Cardador P, 24

I

Iries Rocamora J, 5

J

Jiménez B, 11
 Jiménez Licera E, 5

L

Layola M, 23
 Liébana Barranco MI, 28

Lizán L, 23

Lobo Támer G, 3, 15, 16, 17, 23, 24
 López R, 10
 López-Pardo Martínez M, 20

M

Madrazo A, 33
 Manrique Vergara D, 12, 17
 Manzano García G, 4, 22, 24
 Marín Bernard C, 3, 17
 Marín Bernard E, 3, 15, 17, 23
 Martín Fontalba MA, 28
 Martín Hernández T, 4
 Martínez Espejo M, 6
 Martínez Olmos MÁ, 23
 Martínez Ramírez MJ, 6, 27, 29
 Martos López A, 10
 Medina J, 11
 Mendiola-Lanao M, 9
 Mera Sánchez MT, 18
 Mercedes M, 23
 Miranda-Méndez JL, 21
 Molina Puerta MJ, 4, 22, 24, 32
 Molina Vega M, 26, 30
 Montero Galván A, 25, 26
 Montero Ponferrada D, 3, 17
 Morán Fagúndez LJ, 12, 17
 Moreno Hidalgo C, 20
 Moreno Martínez M, 6, 27, 29
 Moreno Moreno P, 4, 21, 24, 30, 32
 Muñoz Garach A, 30
 Muñoz Jiménez C, 21, 32

N

Navarro Esteban C, 16

O

Olivas Delgado L, 28
 Olmedo Gamero JM, 3, 18
 Oliveira C, 30
 Oliveira Fuster G, 1, 10, 23, 28, 30

P

Padín López S, 28, 30
 Palomares Ortega R, 21, 30
 Parejo J, 33
 Pereira Cunil JL, 33
 Pérez Ayllón R, 16
 Pérez Clavijo M, 9
 Pérez de la Cruz AJ, 3, 15, 16, 17, 23, 24
 Pérez Roca C, 16, 17

Pineda Zafra I, 27
Pons Morente A, 3, 18
Porras-Pérez N, 30
Prior Sánchez I, 21, 30, 32

R

Rabat Restrepo JM, 4, 11
Ramos Clemente Romero JI, 33
Rebollo Román Á, 4, 22, 24, 30
Rivas F, 10
Rivera Torres A, 12, 17
Roldán de la Rúa J, 26
Romero Silva D, 23
Roncero-Ramos I, 9
Roque Navarrete R, 10
Rubio-Martín E, 30
Rufino-Moya PJ, 9

Ruiz Jiménez P, 16
Ruiz Torralba A, 16, 17

S

Salcedo Crespo S, 6, 29
Sánchez Lechuga B, 25, 26
Sánchez Torralbo F, 28, 30
Santos Álvarez MF, 18
Sanz Sanz A, 18
Serrano P, 33
Silva Rodríguez JJ, 18, 19
Silván Vilme C, 19
Suárez Muñoz MA, 26
Suero García A, 11

T

Tamayo Serrato J, 25, 26
Tapia Guerrero MJ, 10, 30

Tatai D, 33
Tenorio Jiménez C, 6, 27, 29
Tinahones Madueño FJ, 26, 30
Torrecilla Romero J, 16, 24
Torres Aguilera I, 16, 24
Tribaldos Causadías M, 23
Triviño Pozo M, 4

V

Vallejo Mora R, 28, 30
Vega B, 23
Vegas Aguilar IM, 30
Vellido Villagómez A, 24
Vánchez López FJ, 25, 26
Villalón Reyes CI, 16
Villarrubia Pozo AM, 3, 18
Virgli N, 23

NutAvant[®]

PLUS

FÓRMULA COMPLETA

HIPERCALÓRICA E HIPERPROTEICA

 persan
farma

*Innovando e Investigando
por tu salud y bienestar*

www.persanfarma.com



*Disponible en
Pack Multi Sabor*

NutAvant[®]

5 sabores en todas las líneas

28 botellas de 230 ml

Sabor	Código Identificativo
Multi Sabor	504746
Fresa	504448
Chocolate	504449
Cappuccino	504450
Vainilla	504446
Plátano	504447

 persan
farma
www.persanfarma.com

