

Nutrición Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO
SENPE

Órgano Oficial

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

health care

Campofrio

**NUEVOS
DESAYUNOS**

**PREPARADO DE FRUTAS,
LECHE Y CEREALES**

- Listos y preparados para tomar
- Enriquecidos con vitaminas y minerales
- Textura homogénea en frío y caliente

 **Plátano, Cereales y Leche**

 **Cacao, Cereales y Leche**

 **Café, Galleta Maria y Leche**

Descubre nuestras gamas y nueva tienda online en
www.campofriohealthcare.es

Nutrición Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO
SENPE

Órgano Oficial

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

© Copyright 2021. 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
Tarifa suscripción anual (Internacional): profesional 400 € + IVA - Instituciones 514 € + IVA

Esta publicación se encuentra incluida en EMBASE (Excerpta Medica), MEDLINE (Index Medicus), Scopus, Chemical Abstracts, Cinahl, Cochrane plus, Ebsco, Índice Médico Español, preIBECs, IBECs, MEDES, SENIOR, Scielo, Latindex, DIALNET, Science Citation Index Expanded (SciSearch), Cancerlit, Toxline, Aidslite y Health Planning Administration, DOAJ y GFMER

La revista *Nutrición Hospitalaria* es una revista open access, lo que quiere decir que todo su contenido es accesible libremente sin cargo para el usuario individual y sin fines comerciales. Los usuarios individuales están autorizados a leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar o enlazar a los textos completos de los artículos de esta revista sin permiso previo del editor o del autor, de acuerdo con la definición BOAI (Budapest Open Access Initiative) de open access.

Esta revista se publica bajo licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).



La reutilización de los trabajos puede hacerse siempre y cuando el trabajo no se altere en su integridad y sus autores sean adecuadamente referenciados o citados en sucesivos usos, y sin derecho a la producción de obras derivadas.

Suscripciones

C/ Castelló, 128, 1.º - 28006 Madrid - Tel. 91 782 00 30 - Fax: 91 561 57 87
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.

C/ Castelló, 128, 1.º - 28006 Madrid - Tel. 91 782 00 30 - Fax: 91 561 57 87
e-mail: nutricion@grupoaran.com
www.nutricionhospitalaria.org
www.grupoaran.com

ARÁN

www.nutricionhospitalaria.org

Nutrición Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO
SENPE

Órgano Oficial

Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo ■ 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

Departamento de Pediatría. Clínica Universidad de Navarra. Madrid
jmorenov@unav.es

Subdirector

Gabriel Oliveira Fuster

UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga
gabrieloliveiracasa@gmail.com

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
doctorculebras@gmail.com

Coordinadores del Comité de Redacción

Alicia Calleja Fernández

Universitat Oberta de Catalunya (Barcelona)
calleja.alicia@gmail.com

Ignacio Jáuregui Lobera

Universidad Pablo de Olavide (Sevilla)
ijl@tcasvilla.com

Luis Miguel Luengo Pérez

H. U. Infanta Cristina (Badajoz)
luismiguelperez@yahoo.es

Daniel de Luis Román

H. U. de Valladolid (Valladolid)
dadluis@yahoo.es

Miguel A. Martínez Olmos

C. H. U. de Santiago (Santiago de Compostela)
miguel.angel.martinez.olmos@sergas.es

M.ª Dolores Mesa García

Universidad de Granada (Granada)
mdmesa@ugr.es

Consuelo Pedrón Giner

Sección de Gastroenterología y Nutrición. H. I. U. Niño Jesús (Madrid)
consuelocarmen.pedron@salud.madrid.org

María Dolores Ruiz López

Catedrática de Nutrición y Bromatología Universidad de Granada (Granada)
mdruiz@ugr.es

Francisco J. Sánchez-Muniz

Departamento de Nutrición y Ciencias de los Alimentos. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense (Madrid)
frasan@ucm.es

Alfonso Vidal Casariego

C. H. U. de A Coruña (A Coruña)
avoy@hotmail.com

Carmina Wanden-Berghe

Hospital Gral. Univ. de Alicante ISABIAL-FISABIO (Alicante)
carminaw@telefonica.net

Comité de Redacción

Julia Álvarez Hernández (H. U. de Alcalá, Madrid)

M.ª Dolores Ballesteros Pomar (Complejo Asis. Univ. de León, León)

Teresa Bermejo Vicedo (H. Ramón y Cajal, Madrid)

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

Rosa Burgos Peláez (H. Vall d'Hebrón, Barcelona)

Miguel Ángel Cainzos Fernández (Univ. de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña)

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

Miguel Ángel Carbajo Caballero (H. Campo Grande, Valladolid)

José Antonio Casajús Mallén (Universidad de Zaragoza, Zaragoza)

Sebastián Celaya Pérez (H. C. U. Lozano Blesa, Zaragoza)

Ana I. Cos Blanco (H. U. La Paz, Madrid)

Cristina Cuerda Compés (H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid)

Ángeles Franco-López (H. U. del Vinalopó, Elche, Alicante)

Raimundo García García (H. San Agustín, Avilés, Asturias)

Pedro Pablo García Luna (H. Virgen del Rocío, Sevilla)

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

Pilar García Peris (H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid)

Carmen Gómez-Candela (H. U. La Paz, Madrid)

Javier González Gallego (Instituto de Biomedicina (IBIOMED), Universidad de León, León)

Marcela González-Gross (Univ. Politécnica de Madrid, Madrid)

Francisco Jorquera Plaza (Complejo Asist. Univ. de León, León)

Miguel León Sanz (H. U. 12 de Octubre, Madrid)

Gonzalo Martín Peña (Hospital de La Princesa, Madrid)

María Cristina Martín Villares (H. Camino de Santiago, Ponferrada, León)

Isabel Martínez del Río (Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE, México)

José Luis Máuriz Gutiérrez (IBIOMED, Universidad de León, León)

Alberto Miján de la Torre (Hospital General Yagüe, Burgos)

Juan Carlos Montejo González (H. U. 12 de Octubre, Madrid)

Paloma Muñoz-Calero Franco (H. U. de Móstoles, Madrid)

Juan José Ortiz de Urbina González (Complejo Asist. Univ. de León, León)

Carlos Ortiz Leyba (Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)

Venancio Palacios Rubio (H. Miguel Servet, Zaragoza)

José Luis Pereira Cunill (H. Virgen del Rocío, Sevilla)

Antonio Pérez de la Cruz (Universidad de Granada, Granada)

Nuria Prim Vilaró (H. Vall d'Hebrón, Barcelona)

Pilar Ribó Serván (Fundación Jiménez Díaz, Madrid)

José Antonio Rodríguez Montes (H. U. La Paz, Madrid)

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

Jesús Sánchez Nebra (Hospital Montecelo, Pontevedra)

Javier Sanz Valero (Universidad de Alicante, Alicante)

Ernesto Toscano Novella (Hospital Montecelo, Pontevedra)

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

Gregorio Varela Moreira (Univ. CEU San Pablo, Madrid)

Clotilde Vázquez Martínez (H. Ramón y Cajal, Madrid)

Salvador Zamora Navarro (Universidad de Murcia, Murcia)

Consejo Editorial Iberoamericano

Coordinador

A. Gil Hernández

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)

Jesús 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. H. 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)

Luis A. Moreno (Universidad de Zaragoza, España)

S. Muzzo (Universidad de Chile, Chile)

L. A. Nin Álvarez (Universidad de Montevideo, Uruguay)

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. Vannucci (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 CLÍNICA Y METABOLISMO

Presidencia

Dr. Miguel León Sanz

Vicepresidencia

Lluisa Bordejé Laguna

Secretaria

Rosa Burgos Peláez

Coordinador Comité Científico-Educacional

Pilar Matía Martín

Tesorera

M.ª José Sendrós Madroño

Vocales

Miguel Ángel Martínez Olmos
Carmina Wanden-Berghe Lozano
Alicia Moreno Borreguero
Samara Palma Milla

COMITÉ CIENTÍFICO-EDUCACIONAL

Coordinadora

Pilar Matía Martín

Secretaria

Pilar Matía Martín

Vocales

Laura Frías Soriano
María Dolores Ruiz López
Clara Vaquerizo Alonso
Pilar Gomis Muñoz
Cleofé Pérez-Portabella Maristany

Coordinador Grupos de Trabajo SENPE

Alfonso Vidal Casariego

Nutrición Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO
SENPE

Órgano Oficial

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

Sumario

Vol. 38 Suplemento 1

Comunicaciones Orales

Las 6 mejores Comunicaciones Orales	1
Comunicaciones Orales 1	5
Comunicaciones Orales 2	10

Comunicaciones Pósteres

Geriatría	15
Epidemiología y gestión de nutrición	17
Farmacia	21
Investigación traslacional	25
Nutrición artificial domiciliaria	27
Paciente crítico	32
Patologías específicas	41
Pediatría	56
Alimentación oral	59
Paciente quirúrgico	62
Trastornos de la conducta alimentaria	67
Errores innatos del metabolismo	71
Disfagia	72
Otros	76

sumario

DEL 6 AL 8 DE OCTUBRE

M A D R I D

www.congreso-senpe.com

2 0 2 1



36

C O N G R E S O
N A C I O N A L

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO

SENPE

Sede: Hotel Meliá Castilla



Del 6 al 8 de octubre de 2021

www.congreso-senpe.com

JUNTA DIRECTIVA SENPE

Presidente

Miguel León Sanz

Vicepresidente

Luisa Bordejé Laguna

Secretaria

Rosa Burgos Peláez

Tesorera

Maria José Sendrós Madroño

Coordinadora del Comité Científico

Educacional (CCE)

Pilar Matía Martín

Vocales

Miguel Ángel Martínez Olmos

Alicia Moreno Borreguero

Samara Palma Milla

Carmina Wanden-Berghe Lozano

COMITÉ CIENTÍFICO EDUCACIONAL SENPE

Coordinadora

Pilar Matía Martín

Vocales

M. Isabel Ferrero López

Hegoi Seguro Gurrutxaga

Alfonso Vidal Casariego (coordinador
de los grupos de trabajo)

Clara Vaquerizo Alonso

María Dolores Ruiz López

Juan Carlos Pérez Pons



Las 6 mejores Comunicaciones Orales

0-01. La sarcopenia determinada mediante circunferencia de pantorrilla se relaciona con la mortalidad a 3 y 6 meses en pacientes ancianos con fractura de cadera

Francisco Hevilla Sánchez, Francisco José Sánchez Torralvo Sánchez Torralvo, María García Olivares, Verónica Pérez del Río, Gabriel Oliveira Fuster

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción y objetivos: La sarcopenia se relaciona con aumento de caídas, fracturas y discapacidad física, lo que conlleva una mayor morbimortalidad. El objetivo fue evaluar, en pacientes ancianos ingresados por fractura de cadera, la prevalencia de sarcopenia y el riesgo de mortalidad a 3 y 6 meses.

Material y método: Estudio prospectivo, en pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera. Se determinó la presencia de sarcopenia mediante los criterios EWGSOP2, utilizando dinamometría de mano y masa magra apendicular (ASMM), calculada con circunferencia de pantorrilla y con bioimpedancia eléctrica (BIA). Se estudió la relación entre sarcopenia y mortalidad mediante chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 224 pacientes, 79,3 % mujeres y 20,7 % hombres; edad media, 82,7 años. La dinamometría fue $20,4 \pm 9,6$ kg/m² en hombres y $7,6 \pm 6,4$ kg/m² en mujeres. La ASMM calculada mediante BIA fue $21,2 \pm 3,5$ kg en hombres y $15,2 \pm 2,6$ kg en mujeres, determinando una prevalencia de sarcopenia del 43,5 %. Los pacientes con sarcopenia definida por este método presentaron una tendencia a mayor mortalidad a 3 meses (11,5 % frente a 4,5 %, $p = 0,065$) y una mayor mortalidad a 6 meses (19,2 % frente a 8,9 %; IC95 %, 1,01-5,91; $p = 0,045$). La ASMM calculada mediante circunferencia de pantorrilla fue $19,7 \pm 2,4$ kg en hombres y $10,8 \pm 3$ kg en mujeres, determinando una prevalencia de sarcopenia del 72,5 %. Según este método, el riesgo de mortalidad a 3 meses fue 8 veces mayor en pacientes con sarcopenia (12,1 % frente a 1,7 %; IC95 %, 1,05-60,99; $p = 0,018$). El riesgo de mortalidad a 6 meses fue 5,99 veces mayor (19,3 % frente a 3,8 %; IC95 %, 1,38-26,07; $p = 0,007$).

Conclusiones:

1. La prevalencia de sarcopenia en ancianos ingresados con fractura de cadera es alta y se relaciona con la mortalidad a 3 y 6 meses.
2. La presencia de sarcopenia según ASMM estimada por circunferencia de pantorrilla podría ser un buen indicador de mortalidad.

Aspectos éticos: este estudio fue aprobado por el comité ético del hospital, los pacientes firmaron consentimiento informado, y se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki.

0-02. Gastrostomías endoscópicas frente a radiológicas: complicaciones tras 25 años de experiencia

Ana Piñar Gutiérrez¹, Rocío Vázquez-Gutiérrez¹, José Luis Pereira Cunill¹, Pilar Serrano Aguayo¹, Pilar Garrancho Domínguez¹, Dolores Tatay Domínguez¹, Fátima Rodríguez Pappalardo¹, Antonio Jesús Martínez Ortega², Pedro Pablo García Luna¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Introducción y objetivos: En la actualidad no existe evidencia científica suficiente para establecer si las gastrostomías radiológicas producen un mayor número de complicaciones que las endoscópicas. El objetivo fue comparar la prevalencia de complicaciones debidas a la implantación de gastrostomía vía endoscópica vs radiológica en adultos en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes adultos a los que se había realizado una gastrostomía endoscópica o radiológica y que realizaron posteriormente seguimiento en la Unidad de Nutrición del hospital entre los años 1995 y 2020. Para la comparación se realizó el test de chi-cuadrado o el test de Fisher cuando fue preciso. Se realizaron posteriores subanálisis con las distintas técnicas endoscópicas y radiológicas utilizadas a lo largo del tiempo.

Resultados: $n = 896$. A 566 (63,16 %) se les implantó una gastrostomía vía endoscópica y a 330 (36,83 %), vía radiológica. Las indicaciones más frecuentes fueron las enfermedades neurológicas (41,7 %), seguidas de los tumores de cabeza y cuello (33,6 %) (Tabla I).

Conclusiones: En nuestra serie, las gastrostomías muestran un número elevado de complicaciones, pero de carácter "menor". La vía endoscópica presentó un mayor número de complicaciones, especialmente exudado y granuloma, mientras que la vía radiológica produjo mayores complicaciones en cuanto a obstrucción y dilatación. La complicación más grave, peritonitis, fue más frecuente en la endoscópica, pero sin significación estadística.

Aspectos éticos: se siguió la Declaración de Helsinki. No existieron conflictos de interés.

Tabla I.

	Muestra total (n = 896)	Gastrostomía endoscópica (n = 566)	Gastrostomía radiológica (n = 330)	p
Complicaciones	366 (40,8 %)	257 (45,4 %)	109 (33 %)	< 0,001 ^a
Peritonitis	16 (1,8 %)	9 (1,6 %)	7 (2 %)	0,16 ^b
Exudado	214 (24,2 %)	158 (27,9 %)	59 (17,8 %)	0,001 ^a
Salida de la sonda	88 (9,8 %)	66 (11,7 %)	22 (6,6 %)	0,15 ^a
Obstrucción	20 (2,2 %)	7 (1,2 %)	13 (3,9 %)	0,008 ^a
Dilatación del estoma	4 (0,4 %)	0 (0 %)	4 (1,2 %)	0,018 ^b
Sangrado	3 (0,3 %)	1 (0,2 %)	2 (0,6 %)	0,558 ^b
Granuloma	156 (17,4 %)	116 (20,5 %)	40 (12,1 %)	0,001 ^a
Rotura sonda	22 (2,5 %)	15 (2,7 %)	7 (2,1 %)	0,619 ^a
Infección	30 (3,3 %)	20 (3,5 %)	10 (3 %)	0,686 ^a

^aTest chi-cuadrado; ^bTest exacto de Fischer.

0-03. Dismotilidad intestinal y nutrición parenteral domiciliaria: una mirada al pronóstico vital

Alba Rojano¹, Alba Zabalegui¹, Fiorella Palmas¹, Anna Mont¹, Neus Bravo¹, Guillermo Cárdenas¹, Victoria Avilés Carolina Malagelada², Rosa Burgos¹

¹Unidad de Soporte Nutricional. Servicio de Endocrinología y Nutrición.

²Unidad de Dismotilidad Intestinal. Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La dismotilidad intestinal (DI) es una causa poco frecuente de indicación de nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en nuestro país (9 %, Grupo NADYA 2018). En la literatura, se ha reportado un peor pronóstico en pacientes con DI en comparación con otras patologías benignas como el síndrome de intestino corto.

Objetivos: *Primario:* caracterizar a los pacientes con DI que precisan NPD en un hospital de referencia para el estudio y manejo de la DI. *Secundario:* comparar con otros tipos de fallo intestinal los parámetros clínicos y la supervivencia.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Incluimos datos demográficos y clínicos de pacientes con NPD iniciada en HVH desde el 19 de enero de 1997 hasta el 31 de mayo de 2021. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para estimar la probabilidad de supervivencia no ajustada.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 84 pacientes, 21 con DI, 30 % de la serie). Con respecto al resto de patologías benignas, los pacientes con DI tienen tendencia a ser más jóvenes (43,65 años \pm 14,55 frente a 51,34 años \pm 15,68), con un menor IMC inicial (18,1 \pm 4,4 frente a 21,8 \pm 6,5, $p = 0,02$), y con unas mayores necesidades calóricas (34,04 \pm 9,53 frente a 29,05 \pm 7,08, $p = 0,007$). Los pacientes con DI presentaron una mayor

supervivencia durante los primeros 4 años en comparación con otras causas benignas de NPTD, (967 \pm 428 frente a 390 \pm 339, $p = 0,002$). La supervivencia durante el tiempo de estudio global no fue inferior en los pacientes con DI. No se han hallado diferencias en el pronóstico vital entre DI de origen neuropático o miopático.

Conclusión: A diferencia de otras series, los pacientes con dismotilidad intestinal en NPD no tienen un peor pronóstico vital que otras patologías benignas, muy probablemente en contexto de un manejo diagnóstico y terapéutico especializado y multidisciplinar.

0-04. Uso de la nutrición parenteral en el paciente crítico y factores asociados a mortalidad

Juan Carlos López Delgado¹, Lluís Servià Goixart², Teo Grau Carmona³, Esther Mor Marco⁴, M.^a Luisa Bordejé Laguna⁴, Esther Portugal Rodríguez⁵, Carolina Lorencio Cárdenas⁶, Rosa Gastaldo Simeón⁷, Elisabet Navas Moya⁸, Juan Francisco Martínez Carmona⁹, Juan Carlos Yébenes Reyes¹⁰, Juan Carlos Montejo González³

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

²Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ⁵Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ⁶Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Girona. ⁷Hospital de Manacor. Manacor, Palma de Mallorca. ⁸Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ⁹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ¹⁰Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

Introducción y objetivos: La nutrición parenteral (NP) es fundamental para la supervivencia del paciente crítico si la vía enteral está contraindicada. El objetivo de nuestro estudio es describir el

uso en la UCI de la NP, así como sus diferentes formas de administración. También evaluamos variables nutricionales asociadas a mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico (37 hospitales) nacional (registro NCT: 03634943). Se recogieron datos demográficos y comorbilidades, motivo de ingreso, valoración nutricional, dosis calórica-proteica administrada (hasta los 14 días), variables de laboratorio, complicaciones y necesidades de soporte vital. El análisis estadístico se realizó de manera independiente mediante análisis univariante y multivariante (SPSS 20.0).

Resultados: Se incluyeron 229 pacientes que el algún momento recibieron NP durante su ingreso en UCI. La edad media de 63,55 ± 13,9 años; 67,7 % fueron hombres; IMC: 26,9 ± 5,1 kg³m⁻²; APACHE II: 20,3 ± 7,6. El 48 % y el 46,7 % fueron pacientes médicos y quirúrgicos, respectivamente. Solo el 23,6 % (54) recibieron NP precoz (< 48 h). Recibieron una dosis calórica y proteica media de 19,1 ± 6,7 Kcal/Kg/d y 0,99 ± 0,4 g/kg/d, respectivamente. 112 (49 %) recibieron NP total y 117 (51 %) también nutrición enteral (NE o NP mixta). La mortalidad en estos subgrupos fue muy variable, con una menor mortalidad para los pacientes que recibieron NP total (24,11 % frente a 37,21 % (NE-NP) frente a 25,68 % (NP-NE), así como la forma de administración en la NP mixta (Fig. 1). Al analizar factores asociados a mortalidad, se objetivó que un *NUTRIC score* elevado (HR: 1,334; IC 95 %: 1,013-1,758; p = 0,041) se asoció a una mayor mortalidad, mientras que unos niveles de Prealbúmina más elevados el día 7 se asociaron a una menor mortalidad (HR: 0,982; IC 95 %: 0,971-0,994; p = 0,002).

Conclusiones:

1. Existe una gran variabilidad en el uso de NP mixta, que probablemente requiere un mayor consenso.
2. El riesgo nutricional, así como variables de laboratorio, podrían estar asociados a la mortalidad en estos pacientes.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética y ensayos clínicos del Hospital Universitario de Bellvitge. Se aprobó que no era necesario el consentimiento dada la naturaleza observacional del estudio.

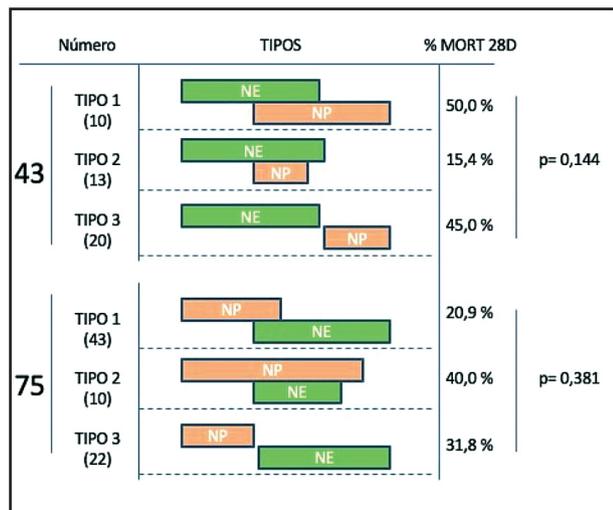


Figura 1.

O-05. Más allá del estadio tumoral: estado nutricional y otras variables modificables predictoras de la evolución del paciente oncológico hospitalizado

Laura Andurell¹, Fiorella Palmas¹, Oriol Mirallas¹, Daniel López-Valbuena¹, Guillermo Villacampa¹, Kreina Sharela Vega¹, Diego Gómez-Puerto¹, Gaspar Molina¹, Joan Carles¹, Sònika García-Ribera², Victoria Avilés¹, Marta Gómez¹, Miguel Giribés¹, Amador Lluch¹, Hego Seguro¹, Rosa Burgos¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital del Mar. Barcelona

Introducción: Diversos factores nutricionales y funcionales impactan en la evolución y mortalidad del paciente oncológico. En el hospital, donde la mayoría de ingresos son por complicaciones en pacientes con estadios avanzados, hay escasa información en la literatura.

Objetivo: Estudiar los factores nutricionales y funcionales implicados en el pronóstico evolutivo de los pacientes oncológicos hospitalizados en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio prospectivo incluyendo todos los pacientes ingresados en el servicio de oncología entre febrero-diciembre 2020. Las variables analizadas fueron: fuerza muscular (FM) medida mediante Handgrip, albúmina, IMC, *prognostic nutritional index* (PNI), colesterol, fosfato, situación funcional (ECOG), calidad de vida (test EORTC-QLQ30), ansiedad-depresión (escala HADS). Se analizó también la estancia hospitalaria (EH) y la supervivencia global (SG), con un seguimiento medio de 9,5 meses.

Resultados: n = 562 pacientes con edad media de 66 años, 46 % mujeres. El 48,6 % presentaban un ECOG > 2. Los tipos de tumor más frecuentes: pulmón (22,3 %), colorrectal (13,9 %) y mama (10,8 %), un 85,8 % con estadios > 3. La EH media fue de 9 días (IC 95 %, 8-10) y la SG de 5,2 meses (IC 95 %, 4,7-6). Los factores nutricionales relacionados con una mayor EH fueron la albúmina < 3 (HR = 1,36; p < 0,01) y FM < 17 kg (HR = 1,7; p = 0,04). Los factores que impactaron en la supervivencia fueron: un ECOG > 1 (HR = 1,84; p < 0,001), una menor FM (HR = 1,06; p < 0,001), albúmina < 3 (HR = 1,36; p < 0,001) y PNI < 30 (HR = 1,61; p < 0,001). En el análisis multivariante, las variables asociadas a SG fueron: estadio tumoral, PNI, ECOG y ansiedad-depresión (HADS ≥ 9). Las variables asociadas a mayor EH fueron: ECOG, calidad de vida (EORTC-QLQ30 ≥ 65) y albúmina. De forma global, las variables nutricionales (*handgrip*, IMC, PNI, colesterol y fosfato) explican el 47 % de la variabilidad de la SG.

Conclusiones:

1. El estado nutricional impacta fuertemente en la estancia hospitalaria y el pronóstico vital de los pacientes oncológicos hospitalizados, así como la ansiedad, depresión o calidad de vida, poniendo en valor las variables modificables.
2. El *handgrip* es una herramienta práctica y sencilla que puede predecir la EH y la SG de forma similar a la albúmina.
3. Estos resultados remarcan la importancia de un equipo multidisciplinar en una planta de oncología.

Aspectos éticos: el proyecto fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro de trabajo (CEIC). Sí se aplicó un consentimiento informado a los sujetos del estudio y sí se siguió la Declaración de Helsinki.

O-06. Detección precoz del riesgo nutricional e intervención en pacientes hospitalizados con COVID-19 mediante la implementación de alarmas electrónicas automatizadas

Mireia Ros Martí, Clara Joaquín Ortiz, Analía Ramos, Alejandra Pérez Montes de Oca, Eva Martínez López, María Sospedra Martínez, Montserrat Cachero Triadú, Guillem Socias Rullan, Rosa López Alarcón, Francisco José Quílez Castillo, Manel Puig-Domingo

Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Estudio piloto para evaluar la implementación de un cribado nutricional automático para el seguimiento de pacientes hospitalizados por COVID-19 a los que se les había iniciado soporte nutricional siguiendo un protocolo institucional.

Metodología: Registro prospectivo observacional en el que se incluyeron sucesivamente todos los pacientes adultos ingresados por COVID-19 en hospitalización convencional y semi críticos desde noviembre de 2020 hasta febrero de 2021. La ingesta dietética fue registrada diariamente en el programa informático institucional por las enfermeras en todos los pacientes. Aquellos con una ingesta < 50 % durante 48h fueron detectados por el sistema e identificados como de elevado riesgo nutricional (RN).

Posteriormente, el aviso llegaba al Servicio de Endocrinología y Nutrición por correo electrónico donde un dietista-nutricionista realizaba una evaluación e intervención nutricional.

Resultados: 205 pacientes de 1176 (17,4 %) ingresados durante el periodo del estudio fueron detectados mediante las alarmas automatizadas. De éstos, el 100 % presentaron RN mediante el SNAQ (61,7 %desnutrición moderada; 38,3 %desnutrición severa). Las características demográficas fueron: 57,6 %mujeres; edad 76,1 %± 13,2 años; IMC 27,3 ± 5,7 kg/m². El RN se detectó a los 4 días (p25: 2,5-p75:7,0) del ingreso hospitalario, con un %de ingesta dietética durante 48h del 22,5 ± 14,6 %. El tipo de soporte nutricional indicado fue: 77,6 %adaptación dietética y suplementación nutricional; 9,3 %nutrición enteral (NE) mediante SNG; 1,5 %nutrición parenteral (NP); 1 % NE + NP; y en 10,7 %no se realizó ningún tipo de soporte nutricional por hallarse el paciente en situación de últimos días. La pérdida de peso durante la hospitalización fue de 2,5 kg (p25: 0,25 - p75: 6 kg).

Conclusión: La implementación de una herramienta electrónica para el cribado automatizado del RN fue posible en el día a día y permitió una evaluación e intervención nutricional precoz en los pacientes hospitalizados por COVID-19.



Comunicaciones Orales 1

O-07. Evolución de complicaciones de las gastrostomías radiológicas percutáneas (GRP) tras la implantación de nuevas técnicas PUSH

Ana Piñar Gutiérrez¹, Silvia García Rey¹, Pilar Serrano Aguayo¹, Antonio Jesús Martínez Ortega², Victoria Nacarino Mejías¹, Álvaro Iglesias López¹, Pedro Pablo García Luna¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Objetivos: La gastrostomía radiológica (GRP) se encuentra cada vez más extendida, habiéndose implantado diferentes técnicas para disminuir las complicaciones. El objetivo de nuestro estudio es comparar las complicaciones surgidas tras la colocación de GRP mediante diferentes técnicas: cola de cerdo, balón y balón con pexia, que se han ido sustituyendo a lo largo de los años en nuestro hospital.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron los pacientes adultos a los que se realizó entre 1995 y 2020 una GRP y que realizaron seguimiento en la Unidad de Nutrición. Para la comparación se realizó el test de chi-cuadrado o el test de Fisher cuando fue preciso.

Resultados: n = 330. 114 (34,5 %) se implantaron con técnica "rabo de cerdo", 28 (8,4 %) con técnica "balón" y 188 (56,9 %) con "balón y tracción con pexias". La indicación más frecuente fue los cánceres de cabeza y cuello (CCyC) (40,2 %) (Tabla I).

Conclusiones: En nuestro centro la indicación más frecuente de GRP son los CCyC. La implantación de la nueva técnica con pexia ha supuesto una disminución de las complicaciones totales de las GRP (sin aparición de peritonitis), siendo todas ellas de carácter "menor" en la actualidad.

Aspectos éticos: se siguió la Declaración de Helsinki. No existieron conflictos de interés.

O-08. Valoración nutricional morfofuncional en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica

María Teresa Zarco Martín, María Socorro Leyva Martínez, María Berrio Miranda, Sara León Utrero, Encarnación Núñez Delgado, Gloria Pérez Molina, María Luisa Fernández Soto

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: El estado nutricional es un factor pronóstico de morbimortalidad, fragilidad y calidad de vida en pacientes con ELA.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de desnutrición, sarcopenia y afectación del rendimiento físico dentro de una Unidad Multidisciplinar de ELA.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo valorando variables clínicas, antropométricas, composición corporal mediante BIVA, dinamometría, rendimiento físico mediante SPPB, riesgo de sarcopenia con el test SARC-F, presencia de inflamación

Tabla I.

	Gastrostomía radiológica total (n = 330)	"Rabo de cerdo" (n = 114)	"Balón" (n = 28)	"Balón con pexia" (n = 188)	p
Complicaciones	109 (33 %)	44 (38,5 %)	11 (39,2 %)	54 (28,7 %)	0,16
Peritonitis	7 (2 %)	0 (0 %)	7 (25 %)	0 (0 %)	< 0,001
Exudado	59 (17,8 %)	30 (26,3 %)	2 (7,1 %)	27 (14,3 %)	0,01
Salida de sonda	22 (6,6 %)	8 (7 %)	2 (7,1 %)	12 (6,3 %)	0,972
Obstrucción	13 (3,9 %)	2 (1,7 %)	2 (7,1 %)	9 (4,7 %)	0,203
Dilatación del estoma	4 (1,2 %)	0 (0 %)	1 (3,5 %)	3 (1,5 %)	0,128
Sangrado	2 (0,6 %)	0 (0 %)	1 (3,5 %)	1 (0,05)	0,163
Granuloma	40 (12,1 %)	17 (14,9 %)	1 (3,5 %)	22 (11,7 %)	0,248
Rotura	7 (2,1 %)	2 (1,7 %)	0 (0 %)	5 (2,6 %)	0,847
Infección del estoma	10 (3 %)	0 (0 %)	1 (3,5 %)	9 (4,7 %)	0,031

con los valores de PCR y diagnóstico de desnutrición según los criterios GLIM. Análisis estadístico mediante SPSS v.15.0 usando correlación de Pearson y prueba t de Student.

Resultados: Se incluyen 27 pacientes, 51 % varones y 49 % mujeres, con edad media de 66 ± 9 años y una evolución media de la enfermedad de 37 ± 30 meses, que se correlaciona con el IMC ($p = 0,004$) y con parámetros musculares (circunferencia de pantorrilla) ($p = 0,05$). El análisis de la BIVA muestra un ángulo de fase $4,4 \pm 0,95^\circ$, valor que se correlaciona con parámetros musculares (CMB) ($p = 0,016$), masa de células bioactivas ($p < 0,001$) y el estado inflamatorio, mostrando una media en ausencia de inflamación de $4,78 \pm 0,8^\circ$ y en presencia de inflamación $3,96 \pm 0,9^\circ$ ($p = 0,043$) (Tabla I).

Tabla I. Diagnóstico de desnutrición según los criterios GLIM

Criterios fenotípicos			Criterios etiológicos		
% PP	IMC	Masa muscular		↓ Ingesta/ absorción de nutrientes	Inflamación
37 %*	22 %*	ASMI 48 %*	Dinamometría 83 %*	67 %*	41 %*
Desnutrición 44 %: moderada 18 %, severa 26 %					
SPPB					
Autónomo	Prefrágil	Frágil		Discapacitado	
19 %	18 %	4 %		59 %	
SARC-F					
67 %					

*Presentan valores inferiores a los de referencia según criterios GLIM.

Conclusión: Los pacientes con ELA presentan una elevada prevalencia de desnutrición y precisan una valoración morfofuncional avanzada y precoz dentro de unidades multidisciplinarias. Este estudio preliminar demuestra un AF disminuido que se asocia a la presencia de inflamación, y favorece el deterioro del estado nutricional.

O-09. Masa muscular disminuida como riesgo de infecciones respiratorias nosocomiales en pacientes oncológicos hospitalizados

Bianca Tabita Muresan^{1,2,3}, Martín Núñez Abad¹, Ana Jiménez Portilla^{1,2}, Yessica Ruiz Berjaga^{1,2}, Ana Artero^{1,4}, Carlos Jesús Camps Herrero^{1,4}, Carlos Sánchez Juan^{1,4}

¹Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ²Fundación Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ³Valencian International University (VIU). Valencia. ⁴Universidad de Valencia. Valencia

Introducción y objetivo: La sarcopenia se caracteriza por una pérdida progresiva y generalizada del índice musculoesquelético (IME). La presarcopenia tiene consecuencias negativas para

la salud, disminuyendo el sistema inmune y aumentando el riesgo de infecciones. El objetivo fue determinar la correlación entre la masa muscular disminuida (presarcopenia) y las infecciones respiratorias nosocomiales en pacientes con cáncer.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, llevado a cabo en el Hospital General Universitario de Valencia durante 4 meses (noviembre 2019-marzo 2020). La presarcopenia se determinó en las primeras 24-48 horas del ingreso mediante determinación del IME por bioimpedanciometría (Akern®). La presarcopenia se determinó utilizando los siguientes puntos de corte: IME inferior a 17 kg/m^2 en varones y 15 kg/m^2 en mujeres. Las infecciones respiratorias se determinaron durante el ingreso y 15 días tras el alta. Las infecciones respiratorias fueron clasificadas en 2 grupos: condensantes (neumonía) y no condensantes (otras).

Resultados: Un total de 100 pacientes oncológicos hospitalizados fueron evaluados. La edad media fue de 66 años y el 66 % fueron varones. Los tumores más frecuentes fueron el cáncer de pulmón (29 %) y los tumores del aparato digestivo (32 %). El estadio más avanzado fue el E-IV (74 %). El peso medio determinado fue 68kg y el IMC $24,73 \text{ kg/m}^2$. El 17 % de los pacientes oncológicos presentaron presarcopenia y el 22 % infecciones respiratorias nosocomiales. Se ha determinado que cumplen criterios de presarcopenia tanto los pacientes con infecciones nosocomiales no condensantes (OR 3,17; CI 95 %: 1,00-9,70, $p = 0,043$) como condensantes (OR 3,91; CI 95 %: 1,00-13,87 %, $p = 0,036$).

Conclusiones: La presarcopenia se ha asociado a un aumento de las infecciones respiratorias tanto no condensantes como neumonía en pacientes oncológicos hospitalizados. Una evaluación e intervención nutricional precoz podría evitar la pérdida de masa muscular y disminuir el riesgo de desarrollar infecciones nosocomiales durante el ingreso hospitalario.

O-10. Calidad y cantidad del músculo como factor pronóstico del cáncer gástrico. ¿Cómo la medimos?

Fiorella Palmas Candia¹, Alba Zabalegui¹, Daniel Eiroa¹, Kathleen Ramírez¹, Nuria Roson¹, Raul Guerra², Jose Melian², Laura Andurell¹, Marta Comas¹, Andreea Ciudin¹, Rosa Burgos¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Artis Development. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción y objetivos: La sarcopenia y la composición corporal (CC) impactan negativamente en el pronóstico del paciente oncológico.

Material y método: Estudio retrospectivo en pacientes con CG candidatos a tratamiento con esquema QTneoadyuvante-cirugía-QTadyuvante entre 2013-junio/2019. Variables analizadas: demográficas, toxicidad y respuesta al tratamiento, progresión. Estudio de CC: análisis en L3 en TAC abdominal (software semiautomático FocusedOn). Área tisular medida en cm y porcentaje. La calidad tisular medida en Unidades Hounsfield (UH). El estudio se ha realizado al diagnóstico, posneoadyuvancia, posadyuvancia y

a los 6,12 y 24 meses finalizada la QT. Presentamos resultados preliminares comparando estudio basal y tras neoadyuvancia, con un seguimiento de 46 ± 23 meses.

Resultados: Reclutamos 43 pacientes, edad media $68,38 \pm 6,72$ años, 25 hombres, 89 % estadios 2-3. Detectamos sarcopenia (S) en 21 pacientes (48 %), sin diferencias significativas entre grupos salvo estadio (mayor en sarcopenia) e IMC ($s = 25,45 \pm 2,92$ vs. $28,91 \pm 5,69$, $p = 0,0168$). Durante la neoadyuvancia se detectaron más episodios de toxicidad limitante de dosis en el grupo S ($10,0 \pm 3,1$ vs. $7,55 \pm 3,0$, $p = 0,0117$), especialmente toxicidad G4 ($p = 0,046$). Las variables que se asociaron significativamente a progresión del GC están relacionadas con la calidad muscular, no con la cantidad (Tabla I). Las diferencias entre el estudio basal y posneoadyuvancia correlacionaron con

Tabla I. Progresión (métricas del TAC)

Parámetros	p
Muscle (cm ²)	0,2668
Muscle (HU)	0,0305
Muscle + intramuscular adipose tissue (HU)	0,0172
Compensated muscle index*	0,0034

*Métrica creada.

un peor estadio funcional ($p = 0,0184$) y con un mayor riesgo de toxicidad ($p = 0,004$) solo cuando medimos la masa muscular en porcentaje.

Conclusiones:

1. La medición del área de la masa muscular en porcentaje identifica los pacientes que empeoran su estado funcional o presentan altos grados de toxicidad tras la neoadyuvancia. La medición clásica mediante cm² no ha sido de utilidad en nuestra serie.
2. La calidad muscular tiene mayor valor pronóstico en la progresión de la enfermedad que la cantidad.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética de nuestro centro. Por las características del estudio no entregó consentimiento informado. Fue seguida la Declaración de Helsinki.

O-11. Correlación entre las medidas bioeléctricas y de composición corporal con un modelo de predicción de complicaciones a 30 días en pacientes con infección por COVID-19 hospitalizados (SEIMC Score)

Isabel María Cornejo Pareja, Isabel María Vegas Aguilar, José Manuel García Almeida, Beatriz Fernández medina, Natalia Montero Madrid, Rosalía Rioja Vázquez, Francisco José Tinahones Madueño

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La COVID-19 constituye un problema de salud global, con un espectro clínico variable, abarcando desde

Tabla I. Categoría del riesgo (COVID-19 SEIMC Score)

Variables	Bajo (0-2 puntos)	Moderado (3-5 puntos)	Alto (6-8 puntos)	Muy alto (9-30 puntos)	p
	n = 6	n = 26	n = 19	n = 48	
	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)	
Ratio mortalidad (%)	0/6 (0)	0/26 (0)	1/18 (5,6)	11/37 (29,7)	0,015
Estancia hospitalaria (%)	8,2 (3,5)	13,5 (6,8)	15,7 (9,2)	18 (11,9)	0,034
Edad (años)	40,8 (7,6)	55,3 (10,4)	65,1 (5,1)	82,5 (6,9)	< 0,001
Sexo varón n (%)	5 (83,3)	15 (57,7)	12,1 (63,2)	24 (6,9)	0,401
PhA (°)	5,93 (1,4)	5,64 (1,3)	5,48 (1,9)	3,62 (1,3)	< 0,001
IMC (kg/m ²)	30,7 (8,7)	28,3 (5,8)	28,4 (4,2)	26,1 (4,0)	0,057
Hidratación (%)	73,2 (0,89)	74,6 (4,3)	75,6 (5,0)	79,3 (7,0)	0,003
ECW (%)	46,9 (7,6)	48,4 (7,2)	49,8 (9,4)	61,7 (10,1)	< 0,001
ICW (%)	53,1 (7,6)	51,7 (7,2,8)	50,2 (9,4)	38,3 (10,1)	< 0,001
ECW/ICW	0,92 (0,3)	0,98 (0,3)	1,09 (0,6)	1,9 (1,0)	< 0,001
Nutrición (mg/m 24 h)	956,7 (279,9)	834,9 (221,5)	844,9 (293,2)	534,8 (213,3)	< 0,001
BCMI (kg/m ²)	10,9 (3,0)	9,7 (2,3)	9,94 (3,0)	6,46 (2,3)	< 0,001
Albúmina (g/dL)	3,45 (3,5)	3,02 (0,5)	2,82 (0,4)	2,54 (0,5)	< 0,001
Prealbúmina (mg/dL)	21,1 (6,1)	23,4 (7,9)	17,9 (9,8)	15,2 (7,7)	0,025
CRP (mg/L)	27,5 (26,3)	29,2 (26,3)	46,7 (67,5)	58,4 (76,0)	0,317

pacientes asintomáticos a otros con necesidad de soporte clínico y mortalidad elevada. Se ha establecido *score* de predicción de mortalidad basado en características clínico-analíticas (COVID-19-SEIMC Score) en la población española. Se ha demostrado el valor pronóstico del ángulo de fase (PhA) en predicción de mortalidad en COVID-19. No se conoce el grado de acuerdo entre las escalas clínicas y las mediciones de composición corporal relacionadas con la desnutrición.

Material y métodos: Estudio 104 pacientes hospitalizados con COVID-19. Analizamos: PhA, composición corporal (*body mass cell index* [BCMI]), porcentaje hidratación, *extracelular water* [ECW] y *score* clínico "COVID-19 SEIMC" (edad, sexo, disnea, ratio neutrófilos/linfocitos, Sat O₂ ajustada a la edad, filtrado glomerular).

Resultados: Al comparar nuestra muestra de pacientes COVID-19 con el *score* clínico de predicción de mortalidad, observamos que los pacientes clasificados de "riesgo muy alto" (puntuación 9-30) presentaron mayor mortalidad, estancia hospitalaria y un estado de hiperhidratación. También presentaron peor estado nutricional con menor BCMI, y deterioro de los marcadores bioeléctricos de salud celular (PhA) (Tabla I en página anterior). Se hallaron correlaciones significativas de la puntuación COVID-19 SEIMC Score, negativas para PhA ($r = -0,633$, $p < 0,001$) y BCMI ($r = -0,629$, $p < 0,001$), y positivas para estado de hidratación ($r = 0,466$, $p < 0,001$), porcentaje de ECW ($r = 0,668$, $p < 0,001$) y ratio ECW/ICW ($r = 0,592$, $p < 0,001$).

Conclusiones: El PhA y los estados de hiperhidratación se correlacionan con la COVID-19 SEIMC Score. La bioimpedancia es una herramienta práctica de valoración de composición corporal que muestra una adecuada correlación con los *scores* de riesgo clínico de complicaciones de COVID-19. La disponibilidad de herramientas clínicas que nos ayuden a conocer el pronóstico en esta patología es fundamental para poder planificar la atención sanitaria.

Aspectos éticos: estudio aprobado por Comité de Ética del centro, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

O-12. Eficacia de un programa multimodal mediante ejercicio físico, soporte nutricional y apoyo psicológico sobre el estado nutricional y funcional en pacientes con enfermedad renal crónica frágiles pretrasplante renal

M.^a Dolors Muns Cornellas¹, Montserrat Folgueiras², María José Pérez Sáez², Anna Faura Vendrell², Ester Marco Navarro³, Xavier Nogués Solan⁴, Marta Crespo Barrio², Juana Flores Le-Roux¹, Julio Pascual Santos²

Servicios de ¹Endocrinología y Nutrición, ²Nefrología, ³Rehabilitación, y ⁴Medicina Interna. Hospital del Mar. Barcelona

Introducción: La desnutrición y la fragilidad son frecuentes en los pacientes con enfermedad renal Crónica (ERC). Ambas se asocian a un aumento de la morbimortalidad postrasplante. Se ha demostrado en otras patologías que los programas que incluyen ejercicio físico (EF), soporte nutricional (SN) y apoyo psicológico mejoran la funcionalidad y reducen las complicaciones posope-

atorias. Sin embargo, no existe evidencia sobre el impacto en el estado nutricional y capacidad funcional en pacientes con ERC en lista de espera del trasplante renal (TR).

Objetivo: Estudiar la prevalencia de desnutrición de los pacientes incluidos en el estudio mediante los criterios de Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) y Valoración Global Subjetiva (VGS) y analizar la prevalencia de sarcopenia en el momento de la inclusión al estudio.

Material y método: Estudio prospectivo, se incluyeron de forma consecutiva pacientes candidatos a TR. Se valoró de forma protocolizada el estado nutricional en la inclusión y tras finalizar el EF. El tipo de EF fue aeróbico y continuo y el SN consistió en recomendaciones nutricionales en base al tratamiento sustitutivo e ingesta de 30 g de proteína liofilizada vs. suplementación enteral hipercalórica e hiperproteica en caso de desnutrición. Analizamos peso actual (PA), índice de masa corporal (IMC), dinamometría (D), densitometría (DEXA), test de la marcha (6MWT). Se definió fragilidad con 6MWT < 0.8m por segundo y sarcopenia mediante DEXA con un valor de Apendicular Lean Mass (ALM) < 7 ♂ kg/m² y < 5,25 ♀ kg/m² y disminución de la fuerza muscular (HGS < 27 kg ♂ y < 16 kg ♀).

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes; edad media 61,9 ± 13,8 años; 70,6 % (n = 12) hombres; 58,8 % realizaban HD, 11,8 % HDP y 29,4 % sin tratamiento sustitutivo (septiembre 2020-mayo 2021). El 37,5 % (n = 6) presentaron sarcopenia por DEXA, un 29,4 % valores de dinamometría bajos y un 11,8 % la velocidad de la marcha fue reducida. Un 23 % presentó desnutrición moderada mediante GLIM vs. un 5,9 % con la VGS. El peso actual medio 82,7 ± 14,2; IMC medio 30,5 ± 5,1 (Tabla I).

Tabla I. Evolución de los parámetros funcionales

Variables	Basal	Post-ef	p
D (kg)	29,3 ± 8,8	30 ± 8,9	0,001
6MWTm	1,05 ± 0,2	1,1 ± 0,2	0,001

p < 0,05 entre basal y post-EF.

Conclusiones: La valoración nutricional mediante los criterios GLIM nos aportan un valor adicional para el diagnóstico de desnutrición a diferencia del IMC y la VGS. Con un programa de prehabilitación los pacientes mejoran su estado funcional previamente al TR. Se requiere más investigación para establecer protocolos de prehabilitación multimodal mejorar y contrarrestar el deterioro físico que ocasiona el tratamiento sustitutivo y mejorar los resultados.

Aspectos éticos: la metodología fue aprobada por el Comité de Ética del centro. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado antes de la inclusión y fue aprobado por la Junta de Ética de acuerdo con las buenas prácticas clínicas siguiendo la Declaración de Helsinki.

O-13. Encuesta sobre unidades asistenciales y atención a trastornos de la conducta alimentaria en España. Grupo de Trabajo sobre TCA de SENPE

María José Castro Alija², Samara Palma Milla³, Rocío Campos del Portillo⁴, Viviana Loria Kohen⁵, Miguel Ángel Martínez Olmos⁶, Carmen Gómez Candela³, Marlhyn Valero Pérez³, María Teresa Mories Álvarez⁷, Cristina Santurino³, Francisca García Torres⁸, Ángel Luis Abad González⁹, María Maíz Jiménez¹⁰, Cristina Cuerda Compés¹¹, Montse Villatoro Moreno¹², Emilia Cáncer Minchot¹³, Juan Carlos Sánchez¹⁴, Cristina Campos Martín¹⁵, Francisco Villazón González¹⁶, Dolores del Olmo García¹⁷, Clara Serrano Moreno^{18,11}, Patricia Díaz Guardiola¹⁹, María Luisa Fernández Soto²⁰, Elena Dios Fuentes²¹, Araceli Ramos Carrasco²², M.^a Carmen Ballesta Sánchez²³, Blanca González Jáuregui²⁴, María José Tapia Guerrero⁸, María del Castañar García Gómez²⁵, María Nuria Virgili Casas²⁶, Pilar Matía Martín¹; Grupo de Trabajo TCA de SENPE

¹Hospital Clínico San Carlos. IdISSC. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ²Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Universidad de Valladolid. Valladolid. ³Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda, Madrid. ⁵Departamento de Nutrición y Ciencia de los Alimentos. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ⁷Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁸Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ⁹Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹²Hospital del Mar. Barcelona. ¹³Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ¹⁴Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. ¹⁵Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹⁶Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁷Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ¹⁸Hospital Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ¹⁹Hospital Universitario Reina Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid. ²⁰Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. ²¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²²Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles, Madrid. ²³Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante. ²⁴Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya. ²⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²⁶Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: Se estima que un 5 % de la población presenta algún tipo de TCA, con una incidencia creciente en países desarrollados. La atención multidisciplinar, en distintos niveles asistenciales (ambulatorio, hospital de día y hospitalización), es esencial para una atención integral.

Objetivo: Describir la asistencia a los TCA desde la perspectiva de las Unidades de Nutrición (UdN) en España.

Material y métodos: Encuesta *online* con invitación vía *mail* a socios de SENPE y del Área de Nutrición de SEEN.

Resultados: 23 respuestas (72 % hospitales de Nivel 3; 43,5 % Comunidad de Madrid, 17,4 % Andalucía, 13,0 % Comunidad Valenciana, 8,6 % Cataluña y 4,3 % en cada caso Asturias, Cantabria, Galicia y País Vasco). Solo 4 UdN (22,2 %) participaban en los 3 niveles asistenciales; 21 (91,3 %) colaboraban con Psiquiatría; 8 (34,8 %) contaban con área propia de hospitalización; y 9 (39,1 %) tenían consulta monográfica (5 [21,7 %] con abordaje diferencial del trastorno por atracón). Se realizaba educación nutricional en 20 hospitales (87,0 %); dietista en 5 hospitales (21,7 %), y enfermera y otros profesionales en 7 (30,4 %), respectivamente. Se utilizaban siempre dietas individualizadas con control calórico en 3 UdN (13,0 %), frecuentemente en 9 (39,1 %), raramente en 8 (34,8 %) y nunca en 1 (4,3 %). La suplementación oral se prescribía siempre, frecuente y raramente en 1 (4,3 %), 13 (56,5 %) y 7 (30,4 %) UdN (financiada siempre en 5 centros [21,7 %]). Diez (43,5 %) UdH participaban en proyectos de investigación y 5 (21,7 %) colaboraban con asociaciones de pacientes. La mediana (rango) de satisfacción global (0-10) con la atención a los TCA fue de 5, 8 (4-9) y 7 (2-8) en los hospitales de nivel 1, 2 y 3 (relacionada con recursos y coordinación).

Conclusiones: Existe disparidad de recursos, práctica clínica e investigación en las UdN que atienden a pacientes con TCA. Estas solicitan recursos humanos y materiales, coordinación con protocolos consensuados y hospitales de día.



Comunicaciones Orales 2

O-14. El ángulo de fase y su relación con la presencia de sarcopenia en pacientes con fractura de cadera

Silvia Patricia Alonso Gallardo, Francisco José Sánchez Torralvo, María García Olivares, Verónica Pérez del Río, Gabriel Olveira Fuster

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción y objetivos: La sarcopenia y la fractura de cadera son dos problemas frecuentes en pacientes ancianos que condicionan un aumento de la morbimortalidad. El objetivo fue evaluar en estos pacientes el ángulo de fase (AF) y su relación con la presencia de sarcopenia.

Material y método: Estudio prospectivo, en pacientes mayores de 65 años hospitalizados con fractura de cadera. La presencia de sarcopenia se evaluó utilizando los criterios EWGSOP2: la fuerza muscular se determinó mediante dinamometría (Dodds, 2014) y la masa muscular esquelética apendicular (ASM) se estimó utilizando la circunferencia de la pantorrilla (Studenski, 2014). Por último, se determinó el AF mediante bioimpedancia eléctrica.

Resultados: Se incluyeron 266 pacientes, 20,7 % varones y 79,3 % mujeres, edad media 82,7 años. La dinamometría mostró una media de $20,4 \pm 9,6$ kg/m² para los hombres y $7,6 \pm 6,4$ kg/m² para las mujeres (84,9 % por debajo de los puntos de corte de Dodds).

La ASM estimada fue de $19,7 \pm 2,4$ kg para hombres y $10,8 \pm 3$ kg para mujeres (83,3 % por debajo de puntos de corte). Con estos datos la prevalencia de sarcopenia fue del 72,5 %. En los pacientes con sarcopenia, el AF fue significativamente menor respecto a los pacientes sin sarcopenia ($4,46 \pm 0,94^\circ$ vs. $5,08 \pm 1,00^\circ$; $p < 0,001$).

La curva ROC determinó un punto de corte de $4,55^\circ$ para diagnóstico de sarcopenia (69 % S y 64,6 % E).

Conclusión: La prevalencia de sarcopenia en pacientes ancianos ingresados con fractura de cadera es elevada. Los pacientes sarcopénicos presentan un AF menor respecto a los pacientes sin sarcopenia.

Un AF inferior a $4,55^\circ$ podría predecir la presencia de sarcopenia, cobrando especial relevancia en este tipo de pacientes, en los que el peso y la talla suelen ser estimados.

Aspectos éticos: este estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital, de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki.

O-15. El extracto de champiñón *Agaricus bisporus* modula la progresión de la fibrosis hepática, la inflamación y el estrés oxidativo en modelos *in vitro* y en ratones *Ldlr-KO*

Amparo Luque-Sierra^{1,2}, Paloma Gallego-Yerga³, Lourdes Grande³, Juan Bautista⁴, Franz Martín-Bermudo^{1,2,5}, José Antonio del Campo^{3,6}

¹Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER). Sevilla. ²Universidad Pablo de Olavide (UPO). Dos Hermanas, Sevilla. ³UGC de Enfermedades Digestivas y CIBERehd. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. ⁴Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla. Sevilla. ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red sobre la Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). Madrid. ⁶AlgaEnergy S.A. Madrid

Introducción y objetivos: La fibrosis hepática puede ser causada, entre otras condiciones, por una esteatohepatitis no alcohólica, siendo considerada uno de los mayores problemas de salud pública. Con el fin de buscar nuevas estrategias que frenen el desarrollo fibrótico, hemos analizado los efectos de un extracto acuoso de champiñón común, *Agaricus bisporus* (AB), como potencial inhibidor de la progresión de la fibrosis hepática.

Material y métodos: Se usaron cultivos de células estrelladas hepáticas LX2 tratadas con distintas concentraciones del extracto AB, y ratones *Ldlr-KO* divididos en 4 grupos con una intervención nutricional de 12 semanas: dos grupos fueron alimentados con una dieta baja en grasa, uno con extracto AB (LFD+AB) y otro sin AB (LFD), y dos grupos alimentados con una dieta alta en grasa basada en manteca con extracto AB (HFD-L +AB) y sin AB (HFD-L). Se analizaron marcadores de fibrosis hepática (COL-1 α -1, TPM2 β , ACTIN-2 α , GATA4, TLR4), marcadores de estrés oxidativo (SOD1, iNOS, GPX3) e inflamatorios (MOMA-2, inflamosoma NLRP3, TNF α) (Fig. 1).

Resultados: El tratamiento de las células LX2 con el extracto de AB redujo los niveles de marcadores fibróticos y de estrés oxidativo, e incrementó los niveles de expresión génica y de proteína del factor GATA4. En ratones *Ldlr-KO* con fibrosis hepática e inflamación inducida por la HFD, se redujeron los marcadores de fibrosis, estrés oxidativo e inflamación cuando tomaron el extracto de AB.

Conclusiones: Se sugiere que el extracto de AB ejerce efectos protectores por aliviar los procesos de inflamación y estrés oxidativo durante la progresión de la fibrosis hepática, posiblemente debido a la reducción de la expresión del receptor TLR4, y a una reducción de la activación del inflamosoma NLRP3.

Aspectos éticos: se siguieron protocolos de cuidado y experimentación animal según las guías para el cuidado y uso de animales de laboratorio de CABIMER (N.º protocolo: 06-10-14-138).

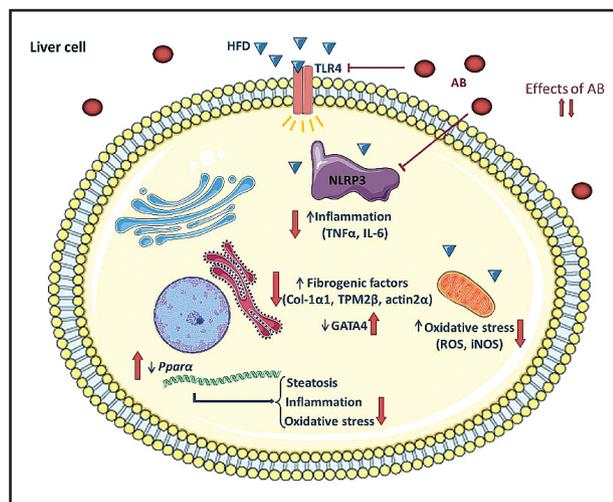


Figura 1.

O-16. Gastrostomías endoscópicas percutáneas (PEG) tipo PULL y PUSH: comparación de complicaciones en un hospital de tercer nivel

Ana Piñar Gutiérrez¹, José Luis Pereira Cunill¹, Rocío Vázquez Gutiérrez¹, Pilar Serrano Aguayo¹, Pilar Garrancho Domínguez¹, Pablo Remón Ruiz¹, Francisco Javier García Fernández¹, Antonio Jesús Martínez Ortega², Juan Manuel Bozada García¹, Pedro Pablo García Luna¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Objetivos: La técnica endoscópica (PEG) es la más utilizada actualmente para la implantación de gastrostomías. El objetivo de nuestro estudio es comparar las complicaciones surgidas tras la colocación de PEG mediante las diferentes técnicas PULL (la más utilizada hasta ahora) vs. PUSH (utilizada en los 3 últimos años).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes adultos a los que se había realizado entre 1995 y 2020 una PEG en nuestro hospital y que realizaron seguimiento en la Unidad de Nutrición. Para la comparación se realizó el test de Chi-cuadrado o el test de Fisher cuando fue preciso.

Resultados: n = 566, 512 (90,45 %) mediante técnica PULL y en los últimos 3 años 54 (9,5 %) con implantación mediante técnica PUSH. Las indicaciones de colocación de PEG más frecuentes fueron enfermedades neurológicas (53,9 %) y cánceres de cabeza y cuello (28,4 %) (Tabla I).

Conclusión: En nuestro centro se realiza un gran volumen de PEG, cuya indicación más frecuente son las enfermedades neurológicas. En nuestra serie, las PEG con técnica PULL mostraron un elevado número de complicaciones (49 %), pero sobre todo de carácter “menor”, mientras que la técnica PUSH, implantada recientemente, mostró un bajo porcentaje de complicaciones (11,1 %), pero incluyendo un elevado %de peritonitis (3 %).

Aspectos éticos: se siguió la Declaración de Helsinki. No existieron conflictos de interés.

Tabla I.

	PEG total (n = 566)	PEG PUSH (n = 54)	PEG PULL (n = 512)	p
Complicaciones	257 (45,4 %)	6 (11,1 %)	251 (49 %)	< 0,001
Peritonitis	9 (1,6 %)	2 (3 %)	7 (1,3 %)	0,209
Exudado	158 (27,9 %)	0 (0 %)	158 (30,8 %)	< 0,001
Salida de la sonda	66 (11,7 %)	2 (3 %)	64 (12,5 %)	0,055
Obstrucción	7 (1,2 %)	0 (0 %)	7 (1,3 %)	0,387
Dilatación del estoma	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Sangrado	1 (0,2 %)	1 (1,8 %)	0 (0 %)	0,095
Granuloma	116 (20,5 %)	1 (1,8 %)	115 (22,46 %)	< 0,001
Rotura	15 (2,7 %)	0 (0 %)	15 (2,9 %)	0,382
Infección del estoma	20 (3,5 %)	0 (0 %)	20 (3,9 %)	0,243

O-17. Registro de nutrición enteral domiciliaria 2020. Grupo NADYA

Carmina Wanden-Berghe^{1,7}, Julia Álvarez^{2,7}, Rosa Burgos Peláez^{3,7}, Pilar Matía Martín^{4,7}, Cristina Cuerda Compés^{5,7}, Cristina Novo Rodríguez^{6,7}

¹Hospital General Universitario de Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante ISABIAL. Alicante. ²Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. ³Hospital Universitari Vall d’Hebron. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ⁵Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Grupo NADYA Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria. Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo

Objetivos: Presentar los datos del Registro del Grupo NADYA SENPE de nutrición enteral domiciliaria (NED) en España del año 2020.

Material y método: Estudio descriptivo de la base de datos del registro de ámbito nacional de nutrición enteral Domiciliaria del grupo NADYA-SENPE desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020. Para el cálculo de prevalencias se utilizó los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (1-1-2020; 47.431.256 habitantes). Para el cálculo de la edad se ha considerado la fecha del análisis.

Resultados: Se obtuvieron 4567 pacientes procedentes de 47 hospitales, con 4591 episodios. Se registraron 4478 (98,1 %) adultos y 89 (1,9 %) niños. La prevalencia de NED fue de 96,3 pacientes/millón habitantes. *En los adultos:* La edad mediana fue de 78 años (IIQ 64-90), las mujeres (48,3 %) fueron significativamente más mayores que los varones (71,56 vs. 80,12; p < 0,001). El diagnóstico más frecuente fue la enfermedad neurológica con disfagia severa en 2626 pacientes (58,7 %) (Fig. 1), seguido del tumor de cabeza y cuello 587 (17,4 %). La vía de administración más frecuente (Fig. 2) la gastrostomía 1731 (46,5 %) y SNG 1687 (45,3 %). La SNG se utiliza más en los pacientes de mayor edad y la gastrostomía y yeyunostomía en los más jóvenes (SNG 82,25 vs. gastrostomía 71,19 vs.

yeyunostomía 68,88; $p < 0,001$). *Los niños*: La edad mediana fue de 7 meses (IIQ 0,75-38,25), las niñas (60,7 %) no eran diferentes de edad que los niños (36,60 vs. 26,94 meses; $p = 0,254$). El diagnóstico más frecuente fue "otras patologías" 41 (46,1 %) seguido de la enfermedad neurológica con disfagia severa 34 (38,2 %). La vía de administración más frecuente (Fig. 2) la Gastrostomía en 38 (55,1 %) de los casos. El nivel de actividad del 47,9 % de los pacientes era "vida cama-sillón". El 53,5 % eran totalmente dependientes. Finalizaron 223 episodios de adultos y ninguno de niños, la causa más frecuente fue el fallecimiento 144 (64,6 %) y 48 (21,5 %) recuperó la vía oral (Fig. 3).

Conclusiones:

1. El número de pacientes registrados se mantiene estable, y ha aumentado el número de hospitales participantes.
2. La enfermedad neurológica sigue siendo el motivo más frecuente de NED en todas las edades.
3. Por primera vez en la historia del registro la gastrostomía es la vía de acceso más frecuente en los adultos.

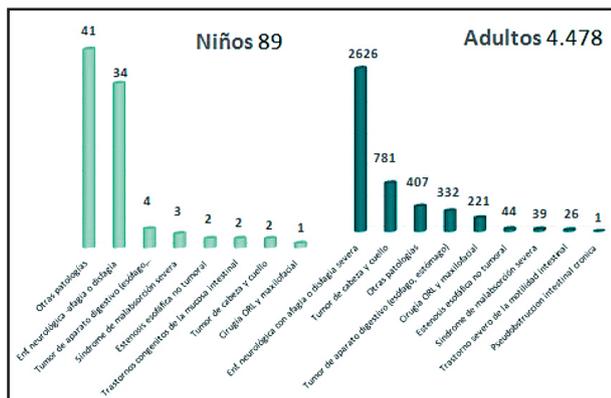


Figura 1. Diagnóstico de los pacientes con NED.

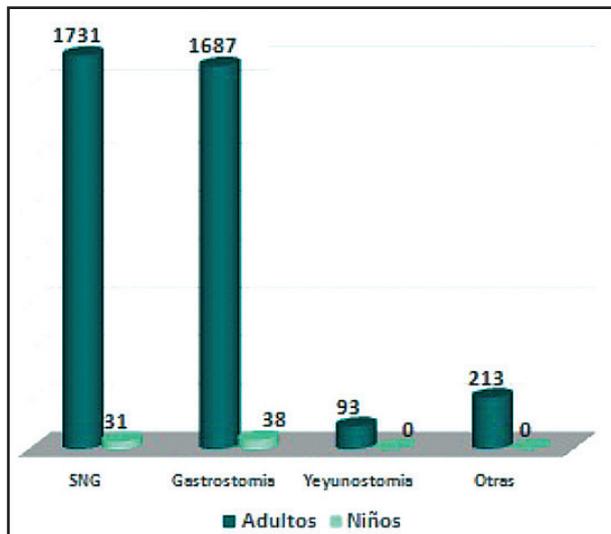


Figura 2. Vías de acceso.



Figura 3. Finalización de episodios de NED 2020.

4. La SNG se utiliza con más frecuencia en los pacientes de mayor edad.

O-18. Desnutrición y sarcopenia condicionantes a considerar en la evolución funcional del paciente crítico con infección por SARS-CoV-2

Mario Bernal Álvarez^{1,2}, Julia Álvarez Hernández^{1,2}, Beatriz Llorente², Clara Serrano², Patricia Villa², Emilio Nevado²

¹Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares, Madrid. ²Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Introducción y objetivos: La desnutrición y la sarcopenia impactan negativamente en la funcionalidad del individuo enfermo. Nuestro objetivo fue definir el estado nutricional y funcional de pacientes con infección SARS-CoV-2 a su ingreso en UCI y durante su evolución.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, en condiciones de práctica clínica habitual, de pacientes con infección por SARS-CoV-2, ingresados en UCI entre 09/03/2020 y 30/09/2020, y su evolución a 3 y 6 meses del alta. Analizamos: edad, sexo, antecedentes, cribado nutricional (MUST) y de sarcopenia (SARC-f), índice de Barthel, tratamiento médico nutricional (TMN), días de ventilación mecánica invasiva (VMI), estancias en UCI, hospitalaria y mortalidad.

Resultados: 150 pacientes (94V/56M), edad media 60 años (28-87). 48 % cumplían criterios GLIM de desnutrición, 47,3 % tenían un SARC-f ≥ 4 . Los pacientes con pérdida de peso ≥ 5 % presentaron 11,21 días más de VMI ($p < 0,004$). Los pacientes desnutridos tuvieron 15 días más de estancia en UCI ($25,78 \pm 22,84$ vs. $9,9 \pm 10,054$; $p < 0,027$) y 26,5 en hospitalización ($49,9 \pm 34,717$ vs. $23,36 \pm 13,49$; $p < 0,015$). 66 con SARC-f ≥ 4 , presentaron una estancia prolongada en UCI ($24,48 \pm 22,04$ vs. $13,27 \pm 10,361$ días; $p < 0,016$), y global hospitalaria ($48,52 \pm 33,77$ vs. $25,73 \pm 13,20$ días; $p < 0,005$). Al alta de UCI el 96 % tenían algún grado de dependencia. A los 6 meses, 16 pacientes mantenían un grado de dependencia leve y 1 moderada. La mortalidad fue del 33 %. Todos los pacientes en UCI recibieron TMN

según protocolo del centro, nutrición enteral de forma exclusiva (88 %) o nutrición parenteral exclusiva o complementaria (29,3 %).

Conclusiones:

1. Los pacientes COVID críticos presentan una elevada prevalencia de desnutrición, sarcopenia y dependencia que condicionan estancias hospitalarias prolongadas.
2. Su identificación al ingreso hospitalario resulta imprescindible.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el CEIm del HUPA.

O-19. Síndrome de realimentación, parámetros nutricionales y pronóstico de los pacientes con neumonía SARS-CoV-2 en UCI

Laura Hidalgo Machado¹, Teresa Rodríguez Fernández de Simón¹, Inmaculada de Dios Chacón¹, Francisco Manzano Manzano¹, Gabriela Lobo Támer²

¹Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ²UGC Pediatría. Hospital Materno Infantil. Granada

Objetivo: Conocer la relación entre el síndrome de realimentación y el pronóstico de los pacientes ingresados en UCI por neumonía SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, en una UCI de un hospital de 3.^{er} nivel, de septiembre a noviembre de 2020, en pacientes con VMI > 24 horas, neumonía por COVID-19 y que recibieron nutrición enteral (NE)/parenteral (NP) más de 3 días. Se miden niveles de magnesio, fósforo y vitamina D al inicio de la nutrición artificial y en controles sucesivos. Definimos síndrome de realimentación como hipofosforemia con descenso > 30 % del basal o con un valor < 1,86 mg/dl. Se recogieron características basales, SOFA score 1.^{er} día, duración de VM y mortalidad en UCI. Se realizó estudio estadístico con t-Student, chi-cuadrado y modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes de entre 60 ± 14 años, la prevalencia de diabetes *mellitus* (DM) fue de 29,6 % y la de dislipemia del 21 %. La mortalidad en UCI y hospitalaria fue del 36,6 % y 38 %, respectivamente, con una duración media de VM de 17 ± 10 días y los días de estancia en UCI fueron de 18 ± 10 días. El 21,6 % presentaron síndrome de realimentación, con una reducción de la fosforemia en la 1.^a semana del 18,4 ± 13,4 %. La prevalencia de hipomagnesemia fue del 12,8 % y de hipovitaminosis D del 54,5 %. Se utilizó NE en el 92,5 %, con una duración de 13,8 ± 13 días y NP en el 12,7 %. La mortalidad según comorbilidades en los pacientes fue la siguiente:

- Con/sin DM: 47,6 % vs. 25,7 % (p = 0,09).
- Con/sin hipovitaminosis D: 40 % vs. 33,3 % (p = 0,64).
- Con/sin síndrome de realimentación: 45 % vs. 25 % [RR 2,5 (0,62-9,9)] (p = 0,18).
- Con/sin hipomagnesemia: 16,7 % vs. 34 % [RR 0,38 (0,4-3,6)] (p = 0,39).

Los factores pronósticos asociados a un aumento de mortalidad hospitalaria en la regresión logística fueron la edad (HR 1,03; IC95 % 0,98-1,09; p = 0,15), el síndrome de realimentación (HR 0,39; IC95 % 0,08-1,78; p = 0,22), la dislipemia (HR 0,46; IC95 % 0,10-2,06; p = 0,31) y la DM (HR 4,35; IC95 % 1,09-17,35; p = 0,03).

Conclusiones: Con la limitación del tamaño de muestra, el síndrome de realimentación no se asocia a un incremento de la mortalidad en pacientes con neumonía COVID-19 en ventilación mecánica, mientras que la diabetes *mellitus* se asocia a un peor pronóstico.

O-20. Perfil nutricional y de composición corporal de los pacientes con carcinoma de orofaringe según el estado del virus del papiloma humano (VPH)

Maryam Choulli Amgait^{1,2,3,4}, Rocío Álvarez Ambite^{5,6}, Xin Wang^{1,2}, Francisca Morey Cortés^{1,2}, Beatriz Quirós Blasco^{1,2,8}, Sara Tous Belmonte^{1,2,8}, Ana Regina González-Tampán^{4,5}, Aina Llenas Blade⁴, Miguel-Ángel Pavón Ribas^{1,9}, Montserrat Gomà Gallego^{1,10}, Miren Taberna Sanz^{1,5,7}, Ricard Mesia Nin^{7,11}, Laia Alemany Vilches^{1,2,8}, Marc Oliva Bernal^{5,7}, Marisa Mena Cervigon^{1,2,8}, Lorena Arribas Hortigüela^{1,4,5}

¹IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Unidades de ²Infecciones y ²Cáncer. Programa de Recerca en Epidemiologia del Càncer (PREC), ⁴Funcional de Nutrición Clínica, ⁵Funcional de Càncer, de Cabeza y Cuello, ⁷Servicio de Oncología Médica y ⁹Laboratorio de Infecciones y Càncer (IN-CALAB). Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ³Universidad de Barcelona. Barcelona. ⁶Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias (HUC). San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁸Centro de Investigación Biomédica en Red Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ¹⁰Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ¹¹B-ARGO grupo. Badalona, Barcelona

Introducción y objetivos: Los pacientes con carcinoma de orofaringe (CO) son altamente susceptibles de padecer malnutrición. Existen 2 tipos biológicamente diferentes de carcinoma de orofaringe: los relacionados con el tabaco y los relacionados con el virus del papiloma humano (VPH). Nuestro objetivo es evaluar si existen diferencias en cuanto a la composición corporal y su estado nutricional al diagnóstico según el estatus de VPH.

Material y métodos: Recogida retrospectiva sobre una cohorte prospectiva de pacientes de nuevo diagnóstico de CO tratados con intención curativa entre 2016-2020. Se examinaron datos sociodemográficos, clínicos, y nutricionales previos al inicio del tratamiento. La composición corporal fue analizada a partir de la tercera vértebra lumbar del PET/TC de diagnóstico. Todos los pacientes fueron evaluados por un dietista-nutricionista especialista en oncología. Se analizaron las diferencias mediante test chi-cuadrado/ ANOVA (bilateral y sig. p < 0,05).

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes (Tabla I). Los pacientes CO VPH no relacionado presentaron menor índice de masa corporal (22,7 vs. 27,9 kg/m² p < 0,05), niveles más elevados en la proteína C reactiva (25,4 vs. 4,0 mg/L, p = 0,04), mayor odinofagia (60 % vs. 28,6 %, p = 0,02), así como más desnutrición (73,8 % vs. 46,7 %, p = 0,03). Tanto el músculo esquelético como el tejido adiposo total tendían a ser inferiores en comparación a los pacientes CO VPH relacionado.

Conclusión: Previo al inicio del tratamiento, los pacientes CO no VPH relacionado presentan un mayor deterioro del estado nutricional con niveles de tejido adiposo total inferiores. Nuevos resultados de esta cohorte se presentarán en el congreso.

Tabla I. Características al diagnóstico de los pacientes con CO

	VPH relacionado (n = 30; 40 %) n (%)	VPH no relacionado (n = 45; 60 %) n (%)	p-valor test chi-cuadrado
Edad: media (DS)	57,4 (7,8)	60,4 (8,2)	0,108
Sexo (hombres)	23 (76,7)	36 (80,0)	0,954
<i>Hábito tabáquico</i>			
- No fumador	7 (23,3)	1 (2,27)	0,002
- Ex fumador > 1 año	10 (33,3)	8 (18,2)	
- Fumador activo	13 (43,3)	35 (79,5)	
<i>Hábito enólico</i>			
- No bebedor	14 (46,7)	2 (4,76)	< 0,05
- Ex-bebedor moderado/severo	2 (6,67)	12 (28,6)	
- Bebedor activo	14 (46,7)	28 (66,7)	
<i>Síntomas al diagnóstico</i>			
- Anorexia	7 (25,0)	16 (41,0)	0,271
- Odinofagia	8 (28,6)	24 (60,0)	0,021
- Disfagia	6 (20,7)	16 (39,0)	0,172
- Problemas dentales	3 (10,7)	6 (15,4)	0,724
Índice musculoesquelético (cm ² /m ²): media (DS)	52,5 (9,7)	48,5 (11,2)	0,104
Índice tejido adiposo total (cm ² /m ²): media (DS)	115 [91,4;150]	78,9 [39,7;105]	0,001
Sarcopenia*	8 (26,7)	18 (40,0)	0,347
Obesidad sarcopénica*	8 (100)	3 (100)	1,00
Mioesteatosis*	14 (46,7)	26 (59,1)	0,415

DS: desviación estándar. *Martín L, et al. Cancer cachexia in the age of obesity: skeletal muscle depletion is a powerful prognostic factor, independent of body mass index. *J Clin Oncol* 2013;31(12):1539-47.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el Comité Ético (PR138/19). Se siguieron las directrices nacionales e internacionales (código deontológico, Declaración de Helsinki), el Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo, del Consejo de 27/04/2016 de Protección de Datos (RGPD) y las leyes españolas (Ley 14/2007 y 3/2018).

O-21. Estimación de la prevalencia de desnutrición según las diferentes técnicas de composición corporal en pacientes oncológicos ingresados

Sara Franch Salvador, Andrea Sánchez Lorente, Bianca T. Muresan, Yesica Ruiz Berjaga, Ana Jiménez Portilla, Ana Artero, Carlos Sánchez Juan

Hospital General Universitario Valencia. Valencia

Introducción: La desnutrición y la sarcopenia en pacientes oncológicos se asocia con reducción de la calidad de vida del paciente, aumento de los costes sanitarios, así como, incremento de la morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes oncológicos ingresados en función de distintas técnicas de estudio de composición corporal.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de la función y masa muscular en pacientes oncológicos ingresados durante enero-marzo del 2020. Se analizó la composición corporal mediante distintas técnicas: perímetro de pantorrilla ajustado

al IMC (PP), índice de masa libre de grasa (FFMI) con bioimpedanciometría (BIA), índice músculo esquelético (MME) mediante TAC L3 y dinamometría. Los puntos de corte (PC) utilizados, fueron: < p5 para dinamometría, PP < 34 o 32 cm, MME < 41 o 43/53 cm²/m² o FFMI < 15 o 17 kg/m² según el sexo.

Resultados: De los 42 pacientes analizados, el 35,7 % eran mujeres y el 64,3 % varones (Tabla I).

Conclusiones: Los pacientes oncológicos presentan una alta prevalencia de desnutrición, baja fuerza y masa muscular. El uso de la BIA en el paciente oncológico hospitalizado puede infraestimar la prevalencia de desnutrición, probablemente en el contexto de alteraciones en el estado de hidratación del paciente.

Tabla I.

IMC	Normal o alto	38 (90,47)
	Bajo	4 (9,53 %)
FFMI	Normal	36 (85,71 %)
	Bajo	6 (14,28 %)
<i>Desnutrición por criterios GLIM:</i>		
Dinamometría (kg)	Normal	14 (33,33 %)
	Malnutridos	28 (66,67 %)
BIA (FFMI kg/m ²)	Normal	36 (85,71 %)
	Malnutridos	6 (14,28 %)
PP ajustado por IMC (cm)	Normal	23 (54,76 %)
	Malnutridos	19 (45,23 %)
TAC (MME cm ² /m ²)	Normal	22 (52,38 %)
	Malnutridos	20 (47,61 %)



Comunicaciones Pósteres

GERIATRÍA

P-001. Espesor de distintos grupos musculares en pacientes ingresados por fractura de cadera

Mikel González Fernández, Karol Almendra Alvarado Rosas, Leticia Serrano Urzaiz, Wendy Valeria González Sacoto, Francisco Losfablos Callau, Alejandro Sanz Paris

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: La ecografía muscular como herramienta para cuantificar la masa muscular está siendo cada vez más utilizada. Aunque en estos momentos ninguna sociedad recomienda su uso sistemático, sus ventajas en lo que respecta a bajo costo, alta disponibilidad y ausencia de radiación ionizante hacen que pueda ser muy útil en el futuro y necesario conocer los valores de normalidad en distintas situaciones y poblaciones.

Objetivos: Calcular el espesor ecográficamente del músculo masetero, bíceps braquial y cuádriceps femoral en pacientes ingresados por fractura de cadera y analizar los resultados según el sexo.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en 101 pacientes con fractura de cadera ingresados en un hospital terciario. Se realizó una ecografía del músculo masetero, del bíceps braquial y del cuádriceps femoral a cada uno de los participantes en el momento del ingreso. Las ecografías se repetían en tres ocasiones y se recogía la media de los tres resultados. Se usó un ecógrafo EDAN DUS 60.

Resultados: La media de edad fue de 86 (± 9) años en toda la población. El espesor total del músculo masetero fue de 10.4 ($\pm 2,73$) mm (10,35 \pm 2,05 mm en mujeres y 11,5 \pm 3,2 mm en hombres). El espesor total del bíceps braquial fue de 22,3 ($\pm 7,2$) mm (22,2 \pm 7,07 mm en mujeres y 23,5 \pm 8,4 mm en hombres). El espesor total del cuádriceps femoral fue de 22.1 ($\pm 6,45$) mm (22,1 \pm 6,3 mm en mujeres y 22,2 \pm 6,98 mm en hombres).

Conclusiones: La ecografía muscular puede ser una herramienta útil para el calcular la cantidad de masa muscular en pacientes ingresados por fractura de cadera.

Aspectos éticos: todos los participantes firmaron un consentimiento informado para participar y la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-002. Prevalencia de malnutrición y sarcopenia en pacientes ingresados por fractura de cadera

Mikel González Fernández, Karol Almendra Alvarado Rosas, Leticia Serrano Urzaiz, Wendy Valeria González Sacoto, Francisco Losfablos Callau, Alejandro Sanz Paris

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: Los criterios diagnósticos de malnutrición y sarcopenia han sido recientemente modificados. En el caso de la sarcopenia, se actualizó en 2019 con el EWGSOP2. En la malnutrición se actualizaron los criterios GLIM en 2018. Los pacientes con fractura de cadera tienen una elevada prevalencia de estas patologías.

Objetivos:

- Estudiar la prevalencia de malnutrición, sarcopenia y disfagia en los pacientes que ingresan por fractura de cadera.
- Analizar la prevalencia de sarcopenia por medio de los nuevos criterios EWGSOP2 en los pacientes que ingresan por fractura de cadera.
- Estudiar las diferencias en función del sexo.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 101 pacientes que ingresaron por fractura de cadera en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en los meses de enero y febrero del 2020. La sarcopenia fue calculada por los criterios EWGSOP2, la malnutrición fue calculada por los criterios GLIM. Se analizaron otras características como parámetros antropométricos, el estado funcional con el índice de Barthel y el estado de comorbilidad con el índice de Charlson.

Resultados: Se reclutaron 113 pacientes de los cuales 12 fueron excluidos quedando un total de 101 (71 mujeres y 30 hombres). La media de edad fue de 86 (± 9) años en toda la población. La prevalencia global de sarcopenia fue de 29,3 % (16,9 % en mujeres y 59,3 % en hombres).

Conclusiones: La sarcopenia y la malnutrición presentan una elevada prevalencia en pacientes ingresados con fractura de cadera. La actualización de los criterios diagnósticos pretende conocer mejor la magnitud de este problema y mejorar nuestra práctica clínica.

Aspectos éticos: el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) aprobó la realización de este estudio (C.P.-C.I. PI19/135). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para participar y la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-003. Estado nutricional en paciente con fractura de cadera

María del Pilar García Pertegaz, Bárbara Bennasar Rosselló, María Cabrer Vidal, Francisca Vich Sastre, Margarita Gracia Moll Mascaro, Catalina Ramis Valls, Catalina Jiménez Pou

Hospital Comarcal d'Inca. Palma de Mallorca

Introducción: La fractura de cadera de origen osteoporótico es una de las principales causas de discapacidad y de pérdida de calidad de vida en la población mayor. La presencia de desnutrición o riesgo nutricional en el momento de la fractura es un factor que se relaciona además con un aumento de la duración de la estancia hospitalaria tras la intervención, así como un aumento del riesgo de complicaciones, morbilidad y mortalidad. Un adecuado estado nutricional en proteínas, calcio y vitamina D se relaciona con un contenido adecuado de masa magra, que se refleja en una mayor fuerza muscular y mejor capacidad funcional.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de desnutrición y riesgo nutricional en mayores al ingreso hospitalario tras una fractura de cadera. Determinar la fuerza mediante dinamómetro en ingreso y a los 3 meses administrando 2 suplementos nutricionales.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal prospectivo de 33 pacientes con fractura de cadera. Se les realizó un cribado y valoración nutricional con diferentes métodos, además de dinamómetro para evaluar la fuerza.

Resultados: Un 72,73 % de la muestra son mujeres, 27,27 % hombres. La edad media de los pacientes es de 83 ± 8 años. La media de peso es de $61,1 \pm 12,1$ kg. El IMC medio al ingreso es de $24,23 \text{ kg/m}^2 \pm 4 \text{ kg/m}^2$. Media albúmina $3,1 \pm 0,5$ mg/dL. Media prealbúmina $12,3 \pm 5,3$ mg/dL. Media Vitamina D $12,2 \pm 7,4$ ng/dL. Valoración nutricional MNA: 69,7 % en riesgo de desnutrición, NRS 2002: 100 % en riesgo de desnutrición y CONUT: Riesgo moderado 48,48 % y Riesgo Grave: 18,18 %.

– CP:

- Media 30,53 cm
- 3 meses: 30,98 cm.

– Dinamómetro:

- Media 16,73
- 3 meses 18,12.

Conclusiones:

1. Los resultados muestran una alta prevalencia en desnutrición en pacientes con fracturas de cadera.
2. La suplementación nutricional junto al ejercicio físico ayuda a la recuperación de la masa muscular.

P-004. Evaluación de la prevalencia de desnutrición en pacientes ingresados en la unidad de convalecencia de CST-Hospital de Terrassa

Alba Segovia Campo, Sonia Fabregó, Isabel Cots Seignot

Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona

Introducción y objetivos: Evaluar el perfil del estado nutricional de los pacientes ingresados en la unidad de convalecencia para valorar la prevalencia de desnutrición.

Material y métodos: Durante tres días se realiza una valoración nutricional a todos los pacientes que incluye como cribaje el *mini-nutritional assessment* (MNA), datos antropométricos básicos (talla, historia de pesos) y estimación de masa muscular mediante circunferencia de pantorrilla (CP) y braquial (CB). Se registra la ingesta mediante un R24h y requerimientos nutricionales del paciente. Se valora pauta de suplementación oral. Por último se recogen datos bioquímicos: albúmina y PCR. Con estos datos finalmente se realiza un diagnóstico nutricional mediante criterios GLIM.

Resultados: $n = 44$, el perfil general corresponde a mujeres (68.2 %) de una edad media de $78 \pm 8,7$ años y un IMC medio de $28,8 \pm 5,46 \text{ kg/m}^2$. El percentil medio de CB fue 55.39. La media media de CB y CP fueron $26,4 \pm 5,01$ cm y $30,8 \pm 4,29$ cm respectivamente. Y disminuyeron significativamente según peor estado nutricional (ANOVA 0,006). El 79,6 % de los pacientes han perdido peso en los últimos 6 meses. Un 59,1 % de los comen más del 75 % de la dieta pautada pero aun sí el 72,7 % hacen una ingesta energética por debajo del 90 % de sus requerimientos y el 95,5 % hicieron una ingesta proteica deficitaria. La albúmina está por debajo de 35 g/l en el 68,2 % de los casos. Un 47 % de pacientes muestran malnutrición según MNA. Según Criterios GLIM un 2,3 % de pacientes presentan estado nutricional óptimo, un 31,8 % presentan desnutrición moderada y un 15,9 % presentan desnutrición severa.

Conclusión: El perfil nutricional del paciente evaluado se corresponde con un paciente geriátrico que presenta sobrepeso y sarcopenia. Se sitúa la prevalencia de desnutrición en un 47,7 %.

Aspectos éticos: para el presente estudio al inicio de la entrevista se realizó un consentimiento informado verbal.

P-005. Sarcopenia y fragilidad en pacientes ingresados con fractura de cadera que van a ser sometidos a intervención quirúrgica

Marta Miranda Magaña, Manuel Muñoz Barroso, Laura Rey Fernández, Vicente Faus Felipe, Jimena Abilés Osinaga, Enrique Guerado Parra, Beñoña Tortajada Goitia

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Objetivos: Evaluar la sarcopenia en pacientes diagnosticados de fractura de cadera y estratificarla en función de su fragilidad.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes mayores de 65 años que ingresan con fractura de cadera candidatos a intervención quirúrgica. Se midió la sarcopenia según el algoritmo de la European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2). Se realizó un cribado detectando el riesgo de sarcopenia mediante el cuestionario SARC-F. Ante un cribado positivo se valoró la probabilidad de presentar sarcopenia mediante la fuerza muscular por dinamometría. La confirmación se realizó calculando el ángulo de fase (aF) por bioimpedancia-

metría (BIA) según los valores de referencia de Janssen y cols. Se estratificaron los pacientes en función de la fragilidad mediante el formulario SHARE-FI.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (75 % mujeres, edad media 80,45 años). El 50 % superaron el cribaje (10/20) (puntuación ≥ 4 en el SARC-F). El 100 % de estos, según los puntos de corte del EWGSOP2 para el valor de dinamometría, mostraban criterio de sarcopenia probable, aunque la confirmación de sarcopenia mediante BIA se observó en 2 pacientes (10 %). El 70 % de los pacientes se catalogaron como frágiles, el 20 % prefrágiles y el 10 % no frágiles. La distribución de fragilidad en función de la probabilidad de sarcopenia fue: el 60 % de los pacientes no sarcopénicos se categorizó como frágil, 20 % prefrágil y 20 % no frágil. De los pacientes con sarcopenia probable el 80 % se consideraron frágiles y el 20 % prefrágiles.

Conclusiones: El 50 % de los pacientes presentarían probabilidad de sarcopenia, aunque solo se confirmaría en el 10 % de ellos. La fragilidad afecta al 70 % de los pacientes, aunque con mayor probabilidad a aquellos con sarcopenia.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el Comité de Ética Asistencial Costa del Sol. Los pacientes firmaron consentimiento informado. Se siguió la Declaración de Helsinki.

EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE NUTRICIÓN

P-013. Cribado nutricional en el paciente con cáncer sólido localmente avanzado y metastásico en España

Jorgina Serra López^{1,4}, Raquel Álvarez García^{1,3}, Nieves Gil Gómez^{1,5}, Patricia Beorlegui Murillo^{1,6}, Magdalena Battle Vidal^{1,9}, Dolores Pérez Cárdenas^{1,2}, Andrés Sánchez Belchiz^{1,11}, Carlos Garrido Caricol^{1,2}, Adela Salieto Tecles^{1,10}, Inmaculada Amoscotegui^{1,11}, Iria González Álvarez^{1,4}, Clara Pujol Besora^{1,4}, Sylvia Mónica Amoró Cerdá^{1,9}, Catalina Rubio Uría^{1,8}, Miriam González Suárez^{1,8}, Erik Medina Cruz^{1,8}, Yohanna Iragorri Barberena^{1,6}, María Camino del Río Pisabarro^{1,7}, Isabel Tuñón Cabeza^{1,2}, Nuria Domenech Climent¹, Ángeles Peñuelas Sanz^{1,3}, Pilar Matía Martín¹², Julio de la Torre-Montero^{1,13}

¹Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO). ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Pozuelo de Alarcón, Madrid. ⁶Clínica Universidad de Navarra. Pamplona, Navarra. ⁷Hospital Universitario Donosti. San Sebastián. ⁸Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁹Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ¹⁰Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy, Alicante. ¹¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹²Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹³Universidad Pontificia de Comillas. Madrid

Introducción y objetivos: La desnutrición es un problema habitual en pacientes oncológicos. Entre el 15 y el 40 % de los

pacientes presentan pérdida de peso en el momento del diagnóstico y la incidencia de desnutrición aumenta hasta el 80 % a lo largo de su evolución. Caracterizar el estado nutricional, y riesgo de este en el paciente que recibe inmunoterapia con o sin quimioterapia y/o radioterapia concomitante a través de cribado y valoración nutricional es fundamental.

Material y método: Estudio observacional, transversal, multicéntrico, en pacientes adultos con tumores sólidos (estadios III-IV), que se ha realizado en 10 hospitales en distintas zonas geográficas españolas.

Resultados: Se incluyeron 585 pacientes: 385 en el grupo de inmunoterapia como único tratamiento, 200 en el grupo de quimioterapia en combinación. La media de edad fue de 63,37 años y el 60,0 % eran varones, clasificados entre ECOG 0 y 2. Con relación a los resultados de VSG.GP y estado nutricional del paciente, de los 584 pacientes, 463 se encontraban en estadio A "bien nutridos" mientras que 121 fueron clasificados como estado B o C "desnutridos de forma severa o moderada". De los pacientes en estadio A, el 21,6 % se encontraba en algún tipo de terapia nutricional, mientras que este porcentaje fue del 48,8 % para los pacientes en estadio B / C con diferencias significativas ($p < 0,0001$). El estado nutricional según VSG.GP por tipo de tratamiento mostró diferencias estadísticamente significativas. El mayor número de pacientes bien nutridos estaba en tratamiento con inmunoterapia (174 (89,2 %)), seguido de 154 (81,5 %) en terapia dirigida y 127 (69,0 %) en quimioterapia.

Conclusión: El consejo dietético fue el tipo de terapia más común. Se observó una mayor prevalencia de desnutrición en los pacientes tratados con quimioterapia en diferentes combinaciones que en los tratados con inmunoterapia como única opción terapéutica.

Aspectos éticos: aprobado por los Comités de Ética de los centros, y registrado en ClinicalTrials_NCT04168814.

P-014. Encuestas nutricionales sobre población adulta en la comunidad autónoma de Canarias: revisión bibliográfica

Marta Morales Medina¹, Néstor Benítez Brito^{1,2,3}, Francisco Moreno Redondo⁴, Berta Pinto Robayna⁴, Alicia Isabel Hernández Rodríguez², Carlos Díaz Romero⁴

¹Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria y ⁴Departamento de Ingeniería Química y Tecnología Farmacéutica. Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ²Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. ³Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I. Burgos

Introducción: Las encuestas nutricionales permiten recoger datos con el fin de conocer cómo es el estado nutricional de la población. De esta manera, se pueden identificar grupos vulnerables, evaluar la posible exposición a riesgos alimentarios y diseñar medidas de salud pública o planes de salud que mejoren la calidad de vida y la salud de los ciudadanos. A nivel nacional son numerosas las encuestas realizadas, sin embargo, en la Comunidad Autónoma de Canarias los estudios son escasos.

Objetivos: Analizar las encuestas nutricionales realizadas en población adulta en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, Punto Q y la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Para llevar a cabo la búsqueda se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSH) y los Medical Subject Headings (MeSH). Se seleccionaron los artículos de estudios nutricionales referentes a la población adulta de Canarias y/o al conjunto de la población española en los cuáles se hayan especificado aspectos concretos de la población canaria.

Resultados: Se obtuvo un total de 1.692 artículos. De ellos, 52 artículos fueron seleccionados tras la lectura del título y resumen (PubMed (20), Scopus (12), Web of Science (15), Punto Q (2) y BVS (3)). Finalmente, 14 artículos fueron incluidos. Los estudios relacionan la ingesta energética, comidas diarias, reparto calórico, así como con el consumo de macronutrientes diferenciando sexos e islas.

Conclusiones: La cantidad de encuestas nutricionales realizadas en la población adulta de las Islas Canarias es limitada. Actualmente, la Encuesta Nutricional de Canarias (ENCA), realizada en 1998, sigue siendo la encuesta nutricional sobre población adulta más amplia y de mayor relevancia. Se hace necesario actualizar los datos.

P-015. Situación de la nutrición en las encuestas nacionales de salud de España

María Carolina Hernández Mendoza¹, Néstor Benítez Brito^{1,2,3}, Francisco Moreno Redondo, Berta Pinto Robayna⁴, Alicia Isabel Hernández Rodríguez², Carlos Díaz Romero⁴

¹Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria y ⁴Departamento de Ingeniería Química y Tecnología Farmacéutica. Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ²Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. ³Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I. Burgos

Introducción: A lo largo de los años, la población española ha experimentado cambios en sus hábitos alimenticios. Estas variaciones son evaluadas a través de las Encuestas de Salud de España (ENSE) donde, además, se valoran otras variables de salud.

Objetivo: Analizar la evolución de las preguntas nutricionales que se han realizado a través de la ENSE, así como otras encuestas realizadas en España.

Material y métodos: Se realizó una revisión de las encuestas a través de la web del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, así como una revisión bibliográfica por medio de las bases de datos de PubMed, Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Punto Q, Scielo y Google Scholar.

Resultados: Se han identificado un total de 7 encuestas que plantean alguna pregunta de nutrición sobre un total de 9 encuestas dentro de la ENSE. En relación con la revisión bibliográfica, se han identificado un total de 2777 referencias; se incluye-

ron 27 artículos a partir del título y resumen. Tras la evaluación final a texto completo, se seleccionaron 10 artículos.

Conclusiones: De las 9 ENSE (periodo 1987-2017), 7 cuentan con preguntas sobre nutrición. A partir del año 1995 se empiezan a incorporar preguntas en población infantil, aunque no en población adulta. Los estudios publicados hasta la fecha sobre encuestas nutricionales en España son escasos.

P-016. Diagnóstico médico de las alergias alimentarias en los pacientes ingresados del Hospital General de Fuerteventura

Pamela Álvarez Trencó¹, Sara Trujillo Alemán², Néstor Benítez Brito^{3,4}

¹Hospital General de Fuerteventura. Servicio Canario de Salud. Fuerteventura. ²Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria. ³Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. ⁴Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I. Burgos

Introducción: La gestión de las alergias alimentarias es un elemento clave para la seguridad de los pacientes hospitalizados. Sin embargo, en muchas ocasiones, esta labor resulta muy compleja debido a la ausencia de registro de diagnóstico médico de estas en la historia clínica.

Objetivo: Describir la frecuencia con la que las alergias alimentarias referidas por los pacientes se encuentran registradas en las historias clínicas como diagnóstico médico.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: Pacientes que han referido alguna alergia alimentaria durante su ingreso en el Hospital General de Fuerteventura. Periodo: 2019 y 2020. Fuente: Registro de información dietética e historia clínica. Variables de estudio: tipo de alergia alimentaria y registro del diagnóstico médico en la historia. Análisis estadístico: SPSS versión 19.0.

Resultados: En 2019 y 2020, 91 pacientes ingresados refirieron presentar alergia alimentaria. En 60 casos (65,9 %) no figuraba el diagnóstico en su historia clínica; en 22, (24,2 %) sí figuraba; y, en 9 (9,9 %), solo figuraba alguna de las alergias referidas. De las 60 para las que no hay diagnóstico médico, 15 (25 %) estaban registradas en los patrones funcionales de enfermería. Las alergias más frecuentes fueron: pescado y marisco (30,8 %), frutas (20,9 %), verduras (16,5 %), intolerancia al gluten (16,5 %) y a la lactosa (14,3 %). Para estos grupos de alimentos, las alergias que más frecuentemente presentaron registro en la historia clínica fueron: pescado y marisco (42,9 %), intolerancia al gluten (40,0 %) y frutas (36,8 %).

Conclusiones: La mayoría de las alergias alimentarias referidas por los pacientes al ingreso no están reflejadas como diagnóstico en la historia clínica, lo cual dificulta la gestión dietética de las mismas. Las alergias que con mayor frecuencia presentan diagnóstico médico en la historia clínica son alergia al pescado y marisco, intolerancia al gluten, y alergia a la fruta, aunque, en ningún caso, el diagnóstico médico llega al 50 %.

Declaración de conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

P-017. Resultados de implementación del nuevo protocolo de cribaje nutricional en pacientes con SARS-CoV-2 (COVID-19) en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), Hospital de Sant Boi

Elina Vidal Moreso, Cristina Herranz Fernández, Irene García Rodríguez, Gabriela Monroy Rodríguez, Gerard Saénz de Navarrete Ribera

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Hospital General de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Introducción: A raíz de la nueva pandemia mundial de COVID-19 se pretende dar respuesta implementando acciones para dar un correcto soporte nutricional a los pacientes ingresados en el hospital que ingresan por esta patología.

Objetivos: Valorar el grado de implementación del protocolo de actuación nutricional en pacientes COVID que ingresan en nuestro hospital a los 3 meses de su puesta en marcha.

Material y métodos: A todos los pacientes que ingresan en el hospital con infección SARS-CoV-2 enfermería les realiza un cribado inicial utilizando el NRS (NRS-2002), cuando el cribaje NRS-I es positivo (> 1 punto), se realiza interconsulta a la unidad de nutrición. La dietista-nutricionista realiza una valoración nutricional completa: NRS completo, parámetros analíticos y registro de ingesta ajustando tratamiento nutricional y realizando seguimiento nutricional en función de las necesidades del paciente.

Resultados: El total de pacientes que han ingresado con infección por SARS-CoV-2 son $n = 425$. Durante los 3 meses se han realizado 153 cribajes NRS-2002, de los cuales han sido positivos e interconsultados $n = 78$ a la unidad de nutrición por la implementación del nuevo protocolo COVID en nuestro hospital, $n = 33$ han sido negativos y $n = 42$ con NRS-2002 realizado pero no interconsultado. Del total, el 64 % de pacientes que han ingresado por COVID no han sido cribados, a pesar de cumplir con los criterios de inclusión ($n = 272$).

Conclusiones: El grado de implementación del protocolo COVID en nuestro hospital es bajo, puesto que solo el 36 % de los pacientes han sido cribados. Propuestas de mejora de cara a aumentar el grado de implementación del nuevo protocolo sería poder repartir los pacientes entre todo el personal sanitario de planta, ya que una elevada carga asistencial, impide un correcto cribado de los pacientes que ingresados en el hospital.

P-018. Ingesta dietética y cumplimiento de los requerimientos calóricos en pacientes hospitalizados

Ylenia Avellaneda López¹, Laura Gallardo Amaro², José Manuel Gil Gascón¹, José Luis Bianchi Llave¹, Eduardo Sánchez Sánchez¹

¹Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. ²Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz. Cádiz

Introducción y objetivos: Durante la hospitalización, el paciente sufre un amplio número de cambios que afecta a su

estilo de vida, la alimentación es uno de ellos, lo que puede afectar a su ingesta. Nuestro objetivo fue valorar el cumplimiento de los requerimientos calóricos en pacientes hospitalizados a través de la ingesta dietética pautada.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio descriptivo en dos unidades de alta complejidad (Medicina Interna y Onco-Hematología y Cuidados Paliativos) de un hospital comarcal. Para ello, se registra, en las primeras 24-48 horas, el tipo de dieta pautada, la ingesta del paciente, el aporte calórico de las dietas y el gasto energético total (GET).

Resultados: Se estudian un total de 142 pacientes con una edad media de $69,14 \pm 15,70$ años. De ellos el 40,65 % son mujeres y el 59,15 % hombres. Entre las dietas prescritas, la dieta basal fue la más prevalente (34,51 %), seguida de la dieta absoluta (14,79 %) y la dieta baja en grasas (12,26 %). El 23,24 % de los pacientes no ingieren ningún alimento de la dieta prescrita, el 16,20 % ingieren el 25 %, el 11,27 % el 50 %, el 16,90 % el 75 % y el 32,39 % ingieren el 100 %. Valorando si la ingesta cubre el GET de cada paciente, el 79,58 % ingieren menos kcal de las requeridas, el 4,93 % cubren sus requerimientos calóricos y el 15,49 % ingieren más Kcal. El 3,52 % ($n = 3$) de los pacientes tenían pautada NE oral, todos ellos con una equivalencia negativa entre la ingesta y el GET, con una $p < 0,001$.

Conclusiones: La ingesta de pacientes hospitalizados es baja y en la mayoría de ocasiones no alcanzan sus requerimientos calóricos. Por ello, se debe realizar una correcta valoración con el objetivo de implantar las medidas adecuadas para alcanzar los requerimientos de cada paciente.

Aspectos éticos: dictamen favorable CEI Cádiz.

P-019. Estado nutricional al ingreso en pacientes hospitalizados en unidades de alta complejidad

Eduardo Sánchez Sánchez¹, Laura Gallardo Amaro², Ylenia Avellaneda López¹

¹Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. ²Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz. Cádiz

Introducción y objetivos: La desnutrición tiene una alta prevalencia en pacientes hospitalizados en una unidad de alta complejidad. Nuestro objetivo es conocer el estado nutricional al ingreso en pacientes hospitalizados en unidades de alta complejidad.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio descriptivo en dos unidades de alta complejidad (Medicina Interna y Onco-Hematología y Cuidados Paliativos) de un hospital comarcal. La recogida se realiza desde el 19 de abril hasta el 28 de mayo de 2021. Para ello, se realiza cribado nutricional en las primeras 24 y 48 horas. Se recogen datos sobre el IMC y se realiza el método de cribado MNA.

Resultados: Se estudian un total de 142 pacientes con una edad media de $69,14 \pm 15,70$ años. De ellos el 40,65 % son mujeres y el 59,15 % hombres. El 9,15 % de los pacientes pre-

sentaron bajo peso, el 33,10 % normopeso y el resto presentaron algún tipo de sobrepeso u obesidad. Según los datos reportados por el MNA, el 15,49 % de los sujetos presentan un estado nutricional normal, el 39,44 % presentan riesgo de malnutrición y el 45,07 % presentan malnutrición. Según el NRS-2002, el 53,52 % presentaron riesgo desnutrición y el 46,48 % no presentaron riesgo. Estos datos son inferiores a los reportados por el MNA. Entre los sujetos con riesgo de malnutrición, el 1,8 % tenían pauta oral y el 98,2 % no tenían pauta oral. El 6,2 % de los pacientes con malnutrición tenían pauta oral y el 93,8 % no tenían prescrito NE oral. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el IMC y el valor de MNA ($p = 0.120$).

Conclusiones: El riesgo de desnutrición o desnutrición está muy presente en los pacientes hospitalizados, por lo que se debe realizar un diagnóstico precoz del mismo, con el objetivo de implantar medidas nutricionales de forma precoz.

Aspectos éticos: dictamen favorable CEI Cádiz.

P-020. Prevalencia de desnutrición y riesgo de sarcopenia al ingreso en un hospital comarcal de primer nivel

Ana Pedraza Sarto, Carlos Miguel Peteiro Miranda, Lorena Díaz Fernández, Rocío Valera Yepes

Hospital de Viladecans. Viladecans, Barcelona

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) se relaciona con un aumento de la morbilidad, estancia hospitalaria, reingresos, mortalidad y costes asociados.

Objetivos: Diagnosticar la DRE en los pacientes con riesgo de desnutrición sometidos a un cribado nutricional en las primeras 48h de ingreso hospitalario. Registrar la fuerza muscular y circunferencia de pantorrilla para valorar la prevalencia de sarcopenia.

Material y método: Estudio transversal y descriptivo, en situación de práctica clínica, para evaluar el riesgo de desnutrición (según NRS2002), la prevalencia y severidad de desnutrición (según GLIM) en todos los pacientes ingresados en durante 6 días consecutivos. En los pacientes con cribado positivo se valoró la sarcopenia (según fuerza de prensión de mano y perímetro de pantorrilla).

Resultados: 48 pacientes, 64,6 % hombres, edad media $69,98 \pm 13,83$ años (45,8 % eran > 70 años), IMC $26,86 \pm 5,08$ kg/m². Se observó un riesgo nutricional del 33,3 % según cribado NRS2002 y una desnutrición del 31,3 % aplicando criterios GLIM (18,8 % leve y 12,5 % moderada ($p < 0,001$)). En pacientes > 70 años la prevalencia de desnutrición fue de un 45,45 %. Se detectó dinapenia en el 71,43 % de los pacientes desnutridos (80 % en pacientes > 70 años) y un 64,28 % de los pacientes desnutridos presentaron un perímetro de pantorrilla por debajo del punto de corte (> 80 % en pacientes > 70 años).

Conclusión: En este estudio, uno de cada 3 pacientes presentó desnutrición al ingreso hospitalario, siendo todavía mayor

en pacientes > 70 años, los cuales presentaron un mayor riesgo de sarcopenia. Estos resultados refuerzan la necesidad de implementar medidas de detección precoz de la desnutrición al ingreso hospitalario.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el Comité de Ética del Hospital, los participantes firmaron el consentimiento informado. Se siguió la Declaración de Helsinki.

P-021. Información nutricional en Instagram en los Estados Unidos de América: un estudio observacional

Concepción Vidal Peracho^{1,2}, Héctor Tricás-Vincent², Orosia Lucha-López², César Hidalgo-García², Ana-Carmen Lucha-López², Sofía Monti-Ballano², Jaime Corral-de Toro², Sergio Márquez-Gonzalvo², José Miguel Tricás-Moreno²

¹Hospital Royo Villanova. Zaragoza. ²Unidad de Investigación en Fisioterapia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza

Introducción y objetivos: Las redes sociales son el fenómeno actual más revolucionario en la comunicación después de la televisión. Sus implicaciones en la salud y la imagen corporal no son bien conocidas, aunque pueden promover cambios conductuales saludables. El objetivo del estudio fue conocer el perfil de los usuarios de Instagram que buscan información nutricional y analizar la calidad de la información.

Material y métodos: Se diseñó y realizó un estudio transversal, con participantes al azar, mediante una encuesta enviada con un *survey-link* anónimo, a población americana, año 2019. Se cumplieron los requisitos éticos. En mayores de 18 años y con cuenta en Instagram.

Resultados: De las 898 personas que respondieron, 78.7 % eran mujeres y 75.6 % Millennials (23-38 años). 57.57 % tenían IMC normal. 32.2 % seguían información nutricional. 22.4 % consideraban la acreditación profesional del *influencer* en nutrición y 26 % la seguridad de sus recetas. La evidencia científica en las publicaciones fue 14 %. Los *influencers* promovían un producto o una marca en 90 %. Las mujeres buscaban más información nutricional ($p = 0.000$). Los Millennials y la Generación-Z eran las generaciones más interesadas en conseguir esta información ($p = 0.004$). No hubo relación significativa en el seguimiento de información nutricional con IMC, tipo de trabajo, ingresos y nivel educacional. 30 % referían impacto positivo y 16 % negativo, en la imagen corporal. Se utilizó SPSS 20, chi-cuadrado y test no paramétricos.

Conclusiones:

1. Las mujeres y los Millennials son la población americana que más busca información nutricional en Instagram.
2. El perfil del usuario tiene poco en cuenta la acreditación profesional o la seguridad de la información nutricional.
3. El valor científico de la información nutricional es escaso y existen intereses comerciales.
4. La regulación de la información nutricional en esta red social debe aunarse con la libertad de expresión.

FARMACIA

P-025. Evaluación de la eficacia del dexpantenol frente a la eritromicina endovenosa como procinéticos

Inés García del Valle, Laura Val, Milagros García, Gemma Morlà, Gemma Baronet, Pilar Marcos, Mónica Sanmartín

Hospital Universitario General de Cataluña. Sant Cugat del Vallés, Barcelona

Introducción y objetivos: El dexpantenol, análogo del ácido pantoténico o vitamina B5, es un fármaco indicado en casos de atonía intestinal postquirúrgica o íleo paralítico. A raíz del desabastecimiento de eritromicina endovenosa, utilizada en el centro como tratamiento de primera línea para esta indicación, se decidió valorarlo como alternativa, logrando también disminuir la carga antibiótica de los pacientes. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del dexpantenol frente a la eritromicina endovenosa como procinéticos.

Material y método: Se realizó un estudio observacional tomando como variables la duración media del tratamiento, la tolerancia a la dieta (oral o enteral) y la presencia de retención y peristaltismo tras el tratamiento. Se utilizaron las dosis de dexpantenol recomendadas en Ficha Técnica, 500 mg/8h. Para la eritromicina, tras realizar una revisión bibliográfica y al existir variabilidad respecto a la pauta posológica recomendada como procinético, se optó por una dosis de 200 mg/12h (redosificada en Farmacia a partir de viales de 1 gramo).

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes de los cuales un 51 % estaban a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos. La duración media del tratamiento fue de 6,15 días en el grupo al cual se le prescribió dexpantenol y de 5,0 días en el que recibió eritromicina (se limita su uso a 5 días para evitar taquifilaxia). El 35 % de los pacientes que recibieron dexpantenol mantuvieron la retención y un 11 % no recuperaron el peristaltismo, frente a un 16 % y un 8 % respectivamente en el caso de la eritromicina. En ningún caso fue necesario el cambio de nutrición enteral a parenteral por falta de tolerancia absoluta.

Conclusión: Si bien el dexpantenol parece presentar una menor eficacia, el número valorado de pacientes fue reducido. Se concluyó que, en caso de disponer de eritromicina endovenosa, se preferiría su uso al dexpantenol. Cabría valorar la alternativa de utilizar eritromicina oral o por SNG.

P-026. Evaluación del riesgo de desnutrición en pacientes con cáncer del tracto gastrointestinal

Lorena Becerra Ingerto, Javier Yáñez, Susana García Lastra, Nieves González Sánchez, Isabel Zapico García, Perpetua Puente Martínez, Cecilia Martín Carro

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

Introducción y objetivos: Evaluar el riesgo de desnutrición en pacientes con cáncer del tracto gastrointestinal (TGI).

Material y método: Estudio observacional, en el que se incluyeron a pacientes con cáncer del TGI tratados en nuestro hospital durante marzo de 2021. Se recogieron datos demográficos y clínicos mediante entrevistas a los pacientes y la revisión de sus historias clínicas. El riesgo de desnutrición se evaluó a través de diferentes herramientas: cuestionario NutriScore, pérdida de peso en los últimos 3 y 6 meses, circunferencia de pantorrilla (CP), consumo de suplementos orales y parámetros analíticos de proteínas totales y albúmina en el último mes. Los datos se analizaron mediante el programa de Microsoft Excel.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, un 60,9 % hombres, mediana de edad 65 años [42-85] y mediana de Índice de Masa Corporal (IMC) 25,3 [20,0-30,8]. El 73,9 % se habían sometido a cirugía erradicadora previa. La media de puntuación del cuestionario NutriScore fue de 2,2 [1-5]. Según la medida de CP, 2 pacientes (8,7 %) presentaban desnutrición grave y 3 (13,0 %) desnutrición moderada. La media de pérdida de peso en los últimos 3 meses fue de 0,3 kg [0-3] y en los últimos 6 meses de 3,3 kg [0-15]. El 21,7 % (n = 5) consumían suplementos nutricionales. En cuanto a los datos analíticos, la media de las proteínas totales fue de 6,63 g/dL [5,1-7,8] y la media de albúmina de 4,05 g/dL [2,4-4,8].

Conclusión: Según la escala NutriScore, los pacientes estudiados no presentaron riesgo de desnutrición, resultado concordante con la medida de la pérdida de peso, los parámetros analíticos y el IMC. Sin embargo, la medida de la CP detectó 5 pacientes en riesgo de desnutrición. Esto pone de manifiesto la necesidad de emplear medidas de evaluación complementarias, así como la importancia de la entrevista clínica al paciente.

P-027. Seguridad de la nutrición parenteral hiperproteica en pacientes críticos

Xabier Larrea Urtaran, Queralt López Noguera, Neus Sunyer Esquerra, Anna Fayet Pérez, Sonsoles García Rodicio, Rosa Sacrest Güell

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona. Girona

Introducción y objetivos: Un aporte proteico elevado puede asociarse a hipocalcemia, acidosis metabólica y aumento del nitrógeno ureico plasmático (BUN). El objetivo es analizar la seguridad de la nutrición parenteral (NP) hiperproteica en paciente crítico.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional en pacientes críticos que recibieron NP durante 6 meses (noviembre 2020 - abril 2021). Se recogieron datos demográficos (sexo, peso, altura y edad) y analíticos (urea, BUN, calcio, calcio iónico, pH, pCO₂ y bicarbonato). Se estableció el objetivo proteico para cada paciente en función de su índice de masa corporal (IMC) IMC < 30 kg/m² 1,5 g proteína/kg y IMC ≥ 30 kg/m² 2 g proteína/kg por peso ideal. Se dividió la muestra en dos grupos según si alcanzaron o no el objetivo proteico. El análisis estadístico se realizó mediante la media y la desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes críticos con NP de los que el 39,4 % eran mujeres. 15 pacientes alcanzaron el objetivo proteico el día $2,6 \pm 2,0$ con una media de $1,6 \pm 0,2$ g de proteína/kg en paciente no obeso y $2,0 \pm 0,0$ g de proteína/kg en paciente obeso. La edad media fue de 63 ± 12 años y el IMC de $29,0 \pm 6,4$ kg/m². El calcio mínimo medio fue de $9,0 \pm 0,4$ mg/dl y el 6,7 % presentó hipocalcemia. El 6,7 % presentó acidosis metabólica y se observó un aumento de BUN con un valor máximo medio de $58,4 \pm 34,7$ mg/dl. Dieciocho pacientes no alcanzaron el objetivo proteico, la edad media fue de 70 ± 10 años y el IMC de $27,4 \pm 4,8$ kg/m². El calcio mínimo medio fue de $8,6 \pm 0,7$ mg/dl y el 38,9 % presentaron hipocalcemia. El 33,3 % presentaron acidosis metabólica y se observó un aumento de BUN con un valor máximo medio de $76,6 \pm 60,4$ mg/dl.

Conclusión: No se observó mayor incidencia de hipocalcemia, acidosis metabólica ni aumento del BUN en pacientes críticos con NP hiperproteica. Podemos sugerir que, en la población estudiada y durante el periodo de estudio, la administración de proteínas $\geq 1,5$ g/kg en NP fue segura.

P-028. Análisis cuantitativo de la concentración de potasio en las preparaciones de nutrición parenteral

Pau Riera Armengol, David Medina Catalán, Joana Cardenete Ornaque, Álvaro García Osuna, Daniel Cardona Pera, Jan Thomas De Pourcq

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción y objetivos: Un elevado número de preparaciones de nutrición parenteral total contienen potasio, un componente de estrecho margen terapéutico. Errores en la cantidad de potasio de la emulsión pueden tener consecuencias clínicas graves y no ser detectados con el control gravimétrico del producto final. Por ello, nuestro centro incorporó el análisis cuantitativo de potasio como un control de calidad adicional. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados de esta determinación tras tres años de su puesta en marcha.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo. Se evaluaron todos los controles de potasio efectuados entre enero de 2018 y enero de 2021. La determinación del potasio se realizó de forma aleatorizada en 1 de cada 30 preparaciones de nutrición parenteral. El análisis cuantitativo se efectuó por potenciometría indirecta mediante electrodo selectivo medido en la plataforma Alinity (Abbott Laboratories, Chicago, EEUU). Se consideró como rango aceptable un 80-120 % de la concentración teórica, teniendo en cuenta la inexactitud inherente al proceso de preparación manual, así como la falta de validación de la técnica analítica en una matriz lipídica.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 181 determinaciones. En solo 14 de ellas (7,7 %) la concentración de potasio determinada se halló fuera del ± 20 % aceptado en nuestro centro. Estos casos fueron analizados individualizadamente y se tomaron las medidas correctoras necesarias. Además, en varios de ellos se consideró pertinente pedir otra analítica para el día

siguiente para reajustar el aporte de potasio en la nutrición parenteral en el supuesto que fuera necesario.

Conclusión: La determinación de la concentración de potasio es un control de calidad útil para poder evaluar el proceso de preparación de nutriciones parenterales como método adicional al control gravimétrico. Sin embargo, presenta como limitación la falta de validación de la técnica en matrices lipídicas.

P-029. El farmacéutico en el ámbito de la nutrición enteral

Ane Ros Olaso, Javier Boo Rodríguez, Idoia Beristain Aramendi, Tania González Fernández, June Landa Alberdi, David García Echeverría, Larraitz Leunda Eizmendi, Carmen Ripa Ciauriz, María del Pilar Bachiller Cacho

Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa

Introducción y objetivos: El farmacéutico prescribe la nutrición enteral (NE) y realiza el seguimiento nutricional de los pacientes con sonda enteral. Objetivo: Determinar el papel del farmacéutico en la resolución de las complicaciones asociadas a la NE (CANE).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en adultos hospitalizados con NE, entre marzo y abril 2021 en un hospital de tercer nivel; se excluyeron los pacientes de cuidados intensivos. Se recogieron datos demográficos, CANE, actuación frente a las CANE y la resolución. Las actuaciones correspondientes se realizaron tras la revisión diaria de la historia clínica y visita al paciente junto con enfermería.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes, el 67,8 % hombres; edad media 64,6 años (24-86). El 40,7 % presentó alguna CANE; un 20,8 % de éstos, tuvo más de una. Se produjeron 32 CANE: 62,5 % gastrointestinales, 18,8 % mecánicas, 12,5 % metabólicas y 6,2 % infecciosas.

Se realizaron 32 actuaciones:

- 11 modificación de la fórmula (5 plenitud, 2 diarrea, 2 hipertrigliceridemia y 2 hipertrigliceridemia).
- 5 disminución de la velocidad de administración (3 náuseas y 2 plenitud).
- 6 disminución del volumen de administración (3 plenitud, 2 reflujo gastroesofágico (RGE) y 1 sospecha de salida de la NE de la ostomía).
- 1 disminución del número de tomas por plenitud.
- 2 cambio de régimen de infusión de intermitente a continua por disminución del nivel de conciencia y RGE.
- 7 suspensión (2 neumonía por aspiración, prescripción de nutrición parenteral y 5 extracción accidental de la sonda, inicio de tolerancia oral).
- Tras la actuación, se resolvieron todas las CANE. Las mecánicas, junto con el personal de enfermería.

Conclusiones:

1. Las CANE más frecuentes y las que más actuaciones requirieron fueron las gastrointestinales.
2. El papel del farmacéutico en la monitorización de las CANE garantizó seguridad y eficacia del soporte nutricional.

P-030. Implantación de un sistema de llenado automático de nutriciones parenterales en un hospital de tercer nivel

Isabel María Fernández Martínez, Luis Marín Martínez, Carmen Natividad García Matillas, José Mariano Montoya Egea, Antonio Asensi Cantó, Amelia María Chica Marchal

Hospital General Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Objetivos: Describir el proceso de implantación y optimización de un sistema de llenado automático de nutrición parentera (SLANP) en un hospital de tercer nivel y determinar el tiempo de elaboración medio del SLANP y así como la precisión en el llenado.

Materiales y métodos: Estudio observacional y descriptivo de la puesta en marcha del SLANP (MediMix® BBraun) y *software* informático CLINUS®, desde febrero 2020-febrero 2021, periodo alargado debido pandemia COVID. De los informes generados en enero-febrero 2021 por SLANP se recogieron: tiempo de elaboración de cada bolsa de nutrición parenteral (NP) y porcentaje de desviación según peso teórico y real aceptándose un error gravimétrico < 3 %. Se trabajó en paralelo con la elaboración manual (*software* Kabisoft®) durante el periodo comprendido entre febrero-junio 2020. Las variables continuas se presentaron como mediana y rango intercuartílico, y las variables categóricas, como número y frecuencia.

Resultados: En los primeros días de implantación se realizó la instalación del programa informático y SLANP, así como la formación del personal tanto farmacéutico como elaborador. Para el análisis gravimétrico, se estudiaron 372 preparaciones (n = 116 pediátricas). Mediana de desviación del peso fue 1,6 % [1,42-2,07] en NP pediátricas y -0,11 % [-1,49-0,03] para NP adultos. Porcentaje de preparaciones con desviación ≥ 3 % fue 2,3 % y 1,7 % para NP pediátricas y NP adultos, respectivamente. Mediana de tiempo elaboración NP pediátricas fue 2:40 [2:10-4:05], y de adultos 9:20 [8:24-12:43] minutos.

Conclusiones:

1. La implantación de un SLANP es un proceso complejo que implica cambios en muchos aspectos de la actividad diaria, sin embargo, una vez implantado permite el llenado de las bolsas de NP de forma rápida y eficiente; aumentando la seguridad del paciente con el control de calidad gravimétrico automatizado.
2. También permite la trazabilidad de los productos utilizados de forma automatizada a través de tecnología de verificación de códigos de barras reduciendo así posibles errores.

P-031. Incidencia de flebitis con dos soluciones diferentes de nutrición parenteral periférica en un hospital comarcal

Violeta Cano Collado, Rosa María Gastaldo Simeón, Abel Trujillano Ruiz, Juan Manuel Rodríguez Camacho, Ana Aurelia Iglesias Iglesias, Selena Borrachero Almodóvar, María Antonia Maestre Fullana, Marta Bello Crespo, Alejandra Carmen Mandilego García

Hospital de Manacor. Manacor, Palma de Mallorca

Introducción y objetivo: Recientemente se ha sustituido en nuestro centro la solución tricameral de nutrición parenteral periférica (NPP) por otra más balanceada, aceptando un aumento de osmolaridad. El objetivo del estudio es evaluar y comparar la incidencia de flebitis tras el cambio de formulación.

Material y método: Estudio descriptivo transversal, realizado en un hospital comarcal. Se analizaron dos periodos: enero-septiembre 2018, utilizando NPP 750 mOsm/L; y enero-septiembre 2020, utilizando NPP 850 mOsm/L. Se incluyeron adultos que recibieron mínimo un día de NPP. Variables: edad, sexo, aparición de flebitis, días de NPP, días de NPP hasta flebitis. Datos extraídos del programa de nutrición parenteral (Kabisoft®) e historia clínica electrónica (HP-HCIS®).

Resultados: Enero-septiembre 2018: se incluyeron 77 pacientes, 56 % (43) hombres, con edad mediana de 75 años [Q25;Q75: 59;85], mediana de 4 días de NPP [Q25;Q75: 2;6] y 57 % de incidencia de flebitis. De los 44 pacientes que sufrieron flebitis: 55 % (24) fueron hombres, con edad mediana de 75 años [Q25;Q75: 58;85] y mediana de 3 días de NPP hasta flebitis [Q25;Q75:1;4]. Enero-septiembre 2020: se incluyeron 43 pacientes, 51 % (22) hombres, con edad mediana de 73 años [Q25; Q75: 59;80], mediana de 3 días de NPP [Q25;Q75: 2;5] y 63 % de incidencia de flebitis. De los 27 pacientes que sufrieron flebitis: 56 % (15) fueron hombres, con edad mediana de 66 años [Q25;Q75: 52;76] y mediana de 2 días de NPP hasta flebitis [Q25;Q75: 1;3]. El chi-cuadrado (0.36, 1 gl, p > 0,5) mostró independencia entre la incidencia de flebitis y el tipo de NPP utilizado en cada periodo.

Conclusión: A pesar de observarse una tendencia al aumento de flebitis con la NPP de mayor osmolaridad, esta diferencia del 6 % en la incidencia de flebitis según el tipo de NPP (750 a 850 mOsm/L) no ha mostrado relación estadísticamente significativa en nuestro entorno.

P-032. Hiperglobulinemia durante nutrición parenteral

Alicia Rodríguez Alarcón, Carlos López Mula, Xavier Mateu de Antonio

Hospital del Mar. Barcelona

Introducción y objetivos: La hiperglobulinemia es la concentración plasmática elevada de globulinas (proteínas no-albúmina), que suele cursar con hipoalbuminemia. El objetivo es describir la variación de los parámetros nutricionales en pacientes con nutrición parenteral (NP) que presentaron hiperglobulinemia.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional en un hospital universitario de 400 camas en el periodo de junio/2019 a marzo/2021. Inclusión: Pacientes con NP, inicialmente sin hiperglobulinemia que presentaron ésta durante el curso de NP. Exclusión: Enfermedad hepática, gammapatía de base o administración de albúmina o gammaglobulinas IV durante NP. Datos recogidos: demográficos, indicación de NP, variación de parámetros nutricionales en el momento de detección de hiperglobulinemia (proteínas totales, albúmina, globulinas, prealbúmina, colesterol y linfocitos), presencia de sepsis, infección o fístulas intestinales.

Valores: media \pm IC95 %. Análisis estadístico de muestras relacionadas. Regresión lineal para parámetros iniciales predictores del valor de hiperglobulinemia.

Resultados: Variación de parámetros nutricionales: proteínas totales +8,7 % (2,6 %-14,8 %), albúmina -8,9 % (-15,0 %--2,6 %), globulinas +31,9 % (23,5 %-40,2 %), prealbúmina +55,6 % (16,7 %-94,4 %), colesterol +37,4 % (9,4 %-65,5 %), linfocitos +95,0 % (-2,6 %-192,6 %). La globulinemia inicial ($p = 0,001$) y una tendencia para los linfocitos iniciales ($p = 0,133$) son los mejores predictores del valor de hiperglobulinemia (Tabla I).

Tabla I.

	n (40 pacientes)		
Edad, años	69,9 (65,3-74,5)		
Hombres, n (%)	25 (62,5 %)		
Indicación NP, n (%)	Complicación postquirúrgica, 29 (72,5 %)		
Sepsis, n (%)	15 (37,5 %)		
Infección, n (%)	30 (75,0 %)		
Fistula intestinal, n (%)	11 (27,5 %)		
Exitus, n (%)	15 (37,5 %)		
	Valor inicial NP	Valor detección hiperglobulinemia	P
Proteínas totales, g/dL	4,81 (4,50-5,12)	5,12 (4,83-5,42)	0,037
Albumina, g/dL	2,65 (2,48-2,83)	2,36 (2,2-2,51)	0,002
Globulinas, g/dL	2,16 (2,00-2,32)	2,76 (2,61-2,92)	< 0,001
Prealbúmina, mg/dL	11,52 (8,23-14,82)	14,67 (12,00-17,34)	0,364
Colesterol, mg/dL	90,68 (75,79-105,56)	107,50 (85,38-129,62)	0,058
Linfocitos, $\times 10^3$ cel/mm ³	0,79 (0,61-0,96)	1,08 (0,82-1,33)	0,019

Conclusión: Los pacientes con hiperglobulinemia durante NP presentaron altas tasas de infección, sepsis o fístulas intestinales. La globulinemia y los linfocitos iniciales podrían ser un predictor. La albúmina, la prealbúmina y el colesterol no fueron buenos marcadores nutricionales.

P-033. Estudio de la terapia nutricional en una unidad de cuidados intensivos: intervenciones farmacéuticas realizadas

Lucía Gutiérrez Lucena, Rocío Contreras Collado, Natalia García Gómez, Isabel Caba Porras

Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Objetivo: Analizar la terapia nutricional (TN) y las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas de acuerdo a las guías más recientes en paciente crítico y con COVID.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo realizado desde Diciembre/20 hasta Marzo/21 de los pacientes con TN de una UCI: 29 camas. Variables recogidas: sexo, edad, patología COVID, tipo de TN, IF, y de fórmula.

Resultados: De 313 ingresos, los pacientes con TN fueron 105 (33,5 %): mujeres 32 (30,5 %), hombres 73 (69,5 %); años 62 (24-87) y COVID+ 70 (66,7 %). Tuvieron exclusivamente nutrición parenteral (NP): 5 (4,8 %), nutrición enteral (NE): 64 (60,9 %) y ambas 36 (34,3 %). La media de días con NP fue de 13,2 (1-78) con 8 formulaciones distintas y la de NE 17,7 (1-66) con 11 fórmulas distintas. Las IF realizadas en 58 pacientes, fueron:

- Al inicio de la NP (28 %): reducción a 20kcal/kg del primer al tercer día. Se diseñaron dos nuevas formulaciones con 12,8 y 14 g de nitrógeno(N) y 1120 y 1350 kcal respectivamente.
- Ajuste de electrolitos (22 %).
- NP complementaria (10g N y 1000 Kcal) con NE (15 %), hasta que el paciente alcance el 60 % de sus necesidades con NE.
- Cálculo y ajuste de los requerimientos nutricionales en dos pacientes con obesidad mórbida con IMC > 40.
- Detección de síndrome de realimentación y plan de actuación (3,4 %).
- Al inicio de la NE (12 %), cambio de fórmula específica por normocalórica y normoproteica para mejorar la tolerancia.
- Ajuste del ritmo de infusión a los requerimientos calóricos (17 %) para no hiperalimentar con fórmulas de distrés respiratorio e insuficiencia renal.

Conclusiones: La TN con NE ha sido la mayoritaria en los pacientes (95,2 %), aunque el 34,3 % han necesitado también la NP para poder alcanzar los requerimientos nutricionales, la NP exclusiva solo estuvo en 4 pacientes. En el 55 % de los pacientes han sido necesarias IF para adecuar la TN a las recomendaciones actuales en el paciente crítico y con COVID con el fin de mejorar su estado nutricional.

P-034. Medidas adoptadas en una consulta monográfica de nutrición enteral domiciliaria durante la pandemia por COVID-19

Tania González Furelos, Roberto José Taboada López, Iria Rodríguez Legazpi, Isaura Rodríguez Penín

Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol, A Coruña

Objetivo: Describir las medidas adoptadas en una consulta de nutrición enteral domiciliaria (NED) durante la pandemia por COVID-19.

Material y método: Estudio descriptivo de los cambios organizativos y medidas adoptadas, tras declararse la pandemia por SARS-CoV-2, en una consulta externa de NED gestionada por un único farmacéutico un día a la semana, sin disponer de cita previa. Periodo de estudio: 18/03/20-26/04/21. Tras la instauración del estado de alarma, desde el Servicio Autonómico de Salud se publicó una instrucción que posibilitaba el envío de mediación a domicilio, por lo que se procedió a realizar envíos semanales de NED. Al no disponerse de un sistema de citación, se procedió a su implantación, exportando del programa de prescripción electrónica los listados de pacientes que habían recogido NED en los 3 meses previos. Antes del envío, se llamó telefónicamente a cada paciente comprobando datos personales y solicitando el consentimiento informado verbal. Datos recogidos: tiempo de organización, número de farmacéuticos, envíos realizados, pacientes que acudieron presencialmente e inicios de tratamiento.

Resultados: Tres farmacéuticos se encargaron de la labor organizativa. Se tardaron 5 días en organizar la consulta para envíos a domicilio y realizar las primeras llamadas (primer envío el 24/03/20). Durante el periodo de estudio se realizaron 2857 envíos a domicilio (media de envíos/semana: 48,42) y 1974 consultas presenciales, de las cuales 422 eran inicios, a los que se les dio información del correcto manejo, conservación y utilización de los distintos productos nutricionales.

Conclusiones:

1. La necesidad de una rápida organización conllevó la implicación de un mayor número de farmacéuticos para coordinar los envíos.
2. A pesar de las dificultades administrativas debido a la falta de citación de los pacientes, se pudieron realizar los primeros envíos gracias al trabajo en equipo.
3. La implantación de un nuevo sistema de citación aporta una gran mejora organizativa.

P-035. Análisis de la implantación de un programa de prescripción y seguimiento de nutriciones parenterales en una unidad de pacientes críticos

Álvaro Corral Alaejos, Diana Monge Donaire, Sonia Fernández Cañabate, Nuria Rodrigo Castroviejo, José Jiménez Casaus, Gerardo Ferrigno Bonilla
Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

Objetivo: Evaluar la implantación de un programa de prescripción y seguimiento de nutriciones parenterales (NP) en una unidad de pacientes críticos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y multidisciplinar que evaluó la prescripción por parte del Servicio de Farmacia de NP individualizadas en pacientes críticos durante 16 meses. Las necesidades calóricas (NC) se calcularon mediante la fórmula Ireton-Jones, siguiendo las recomendaciones del consenso SEMI-

CYUC-SENPE. Datos recogidos: demográficos (edad, sexo, peso y altura), motivo de ingreso y desenlace del paciente (alta/éxito). Medida de eficacia: prealbúmina, albúmina, proteínas, colesterol, triglicéridos y linfocitos, al inicio y al finalizar la NP (excluyendo éxito). Se recogieron las características de las NP prescritas (composición y duración de NP).

Resultados: La NP se ha prescrito en 31 pacientes. Mediana [rango] de edad 67 [26-84] años, siendo un 80 % hombres. La mediana [rango] de peso y altura 75 [40-120] kg y 170 [155-181] cm. Motivos de ingreso: Obstrucción intestinal (5), COVID-19 (5), perforación intestinal (4), cirugía gastrointestinal (4), hemorragia digestiva (3), pancreatitis (3), colecistitis (2), peritonitis (2) y otros (3). Doce pacientes fueron éxito (39 %). La mediana [rango] de NC fue de 2100 [1400-2400] Kcal, y de proteínas de 17 [11-21] g. En siete pacientes se utilizó el peso ideal para calcular NC. En 7 pacientes se pautó la NP de forma cíclica. La mediana [rango] de duración fue de 12 [3-42] días. Eficacia (media (SD)): prealbúmina (0,09 vs. 0,22) g/dl, albúmina (2,63 vs. 3,56) g/dl, proteínas totales (4,64 vs. 6,45) g/dl, colesterol (91,29 vs. 139,35) mg/dl, triglicéridos (104,76 vs. 151,53) mg/dl, y linfocitos (0,95 vs. 1,77)·10⁹/mm³.

Conclusiones: La incorporación del farmacéutico en el circuito de prescripción y seguimiento de NP en una unidad de pacientes críticos ha permitido la individualización de los requerimientos nutricionales y la duración de tratamiento.

INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL

P-006. Correlación entre la masa muscular por ecografía nutricional y variables de la impedanciometría en un grupo de pacientes obesos que inician un programa de ejercicio. Resultados preliminares

David Primo Martín^{1,2}, Javier García Rioja³, Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, Ana Ortolá Buigues^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, Esther Delgado García^{1,2}, Juan José López Gómez^{1,2}, Daniel Antonio de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Instituto de Endocrinología y Nutrición. Facultad de Medicina. Valladolid. ³Centro Deportivo VIBRA, Ejercicio y Salud. Valladolid

Introducción y objetivos: El objetivo del trabajo es describir la situación antropométrica mediante ecografía muscular e impedanciometría antes de iniciar un programa de ejercicio físico en domicilio, en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Material y método: Estudio transversal de pacientes con índice de masa corporal > 25 kg/m², a los cuales se les instruye para realizar un programa de ejercicio personalizado. Se recogieron parámetros antropométricos, impedanciometría y ecografía nutricional del recto anterior, se realizó una analítica, encuesta nutricional y actividad física.

Resultados: En la muestra se incluyeron 35 pacientes de edad $46,06 \pm 14,12$ años (25 M y 10 H), con un IMC de $34,27 \pm 5,4$ kg/m². Los datos de la ecografía muscular fueron; área recto anterior derecha $3,99 \pm 1,27$ cm² y área izquierda $4,17 \pm 1,61$ cm², circunferencia recto anterior derecha $8,43 \pm 1,25$ cm y circunferencia recto anterior izquierda $8,69 \pm 1,48$ cm. La media del tejido adiposo fue en la derecha $1,11 \pm 0,48$ cm e izquierda $1,14 \pm 0,49$ cm. La media de la *fat mass* total fue $37,11 \pm 10,72$ kg, *muscle mass* de $25,69 \pm 7,00$ kg y *fat free mass* $57,46 \pm 13,99$ kg. La media de las calorías consumidas $1651,61 \pm 426,86$ cal/días y de proteínas $79,98 \pm 20,65$ g/día, la actividad física $2,00 \pm 3,13$ h/semana. Se detectaron las siguientes correlaciones positivas entre los parámetros de la ecografía nutricional y los valores de la impedanciometría, área muscular derecha e izquierda y reactancia (r 0,491; p 0,003 y r 0,346; p 0,042), área muscular derecha e izquierda y ángulo de fase (r 0,481; p 0,003 y r 0,382; p 0,023), circunferencia derecha e izquierda y reactancia (r 0,367; p 0,030 y r 0,363; p 0,032), eje Y derecho e izquierdo y ángulo de fase (r 0,480; p 0,004 y r 0,501; p 0,002) y por último eje Y derecho y reactancia (r 0,404; p 0,016). Los parámetros de ecografía no se correlacionaron con la masa muscular, masa grasa ni masa libre grasa, tampoco hay correlación con la ingesta de calorías, ingesta de proteínas, albumina ni proteínas circulantes.

Conclusiones:

1. Los parámetros eléctricos directos de la impedanciometría tienen una correlación con diferentes parámetros ecográficos musculares.
2. A mayor reactancia y mayor ángulo de fase tenemos mayor masa muscular.

P-007. Las dietas altas en grasas basadas en aceite de oliva protegen a la descendencia frente a EHGNA a través de alteraciones epigenéticas

Lucía López-Bermudo^{1,2}, Amparo Luque-Sierra^{1,2}, Antonio Cárdenas³, Laura C. Terrón-Camero⁴, Eduardo Andrés-León⁴, Ana M. Rojas⁵, Franz Martín-Bermudo^{1,2,3}

¹Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER). Sevilla. ²Universidad Pablo de Olavide. Sevilla. ³Centro de Investigación Biomédica en Red Sobre la Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). Madrid. ⁴Unidad de Bioinformática, Instituto de Parasitología y Biomedicina "López-Neyra". CSIC (IPBLNCSIC). Granada. ⁵Biología Computacional y Bioinformática. Centro Andaluz de Biología del Desarrollo (CABD-CSIC). Sevilla

Introducción y objetivos: La composición de ácidos grasos de la dieta afecta a la patogénesis de la enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA). La exposición materna a una dieta obesogénica contribuye a la susceptibilidad de desarrollar EHGNA. Queremos evaluar si una dieta alta en grasa (HFD) materna basada en aceite de oliva virgen extra (EVOO), rico en ácidos grasos monoinsaturados, reduce el riesgo de EHGNA en la descendencia a través de cambios epigenéticos.

Material y método: Ratonas C57BL/6J siguieron durante 12 semanas, y posteriormente durante el embarazo, una dieta estándar (LFD), una HFD basada en manteca (HFD-L), una HFD basada en aceite de oliva (HFD-OO) o una HFD-EVOO. Se extrajeron hígados de embriones de 17 días y de sus madres para realizar un estudio de expresión de microRNA. Otro grupo de madres continuaron con las mismas dietas durante el embarazo y lactancia. Tras el destete, todas las crías siguieron una dieta HFD-L durante 12 semanas, y se analizó la ganancia de peso, el perfil lipídico, transaminasas y la histología hepática.

Resultados: Las dietas maternas reprograman epigenéticamente la expresión de microRNA en la descendencia, se identificaron los microRNA diferenciales entre madres y embriones de cada grupo. Estos cambios epigenéticos afectaron de manera diferencial a machos y hembras. Las dietas maternas HFD-EVOO y HFD-OO protegieron a las crías hembras, pero no a los machos, de la ganancia de peso y redujeron los niveles de transaminasas. Sin embargo, las dietas maternas HFD-EVOO y HFD-OO atenuaron el desarrollo de la fibrosis hepática en las crías machos.

Conclusión: Los resultados obtenidos hasta el momento sugieren que dietas HFD basadas en EVOO y OO causan modificaciones epigenéticas transgeneracionales en la expresión de microRNA que protegen a la descendencia frente a desarrollar EHGNA.

Aspectos éticos: se siguieron las guías de experimentación animal aprobadas por CABIMER (06-10-14-138).

P-022. Influencia de la vitamina D en la supervivencia de cáncer de pulmón no microcítico: un enfoque nutrigenético

Laura Elena Pineda Lancharos, Cristina Pérez Ramírez, José María Gálvez Navas, Alberto Jiménez Morales

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: El cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC), se diagnostica tardíamente, por lo que la tasa de supervivencia global alrededor del 5 %. Se ha observado que la mortalidad es más baja durante el otoño y verano, épocas que se asocian con niveles más altos de vitamina-D. La literatura carece de información completa sobre los polimorfismos en *CYP27B1*, la única enzima capaz de activar la vitamina-D. En este estudio se ha determinado la influencia de polimorfismos en el gen *CYP27B1* y la supervivencia de NSCLC.

Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 194 pacientes con NSCLC, origen caucásico, diagnosticados entre 2003-2019, seguidos hasta diciembre 2020. Se determinaron los polimorfismos *CYP27B1* (rs4646536, rs3782130, rs10877012) mediante PCR a tiempo real utilizando sondas TaqMan®. Se midió supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP). Se utilizó el método de Kaplan-Meier y la prueba de log-rank para analizar las asociaciones entre la supervivencia con variables demográficas, clínicas y genéticas.

Resultados: La edad media fue $60,86 \pm 10,51$ años, 72,68 % eran hombres, 67,36 % fase IIIb-IV y 24,74 % tuvieron cirugía como primera línea de tratamiento. Se registraron 154 eventos

mortales. La mediana de SG y SLP fue de 26.8 [15.5-64.2] y 13.7 [6.46-29.9] meses, respectivamente. Portadores del rs4646536-A alelo presentaron un mayor riesgo de progresión vs. aquellos portadores genotipo GG ($p = 0,0266$). La mediana de SLP fue de 30.0 meses ($CI_{95\%} = 12.3\text{-}NR$) para GG vs. 12.3 ($CI_{95\%} = 9.17\text{-}17.6$) para AG y 13.3 ($CI_{95\%} = 10.9\text{-}17.6$) para AA. El análisis multivariante de regresión cox ajustado por la primera línea de tratamiento mostró que el *CYP27B1*-rs4646536 está asociado a la SLP ($p = 0.0233$; $HR = 2.11$; $CI_{95\%} = 1.11\text{-}4.04$).

Conclusión: El polimorfismo *CYP27B1*-rs4646536 influye en la SLP en pacientes con NSCLC, por lo que estos pacientes podrían beneficiarse de la suplementación nutricional con vitamina-D activa.

Aspectos éticos: aprobado por el Comité de Ética, cumpliendo la Declaración de Helsinki.

P-023. Influencia de la suplementación con zinc en los niveles de colesterol HDL en una población de mujeres posmenopáusicas

Héctor Vázquez-Lorente^{1,2}, Yenifer Gamarra Morales^{1,2}, Jorge Molina-López³, Gabriela Lobo Támer⁴, Elena Planells del Pozo^{1,2}

¹Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia e ²Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix". Universidad de Granada. Granada. ³Departamento de Educación Física y Deporte. Facultad de Ciencias de la Educación, Psicología y Ciencias del Deporte. Universidad de Huelva. Huelva. ⁴UGC de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Granada

Introducción: Durante el periodo menopáusico se produce un proceso de desajuste hormonal caracterizado por una drástica disminución en los niveles estrógenos, que va a derivar en diversos procesos fisiopatológicos, destacando alteraciones en el metabolismo del colesterol, así como un mayor riesgo de deficiencia de minerales clave como el zinc (Zn). El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención con Zn sobre los niveles de colesterol HDL en una población de mujeres posmenopáusicas.

Métodos: Se realizó una intervención de 8 semanas en 52 mujeres posmenopáusicas sanas (44-76 años), clasificadas en dos grupos aleatorizados: placebo y Zn (50 mg/día). La ingesta de nutrientes se evaluó mediante recordatorio de 24 horas. El Zn se analizó mediante espectrofotometría de absorción atómica y los niveles de colesterol por enzoinmunoensayo.

Resultados: Ambos grupos partieron de un estatus de Zn deficiente. En el grupo suplementado, incrementaron los niveles de Zn eritrocitario ($p = 0.001$) y plasmático ($p < 0.001$), corrigiéndose toda la deficiencia para el Zn eritrocitario y en un 50 % para el Zn plasmático. Asimismo, se observó una correlación positiva entre los valores de colesterol HDL y los de Zn eritrocitario ($r = 0,425$; $p = 0,034$).

Conclusiones:

1. La suplementación con Zn podría ser una estrategia útil para revertir situaciones de deficiencia y mejorar otras descompensaciones como las del perfil lipídico.
2. Son necesarios más estudios con mayor muestra, dosis y periodo de intervención para reforzar nuestros hallazgos.

P-024. Estudio del diagnóstico de la insuficiencia de ácido fólico en el laboratorio

Yenifer Gamarra-Morales^{1,2}, Héctor Vázquez-Lorente^{1,2}, Lourdes Herrera-Quintana^{1,2}, Gabriela Lobo Támer³, Elena Planells del Pozo^{1,2}

¹Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia e ²Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix". Universidad de Granada. Granada. ³UGC de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Granada

Introducción: La determinación de ácido fólico sérico provoca una insuficiencia en el ácido fólico eritrocitario del paciente a través de la determinación del ácido fólico en sangre total.

Objetivos: Analizar el porcentaje de insuficiencia de ácido fólico a través de la determinación de ácido fólico sérico.

Métodos: El ácido fólico en suero y en sangre total se determinó en el autoanalizador Atellica (Siemens). El ácido fólico en sangre total se determinó hemolizando la muestra. La insuficiencia de ácido fólico se consideró a aquella que estaba por debajo de los valores de referencia. Los valores de referencia en este laboratorio para el ácido fólico en suero son 5.4-19.9 ng/mL; y para el ácido fólico en sangre total son: 280-791 ng/mL.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 431 pacientes, de los cuales 292 (68.8 %) fueron mujeres y 13 (3.12 %) fueron hombres. En cuanto a la procedencia de los pacientes, 398 (92.3 %) procedían de atención primaria y 33 (7.7 %) procedían de atención hospitalaria. La media (desviación típica) de folato en sangre total fue de 537.2 ng/mL (164.0) y de folato en suero fue de 9.0 ng/mL (4.7). De los 431 pacientes, 109 (25.3 %) mostraron insuficiencia de folato en suero y 10 (2.3 %) de ellos mostraron insuficiencia de folato en sangre total, es decir, un 10 % de las insuficiencias diagnosticadas mediante folato en suero.

Conclusión: Solo un 10 % de los pacientes con insuficiencia de ácido fólico sérico reflejaron una falta real de ácido fólico eritrocitario.

NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

P-042. Datos de vida real tras 33 meses de tratamiento con teduglutida en el síndrome de intestino corto con fallo intestinal crónico: un estudio prospectivo en un hospital de tercer nivel

Mariana Gomes Porras, Samara Palma Milla, Marta Pulido Vega, Marina Morato Martínez, Carmen Gómez Candela

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El síndrome de intestino corto (SIC) es una enfermedad discapacitante asociada a complicaciones potencialmente mortales. Teduglutida (TDG) es el primer tratamiento no sintomático para el SIC con fallo intestinal (FI).

Objetivo: Reducir los requerimientos de NPD (nutrición parenteral domiciliaria) en n.º de días semanales en pacientes con SIC-FI tratados con TDG.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo realizado desde junio 2018 a marzo 2021 en la Unidad de Nutrición Clínica del Hospital Universitario La Paz, en 5 adultos con SIC-FC dependientes de NPD 5 días/semana, con estabilidad en los aportes los 3 meses previos y más de 5 años del diagnóstico neoplásico. Se descartó poliposis y neoplasia activa mediante colonoscopia. Dosis de TDG 0.05 mg/kg/día vía SC.

Resultados: Edad 55.2 ± 20 años (23-77), 60 % hombres. 40 % SIC tipo I, 20 % tipo II y 40 % tipo III. 60 % de SIC por pérdida anatómica y 40 % por pérdida funcional, ID remanente 94 ± 30.7 cm, 100 % con colon pero 60 % en continuidad, 80 % sin válvula ileocecal, 60 % con ostomía, tiempo con NPD 22-183 meses y 80 % con NP3 (2-3 L/día). Todos los pacientes respondieron precozmente, reduciendo 1 día de NPD a los 36 ± 18 días. Tras 33 meses con TDG se redujo el volumen semanal de NPD un 56.5 %, aumentó la diuresis un 25.15 % y disminuyó el débito/deposiciones un 75.7 %/33.3 % con aumentó la consistencia de las heces en la escala de Bristol. 2 pacientes lograron independizarse de la NPD, tras 4 y 5 meses con TDG, pero uno de ellos presentó desnutrición mixta por hipofagia por lo que se reanudó la NPD a la dosis inicial. 25 % se independizó de la NDP y 50 % la disminuyó un 60 %.

Conclusión: TDG es capaz de cambiar el curso del SIC, incluso conseguir la independencia de la NPD, siempre y cuando se mantenga la hiperfagia.

Aspectos éticos: los sujetos del estudio firmaron consentimiento informado.

P-043. TauroLock™-HEP500: un paso más en el cuidado de los pacientes con nutrición parenteral domiciliaria

Mariana Gomes Porras, Samara Palma Milla, Marta Pulido Vega, Carmen Gómez Candela

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La bacteriemia es una complicación grave asociada a los catéteres venosos centrales (CVC). TauroLock™-HEP500 es una solución aprobada para la instilación en todos los sistemas venosos de acceso central que contiene taurolidina, con actividad antibacteriana y antifúngica, y heparina 500 unidades/ml y 4 % de citrato, con efecto anticoagulante; con el objetivo de evitar la retirada del catéter.

Objetivo: Evaluar el desarrollo de complicaciones infecciosas y trombóticas asociadas al CVC en pacientes con fallo intestinal (FI) crónico en tratamiento con nutrición parenteral domiciliaria (NPD) con antecedente de bacteriemia que realizan sellados con TauroLock™-HEP500.

Material y métodos: Estudio de corte transversal que incluyó 9 pacientes con NPD e instilación de TauroLock™-HEP500 tras la misma en seguimiento en la Unidad de Nutrición Clínica del

Hospital Universitario La Paz de Madrid, desde el año 2000 hasta la actualidad. Los datos fueron obtenidos mediante revisión de historias clínicas. Los sellados fueron indicados a partir del segundo episodio de bacteriemia. Los datos cualitativos se describieron en frecuencias absolutas y porcentajes y los cuantitativos mediante media \pm desviación típica y rango.

Resultados: Durante el seguimiento, 9 de 16 pacientes (56.25 %) con NPD presentaron ≥ 2 bacteriemias asociadas al catéter y desde entonces realizan sellados posinfusión con TauroLock™-HEP500. 66.6 % son hombres, con edad 61.2 ± 17.5 años (31-77) e IMC de 20.5 ± 3.3 (15.5-27.6). Todos presentan FI crónico por Síndrome de Intestino Corto (SIC), 66.6 % de tipo funcional y 33.3 % de tipo anatómico. Los sellados se pautaron a los 6.6 ± 6.4 años (1-19) de iniciada la NPD. Los episodios de bacteriemia asociada al catéter disminuyeron un 92.1 % (3.1 ± 3 vs. 0.22 ± 0.44) y de trombosis un 50 % (0.2 ± 0.6 vs. 0.1 ± 0.3). No hubo efectos adversos por el paso de la solución de sellado al torrente sanguíneo.

Conclusiones: TauroLock™-HEP500 es una solución de sellado de CVC segura y eficaz en el control de los episodios infecciosos y trombóticos.

P-044. Actuación de la enfermera referente en nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en el alta hospitalaria: “solo en casa”

Núria Balsells Bailón, Anna Pomés Aixut, Esther García Aguilera, Anaïs Arqué Badia, Magda Mateu Amorós, Cristina Domínguez Gadea

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: El proceso educativo es de alta complejidad y se lleva a cabo en el centro hospitalario por la enfermera referente en NPD, pero una vez es dado de alta el paciente afronta de manera abrupta la nueva realidad en su domicilio.

Objetivos: Dar soporte al paciente portador de NPD y/o cuidador una vez es dado de alta en su propio domicilio y comprobar *in situ* que hay una administración adecuada con el fin minimiza las complicaciones del tratamiento.

Material y método:

- Se realiza una primera visita al alta de la hospitalización en el domicilio del paciente conjuntamente la enfermera referente de NPD y Enfermera Atención Primaria (EAP).
- La visita se programa con un máximo de 5 días post alta hospitalaria.
- Previamente se envía información detallada de la técnica a la enfermera AP.
- Se valora *in situ* la técnica con el paciente/cuidador/EAP: administración NP, cura y manipulación del catéter.
- Asegurar que la técnica se realiza en lugar adecuado de su domicilio.
- Facilitar teléfono de contacto 24 h/urgencias.
- Coordinar las visitas con Atención Primaria. Se establecen 2 visitas domiciliarias el primer año, además de los controles telefónicos y presenciales ordinarios.

Conclusiones: La implantación de este nuevo protocolo ha permitido el empoderamiento del paciente portador de NPD y de la EAP así como la ausencia de complicaciones derivadas del manejo de la técnica.

Conclusión: El impacto del COVID se refleja en un cambio en el uso de espesante, también en un aumento del paciente asistido en domicilio y en la mortalidad.

P-045. Impacto del COVID en el uso de espesante de la nutrición enteral domiciliaria (NED)

Amaya Peñalva Arigita, María Lecha, Anna Sansano, Rosa Prats, Lluís Vila, Mercè Albareda

Hospital de Sant Joan Despí. Universidad de Barcelona. Barcelona

Introducción: La Unidad de Nutrición y dietética (UND) junto con farmacia gestiona la NED en un área de acción de 400.000 habitantes. El espesante comercial (E) como tratamiento para disfagia orofaríngea (DO) se prescribe desde hospitalización y atención primaria (usando el test MECV/V) o por derivación de otros centros por sectorización.

Objetivo: Valoración del impacto del COVID en la evolución de uso de espesante (UE) en 2020 comparado con 3 años previos.

Material y métodos: Base de datos UND para gestión NED. Variables; edad, género, lugar de residencia (D/R), procedencia (hospital, primaria, derivación), días con espesante, bajas (alta, exitus, traslados, otros).

Resultados: Aumento de UE (2017-2019). En 2020 baja significativa de %total de espesante, $p < 0,001$. No diferencias significativas de cambio en previos años. Además, en 2020 aumenta significativamente el uso de E en domicilio ($p < 0,0001$) y se objetiva el aumento de mortalidad, $p < 0,001$. Sin cambios en el resto de los parámetros (Tabla I).

P-046. Mejoría nutricional y funcional tras el inicio de nutrición enteral específica en pacientes neurológicos avanzados

Benjamín Rodolfo Blanco Ramos¹, Nuria Gómez Bellvert²

¹Hospital General Universitario de Elda. Elda, Alicante. ²Centro de Salud San Vicente I. San Vicente del Raspeig, Alicante

Introducción y objetivos: El objetivo principal de este estudio es analizar si la suplementación nutricional con un suplemento oral enriquecido en leucina y vitamina D, a pacientes con enfermedades neurológicas avanzadas ingresados en la Unidad Hospitalización Domiciliaria mejora su estado nutricional. El objetivo secundario es analizar si también mejora su capacidad funcional medida con la prueba del dinamómetro.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional. El estudio se realiza en 30 pacientes mayores con patologías neurológicas avanzadas con desnutrición o están en situación de riesgo de desnutrición, y que ingresan en Unidad De Hospitalización Domiciliaria, a quienes el médico responsable haya prescrito un suplemento nutricional con 100 % lactoproteína sérica, enriquecido en leucina y vitamina D. Se realiza visita inicial con realización de MUST, MNA, analítica completa, medidas antropométricas y dinamometría. Se realiza nueva visita tras 3 meses del inicio de la suplementación oral, donde se realiza analítica completa, medidas antropométricas y dinamometría. Se comparan los datos obtenidos pre y post intervención.

Tabla I.

	2017	2018	2019	2020
NED-total	1272	1471	1646	1747
NED espesante (E)				
NED-E %(n)	66,4 % (845)	66,8 % (983) [†]	64 % (1055) [†]	58,7 % (1027) [*]
Género (mujer/hombre)	58 %/42 %	55,6 %/44,4 %	50 %/50 %	56 %/44 %
Edad	84 ± 11	88 ± 9	86 ± 8	85 ± 7,7
Lugar residencia (D/R)	35 % (298) / 65 % (547)	35,5 % (349)/ 64,5 % (634)	40 % (422)/ 60 % (633)	46 % (469)/ 54 % (558)
Días con E	524 ± 424,72	550,51 ± 521,16	647,63 ± 568,01	679 ± 612
Procedencia (hospital/primaria/ derivación)	53 % (448)/45 % (378) /2 % (19)	49 % (479)/49 % (485)/2 % (19)	51 % (541)/47 % (495)/2 % (19)	49 % (493)/47,5 % (496)/3,5 % (39)
% de las bajas totales:	31 % (265)	35 % (343)	29 % (308)	38,5 % (396)
Exitus:	78,5 % (208)	79 % (270)	76 % (235)	85 % (338) [†]
Fin tratamiento:	14 % (38)	14,5 % (50)	12 % (36)	9 % (36)
Otros:	7,5 % (19)	7 % (23)	12 % (37)	6 % (22)

^{*}E entre 2019 y 2020, $p = 0,001$; [†]No diferencias significativas con año previo; [‡]Incremento de la mortalidad $p < 0,0001$.

Resultados: Los resultados obtenidos certifican una mejoría tanto en peso, IMC, como en parámetros analíticos nutricionales en el 100 % de los sujetos tras 3 meses de suplementación oral. Se objetiva también una mejoría estadísticamente significativa en la fuerza medida por dinamometría. Secundariamente se ha objetivado una reducción importante en el número de ingresos, estancia hospitalaria y visitas a urgencias durante estos 3 meses, respecto a los 3 meses previos al inicio de la nutrición enteral.

Conclusión: La suplementación oral con suplementos hiperproteicos enriquecidos con leucina y vitamina D a pacientes con enfermedades neurológicas avanzadas durante 3 meses, mejora significativamente su estado nutricional y funcional, reduciendo además los ingresos hospitalarios y las visitas al servicio de urgencias

Aspectos éticos: todos los pacientes han aceptado un consentimiento informado y se han seguido las normas de la Declaración de Helsinki.

P-047. Mejora en calidad de vida de pacientes con patología neurológica avanzada tras el inicio de nutrición por gastrostomía

Benjamín Rodolfo Blanco Ramos¹, Nuria Gómez Bellvert²

¹Hospital General Universitario de Elda. Elda, Alicante. ²Centro de Salud San Vicente I. San Vicente del Raspeig, Alicante

Introducción y objetivos: El objetivo principal es analizar si la nutrición por gastrostomía a pacientes con enfermedades neurológicas avanzadas ingresados en la Unidad Hospitalización Domiciliaria mejora su calidad de vida. El objetivo secundario es analizar si también mejora su estado nutricional y se reduce el consumo de recursos sanitarios tras la colocación de la sonda de gastrostomía.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional que se realiza en 20 pacientes con patologías neurológicas avanzadas con disfagia severa, tras la colocación de una sonda de gastrostomía para su alimentación y que ingresan en Unidad De Hospitalización Domiciliaria. Se realiza visita inicial tras colocar la sonda de gastrostomía con realización de MUST, MNA, analítica, medidas antropométricas y test de calidad de vida del paciente y cuidador. Se realiza nueva visita tras 3 meses, donde se realiza analítica completa, medidas antropométricas y test de calidad de vida.

Resultados: Los resultados obtenidos certifican una mejoría tanto en peso, IMC, como en parámetros analíticos nutricionales en el 100 % de los sujetos tras 3 meses de nutrición por gastrostomía. Los cuidadores perciben en el 100 % mejoría en su calidad de vida. En cuanto a mejoría en su estado de salud todos los cuidadores perciben mejoría en el estado de salud de los pacientes tras 3 meses de nutrición por sonda PEG. Secundariamente se ha objetivado una reducción importante en el número de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias durante estos 3 meses.

Conclusión: El estudio demuestra que una correcta nutrición por sonda PEG en pacientes neurológicos avanzados seguida en

domicilio por una UHD mejora su estado nutricional y de salud, reduce los costes sanitarios y mejora considerablemente la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

Aspectos éticos: todos los pacientes han aceptado un consentimiento informado y se han seguido las normas de la Declaración de Helsinki.

P-048. Estudio T-REX. Teduglutida para el tratamiento del síndrome de intestino corto en España

Nuria Virgili¹, Jesús Aparicio², Alonso Fernández-Nistal², Laura García-Ortiz²

¹Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Medical Department. Takeda Farmacéutica España S.A. Madrid

Introducción: El fallo intestinal asociado al síndrome del intestino corto (SIC-FI) es una consecuencia de la reducción del intestino funcional que puede suponer un compromiso vital. El manejo terapéutico de SIC-FI es complejo y requiere un enfoque individualizado. La necesidad principal es cubrir necesidades hidroelectrolíticas y nutricionales del paciente, minimizando las complicaciones asociadas a la administración de NP. El objetivo último es la rehabilitación intestinal y alcanzar la autonomía nutricional o al menos reducir la dependencia del soporte de NP/IV. La teduglutida (TED), como análogo del péptido similar al glucagón-2 endógeno (GLP-2), estimula la absorción intestinal de nutrientes. En diferentes estudios clínicos, la administración de TED en SIC-FI mostró i) aumento absoluto de absorción y excreción de orina crecimiento de las vellosidades intestinales y profundidad de las criptas y reducción de NP/IV y en algunos casos, independencia. En 2017 se aprobó su comercialización para el tratamiento de SIC-FI en pacientes ≥ 1 año estables tras el periodo de adaptación postquirúrgico. La disponibilidad de datos sobre el uso de TED fuera del contexto de los ensayos es limitada.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de TED en la práctica clínica real con pacientes adultos en España valorando el impacto de la TED en la carga del SIC-FI (evolución clínica, calidad de vida y el consumo de recursos sanitarios).

Diseño y métodos: T-REX (código CT pendiente) es un estudio multicéntrico, retrospectivo, no intervencionista, basado en la historia clínica de pacientes adultos con SIC-FI tratados con TED. Se estima que hay 65 pacientes adultos que han recibido o reciben TED, en 45 centros nacionales. Los pacientes incluidos en el estudio deben haber recibido al menos, 6 meses de tratamiento con TED para abordar adecuadamente los objetivos del estudio.

Conclusión: El estudio T-REX proporcionará a la comunidad científica evidencia útil sobre la eficacia y seguridad de teduglutida en de la práctica clínica habitual.

P-049. Nutrición parenteral domiciliaria. Registro NADYA 2020

Carmina Wanden-Berghe^{1,7}, José Luis Pereira Cunill^{2,7}, Cristina Cuerda Compés^{3,7}, Esther Ramos Boluda^{4,7}, Samara Palma Milla^{5,7}, Rosa Burgos Peláez^{6,7}

¹Hospital General Universitario de Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante ISABIAL. Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria. Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo. Alicante. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Departamento de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁶Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Grupo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria. NADYA

Objetivos: Presentar los datos del Registro del Grupo NADYA-SENPE de Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) en España del año 2020.

Material y métodos: Estudio descriptivo de la base de datos del Registro, de ámbito nacional de NPD del grupo NADYA-SENPE (1 de enero al 31 de diciembre de 2020) para el cálculo de prevalencias se utilizó los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (1-1-2020; 47.431.256 habitantes).

Resultados: Se han comunicado 265 pacientes, procedentes de 47 hospitales (Fig. 1), Se registraron 243(91,7 %) adultos y 22(8,3 %) niños. Tres de los pacientes presentaron 2 episodios. La tasa de NPD fue de 5,59 pacientes/millón habitantes/año 2020. *En los adultos:* la edad mediana fue de 59 años (IIQ 49-68), mujeres 55,1 %, sin diferencias por razón del sexo. (55,7 vs. 57,4 años; $p < 0,448$). El diagnóstico más frecuente fue oncológico paliativo 52(21,4 %) y "otros" 50(20,6 %) (Fig. 2). La indicación en la mayoría de los casos estuvo motivada por el síndrome de intestino corto 91(37,4 %) (Fig. 3). *Los niños:* presentaron una edad mediana de 6,5 meses (IIQ 3-24,7), de los que 16(72,7 %) eran varones, sin diferencias por razón del sexo. (19,7 vs. 26,2 meses; $p < 0,688$). El diagnóstico más frecuente fue la enterocolitis necrotizante junto con la enfermedad de Hirschsprung con 4 pacientes (18,2 %) cada una. La indicación en la mayoría de los casos estuvo motivada por el síndrome de intestino corto 14 (66,6 %). Los pacientes llevaban una mediana de 1796 (IIQ 710 - 3059) días en el registro. La vía de acceso utilizada con mayor frecuencia fue el catéter tunelizado 94 (42,5 %). Las complicaciones registradas se muestran en la tabla I. Se realizaron 32 cambios de catéter y sus causas se muestran en la tabla II.

El 48,9 % de los pacientes tenían actividad normal y 45,9 % mantenían una vida independiente. Finalizaron 35 episodios de NPD, el motivo fue el fallecimiento en 24 (68,6 %) y recuperar la vía oral 11 (31,4 %).

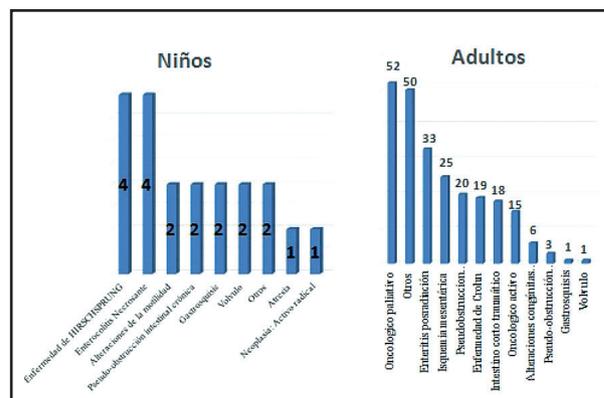


Figura 2. Diagnóstico de los pacientes con NPD.

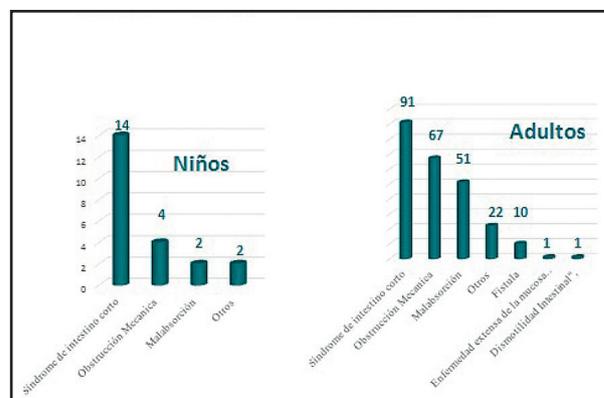


Figura 3. Causas de indicación de la NPD.

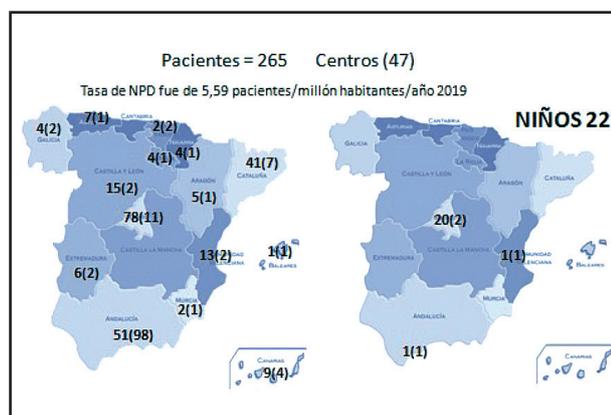


Figura 1. Procedencia de los pacientes registrados durante 2020.

Tabla I. Complicaciones registradas en los pacientes con NPD en 2020

Tipo de complicación	n	Tasa/1000 días de permanencia en el registro
Metabólicas	41	0,066
Enfermedad ósea	2	
Enfermedad hepática	2	
No sépticas relacionadas con el catéter	49	0,078
Sépticas relacionadas con el catéter	145	0,23

Tabla II. Causas de recambio de catéter en los pacientes con NPD en 2020

Causa	n	%
Bacteriemia	16	50
Obstrucción	6	18,75
Trombosis venosa	3	9,37
Infección local	3	9,37
Rotura	3	9,37
Infección del túnel	1	3,12
Total	32	100

Conclusiones:

1. Se mantiene el número de pacientes estable. La mitad de los pacientes mantienen una actividad normal y una vida independiente.
2. Se ha observado una mejoría en la comunicación de las complicaciones, disponiendo de datos más detallados. Creemos que obedece al cambio que se ha realizado en el registro a pesar de llevar solo unos meses operativos. Esperamos disponer de mucha más información para el próximo informe.

P-050. Programa de nutrición enteral domiciliaria (NED) integrado en el proceso asistencial de los diferentes niveles de atención adscritos al ICS

Eva García Raimundo, Inmaculada Jiménez García, María Nuria Virgili Casas, Sara Sánchez Rosado, Elisabeth Romero Gangonells, Marta Llopis Lera

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: La NED forma parte del tratamiento nutricional al alta del paciente, asegurando la continuidad de los cuidados de patologías que cursan con desnutrición. Su gestión y control en Cataluña, se integra en los servicios y unidades de nutrición y la dispensación desde el servicio de farmacia hospitalaria. Es importante (para el cuidado de todos los pacientes que tienen indicación), hacer un seguimiento y control correcto y preciso de los pacientes.

Objetivo: Desarrollar un proceso asistencial que facilite la información y gestión de la NED en los procesos asistenciales.

Material y métodos: Se desarrolló un trabajo conjunto con el equipo de sistemas de información y procesos del Institut Català de la Salut (ICS) CC ARGOS, para diseñar e implementar un proceso asistencial, integrado en la historia clínica (HC), accesible durante el seguimiento desde todos los niveles asistenciales de atención al paciente. Éste permite modificar la NED y facilita la

comunicación con el servicio de farmacia, agilizando la adecuación de los tratamientos según las necesidades valoradas en las visitas sucesivas. Se incluyen datos demográficos, valoración del estado nutricional, diagnóstico y motivo de instauración, vía de administración, pauta de NED y datos de seguimiento.

Resultados: Se logra un programa integrado en la HC, cubriendo las necesidades del servicio de dietética y nutrición clínica y haciendo la comunicación más directa y efectiva con el servicio de farmacia. Permite realizar inicios, suspensiones y modificaciones del tratamiento nutricional al mismo tiempo que se agilizan los trámites para acceder a la distribución y visualización por todos los especialistas.

Conclusiones: La gestión de la NED mediante un proceso informático integrado en la HC supone una mejora para el equipo multidisciplinar implicado en el tratamiento, seguimiento y distribución de la NED. Permite obtener información nutricional y una mejor gestión del gasto hospitalario.

Aspectos éticos: sin conflicto de intereses.

PACIENTE CRÍTICO

P-051. Complicaciones asociadas a nutrición parenteral en enfermos con infección SARS-CoV-2

M. Ángeles Valero Zanuy, Gema Villa López, María Maíz Jiménez, Pilar Gomis Muñoz, Miguel León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción: Se desconoce si los pacientes diagnosticados de infección respiratoria aguda por COVID 19 (SARS-CoV-2) presentan más riesgo de complicaciones asociadas a la nutrición parenteral (NP).

Objetivo: Conocer la incidencia, factores de riesgo y mortalidad de complicaciones asociadas a NP en esta población.

Métodos: Estudio de cohortes, prospectivo de 87 pacientes diagnosticados de SARS-CoV-2. Se analiza la tasa de incidencia de complicaciones y el Odds Ratio (OR) de diferentes factores.

Resultados: La edad ≥ 65 años (OR 2,52, IC95 % 1.16-5.46), antecedentes de obesidad (OR 3.34, IC95 % 2.35-4.33) y el tratamiento con Propofol® (OR 2.45, IC95 % 1.55-3.35) o lopinavir/ritonavir (OR 4.98, IC95 % 3.60-6.29) se asociaron al desarrollo de hipertrigliceridemia. Los pacientes con obesidad (OR 3.11, IC 95 % 1.10-8.75) o dislipemia (OR 3.22, IC95 % 1.23-8.40) y los tratados con Propofol® (OR 5.47, IC95 % 1.97-15.1) presentaron mayor riesgo de infección asociada a catéter (IAC). No se observó ningún factor de riesgo relacionado con el desarrollo de hiperglucemia. El riesgo de mortalidad fue superior en ≥ 65 años (OR 2.74, IC95 % 1.08-6.95) o con IAC (OR 3.22, IC95 % 1.23-8.40).

La mortalidad fue menor en enfermos con hiperglucemia vs. no hiperglucemia (15.0 % vs. 37.3 %, $p = 0,042$) o hipertrigliceridemia vs. no hipertrigliceridemia (18.7 % vs. 41.8 %, $p = 0,020$). Sin embargo, fue mayor en presencia de IAC (46.6.7 % vs. 10.8 %, $p = 0,014$).

Conclusiones:

1. La incidencia de complicaciones asociadas a la NP en pacientes diagnosticados de SARS-CoV-2 es muy frecuente.
2. El riesgo de mortalidad es superior en enfermos mayores de 65 años o con IAC.

P-052. Nutrición enteral completa en el paciente COVID-19 ingresado en UCI, ¿cuál elegimos y cómo influye en la evolución?

Juan José López Gómez^{1,2}, Paula Lastra González³, Beatriz Torres-Torres^{1,2}, Esther Portugal Rodríguez^{1,2}, Laura Cuadrado Clemente^{1,2}, Katia Benito Sendín-Plaar^{1,2}, María Jesús Villameriel Galván¹, Henar Riesgo Fraile¹, Daniel A. de Luis-Román^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación Endocrinología y Nutrición (IENVA). Valladolid. ³Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción: El deterioro nutricional asociado a la enfermedad COVID-19 puede influir en la estancia media y complicaciones en el paciente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivos: Evaluar la selección tratamiento nutricional enteral en el paciente COVID-19 ingresado en UCI. Evaluar el ajuste a los requerimientos y su relación con las complicaciones del paciente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo longitudinal en 71 pacientes ingresados en UCI con infección COVID entre marzo y mayo de 2020. Se recogieron variables clínicas: duración estancia en UCI, estancia media y tasa de complicaciones; y variables antropométricas estimadas.

Resultados: La edad media fue de 61,84 (13,68) años. La mediana del índice de Charlson fue de 3(2-5). El tipo de nutrición enteral prescrita fue normoproteica (NP) 24 (35,3 %); hiperproteica (HP) 15 (22,1 %); específica de diabetes (DM) 23 (33,8 %); y específica distrés respiratorio (DR) 6 (8,8 %). La mediana de duración de la nutrición enteral fue de 12 (7-20) días. El porcentaje de consecución de los requerimientos proteicos estimados fue de 50 (34,38-68,76) %. Entre los pacientes analizados fallecieron 33 (46,5 %). La mediana de estancia en UCI fue de 20 (15,75-32) días y la estancia media fue de 37 (26,75-63) días. No hubo diferencia en función de la selección de la fórmula en la tasa de éxitos ($p = 0,35$). Tampoco hubo diferencias en estancia media en UCI (NP: 20 (7,8); HP: 34,5 (5,58); DM: 47,4 (38,46); SDRA: 60,63 (10,01) días; $p = 0,39$); ni en la estancia media (NP: 37,8 (21,82); HP: 55,5 (18,4); DM: 61,80 (47,59); SDRA: 47,25 (19,75) días; $p = 0,5$). Se consiguió un mejor ajuste en los requerimientos con las fórmulas HP (64,94 (51,24) %); sin diferencias en la estancia media o éxitos en función del aporte de proteínas.

Conclusiones:

1. En el paciente COVID19 ingresado en UCI únicamente se alcanzaba la mitad de los requerimientos proteicos estimados necesarios en una situación de estrés.
2. No se observaron diferencias en estancia media en UCI, o general ni en tasa de éxitos en función de la fórmula nutricional seleccionada.

Aspectos éticos: el estudio siguió la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Médica (PI20-1952).

P-053. Colitis isquémica en el paciente crítico por neumonía por COVID-19

Carol Lorenzo, Anna Horta Puig, Ànnia Castillo Niell, Ander Timoteo Delgado, Nuria Ortega Torrecilla, Juliana González Londoño, Silvia Cuenca Barrero

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona. Girona

Introducción y objetivos: La disfunción gastrointestinal (DGI) es frecuente en UCI. Hasta el 60 % de los pacientes presentan alguna manifestación de DGI durante su estancia en UCI. Sin embargo, se ha observado un aumento de colitis isquémica (CI) en los pacientes críticos ingresados en UCI por SARS-CoV-2. El objetivo del estudio es caracterizar la CI en los pacientes críticos por SARS-CoV-2.

Material y método: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en UCI de un hospital terciario por SARS-CoV-2 con CI que requirieron cirugía.

Resultados: Se obtuvieron 287 pacientes con SARS-CoV-2 ingresados en la UCI entre marzo-2020 y enero-2021 con ventilación mecánica invasiva. 8 (2'78 %) presentaron CI gangrenosa (*Brand & Boley*) requiriendo cirugía urgente. El 87,5 % fueron hombres, la mediana de edad fue 60,5 (RI 48,5-71) y el IMC medio de 32,5 (RI: 27-34). 5 pacientes mostraron al menos un factor de riesgo para la CI. La mediana de días desde la intubación a la cirugía fue de 13d (RI: 9,5-20,5), siendo la clínica debut la fiebre (75 %) y la distensión abdominal (62,5 %). La localización de la isquemia fue el colon derecho en todos los casos. 6 pacientes requirieron hemicolectomía derecha ampliada y 2 colectomías subtotal. En el estudio histológico se observó una isquemia limitada a la mucosa (1/8) y transmural (7/8) de localización predominantemente derecha aunque sin trombosis ni vasculitis en las piezas. La mortalidad fue del 37,5 % (3/8) secundaria al shock séptico y fallo multiorgánico refractario.

Conclusiones:

1. La incidencia de CI grave en pacientes críticos por COVID-19 parece superior a la del global de pacientes críticos, sin una clara relación con fenómenos tromboembólicos en nuestra serie.
2. La localización predominantemente derecha en todos los pacientes podría suponer una entidad propia secundaria a la infección del virus.
3. La fiebre y la distensión abdominal en estos pacientes debe hacer sospechar de esta entidad.

P-055. Tratamiento nutricional del paciente crítico COVID-19, ¿ha habido diferencias entre las 4 olas?

Laura González Fernández¹, Cristina Velasco Gimeno^{1,2}, Marta Motilla de la Cámara^{1,2}, Miguel Cambor Álvarez^{1,2}, Clara Serrano Moreno^{1,2}, Irene Bretón Lesmes^{1,2}, Cristina Calvo García¹, Diego Muñoz Moreno¹, Loredana Arhip^{1,2}, Ángela Morales Cerchiaro^{1,2}, M.^a Luisa Carrascal Fabián^{1,2}, Cristina Cuerda Compés^{1,2}

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: Un soporte nutricional adecuado resulta esencial en la evolución del paciente crítico con infección COVID-19.

Objetivo: Conocer si existen diferencias en el tratamiento nutricional y la evolución de los pacientes críticos COVID-19 en las 4 olas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo randomizado de pacientes críticos COVID-19 ingresados en nuestro hospital en las 4 olas. Se recogieron variables clínicas, terapéuticas y de soporte nutricional. Las variables están expresadas en % y mediana (RI). IBM-SPSS26v.

Resultados: 60 pacientes (15 cada ola) de 62 (56-69) años, 63.3 % hombres, IMC 29.7 kg/m² (26.3-32.7), requerimientos calóricos 1701 kcal (1600-1914) y proteicos 88 g (83.2-99). No hubo diferencias significativas en edad, sexo, PaFi ingreso, IMC, comorbilidad, tiempo hasta ingreso en UCI, requerimientos, días VMI, estancia UCI ni hospitalaria, entre las distintas olas. En la tabla I se muestran las variables en las que encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$).

Conclusiones: Las características basales de los pacientes COVID-19 ingresados en UCI en las 4 olas fueron similares. Hubo un mayor empleo de NP en la 1.ª ola frente a las siguientes, que se recibió más NE. Hay que prestar especial atención a los pacientes con Optiflow ya que pueden no alcanzar los requerimientos nutricionales.

P-056. Terapia nutricional en el paciente COVID-19

Juan Carlos López Delgado, Miguel Ángel Gordillo Benítez, Javier Puentes Yáñez, Daniel Marco Mula, Melanie María Petito, Fabio A. di Paolo, Pau Serra Paya, Stephanie Luna Solís, Víctor D. Gumucio Sanguino

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción y objetivos: Se han realizado recomendaciones de terapia nutricional en paciente COVID-19. Sin embargo, han sido pocas las series descritas en la literatura. Nuestro objetivo es describir el uso de la terapia nutricional en el paciente COVID-19 ingresado en la UCI, así como las diferencias asociadas en su uso según la mortalidad.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo en un hospital de referencia. Se recogieron datos demográficos y comorbilidades, de terapia nutricional, dosis calórica-proteica administrada y balance hídrico durante la primera semana de ingreso, variables de laboratorio, complicaciones y necesidades de soporte vital. El análisis estadístico se realizó de manera independiente mediante análisis univariante (SPSS 20.0).

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes. La edad media de 62.5 ± 9.3 años; 76.5 % (88) fueron hombres; IMC: 29.6 ± 6.3 kg·m⁻². La mayoría fueron sometidos a ventilación mecánica invasiva (93.3 %; n = 112) y decúbito prono (64.2 %; n = 77). Las comorbilidades más frecuentes fueron: Hipertensión (40.8 %; n = 49), dislipemia (26.7 %; n = 32), Diabetes mellitus (22.5 %; n = 27) y EPOC (16.7 %; n = 20). La mayoría recibió nutrición enteral (85 %; n = 102). Su bien la mayoría recibió NE precoz (86.9 %; n = 115), la dosis calórica y proteica media de 7.95 ± 6.62 Kcal/kg/d y 0.54 ± 0.50 g/kg/d respectivamente no cumplió los requerimientos recomendados. Hasta un 16.7 % recibieron suplementos proteicos enterales. Se objetivó hipofosfatemia en un 7.5 % (9) al ingreso en UCI o la desarrollaron hasta en un 18.3 % (22). Teniendo en cuenta la elevada mortalidad (42.6 %; n = 49), no se objetivaron diferencias significativas en la dosis calórico-proteica recibida entre grupos, si bien existió una tendencia a un balance hídrico más equilibrado entre los supervivientes.

Conclusión: Los pacientes COVID-19 ingresados en UCI no alcanzaron los requerimientos calórico-proteicos necesarios en nuestra población. Se objetivó una tendencia a una mejor supervivencia con un balance hídrico equilibrado.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitari de Bellvitge. Al tratarse de un estudio observacional retrospectivo, el consentimiento informado no fue considerado necesario.

Tabla I.

	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a
Soporte Optiflow inicio, n (%)	6 (40)	14 (93,3)	15 (100)	15 (100)
Días ingreso UCI hasta IOT	0 (0-1)	1 (0-4)	2 (1-6)	3 (1-6)
Días ingreso UCI hasta inicio soporte nutricional	2 (1-2.5)	3 (3-5)	3 (3-6)	3 (2-6)
% kcal según requerido día 4 UCI	101 (85-122)	40 (0-64)	0 (0-71)	40 (0-62)
% kcal según requerido día 7 UCI	94 (79-112)	57 (0-82)	86 (50-101)	81 (36-103)
NP día 7 UCI, n (%)	7 (46,7)	5 (33,3)	2 (13,3)	1 (6,7)
NE día 7 UCI, n (%)	2 (13,3)	3 (20)	5 (33,3)	10 (66,7)

P-057. La dieta cetogénica en el estatus epiléptico: estado de la cuestión

Sònika García-Ribera Ruiz¹, Raquel Lorite Cuenca², Anna Mont Bonada², Guillermo Cárdenas Lagranja², Montserrat Villatoro Moreno¹, Belen Sarto Guerri², Hego Seguro Gurrutxaga², Rosa Burgos Peláez²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital del Mar. Barcelona. ²Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La dieta cetogénica (DC) es una dieta terapéutica baja en carbohidratos, elevada en grasas y adecuada en proteínas y calorías. Los cuerpos cetónicos producidos por el hígado son la fuente de energía alternativa para el cerebro. La DC ha demostrado efectos antiepilépticos y neuroprotectores, aunque no se conocen bien sus mecanismos de acción. Además de tratar las epilepsias refractarias también parece ser efectiva en el estatus epiléptico (SE). Nuestros centros cuentan con experiencia en el uso de la DC en epilepsia refractaria en niños y adultos. Recientemente hemos tratado un SE con DC en UCI, con muy buena respuesta y evolución.

Objetivo: Revisar los resultados de la DC en adultos en SE.

Resultados:

Protocolo: no hay un protocolo único de actuación para la DC en el SE. Contamos con consensos y protocolos específicos de centros.

Eficacia: la evidencia actual para la eficacia de la DC en el SE es limitada, reportando cifras prometedoras (73-82 % de eficacia y 100 % en pacientes que logran cetosis). La eficacia de la DC está relacionada con una cetosis adecuada, medida en sangre (cetonemia) o en orina (cetonuria), que permite asegurar el cumplimiento y la restricción de glucosa.

Seguridad: la DC ha demostrado ser segura, con un potencial de riesgo menor a algunas pautas de sedación farmacológica intensa. La DC es bien tolerada, los efectos secundarios son mayoritariamente transitorios y raramente requieren su retirada. Los más frecuentes son: hipoglucemia, pérdida de peso, trastornos gastrointestinales y metabólicos. La acidosis metabólica es poco frecuente pero grave, obliga la retirada de la DC si no se resuelve.

Conclusiones:

1. Son necesarios más estudios científicos de calidad y el desarrollo de protocolos de actuación.
2. La DC ofrece distintas ventajas, se puede iniciar rápidamente, muestra resultados de eficacia en poco tiempo y con un potencial de riesgo menor a algunos tratamientos farmacológicos.

P-058. Aporte nutricional en pacientes con neumonía COVID-19 tratados con ventilación no invasiva en UCI

Laura López Gómez, Maravillas de las Nieves Alcázar Espín, Pablo Safwat Bayoumy Delís, Áurea Higón Cañigral, Elena Carrasco González, Pilar Tornero Yépez, Ana Torrano Ferrández, Guillermo Martínez Martín, Ana Ruiz Rodríguez, Carlos Augusto Montenegro Moure

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

Introducción: La insuficiencia respiratoria grave secundaria a neumonía por COVID-19 puede ser tratada con ventilación no invasiva (VNI). El uso de este soporte respiratorio de forma continua durante varios días, impedía al paciente nutrirse de forma adecuada vía oral.

Objetivos: Describir el tipo de nutrición utilizada en los pacientes con neumonía COVID-19 tratados con VNI en UCI.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de pacientes ingresados consecutivamente en UCI, entre 12 marzo 2020 y 31 marzo 2021, por insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 y recibieron VNI. Todos los pacientes fueron tratados con mascarilla facial total. Desde el ingreso, recibieron líquidos orales y suplementos hiperproteicos entre 400-600 mililitros al día vía oral sin desconectar en ningún momento la VNI. Tras la mejoría y desescalada a oxigenoterapia alto flujo se iniciaba dieta oral. La presencia de albúmina por debajo de 3 g/dL e imposibilidad para suspender VNI se iniciaba nutrición parenteral total. Se analizan variables sociodemográficas, analítica y evolutivas. Las variables se expresan como medias \pm desviación típica y como frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se analizaron 259 pacientes tratados inicialmente con VNI. La edad media de los enfermos era de 60 ± 12 años y el 67,6 % eran hombres. El IMC fue de 30 ± 5 kg/m². Los valores de albúmina al ingreso en UCI fueron $3,5 \pm 0,4$ g/dL, a las 48 horas $3,2 \pm 0,4$ g/dL y valor mínimo durante la estancia $2,8 \pm 0,4$ g/dL. Únicamente cuatro pacientes (1,5 %) precisaron nutrición parenteral total. No hubo ningún caso de vómitos ni broncoaspiración oral. Diez pacientes (3,9 %) presentaron desaturación durante la ingesta oral.

Conclusiones: La administración de líquidos orales y bati-dos hiperproteicos es efectiva y segura para mantener el estado nutricional de los pacientes que no pueden alimentarse de forma normal durante la VNI.

P-059. Análisis comparativo de alteraciones analíticas en pacientes críticos COVID+ durante las tres primeras olas

Alba Sosa-Pons, María Sagalés Torra, Laura Cardona Roca, Nuria Almen-dros-Abad, Luis Coronel Cordero, Rosa Rodríguez-Mauriz, Nuria Rudi Sola

Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona

Objetivos: Analizar alteraciones analíticas en pacientes COVID+ ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante las tres primeras olas.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital comarcal de segundo nivel sobre pacientes críticos COVID+ durante tres periodos: marzo-abril 2020, octubre-noviembre 2020 y enero-febrero 2021. Datos recogidos: demográficos, días de síntomas hasta ingreso, días en planta convencional (PC), días en UCI y variables analíticas: lactato deshidrogenasa (LDH), triglicéridos, linfopenia y alteraciones electrolíticas.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes (63 años (DE: 12), 76 % hombres) en tres periodos ($n_1 = 89$, $n_2 = 34$, $n_3 = 32$).

La media de días de síntomas hasta el ingreso fue 7 (DE: 4), 7 (DE: 4,5) y 8 (DE: 7). La estancia media en PC fue 3 (DE: 4), 2,5 (DE: 4) y 1 (DE: 2) días y la mediana en UCI 15 (RIQ7-29), 10 (RIQ6-34) y 24 (RIQ9-46) días. La media de LDH fue 488 (DE: 150), 407 (DE: 149) y 464 (DE: 152) UI/L. El 60 %, 38,2 % y 53 % de pacientes presentó hipertrigliceridemia y el 88 %, 88,2 % y 90,6 % linfopenia. Las alteraciones electrolíticas más comunes fueron: hiponatremia (68 %, 76,5 %, 84,4 %), hipermagnesemia (57 %, 50 %, 50 %) e hipo e hiperpotasemia (40 %, 40 %, 50 %). Fue frecuente observar hipocloremia en las dos primeras olas (77 %, 50 %) mientras que en la tercera fue hipercloremia (75 %). En la primera y tercera ola destacó hipofosfatemia (40 %, 62,5 %) y en la segunda hiperfosfatemia (29,4 %).

Conclusiones: El perfil de paciente crítico COVID+ fue similar en las tres olas. No obstante, se observan diferencias analíticas como: mayor hiperfosfatemia en la segunda ola o hipercloremia en la tercera no presentes en el resto de periodos. Por este motivo, es importante hacer un seguimiento analítico estrecho de estos pacientes para llevar a cabo un buen manejo de los mismos. Se podría seguir investigando si estas alteraciones se producen en pacientes COVID no críticos.

P-060. Análisis del estado nutrometabólico de los pacientes adultos tratados con isavuconazol

Cristina Mora Herrera, Ángela Vázquez Rodríguez, Manuel Jerónimo López Muñoz

Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Objetivo: El isavuconazol autorizado en pacientes adultos para el tratamiento de la aspergilosis invasora y de la mucormicosis en aquellos para los que la anfotericina B no es apropiada. La malnutrición del paciente crítico se considera un factor independiente de mal pronóstico, que determina la evolución clínica del paciente y condiciona una mayor mortalidad. El objetivo de este trabajo es analizar el estado nutrometabólico de los pacientes adultos tratados con isavuconazol.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron las prescripciones electrónicas de pacientes adultos tratados con isavuconazol en el periodo (01/01/2019-30/04/2021). Los datos demográficos (sexo/edad/diagnóstico/tratamientos antifúngicos/duración/tratamiento nutricional recibido durante ingreso hospitalario/parámetros analíticos) obtenidos a través del programa informático Diraya®. La prescripción/dispensación se realizó a través de Receta XXI® y el programa Excel® para el análisis estadístico de los datos.

Resultados: Durante estos 28 meses se incluyeron n = 67 pacientes (61,2 % hombres, 38,8 % mujeres). La mediana de edad fue de 61,18 [36-83]. El 89,4 % de los tratados con isavuconazol se les diagnosticó aspergilosis invasiva, y el 10,9 % mucormicosis. El 85,1 % de los pacientes presentaba desnutrición (14,95 % leve, 26,87 % moderada, 43,28 % grave). El valor medio de albúmina inicial fue de 2,74 g/dL [1,7-4,6] y final de

2,71 g/dL [1,4-4,5]. La tasa de mortalidad en nuestra población fue del 78,78 %. La duración media del tratamiento con isavuconazol fue de 26,74 días. 5 % de los pacientes tuvieron que discontinuar el tratamiento con isavuconazol. El 48,5 % tuvieron tratamiento concomitante (isavuconazol/anfotericina B liposomal). El 90,9 % precisó corticoides. El tratamiento nutricional recibido fue: 73,13 % Nutrición Enteral por sonda nasogástrica, 14,91 % dieta oral y 11,93 % alimentación parenteral. Se observó que el 45,45 % presentaba daño hepático.

Conclusiones: Nueve de cada diez pacientes adultos tratados con isavuconazol presentaba malnutrición, de ellos la mitad era clasificada como desnutrición grave. Nueve de cada diez precisaba utilizar otra vía de alimentación distinta de la oral. La mayoría de los pacientes tratados con isavuconazol presentaba alteraciones nutrometabólicas destacables, y en uno de cada dos pacientes daño hepático.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

P-061. Evolución del soporte nutricional en paciente crítico COVID+ durante la pandemia

Laura Cardona Roca, María Sagalés Torra, Alba Sosa-Pons, Luis Coronel Cordero, Nuria Almendros-Abad, Rosa Rodríguez-Mauriz, Nuria Rudi Sola

Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona

Objetivos: Comparar el soporte nutricional en pacientes COVID+ ingresados en unidad de cuidados intensivos (UCI) durante tres olas de pandemia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo del soporte nutricional en pacientes críticos COVID+ en hospital de segundo nivel durante tres periodos (marzo-abril 2020, octubre-noviembre 2020, enero-febrero 2021). *Variables recogidas:* datos demográficos, antropométricos y bioquímicos, días en UCI, duración, tipo y composición nutrición parenteral (NP) y tipo nutrición enteral (NE). Los datos se obtuvieron de: historia clínica electrónica y registro de nutriciones. Las variables cuantitativas se expresaron como media, desviación estándar (DE), mediana, rango intercuartílico (RIQ).

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes (63 (DE12) años, 76 % hombres) en tres periodos ($n_1 = 89$, $n_2 = 34$, $n_3 = 32$). La estancia mediana en UCI durante la tercera ola fue superior (24 (RIQ9-46) días) respecto la primera (15 (RIQ7-29) días) y la segunda (10 (RIQ6-34) días). Según IMC, destacaron valores de sobrepeso/obesidad (61 %, 84 %, 91 %) en el primer, segundo y tercer periodo, respectivamente. El 69 % presentó albúmina plasmática normal al ingreso o relativa a desnutrición leve. Se realizó siempre soporte nutricional precoz (24-48h posingreso) y mixto NP/NE (98 %, 74 %, 84 %). La duración de NP en los dos primeros fue ≤ 14 días mayoritariamente (93 % y 68 %), a diferencia del tercero (53 % precisó > 15 días). Se maximizó la utilización de bolsas tricamerales/bicamerales (76 %, 68 % y 70 %) respecto individualizadas. Se diseñaron principalmente composiciones hiperproteicas con relación kcal no proteicas/g

$N_2 < 100$ (55 %, 61 %, 59 %). Predominaron NE hiperproteicas (63 %, 65 %, 76 %) respecto fórmulas estándar (23 %, 24 %, 22 %) y órgano-específicas (14 %, 11 %, 2 %). Se requirieron frecuentemente diabético-específicas (47 %, 17 %, 33 %). Se precisaron varios tipos de NE por paciente.

Conclusiones:

1. El soporte nutricional fue dinámico, precoz y mayoritariamente mixto NP/NE.
2. En la tercera ola se observaron estancias más largas, NP más prolongadas y se redujeron las NE órgano-específicas.
3. Destacaron composiciones hiperproteicas en los tres periodos.

P-062. Niveles de zinc y cobre en pacientes con COVID-19 y suplementos de zinc en la nutrición parenteral

Victoria Martínez-Vaello¹, Nuria Bengoa-Rojano¹, Marta Rosillo², Angélica de Pablo³, Cristina Voguel³, Raquel Mateo¹, Ángel Candela³, Francisco Arrieta¹, José I. Botella-Carretero^{1,4}

Servicios de ¹Endocrinología y Nutrición, ²Bioquímica Clínica y ³Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn) & IRYCIS. Madrid

Introducción: Existe correlación entre niveles bajos de zinc y la gravedad del síndrome de distrés respiratorio agudo en pacientes con COVID-19.

Objetivos: El objetivo fue estudiar las concentraciones séricas de zinc y cobre en pacientes graves con COVID-19 y su suplementación en nutrición parenteral (NP).

Métodos: Se estudió de forma retrospectiva a 35 pacientes con COVID-19 a los que se trató con NP suplementada con zinc. Las muestras se recolectaron al inicio de la NP, a los 3-7 días y al final de la NP.

Resultados: La duración media de la NP fue de 14 días, con una media diaria de zinc suplementario de $14,8 \pm 3,7$ mg/día. El zinc sérico aumentó durante la administración de NP de $98,8 \pm 22,8$ a $114,1 \pm 23,3$ $\mu\text{g/dL}$ (λ de Wilk = 0,751, $F = 5,459$, $p = 0,009$). El cobre sérico no varió desde el inicio ($107,9 \pm 34,2$ $\mu\text{g/dL}$) hasta el final del estudio ($104,5 \pm 37,4$ $\mu\text{g/dL}$, de Wilk = 0,919, $F = 1,453$, $p = 0,248$). El zinc sérico en la primera semana de NP y al final de la NP se correlacionó inversamente con la estancia hospitalaria total ($r = -0,413$, $p = 0,014$ yr = $-0,386$, $p = 0,022$, respectivamente). Los pacientes en estado crítico presentaron menor cobre sérico ($z = 2,615$, $p = 0,007$). La mortalidad no se asoció con el zinc suplementario o con las concentraciones séricas de zinc o cobre en ningún momento ($p > 0,1$ para todos los análisis).

Conclusiones:

1. Las concentraciones séricas de zinc durante el soporte de NP se asociaron inversamente con la duración de la estancia hospitalaria pero no con la mortalidad.
2. Las concentraciones séricas de cobre fueron menores en pacientes en estado crítico, pero no se asociaron con el pronóstico.

P-063. Adecuación de la terapia nutricional en el paciente crítico COVID positivo

Alba María Fernández Varela, Alejandro Rodríguez Rodríguez, Roberto José Taboada López, Isaura Rodríguez Penín, Ana María González Rodríguez

Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol, A Coruña

Introducción y objetivos: Descripción del manejo nutricional del paciente crítico con SARS-CoV-2 y validación de su adecuación a las guías *ESPEN* y *ASPEN*.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos con neumonía y/o insuficiencia respiratoria (IR) por infección por SARS-CoV-2 y soporte nutricional, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de segundo nivel entre marzo y abril del 2020. Datos obtenidos de historia clínica electrónica (HCE) y programas de dispensación y nutrición parenteral (NP). Recomendaciones guías *ESPEN* y *ASPEN*: cribado nutricional, marcadores desnutrición (MD), suplementación vitamínica, aumento progresivo requerimientos, ajuste calórico obesos, propofol como fuente de lípidos, dieta textura modificada en disfagia, y procinéticos. Nutrición enteral (NE): tiempo hasta inicio, administración, tipo y control residuo gástrico. Cambio NE a NP: motivo y tiempo.

Resultados: 22 pacientes (50 % mujeres); mediana edad 70 años (RIQ: 45-80); 72,73 % sobrepeso/obesidad. Ningún paciente cribado nutricional. MD: 59,09 % proteínas totales $< 6,4$ g/dl; 9,09 % albúmina $< 3,2$ g/dl. Suplementación tiamina: 40,91 %. Aumento progresivo de requerimientos: 81,82 %. Sin ajuste calórico en obesos. Propofol considerado fuente lipídica ($n = 1$). Dieta textura modificada ($n = 3$). 59,09 % procinéticos: 30,77 % metoclopramida y 69,23 % metoclopramida y eritromicina. NE: mediana tiempo hasta inicio: 1 día. 90,91 % continua y 9,09 % intermitente y bolo. Tipos: 45 % dieta patología pulmonar rica en lípidos, 20 % normoproteica (NP) normocalórica (NC) para diabéticos, 20 % hiperproteica (HP) NC, 10 % hipercalórica (HC)-HP y 5 % NC-NP con fibra 100 % soluble. Controles residuo gástrico: 63,64 %. Cambio a NP ($n = 6$), motivo: 5 inestabilidad hemodinámica, y además: 2 vómitos, 1 íleo, 1 broncoaspiración y 2 deterioro clínico. Mediana tiempo hasta inicio NP: 10 días (RIQ: 8-12).

Conclusiones: Adaptación parcial a recomendaciones de las guías. Necesidad de registro más exhaustivo en HCE. Trabajo multidisciplinar de intensivistas, endocrinólogos y farmacéuticos optimizaría manejo clínico.

Aspectos éticos: estudio descriptivo no presentado al Comité Ético.

P-064. Obesidad, dislipemia, ácido úrico y perfil lipídico en paciente crítico con neumonía por SARS-CoV-2, ¿nuevos marcadores pronósticos?

Alberto Lafita López, Néstor Bueno Vidales, Antonio Egea González, Paula Omedas Bonafonte, Enric Franquesa González, Jesús Escós Orta, Tomás Mallor Bonet, Paula Ocabo Buil, Lorenzo Labarta Monzón, Carlos Serón Arbeloa

Hospital Universitario San Jorge. Huesca

Introducción: Actualmente, faltan herramientas para el manejo del paciente crítico debido al poco conocimiento acerca de esta patología. Uno de los ámbitos clave, puede estar en el perfil nutricional.

Hipótesis y objetivos: Se plantea si el perfil lipídico al ingreso en UCI, la dislipemia diagnosticada previamente, ácido úrico y/o la obesidad son marcadores pronósticos de mortalidad.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes que ingresan desde marzo al 31 de diciembre de 2020. Se recogen datos epidemiológicos, comorbilidades previas al ingreso y datos analíticos previos, al ingreso, en el 7.º día y en el momento de alta.

Resultados: Se incluyen 70 pacientes, de los que fallecen 21 (30 %). La dislipemia no es factor de mortalidad ($p = 0.666$). En el caso del perfil lipídico al ingreso, tan solo el colesterol total es factor pronóstico de mortalidad ($p = 0.05$). Las diferencias del colesterol al 7.º día con respecto al ingreso no son significativas ($p = 0.142$). Sin embargo, sí lo son las diferencias de colesterol al alta ($p = 0.01$). La evolución del perfil lipídico es similar en dislipémicos y no dislipémicos. En ambos casos presentan una fuerte disminución de todos los parámetros. Al 7.º día se observa ligera recuperación. Esta tendencia se observa en el control al alta. El IMC, dividido en 3 grupos (20-25, 25-30 y > 30) no se demuestra como factor de mortalidad al ingreso. ($p = 0.743$, $p = 0.285$, $p = 0.765$ respectivamente). El ácido úrico presenta una disminución significativa al ingreso en los pacientes que sobreviven con respecto a los éxitus ($p = 0.01$).

Conclusiones:

1. La obesidad y la dislipemia no han mostrado ser factores pronósticos de mortalidad.
2. El colesterol total y el ácido úrico al ingreso son factores independientes de mortalidad.
3. La evolución del perfil lipídico es similar en dislipémicos y no dislipémicos.

P-065. Diferencias en la evolución nutricional y funcional de los pacientes críticos con COVID-19 tras la hospitalización en las tres olas

Ángela Patricia Morales Cerchiaro¹, M. Luisa Carrascal^{1,2}, Loredana Arhip^{1,2,3}, Cristina Velasco^{1,2}, Miguel Cambor^{1,2,3}, Irene Bretón^{1,2,3}, Marta Motilla^{1,2,3}, Clara Serrano^{1,2}, Laura González^{1,2}, Diego Muñoz^{1,2}, Laura Frías^{1,2}, Cristina Cuerda^{1,2,3}

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Objetivo: Analizar diferencias en la evolución del estado nutricional, funcional y calidad de vida de pacientes de las diferentes olas COVID-19 que hayan requerido estancia en unidades de cuidado intensivos (UCI).

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 172 pacientes hospitalizados con COVID-19 tras haber requerido ingreso en UCIS desde 16/03/2020-31/03/2021: 1.ª ola

marzo-agosto 2020, 2.ª ola septiembre-enero 2021 y 3.ª ola enero-marzo 2021. Se realizó evaluación clínica durante la hospitalización tras la salida de UCI y telefónica a las 6 semanas del alta. Incluyó valoración nutricional, funcional, dependencia y calidad de vida. Se recogieron las variables: edad, sexo, estancia hospitalaria, estancia UCI, peso, talla, pérdida peso, IMC, estimación de ingesta (> 75 % de los requerimientos), índice Barthel, test-SARCF y EQ-5D-5L. Se recogió el tratamiento nutricional durante el ingreso (suplementos nutricionales orales (SNO)) y al alta (consejos nutricionales y SON específico con HMB o leucina y VitD). Los resultados se expresan en media \pm DE y porcentajes. Se utilizó el IBM-SPSS21.0®.

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes de $58,1 \pm 12,7$ años, 66,3 % varones, peso al alta $75,5 \pm 15,5$ kg, IMC $26,90 \pm 5,3$ kg/m². En las tablas I y II se muestran un resumen de los datos.

Tabla I. Características de la población 3 olas al alta

	1.ª ola	2.ª ola	3.ª ola
n	53 (30,8 %)	60 (34,9 %)	59 (34,3 %)
Edad	58,3 \pm 12,9	55,3 \pm 13,4	60,6 \pm 11,3
Sexo (hombres)	62,3 % (33)	63,3 % (38)	72,9 % (43)
IMC	26,5 \pm 6,4	26,9 \pm 4,9	27,2 \pm 9,6
% pérdida peso	13,4 \pm 7,1	10,1 \pm 7,0	13,1 \pm 7,6
Estancia total (días)*	79 \pm 42	42,1 \pm 35,7	47,1 \pm 25,4
Estancia UCI (días)*	45,3 \pm 34,7	20,8 \pm 23,1	26,1 \pm 19,2
Exitus (%)	5,6	2,1	0
Intubación (%)	100	34,9	34,3
Albumina	3,5 \pm 0,4	3,6 \pm 0,4	3,4 \pm 0,5
Ingesta > 75 % UCI*	27,6 %	65,5 %	31,3 %
SARC-F	6,4 \pm 2,4	5,4 \pm 2,6	5,25 \pm 2,4
Índice Barthel		74,1 \pm 23,5	71,4 \pm 20,9
QoL-VAS		54,2 \pm 17,4	56,3 \pm 21,3
Disfagia	10,4	7,0	13,2

* $p < 0,05$.

Tabla II. Valoración a las 6 semanas

	1.ª ola	2.ª ola	3.ª ola
Ingesta > 75 %	80,5 %	89,6 %	90,3 %
SARC-F*	3,2 \pm 2,5	1,4 \pm 1,6	1,2 \pm 1,8
Índice Barthel*	81,7 \pm 21,2	91,2 \pm 15,9	91,5 \pm 9,3
QoL-VAS*	63,5 \pm 16,1	75,2 \pm 18,6	79,3 \pm 18
Cumplimiento tratamiento nutricional (%)*	71	80,8	89,5

* $p < 0,05$.

Conclusiones:

1. Se observan claras diferencias entre las 3 olas tanto en la estancia hospitalaria y en UCI, como en la evolución nutricional, funcional y calidad de vida a los 6 meses, que pueden estar relacionadas con la diferente gravedad de los pacientes.
2. El buen cumplimiento de la terapia nutricional específica que se les pauta a los pacientes puede suponer un beneficio clínico.

P-066. Rehabilitación nutricional y funcional de pacientes críticos con COVID-19 tras el alta hospitalaria

M. Luisa Carrascal^{1,2}, Ángela Patricia Morales Cerchiaro^{1,2,3}, Loredana Arhip^{1,2,3}, Cristina Velasco^{1,2}, Miguel Cambior^{1,2,3}, Irene Bretón^{1,2,3}, Marta Motilla^{1,2,3}, Clara Serrano^{1,2}, Laura González^{1,2}, Diego Muñoz^{1,2}, Laura Frías^{1,2}, Cristina Cuerda^{1,2,3}

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid. ³Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Objetivo: Valorar la evolución nutricional, funcional, y la calidad de vida de pacientes con neumonía grave por COVID-19 que hayan requerido estancia en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 172 pacientes hospitalizados en las UCI de nuestro hospital desde el 16/03/2020 hasta 31/03/2021. Se realizó la evaluación clínica durante la hospitalización y telefónica a las 6 semanas del alta, incluyendo valoración nutricional, de disfagia, funcional, fuerza, dependencia y calidad de vida durante el ingreso y al alta. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, estancia hospitalaria, estancia en UCI, peso, talla, pérdida de peso, IMC, estimación de la ingesta dietética (cuestionario semicuantitativo), escala Barthel, test SARC-F (≤ 4 No riesgo de sarcopenia) y el cuestionario EQ-5D-5L. Además, se recogió el tratamiento nutricional durante el ingreso (suplementos nutricionales orales (SNO)) y al alta (consejos nutricionales y SNO específico (con HMB o leucina y VitD) y cumplimiento al ingreso y alta. Los resultados se expresan en media \pm DE y porcentajes. Se utilizó IBM-SPSS21.0[®] para el análisis de los datos.

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes de edad $58,1 \pm 12,7$ años, 66,3 % varones, peso al alta $75,5 \pm 15,5$ kg, IMC $26,90 \pm 5,3$ kg/m². Estancia hospitalaria $55,1 \pm 38,1$ días, estancia UCI $30,2 \pm 28,0$ días e intubación 70,6 %. Los pacientes presentaron una pérdida de peso del $12,2 \pm 7,3$ % al alta hospitalaria, 10,1 % tenían disfagia y al 65,9 % se le pautó suplementación al alta (Tabla I).

Conclusiones:

1. La recuperación nutricional y funcional de los pacientes fue buena, así como la mejoría en su calidad de vida.
2. Dos de cada 3 pacientes recibieron SNO al alta, con una adherencia al tratamiento alrededor del 50 % a las 6 semanas.

Tabla I. Diferencias entre la valoración al alta UCI y 6 semanas

	Alta UCI	6 semanas	p valor
Peso (kg)*	75,4 \pm 15,5	79,4 \pm 15,4	< 0,001
IMC (kg/m ²)*	26,9 \pm 5,3	28,2 \pm 4,7	< 0,001
SARC-F*	5,7 \pm 2,5	2,0 \pm 2,2	< 0,001
QoL-VAS (puntuación)*	55,5 \pm 19,4	72,2 \pm 18,6	< 0,001
Índice Barthel*	72,7 \pm 22,2	87,9 \pm 17,25	< 0,001
Cumplimiento terapéutico	84,5 %	53,8 %	< 0,001
Ingesta > 75 % requerimientos*	44,7 %	86,7 %	0,037

P-067. Análisis del aporte de macronutrientes en la nutrición parenteral en pacientes críticos con SARS-CoV-2

Alicia Rochina Astorga, Marina Ibáñez Carrillo, Alicia González Fernández, Ana Cristina Murcia López, Andrés Navarro Ruiz

Hospital General Universitario de Elche. Elche, Alicante

Objetivos: Analizar el aporte de macronutrientes en la nutrición parenteral (NP) en pacientes críticos con SARS-CoV-2, comparando los resultados con una cohorte histórica de pacientes críticos médico-quirúrgicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con SARS-CoV-2 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con NP, entre enero-abril de 2021. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, peso y aporte de macronutrientes en la NP. El incremento de macronutrientes se expresó en porcentaje g/kg/día, calculado como la diferencia entre los aportes de la primera NP y los máximos alcanzados durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, 59 % varones, media de edad de 67 ± 12 años y tiempo medio con NP de $9,7 \pm 7$ días. El aporte máximo fue: 1,7 g/kg/día hidratos de carbono (HC), 0,6 g/kg/día lípidos y 1,1 g/kg/día proteínas. El incremento medio fue: 24,1 % HC, 16,6 % lípidos y 12,8 % proteínas. Los resultados comparando las dos cohortes se muestran en la tabla I. Se observan diferencias en los aportes iniciales de HC (1,3 g/kg vs. 2 g/kg, p-valor = 0,00001) y en los máximos de HC (1,7 g/kg vs. 2,5 g/kg, p-valor = 0,00001) y proteínas (1,1 g/kg vs. 1,3 g/kg, p-valor = 0,0005) en pacientes SARS-CoV-2/ frente a la cohorte historia, respectivamente. En los pacientes SARS-CoV-2 se observó un mayor incremento de HC frente a la cohorte histórica, en los que el mayor incremento se observó en el aporte proteico.

Tabla I.

		HC		Lípidos		Proteínas	
		g/kg/día	% incremento	g/kg/día	% incremento	g/kg/día	% incremento
SARS-CoV-2	Inicio	1,3	24,1	0,5	16,6	0,9	12,8
	Máximo	1,7		0,6		1,1	
Otras patologías	Inicio	2	20	0,62	- 3,3	0,88	32,3
	Máximo	2,5		0,6		1,3	

Conclusión:

1. El aporte de HC, en pacientes SARS-CoV-2 es inferior tanto al inicio como el máximo alcanzado derivado del mal control glucémico que presentaban por su situación clínica como por el uso de corticoides.
2. Los aportes proteicos se vieron disminuidos para compensar la relación Kcal no proteicas/g nitrógeno.

P-068. Depleción del estatus de vitamina D en pacientes críticos con COVID-19 durante tres días de estancia en UCI

Lourdes Herrera-Quintana^{1,2}, Jorge Molina-López³, Héctor Vázquez-Loriente^{1,2}, Gabriela Lobo Támer⁴, Elena Planells del Pozo^{1,2}

¹Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia e ²Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix". Universidad de Granada. Granada. ³Departamento de Educación Física y Deporte. Facultad de Ciencias de la Educación, Psicología y Ciencias del Deporte. Universidad de Huelva. Huelva. ⁴UGC de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Granada

Introducción: Durante la crisis sanitaria causada por el virus SARS-CoV-2, ha crecido el interés sobre el papel que puede desempeñar el estatus de vitamina D en la severidad de la enfermedad (COVID-19), la cual se caracteriza por un síndrome respiratorio agudo grave y un proceso inflamatorio descontrolado.

Objetivo: Evaluar el estatus de vitamina D en paciente crítico con COVID-19 a su ingreso en UCI y transcurridos 3 días de estancia.

Métodos: La muestra estuvo constituida por 29 pacientes con COVID-19 (76 % hombres y 24 % mujeres) con edades comprendidas entre 43 y 74 años. El estatus de vitamina D se estableció mediante la medida de los niveles de 25-OH-D (resultado de la suma de 25-OH-D₂ y 25-OH-D₃), los cuales se analizaron por UHPLC.

Resultados: Los niveles de 25-OH-D al ingreso en UCI fueron 13.7 ± 4.3 ng/mL, disminuyendo significativamente a 12.1 ± 2.9 ng/mL transcurridos tres días de estancia ($p = 0.044$). En todos los casos, los niveles de 25-OH-D estuvieron por debajo de 30 ng/mL (deficiencia). Al inicio, el 88.9 % de los pacientes presentó niveles inferiores a 20 ng/mL (insuficiencia), incrementándose este porcentaje al 100 % al final del estudio.

Conclusión: El paciente crítico con COVID-19 presenta un alto riesgo de estados carenciales de vitamina D, lo cual podría afectar a su evolución.

P-069. Estado nutricional y funcional al alta de pacientes UCI supervivientes a la COVID-19 durante el primer brote en Madrid. Estudio NUTRICOVID

Julia Álvarez-Hernández¹, Cristina Cuerda², María Soler³, Grupo de Nutrición de la SENDIMAD⁴

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Outcomes'10. Castellón. ⁴Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid. Madrid

Introducción y objetivo: El estudio NUTRICOVID tiene como objetivo describir la evolución del estado nutricional y funcional de los pacientes ingresados en la UCI y supervivientes al primer brote de la COVID-19 (marzo-junio de 2020) durante 1 año tras el alta hospitalaria.

Material y método: Estudio observacional, multicéntrico, ambispectivo realizado en 16 hospitales de Madrid. Se realizó un análisis descriptivo de los datos de estancia hospitalaria, incluyendo edad, sexo, peso al ingreso y alta, estado de desnutrición y sarcopenia al alta (MUST y SARC-F), uso de recursos (tiempo de estancia hospitalaria y UCI, uso de ventilación invasiva o traqueostomía), tratamiento nutricional, estado funcional (Barthel) y calidad de vida (EQ-5D) al alta. El análisis se realizó utilizando Stata v.14.

Resultados: Se incluyó a 199 pacientes: 70 % hombres, con edad media (SD) de 61 (10) años; presentaron un porcentaje de pérdida de peso promedio durante la estancia hospitalaria del 16 % (8 %); y una mediana de tiempo de hospitalización y de UCI de 53 (27-85) y 24 (11-43) días, respectivamente. El 86 % requirió ventilación invasiva, y el 54 % traqueostomía; el 50 % recibió nutrición parenteral, el 84 % nutrición enteral y el 66 % suplemento nutricional. Al alta, el 83 % y el 87 % de los pacientes estaban en riesgo de desnutrición alto (MUST ≥ 2) y de sarcopenia, respectivamente, pero solo el 35 % recibió tratamiento nutricional. Según la escala Barthel, el 81 % eran moderada o altamente dependientes al alta y el 72 % tenía un deterioro significativo de su movilidad, con una puntuación mediana de EQ-VAS de 40 (25-50).

Conclusión: Este análisis evidencia el alto impacto de la COVID-19 en el estado nutricional y funcional del paciente de UCI y en su calidad de vida al alta hospitalaria.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Clínico San Carlos, todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado de participación por escrito, y el estudio está siendo llevado a cabo siguiendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS

P-070. Valores de normalidad en el diagnóstico de baja masa muscular en población sana

Elena González Arnáiz, Lucía González Roza, Beatriz Ramos Bachiller, Begoña Pintor de la Maza, María Ballesteros Pomar, Isidoro Cano Rodríguez

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La baja masa muscular (BMM) es una condición cada vez más relevante, aunque no existen criterios diagnósticos específicos, en función del tipo de población.

Objetivo: Determinar valores de normalidad en el diagnóstico de BMM en un grupo control de individuos sanos.

Metodología: Estudio transversal de 67 voluntarios sanos entre 18-50 años. Se recopilaron datos antropométricos, bioimpedancia (BIA, TANITAMC780MA) y dinamometría (Dy nex). Se

estimó masa apendicular (MA), masa grasa (MG) y masa muscular (MM) mediante las ecuaciones propias del dispositivo BIA y se calcularon índices para diagnosticar BMM. Se realizó un análisis descriptivo de las variables según grupo de edad y sexo y se determinaron los valores correspondientes a $-1/-2$ DS para considerar baja masa/función muscular.

Resultados: 71,6 % eran mujeres, mediana de edad 28,3(RIC 4, 1) años. El análisis descriptivo y valores de normalidad se recogen en la tabla I. No observamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad pero sí entre sexos.

Conclusiones: Este estudio determina valores normales de BMM en población sana y joven y los índices más empleados para expresarla, lo que permitirá diagnosticar BMM en situaciones patológicas empleando el valor correspondiente a -2 DS.

P-071. Resultados preliminares en la modificación de la expresión génica de pacientes obesos tras la realización de una dieta hipocalórica con patrón mediterráneo

Daniel de Luis Román, Olatz Izaola, David Primo, Emilia Gómez, Juan José López, Beatriz Torres, Esther Delgado, Gonzalo Díaz, Rebeca Jiménez, Laura Cuadrado, Ana Ortola, Susana García, Katia Benito-Sendin, Paloma Pérez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: La respuesta de la expresión génica a las intervenciones dietéticas es importante en el obeso. El

Tabla I.

	Hombres (n = 19)				Mujeres (n = 48)			
	Media	DS	-1DS	-2DS	Media	DS	-1DS	-2DS
Peso (kg)*	74,9	11,5	63,4	51,4	57,8	6,5	51,3	44,8
IMC (kg/m ²)*	23,8	3,2	20,6	17,4	21,1	2,0	19,1	17,1
MG (kg)	13,8	4,7	9,1	4,4	14,7	4,3	10,4	6,1
MLG (kg)*	61,1	8,3	52,8	44,5	43,1	3,2	39,9	36,7
MM (kg)*	58,0	7,9	50,1	42,2	41,7	6,6	35,1	28,5
MM/talla ^{2*}	18,4	2,0	16,4	14,4	15,3	2,1	13,2	11,1
MA (kg)*	27,1	4,0	23,1	19,1	17,3	1,3	16,0	14,7
MA/peso*	0,4	0,02	0,38	0,36	0,3	0,02	0,28	0,26
MA/IMC*	1,1	0,1	1	0,9	0,8	0,08	0,72	0,64
MA/talla ^{2*}	8,6	1,1	7,5	6,4	6,3	0,4	5,9	5,5
Dinamometría (kg)*	44,1	9,5	34,6	25,1	25,4	4,3	21,1	16,8
Dinamometría/MA [†]	1,6	0,3	1,3	1,0	1,5	0,2	1,3	1,1

* $p < 0,001$; [†] $p < 0,05$.

objetivo fue evaluar la expresión de genes en sangre periférica en obesos después de la pérdida de peso secundaria a una dieta hipocalórica con patrón mediterráneo.

Material y métodos: Se evaluó una muestra de 11 (8 mujeres/3 varones) obesos. Los parámetros bioquímicos, antropométricos y el análisis de *microarrays* se realizaron al inicio del estudio y después de 6 meses de intervención dietética.

Resultados: La edad media fue 43,0±5,1 años y el índice de masa corporal (IMC) 38,2±5,1 kg/m². Se detectaron los siguientes cambios; peso corporal -7,3±1,3 kg, IMC -2,4±0,2 kg, masa grasa -5,5±1,1 kg, índice cintura-cadera -0,03±0,001 cm, circunferencia de la cintura -5,7±1,0 cm, triglicéridos -16,4±6,2 mg/dl, PCR -3,0±1,1 mg/dL, insulina -2,2±1,0 mUI/L y HOMA-IR -0,8±0,2. Identificamos 634 genes expresados diferencialmente: 262 sobreexpresados y 372 infraexpresados tras la intervención dietética. El análisis de agrupamiento mostró 35 genes en enfermedades nutricionales y 17 en el sistema endocrino. En los genes del sistema endocrino, el más relevante fue la peroxidasa tiroidea (TPO), se sobreexpresó y se infraexpresaron; anhidrasa carbónica VI (CA6), proteína de Caveolin 1 (CAV1) y la familia portadora de solutos tipo 12 (SLLC12A3). En los genes de enfermedades nutricionales, los genes más relevantes fueron la anhidrasa carbónica VI (CA6), proteína de Caveolin 1 (CAV1), familia de portadores solubles tipo 12 (SLLC12A3), receptor Beta 3 (ADRB3) y receptor de glutamato ionotrópico N metil D aspartato 2 A (GRIN2A).

Conclusión: En pacientes obesos tras la pérdida de peso con una dieta con patrón mediterráneo se modifica significativamente la expresión de 17 genes del sistema endocrino y 35 enfermedad nutricional.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro Hospital con la firma de un consentimiento informado. Proyecto Salud ISCIII P118 00343.

P-072. Evaluación del estado nutricional del paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Tomás Palanques-Pastor¹, María José Galindo Puerto², Rosa Polo Rodríguez³, Ángeles Álvarez Ribelles⁴, María Ángeles Martínez Cuesta⁴, Emilio Monte Boquet¹, María Jesús Cuéllar Monreal¹, Triana Ruiz Dueñas⁴, José Luis Poveda Andrés¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Hospital Carlos III. Madrid. ⁴Universidad de Valencia. Valencia

Introducción y objetivos: La adecuada nutrición es fundamental en el paciente con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para lograr una función inmunitaria y metabólica óptimas. El objetivo es valorar el estado nutricional de estos pacientes a partir de la realización del cribado nutricional, el estudio lipídico y proteico y el análisis de prevalencia, tipo y grado de desnutrición.

Material y método: Estudio observacional y transversal realizado en pacientes seleccionados aleatoriamente atendidos en una unidad de enfermedades infecciosas de un hospital terciario.

Se empleó la valoración global subjetiva adaptada al VIH, el recordatorio 24 horas y parámetros antropométricos y analíticos. Los resultados se expresaron como valores absolutos y relativos o como mediana y rango.

Resultados: Se estudiaron 35 pacientes de 50 (19-62) años, mayoritariamente hombres (80,0 %, n = 28), presentando carga viral indetectable el 68,6 % (n = 24) por estar bajo tratamiento antirretroviral el 97,1 % (n = 34). El exceso de peso y los síntomas gastrointestinales se detectaron en el 54,3 % (n = 19), la reducción en la ingesta y la pérdida de peso en el 20,0 % (n = 7) y la disminución en la capacidad funcional en el 37,1 % (n = 13). En el estudio lipídico se evidenció reducción del pliegue tricipital en el 60,0 % (n = 21) y lipoatrofia facial en el 22,9 % (n = 8), pero con hipercolesterolemia (> 200 mg/dL) en el 48,6 % (n = 17). En el estudio proteico se puso de manifiesto disminución de la circunferencia muscular del brazo en el 28,6 % (n = 10), pero con normoalbuminemia (3,2-5,2 g/dL) en el 97,1 % (n = 34). El 80,0 % (n = 28) estuvo normoalimentado, el 11,4 % (n = 4) en riesgo de desnutrición y el 8,6 % (n = 3) desnutrido, primando la desnutrición mixta (66,7 %, n = 2) sobre la calórica (33,3 %, n = 1) y siendo en todos los casos de carácter leve (100 %, n = 3).

Conclusiones:

1. Se ha reducido la incidencia de desnutrición y se ha incrementado la prevalencia de exceso de peso en relación a estudios previos.
2. Se presentan alteraciones sintomáticas, funcionales, antropométricas y analíticas asociadas a la infección, al tratamiento y al estilo de vida.

P-073. Caracterización de los pacientes con cáncer gástrico en tratamiento con nutrición parenteral mediante *big data*

Tomás Palanques Pastor¹, Juan Eduardo Megías Vericat¹, Rubén Iglesias Gómez¹, Triana Ruiz Dueñas², Amparo Vázquez Polo¹, Laura Lorente Fernández¹, Eduardo López Briz¹, José Luis Poveda Andrés¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Universidad de Valencia. Valencia

Introducción y objetivos: Los pacientes con cáncer gástrico presentan riesgo de problemas nutricionales debido a la interferencia en la digestión de los alimentos, la sintomatología clínica y la anorexia inducida por la enfermedad por lo que debe ser considerado el soporte nutricional parenteral (NP). Analizar la población de pacientes con cáncer gástrico en tratamiento con NP.

Material y método: Estudio retrospectivo llevado a cabo en un hospital terciario entre octubre 2012 y septiembre 2018. Se utilizó la herramienta analítica SavanaManager[®] para transformar la información contenida en las historias clínicas electrónicas en *Big Data*, examinándose 3691 documentos que englobaron los términos "cáncer gástrico" y "nutrición parenteral". Se estudiaron las características basales, los factores de riesgo cardiovascular, las manifestaciones, los tratamientos y los resultados clínicos. Las variables se expresaron como porcentaje y valor absoluto o como media e intervalo de confianza al 95 %.

Resultados: Se identificaron 56 pacientes con NP correspondientes al 6,4 % del total de diagnosticados de cáncer gástrico (n = 876), mientras que 11,5 % (n = 101) recibieron nutrición enteral. La media de edad fue 61,5 [57,5-65,5] años, con predominio del género masculino (66,1 %, n = 37). Los factores de riesgo cardiovascular principales fueron dislipemia (53,6 %, n = 30), hipertensión arterial (50,0 %, n = 28), diabetes *mellitus* (44,6 %, n = 25) y hábito tabáquico (37,5 %, n = 21). Las manifestaciones clínicas mayormente reportadas fueron vómitos (85,7 %, n = 48), náuseas (75,0 %, n = 42), fiebre (66,1 %, n = 37), diarrea (66,1 %, n = 37), dolor abdominal (62,5 %, n = 35), anorexia (55,4 %, n = 31), disfagia (44,6 %, n = 25) y pérdida de peso (42,9 %, n = 24). El 37,5 % (n = 21) de los pacientes recibió además soporte nutricional enteral y el 87,5 % (n = 49) tratamiento quimioterápico. Durante el periodo de observación el 67,9 % (n = 38) de los pacientes fue hospitalizado y el 32,1 % (n = 18) falleció.

Conclusiones:

1. La NP fue empleada en una proporción reducida de pacientes con curso avanzado de la enfermedad y con dificultad para mantener un adecuado estado nutricional con nutrición oral/enteral.
2. Destacan las manifestaciones gastrointestinales debido a la localización del tumor, hecho que justifica el empleo de la NP.

P-074. Cribado del paciente oncológico en una consulta de nutrición hospitalaria

Aida Saavedra Ojeda, Claudia Arnás Leon, Ana M. Sánchez García, Daniel Martín Roque, Javier A. Burgos Burgos, Pedro C. Lara Jiménez

Hospitales Universitarios San Roque Las Palmas. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La desnutrición es una complicación frecuente y multifactorial del paciente oncológico, asociándose a un 15-40 % al diagnóstico y hasta al 80 % en enfermedad avanzada.

Objetivos: Describir la prevalencia de malnutrición en pacientes con cáncer derivados a una consulta de nutrición integrada en una unidad oncológica multidisciplinar.

Material y métodos: Análisis descriptivo prospectivo (mayo 2020-abril 2021) de pacientes evaluados mediante cribado nutricional Nutriscore® (valoración de pérdida de peso, disminución del apetito, tipo de tumor y tratamiento) en un hospital privado. Se estudiaron variables: edad, sexo, tipo de neoplasia, tratamiento y efectos adversos, hábitos tóxicos, patologías metabólicas, disfagia e intervención nutricional.

Resultados: Se realizó valoración a 75 pacientes, edad media 62,5 ± 13,5 años, mujeres (55 %). IMC 24,3 ± 5 kg/m², sin diferencia entre sexos (p = 0,6), sí entre tipo de tumor (gastroesofágico: IMC 23,5 kg/m², p = 0,03). Pérdida de peso (PP) 68 %, significativa en 55 % (PP > 10 %). Tipo de neoplasia: mama (28 %), pulmón (21 %), cabeza-cuello (13,5 %), colorrectal (13,5 %), gastroesofágico (11 %), próstata (5 %), páncreas (4 %) y otros (4 %). Metastásicos (21 %) y éxitus (21 %). Tratamiento:

cirugía (51 %), quimiorradioterapia (40 %), radioterapia (31 %), quimioterapia (21 %) e inmunoterapia (5 %). Hábitos tóxicos: fumador/exfumador (20 %) y alcohol (5 %). Patologías metabólicas: HTA (29 %), DLP (29 %) y DM2 (9 %). Disfagia (8 %). Efectos adversos más frecuentes del tratamiento: estreñimiento (29 %) e hiporexia (25 %). Nutriscore® positivo (≥ 5) 37 % (32 % esofago-gástrico y 27 % cabeza-cuello). Se realizó intervención nutricional al 48 %; adaptación dietética (70 %), suplementación oral (46 %), nutrición enteral (5 %) y parenteral (5 %).

Conclusiones:

1. La intervención nutricional, a través de herramientas de cribado, es una prioridad durante el tratamiento del cáncer por su relación con la malnutrición y la calidad de vida.
2. El Nutriscore® es un método rápido y sencillo de realizar.
3. Hasta la mitad de los pacientes que pasó por nuestra consulta requirió algún tipo de modificación dietética o suplementación.

Aspectos éticos: sin conflictos de interés.

P-075. Valoración morfofuncional en pacientes oncológicos: análisis pronóstico

Cristina García García^{1,2}, José Manuel García Almeida^{1,2,3}, Isabel María Vegas Aguilar¹, Isabel María Cornejo Pareja¹, Rosalía Rioja Vázquez¹, Francisco J. Tinahones Madueño^{1,2}

¹Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Universidad de Málaga. Málaga. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud. Málaga

Introducción y objetivos: El ángulo de fase (AF), el AF estandarizado (AFE) y el estado de hidratación (EH) se han relacionado con la mortalidad en pacientes con diversas enfermedades. El objetivo de este estudio fue incorporar la valoración morfofuncional (VMF, 3 meses) y determinar el valor predictivo de AF en la supervivencia al año.

Material y método: Estudio observacional y prospectivo en pacientes oncológicos con análisis de impedancia bioeléctrica (BIA), ecografía nutricional®, dinamometría, Timed-Up&Go Test (TUG), y otros parámetros de desnutrición.

Resultados: 55 pacientes, 61,8 % varones, edad media 60,9 ± 11,9 años, IMC (23,0 ± 4,0 kg/m²), pérdida de peso (11,3 %), reducción de la ingesta de alimentos ≤ 50 % (24,1 %). VMF: BIA: AF 5,4 ± 1,0°; AFE 0,3 ± 1,6; masa celular corporal (BCM) 26,3 ± 7,0 kg; índice de masa libre de grasa (FFM) 18,4 ± 2,6 kg/m²; índice de masa grasa (FMI) 4,6 ± 2,6 kg/m², masa magra apendicular (ALM) 19,3 ± 4,6 kg; índice de músculo esquelético apendicular (ASMI) 8,9 ± 1,7 kg/m²; e hidratación 73,4 ± 1,1 kg. Ecografía nutricional (n = 24): área transversal del músculo recto femoral (ATRF) 3,75 ± 1,7 cm²; eje X (3,6 ± 0,9 cm); eje Y (1,3 ± 0,7 cm); y tejido adiposo 0,6 ± 0,3 cm. Ecografía pared abdominal: total 2,65 ± 4,82 cm; tejido adiposo visceral preperitoneal 0,65 ± 0,31 cm. Test funcionales: dinamometría (26,7 ± 10,7 kg) y TUG (8,6 ± 0,4s). Parámetros bioquímicos: PCR/prealbúmina (0,34 ± 1,0). Se observaron correlaciones entre AF (r = 0,53 p < 0,05), ALM (r = 0,71, p < 0,05) y BCMI (r = 0,55,

$p < 0,05$) con dinamometría. El ATRF tiene una correlación de $r = 0,65$ $p < 0,01$ con la dinamometría y de $r = 0,6$, $p < 0,05$ con ALM. La mediana de seguimiento fue de $12 \pm 6,5$ meses (4-22) con una mortalidad (38,2 %), progresión de la enfermedad (49,1 %). Se encontraron diferencias significativas en los diferentes parámetros de VMF (Tabla I y Fig. 1).

Tabla I. Parámetros de la valoración morfofuncional con significación* y con tendencia a la significación entre pacientes con cáncer avanzado: supervivientes y no supervivientes

	Supervivientes	No supervivientes	p
Ángulo de fase	$5,82 \pm 1,2^\circ$	$4,99 \pm 0,76^\circ$	$< 0,05^*$
Ángulo de fase estandarizado	$1,39 \pm 2^\circ$	$-0,45 \pm 1,18^\circ$	$< 0,05^*$
Albumina	$3,44 \pm 0,6$ g/dL	$2,92 \pm 0,6$ g/dL	$< 0,05^*$
Cociente PCR/prealbumina	$0,12 \pm 0,3$	$0,56 \pm 1,4$	$= 0,069$
Test Timed Up & Go	$7,1 \pm 1,4$ s	$9,66 \pm 5,0$ s	$= 0,054$

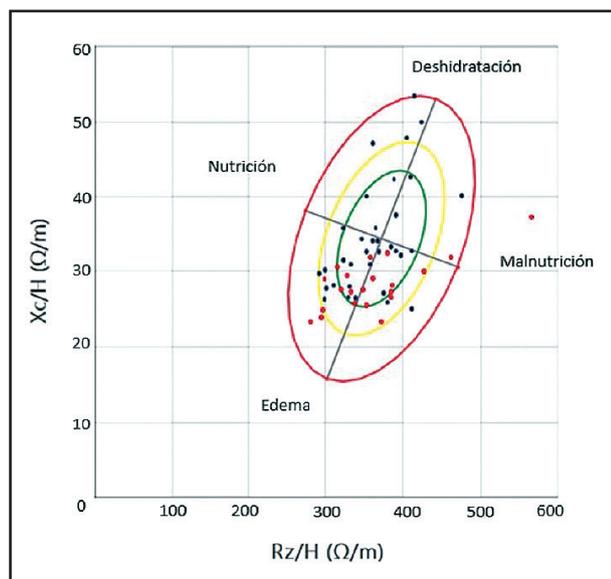


Figura 1.

Valores BIA en pacientes con cáncer avanzado: supervivientes ($n = 33$, puntos negros) y no supervivientes ($n = 22$, puntos rojos) (R: resistencia (Ω); Xc: reactancia (Ω); H: altura (m); (R/H) y (Xc/H): R/H y Xc/H estandarizado por sexo y edad con los estándares bioeléctricos italianos. El BIA vector muestra inflamación y daño celular asociado en pacientes con cáncer avanzado. La mayoría de los pacientes no supervivientes se encuentran en el 3.º y 4.º cuadrante).

Conclusiones:

1. El programa de intervención nutricional es eficaz ya que reduce significativamente la desnutrición.
2. La VMF incorpora herramientas de evaluación muscular y funcional, y podría proporcionar una visión de pronóstico y diagnóstico de relevancia en pacientes con cáncer avanzado.
3. El análisis pronóstico de los pacientes con cáncer se asocia con nuevos marcadores morfofuncionales como el AF y el EH.

Aspectos éticos: estudio y consentimiento informado aprobados por el Comité de Ética del centro. Cumple con los aspectos éticos de la Declaración de Helsinki.

P-076. Presencia de déficits de vitaminas-minerales, calidad de la dieta y su relación con obesidad sarcopénica en pacientes candidatos a cirugía bariátrica

Mireia Libran Torrente, Montse Ibarra Rubio, Nuria Lleixà Mendez, Andreu Simó Servat, Maite Valverde Torreguitart, M.ª José Barahona Constanzo

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrasa, Barcelona

Introducción: La CB incrementa el riesgo de déficits nutricionales, es esencial detectarlos y corregirlos previamente. La etiopatogenia de la obesidad sarcopénica (OS) es multifactorial, siendo los factores dietéticos, una ingesta proteica inadecuada y un déficit de vitamina D causas que han demostrado empeorarla. El objetivo del estudio fue identificar déficits de vitaminas y minerales y la calidad de la dieta de los pacientes candidatos a CB, y su relación con la OS.

Material y métodos: Estudio transversal de 59 pacientes candidatos a CB. Se evaluó la composición corporal mediante bioimpedancia (BIA) y se analizaron déficits de vitaminas (vitD, B12, B9) y minerales (calcio, hierro). La calidad de la dieta se valoró con un registro de 3 días y el cuestionario Predimed. Se utilizó el programa de cálculo nutricional PCN Pro 1.0^{UB}, los datos obtenidos fueron comparados con las IDR Fesnad (2010). Para identificar pacientes con OS se utilizó el índice de masa muscular esquelética (SMI) ($SM/altura^2$). Se estableció como OS a los sujetos del tercil inferior.

Resultados: 19 pacientes fueron asignados al grupo de OS y 40 al grupo sin OS. Todos los pacientes con OS fueron mujeres (100 % vs. 47 %), con mayor edad (58 ± 5 vs. 51 ± 9 años), mayor masa grasa (%) (55 ± 3 vs. 51 ± 6), menor fuerza prensil mediante dinamómetro (kg) (21 ± 5 vs. 33 ± 11), mayor déficit de calcidiol [11 (7-31) vs. 15 (5-38) ng/mL] sin observarse diferencias entre grupos respecto niveles de B12 y B9, ingesta de vitamina D, contenido proteico, adherencia a la dieta mediterránea ni actividad física. El déficit más frecuente en la muestra total fue el de vitamina D (75 %).

Conclusiones:

1. En los pacientes candidatos a CB existe una alta prevalencia de déficit de vitamina D, más acentuada en pacientes con OS.
2. Se necesitan más estudios para evaluar los beneficios de la suplementación de vitamina D en el curso evolutivo de la OS.

P-077. Impacto de la sistematización de un protocolo de intervención nutricional temprana en el tratamiento de COVID-19

Elisabet Romero Gangonells, Rosa Monseny Belda, Nuria Virgili Casas, Jordi Adamuz Torres, Pilar Garrido Garzón, Rafael López Urdiales, Mònica Montserrat Gil de Bernabé

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: El abordaje nutricional de los pacientes con COVID-19 es esencial para tratar el estado de malnutrición al que conduce dicha enfermedad. En marzo de 2020, desde la Unidad de Dietética y Nutrición (DIE-NUT) se preparó e incluyó en el programa de prescripción farmacológica un protocolo de intervención nutricional temprana vía oral (COVID_DIET) para pacientes ingresados. Desde enero de 2021 se dispone de un edificio y personal especializado.

Objetivo: Comparar los efectos de la implementación del protocolo COVID_DIET teniendo edificio COVID-19 y sin él, y la influencia en los motivos de interconsulta a DIE-NUT.

Material y métodos: Se analizó retrospectivamente, pacientes COVID-19 ingresados en plantas convencionales (sin ingreso en UCI) con fecha de alta entre 1 de noviembre y 31 de diciembre de 2020 (periodo 1), y 1 de febrero - 31 de marzo de 2021 (periodo 2). Se recogieron datos referentes a: edad, género, prescripción del protocolo COVID_DIET, interconsulta (IC) a DIE-NUT y motivo.

Resultados: De los 569 pacientes ingresados con diagnóstico COVID-19 (n = 309 periodo 1), sin diferencias entre periodos: 58.9 % hombres y edad mediana de ingreso 69 años (57-81), se registraron 128 prescripciones de COVID_DIET (n = 78, periodo 1). En el periodo 2, se implementó el protocolo COVID_DIET sistemáticamente a todos los pacientes, aunque solo se registró el 19 %. La media de días de demora en la prescripción desde el ingreso fue menor en el 2º periodo [2.22 (4.3) días vs. 0.98 (1.69) p = 0.035]. El servicio DIE-NUT recibió 18 IC (n = 8 periodo 1), para ajuste de NE (n = 2) o NP (n = 1) y 100 % ajuste de SNO en periodo 2.

Conclusiones: Disponer de un protocolo de intervención nutricional temprana instaurado en una unidad de tratamiento específica aumenta la sistematización y no aumenta de forma significativa el número de interconsultas al servicio de DIE-NUT.

Aspectos éticos: sin conflictos de interés.

P-078. Caracterización de los motivos de interconsulta de hospitalización a la unidad de dietética y nutrición (DIE-NUT) de pacientes con COVID-19

Elisabet Romero Gangonells, Eva García Raimundo, Nuria Virgili Casas, Marta Llopis Lera, Inmaculada Jiménez García, Glòria Creus Costas, Sara Sánchez Rosado, Macarena López Vázquez

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: El abordaje nutricional de los pacientes con COVID-19 es esencial para tratar el estado de malnutrición al

que conduce dicha enfermedad. El servicio DIE-NUT da respuesta a las interconsultas realizadas por todos los servicios del hospital. Desde enero de 2021 se dispone de un edificio especializado para COVID-19 donde se implementa de forma sistemática un protocolo de intervención nutricional temprana (COVID_DIET).

Objetivo: Determinar las características demográficas de pacientes COVID-19 y el motivo de interconsulta al servicio DIE-NUT en 2 periodos (con y sin edificio especializado).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las interconsultas (IC) recibidas por el servicio DIE-NUT de pacientes COVID-19, entre 1 de noviembre y 31 de diciembre de 2020 (periodo 1), y 1 de febrero y 31 de marzo de 2021 (periodo 2). Se analizaron: género, edad, estancia hospitalaria, ingreso en UCI y motivo de IC.

Resultados: El servicio DIE-NUT recibió un total de 58 IC (n = 31, periodo 1) de pacientes COVID-19 (68.9 % hombres) con edad media 69.71 (DE 13.82) años, y media de hospitalización 36.81 (DE 24.22) días. La estancia media en UCI (n = 28) fue de 14.26 (DE 22.1) días. Los motivos de IC fueron: ajuste de suplementación nutricional oral (SNO) por patología de base (n = 38), (61 %, periodo 1 y 70.4 %, periodo 2), inicio de nutrición: enteral (n = 13), (29.0 % periodo 1 vs. 14.8 % periodo 2) y parenteral (n = 4, 3.22 % vs. 11.1 %). Otros 3 motivos de IC fueron hipoalbuminemia o progresión de dieta. De los pacientes con ingreso en UCI (el 48.3 % de las IC totales), se recibieron 18 IC post UCI, y n = 5 previo o durante la estancia en UCI.

Conclusiones:

1. La instauración del protocolo de intervención nutricional de forma sistematizada no influye en el número de IC al servicio de END-NUT.
2. Las IC son para pacientes de mayor gravedad.

Aspectos éticos: sin conflictos de interés.

P-079. Zinquemia basal y evolución en pacientes con SARS-CoV-2 que requirieron nutrición parenteral

Carlos López Mula, Alicia Rodríguez Alarcón, Javier Mateu de Antonio

Hospital del Mar. Barcelona

Introducción: El zinc (Zn) es un elemento traza esencial con actividad inmunomoduladora, antiviral, antibacteriana y de regulación de la respuesta inflamatoria.

Objetivo: Determinar si la hipozinquemia basal se asocia con parámetros inflamatorios y de evolución en pacientes con SARS-CoV-2 que requirieron nutrición parenteral (NP).

Material y métodos: Estudio retrospectivo comparativo en un hospital universitario de 400 camas. Inclusión: adultos con SARS-CoV-2 que recibieron ≥ 5 días de NP. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: normozinquemia (Zn basal ≥ 75 mcg/dL) y hipozinquemia (Zn basal < 75 mcg/dL). Datos recogidos: demográficos (sexo, edad), antropométricos, peso ideal (PI), críticos, bioquímicos basales (zinquemia, albuminemia, prealbuminemia), zinquemia en los días 5.^º-7.^º (opcional), inflamatorios basales (PCR, IL6), aportes nutricionales en la primera semana (Kcal, proteína, zinc),

Tabla I.

	Normozinquemia (n = 11)	Hipozinquemia (n = 15)	p
Hombres, n (%)	6 (54,5 %)	10 (62,5 %)	0,689
Edad, años	65,0 (59,0-77,0)	68,0 (58,0-74,0)	0,959
IMC kg/m ²	30,7 (29,0-33,3)	30,9 (28,7-36,4)	0,919
Críticos, n (%)	9 (81,8 %)	12 (80,0 %)	1,000
Zinquemia basal, mcg/dL	77,0 (76,0-98,0)	38,0(51,0-61,0)	< 0,001
Albúminemia basal, g/dL	3,1 (2,9-3,5)	2,9 (2,4-3,5)	0,413
Prealbuminemia, mg/dL	31,7 (23,7-40,2)	18,5 (13,0-24,1)	0,059
PCR basal, mg/dL	1,7 (0,6-22,3)	3,1 (1,0-20,8)	0,512
IL6 basal, pg/mL	377,0 (143,5-1571,0)	1365,0 (257,0-1824,0)	0,412
Proteína NP g/kg PI/día	1,52 (1,40-1,66)	1,03 (0,93-1,36)	0,006
Kcal en NP/kg PI/día	20,7 (19,9-23,2)	17,7 (16,8-21,3)	0,013
Dosis NP Zn mg/día	5,0 (5,0-6,5)	5,0 (3,6-5,7)	0,305
Mejoran zinquemia (19 pacientes)	4/7 (57,1 %)	9/12 (75,0 %)	0,617
Duración NP, días	10,0 (7,0-21,0)	11,0 (9,0-18,0)	0,878
Estancia UCI, días	30,0 (15,5-44,5)	28,5 (14,5-46,3)	0,862
Estancia hospitalaria, días	31,0 (23,0-76,0)	44,0 (21,0-74,0)	0,721
Éxitus, n	4 (36,4 %)	8 (53,3 %)	0,453

duración de NP, estancia (UCI, hospitalaria) y mortalidad. Valores: mediana (Q1-Q3) o porcentaje según variable. Estadística no-paramétrica.

Resultados: Los resultados se exponen en la tabla I.

Conclusiones: Los pacientes con hipozinquemia basal no presentaron mayores parámetros inflamatorios basales, duración de NP, estancia en UCI u hospitalaria ni mortalidad.

P-080. Prevalencia de sarcopenia en pacientes oncológicos

María Josefa López López¹, Ana Pinos Blanco¹, Belén Sánchez López-Muelas¹, María Antonia Tomás Pérez¹, Emilio Sánchez Navarro¹, Gloria García Guzmán², Daniel Romero Esteban³, Fátima Illán Gómez¹

¹Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ²Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz, Murcia. ³Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Introducción y objetivos: La sarcopenia se caracteriza por la disminución de la calidad y la cantidad muscular. El consenso sobre sarcopenia de EWGSOP2 de 2018 indica que característica clave de detección de sarcopenia es la baja fuerza muscular. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de sarcopenia en pacientes oncológicos.

Material y método: Estudio transversal de pacientes oncológicos del área VI de Murcia de las consultas de nutrición. La sarcopenia se evaluó, antes de comenzar con tratamiento nutri-

cional, con la fuerza de agarre, mediante dinamómetro JAMAR®, se consideró baja < 27 kg para varones y < 16 kg para mujeres. Análisis estadístico con SPSSv22.

Resultados: Se incluyeron a 47 pacientes, el 63,8 % eran varones y 36,2 % mujeres, con una edad media de 65 ± 11,9 años. Un 27,7 % presentaba cáncer digestivo, 23,5 % de páncreas, 17 % otorrinolaringológico, 10,6 % pulmonar, 21,2 % otras neoplasias. El 53,2 % estaba en un estadio IV. En cuanto al tratamiento, 46,8 % se realizó cirugía, 87,2 % recibieron quimioterapia y 36,2 % radioterapia. El peso y el IMC fueron de 65 ± 17,1 kg y 24,1 ± 4,9 kg/m², respectivamente. El porcentaje de peso perdido respecto al peso habitual fue de 11,35 ± 10,2 %. De todos los pacientes el 57,4 % (27) presentaba sarcopenia. De los 27 pacientes con sarcopenia, el 67 % eran varones, el 70 % son menores de 75 años y el 48 % estaba en estadio IV. Los cánceres más prevalentes fueron el de páncreas y el digestivo, un 26,9 % cada uno. En el 44,5 % se realizó cirugía, 81,5 % recibió quimioterapia y 29,6 % radioterapia. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables.

Conclusión: En nuestro medio la prevalencia de sarcopenia está presente en más de la mitad de los pacientes, la mayoría de ellos son varones, jóvenes con cáncer avanzado pancreático y digestivo y la mayoría de ellos han recibido quimioterapia.

Aspectos éticos: nuestro estudio ha seguido la ley de protección de datos vigente.

P-081. Experiencia en una consulta de nutrición de pacientes con enfermedad neuromuscular en un hospital de primer nivel

Naiara Modroño Móstoles, Cristina Cruces Vega, María de la Paz Gómez Montes, Eva Martínez Jorge, Laura García García, Irene Hoyas Rodríguez, Teresa Montoya Álvarez

Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

Introducción y objetivos: Se presenta la actividad asistencial del servicio de endocrino en la unidad de patología neuromuscular del Hospital Universitario Infanta Elena en Valdemoro, en concreto a los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Las unidades multidisciplinares creadas para atender a estos pacientes están formadas por profesionales de distintas especialidades, entre los que se encuentra el servicio de endocrino y nutrición. Gracias a esta iniciativa podemos realizar una atención más coordinada y una mejor toma de decisiones. En nuestra actividad realizamos un screening de desnutrición, así como abordaje nutricional y monitorización cada tres meses.

Material y métodos: Se describe la atención a 16 pacientes diagnosticados de ELA desde la creación de la unidad en el año 2017.

Resultados: De la muestra de 16 pacientes, el 75 % de ellos han presentado disfagia a lo largo del seguimiento que ha sido evaluada en consulta específica de otorrino mediante test MECV-V y/o videofluoroscopia de la deglución. Todos nuestros pacientes son de riesgo nutricional, el 63 % (12) han desarrollado desnutrición, la mitad de los mismos han presentado criterios de desnutrición calórica (6), un tercio desnutrición proteica (3) y un tercio ambas (3). Solo el 43 % (7) han accedido a nutrición enteral domiciliar mediante gastrostomía percutánea (PEG), el resto (9) han mantenido terapia nutricional con suplementos orales hiperproteicos e hipercalóricos.

Como complicaciones en el procedimiento de la PEG uno de los sujetos sufrió un hemoperitoneo y otro tuvo que realizar el procedimiento en dos tiempos. La media de tiempo entre el diagnóstico de ELA y la colocación de la PEG fue de 11,28 meses.

Conclusión: Con la creación de la unidad de ELA en nuestro centro se ha podido realizar un adecuado screening y manejo nutricional de estos pacientes pudiendo mejorar la calidad de vida de los mismos.

P-082. Evaluación de la seguridad de la nutrición parenteral intradialítica en pacientes en hemodiálisis

Karen Ilenia Álvarez Tosco, Carmen Fraile Clemente, Cristo Yared Pérez Martín, Ariana Martín López, Paula Joy Carmona, Carmen Lidia Díaz Díaz, Iris González García, Javier Merino Alonso

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción y objetivos: Determinar la aparición de reacciones adversas relacionadas con la administración de la nutrición parenteral intradialítica (NPID).

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que han estado en tratamiento con NPID en los últimos 5 años [abril 2016-abril 2021]. Se recogieron y analizaron las siguientes variables anonimizadas: edad, duración del tratamiento, glucemias, niveles de triglicéridos y observaciones clínicas de síntomas o signos asociados con la administración de la NPID.

Resultados: El análisis se llevó a cabo con un total de 7 pacientes (n = 7). En el 42,9 % (n = 3) se reportó algún tipo de reacción adversa asociada a la NPID. El 28,6 % (p = 0,26) presentó calambres durante la administración de la NPID. Esta reacción adversa fue motivo de discontinuación del tratamiento en uno de los pacientes. Se presentó, además, un caso de hipertriglicéridemia, alcanzando un nivel pico de triglicéridos de 456mg/dl al mes de iniciar el tratamiento con la NPID. Como consecuencia de este resultado, se administraron formulaciones con ausencia de lípidos hasta la normalización del parámetro analítico. En ningún paciente se llegaron a observar niveles de glucosa por encima de 180 mg/dl.

Conclusiones:

1. En la bibliografía disponible no se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la seguridad de la NPID frente al uso de suplementos orales. Sin embargo, sí que se ha reportado un porcentaje elevado de síntomas digestivos, hipotensión y calambres musculares asociados a la NPID. Por esta razón, en una población pequeña como la de nuestro estudio se han llegado a evidenciar reacciones de este tipo que pueden llevar a la suspensión del tratamiento.
2. Por otra parte, como hemos podido observar, las alteraciones bioquímicas no son tan frecuentes en esta modalidad de nutrición parenteral, en gran medida como consecuencia de la elevada monitorización y seguimiento de estos pacientes durante la hemodiálisis.

P-083. ¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes con cáncer de esófago en el momento del diagnóstico?

Carmen María Cuadros Martínez, Manuel Jerónimo López Muñoz, Cristina Mora Herrera, María del Valle Sánchez-Matamoros Piazza

Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Introducción y objetivos: El cáncer esofágico (CE) cursa con disfagia, acompañada de dolor, lo cual conduce a una disminución de la ingesta y esto a un posterior estado de desnutrición. Siendo el objetivo valorar el estado nutricional de pacientes con CE en el momento del diagnóstico.

Material y método: Estudio observacional transversal que incluye pacientes que recibieron tratamiento para el CE entre enero de 2019 y mayo de 2021. Variables revisadas: sexo, edad, proteínas totales, albúmina, Índice de Masa Corporal (IMC) y estado tumoral en el momento del diagnóstico. También se revisaron hábitos tabáquicos o relacionados con la ingesta de alcohol.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes, seleccionados a partir del programa Farmis_Oncofarm®. La media de edad fue de 61.9 años [46-84], 18.75 % mujeres. En el momento del diagnóstico, un 25 % presentaban niveles de proteínas totales inferiores a 6.4 g/dL, siguiendo una mediana de 6 g/dL [4.9-6.2]; niveles de albúmina solo pudieron evaluarse en 9 pacientes, de los cuales, 3 presentaban valores bajos, siendo la media de 3 g/dL. El 9.34 % presentaron bajo peso (IMC < 18.5); 56.25 % presentó un peso saludable (IMC = 18.5-14.9); 21.87 % tenía sobrepeso (IMC = 25-29.9); y 4 presentaron obesidad (IMC > 30). El 15,62 % fumaban en el momento del diagnóstico y un 65.62 % fumaron anteriormente; 5 bebían alcohol de forma habitual, 4 de forma esporádica, y otros 4 fueron en algún momento bebedores de cantidades importantes de alcohol.

Conclusiones:

1. Un número considerable de pacientes ya presenta una situación de desnutrición en el momento del diagnóstico, debiendo abordarse dicha problemática de forma precoz para favorecer la recuperación del paciente.
2. Además, se ha visto evidencia que los hábitos de vida pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, tal y como aparece en el caso del tabaco.

P-084. Evaluación del riesgo nutricional y su relación con la calidad de vida en pacientes incluidos en un programa de hemodiálisis

Lucía Visiedo, Laura Rey, Francisco Rivas, Francisca López, Juan Payán, Begoña Tortajada, Jimena Abilés

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción y objetivo: Examinar la utilidad de la escala Malnutrition Inflammation Score (MIS) en la detección del riesgo nutricional (RN) y la presencia de desnutrición, y evaluar la correlación entre el RN y la calidad de vida (CV) en pacientes en programa de hemodiálisis (HD).

Material y métodos: Se incluyeron 120 pacientes, 66 % de sexo masculino. Se determinó el RN mediante escala MIS. La CV fue evaluada mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of Life short form (KDQOL-SF™).

Resultados: La puntuación media de la escala MIS fue 8,4 ± 3,5. Un 62 % obtuvo una puntuación > 5. Tras una valoración nutricional se detectó desnutrición en un 55 %. La categorización del diagnóstico nutricional se encuentra detallada en la figura 1. Todos los pacientes recibieron una educación nutricional individualizada (ENI). Las puntuaciones del cuestionario KDQOL-SF™ de la población general se encuentran en la Tabla I. Estratificando la población según la puntuación de la escala MIS, en pacientes sin RN (≤ 5 puntos) y con RN (> 5 puntos), los pacientes con RN obtuvieron en el cuestionario específico para pacientes renales peores puntuaciones en las áreas síntomas/problemas, efecto de la enfermedad renal y sueño (p < 0,001), carga de la enfermedad renal, situación laboral y función social (p < 0,005). En la parte general (SF-36), obtuvieron de forma significativa peores puntuaciones en todas las áreas (p < 0,001).

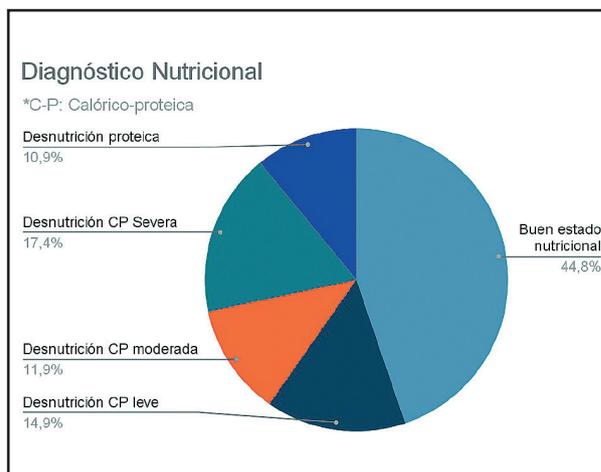


Figura 1.

Tabla I.

Parte específica para pacientes renales	Parte genérica: SF-36
Síntomas/problemas: 73 ± 20	Función física: 45,4 ± 34,3
Efectos de la enfermedad renal: 47,8 ± 22,3	Rol físico: 41 ± 44,6
Carga de la enfermedad: 29,5 ± 22,7	Rol emocional: 61,6 ± 45
Situación laboral: 34,5 ± 29,5	Dolor corporal: 64,6 ± 29,8
Función cognitiva: 40,9 ± 32,8	Función social: 58,5 ± 24,6
Relaciones sociales: 40,4 ± 33,6	Bienestar emocional: 84,5 ± 13,3
Función sexual: 58,4 ± 36,4	Vitalidad: 48,7 ± 24,2
Sueño: 45,7 ± 15,3	Salud general: 39,3 ± 37,7
Apoyo social: 72,7 ± 26,8	
Actitud del personal sanitario: 90,7 ± 14,5	
Satisfacción del paciente: 85,7 ± 15,7	

Conclusión: El empleo de la escala MIS es una buena herramienta para detectar RN y monitorizar los aspectos de la calidad de vida que pueden verse afectadas por un deterioro del estado nutricional. Por tanto, una valoración nutricional junto con una ENI podría mejorar el estado nutricional y la CV de los pacientes diálizados.

P-085. Análisis de factores de riesgo en pacientes con mucormicosis

Cristina Mora Herrera, Carmen María Cuadros Martínez, María Valle Sánchez-Matamoros Piazza

Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Objetivos: La mayoría de los casos de mucormicosis ocurren en pacientes inmunodeprimidos. Se han descrito factores de riesgo como la sobrecarga de hierro, la corticoterapia, las enfermedades hematológicas, entre otros. El tratamiento se basa en la resección quirúrgica y el uso de antifúngicos. El objetivo de este trabajo es revisar si la desnutrición es uno de los factores de riesgos presente en pacientes adultos con diagnóstico de mucormicosis.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos con diagnóstico de mucormicosis durante el periodo (1/01/2019-30/04/2021). Los datos demográficos (sexo/edad/diagnóstico/antifúngicos/duración/tratamiento nutricional recibido durante ingreso hospitalario/parámetros analíticos) obtenidos a través del programa informático Diraya®. Se empleó el programa Excel® para el análisis estadístico de los datos.

Resultados: Se incluyeron n = 7 pacientes con diagnóstico de mucormicosis (57,15 % hombres, 42,85 % mujeres) en 28 meses. La mediana de edad fue 55,28 años [36-68]. La tasa de mortalidad alcanzada es 71,42 %. La duración media con isavuconazol fue 19,14 días. El 42,85 % también tuvieron diagnóstico de aspergilosis invasiva. Entre los factores de riesgo: el 85,7 % tenía linfoma/leucemia/neoplasia, un 100 % había recibido corticoides, el 71,4 % estuvo con tratamiento concomitante isavuconazol/anfotericinaB liposomal, el 28,57 % precisó quelantes de hierro. En un 85,71 % de los pacientes estaba en riesgo de desnutrición según el Malnutrition-Screening-Tool (MST). El 42,85 % tuvieron un NURISCORE \geq 5. El 71,42 % la desnutrición era grave, con valores de albúmina inicial de 2,67g/dL y final de 2,71g/dL. El 57,15 % de los pacientes precisó alimentación parenteral. El 71,42 % presentaba daño hepático por lo que estudiamos las enzimas hepáticas, viéndose que los valores de aspartato-amino-transferasa (GOT) y de glutamato-piruvato-transaminasa eran normales y alterados la gamma-glutamil-transpeptidasa (GGT) 353 [45-871] y fosfatasa alcalina 344[197-796].

Conclusiones: Nueve de cada diez pacientes diagnosticados de mucormicosis estaban desnutridos con grado de desnutrición grave. En estos pacientes inmunodeprimidos, factores como la corticoterapia, la sobrecarga férrica, enfermedad oncohematológica unido a la desnutrición puede agravar la enfermedad. Sería preciso tener mayor tamaño muestral.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

P-086. Utilidad de la bioimpedancia eléctrica como biomarcador en la distrofia miotónica tipo I

Natalia Covadonga Iglesias Hernández, Oihana Monasterio Jiménez, Laura Araceli Calles Romero, Eider Etxeberria Martín, Vanessa Arosa Carril, Andoni Monzón Mendiola, Solange Kapetanovic García

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Introducción y objetivos: La distrofia miotónica tipo 1 (DM1) es una enfermedad neuromuscular que asocia con frecuencia endocrinopatías. Contamos con una Unidad multidisciplinar para su atención y para la valoración rutinaria de la composición corporal usamos la impedancia bioeléctrica. El objetivo del estudio es investigar la utilidad de la misma como biomarcador de severidad clínica de la DM1.

Material y método: Estudio transversal de pacientes con DM1 a los que se les realizó en el último semestre impedanciometría con el dispositivo InBody S10 de análisis multifrecuencia segmental. Incluimos datos de la valoración nutricional como el índice de masa corporal (IMC) o el porcentaje de pérdida de peso en 6 meses, además del ángulo de fase global a 50 kHz, la masa muscular esquelética (MME) y el índice de masa muscular esquelética (IMME) obtenidos por bioimpedancia. La debilidad muscular se clasifica según severidad mediante la escala MIRS (Muscular Impairment Rating Scale) que evalúa 11 músculos de forma manual, con puntuaciones de 1 (sin debilidad) a 5 (importante debilidad).

Resultados: Muestra de 17 pacientes con una media de edad de 45.8 años, 6 varones. Evaluando la escala MIRS y el ángulo de fase global mediante la correlación de Pearson, se ha obtenido una concordancia estadísticamente significativa (p 0.02) aunque débil (R - 0.556). Sin embargo, no se ha observado relación entre el MIRS y otros parámetros indirectos como el IMME o MME, ni con indicadores clásicos nutricionales como el IMC o el porcentaje de pérdida ponderal.

Conclusiones:

1. Existe una correlación significativa entre la severidad clínica medida por escala MIRS y el ángulo de fase, aunque es necesario aumentar el tamaño muestral para mejorar su significación estadística.
2. El ángulo de fase resulta más sensible que cualquiera de los criterios fenotípicos GLIM para el diagnóstico de desnutrición, como biomarcador del grado de debilidad muscular.

P-087. Cambios en la composición corporal en pacientes sometidos a un trasplante de precursores hematopoyéticos alogénico durante el ingreso hospitalario

Blanca Alabadi Pardiñas¹, Ning Yun Wu Xiong², Sandra Amores Alandí¹, Celia Gallego Méndez², Anna María Peris Alfonso², Miguel Civera Andrés^{2,3}, José Tomás Real Collado^{2,3}

¹INCLIVA. Valencia. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: El trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) alogénico es un tratamiento de alto riesgo al que se asocian numerosos efectos secundarios que pueden afectar al estado nutricional. Como consecuencia de la desnutrición, los cambios endocrino-metabólicos, las largas estancias hospitalarias y el tratamiento con corticoides los pacientes sufren cambios en la composición corporal que afectan a su pronóstico.

Objetivos: Valorar los cambios en la composición corporal de pacientes sometidos a un trasplante de precursores hematopoyéticos alogénico.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal. Se estudiaron 10 pacientes con patología hematológica que fueron ingresados para TPH. Se realizó una determinación de fuerza muscular mediante dinamometría y un análisis de composición corporal mediante impedancia bioeléctrica en el día del ingreso y en el día 14 postrasplante entre otras determinaciones.

Resultados: El grupo de estudio estaba formado por 6 mujeres y 4 hombres de 53 ± 10 años de edad media. Se ha observado que los siguientes parámetros de composición corporal y funcionalidad se han reducido de forma estadísticamente significativa desde el ingreso hasta el día 14 postrasplante (Tabla I).

Tabla I.

	Día de ingreso	Día +14 post TPH
Ángulo de fase (°)	$5,5 \pm 0,8$	$4,9 \pm 0,8$
Masa celular corporal (kg)	$27,6 \pm 5,9$	$25,3 \pm 5,5$
Nutrigram® (mg/24 h/m)	$820,0 \pm 165,5$	$749,4 \pm 147,4$
Fuerza máxima (kg)	$28,0 \pm 9,4$	$21,6 \pm 8,8$

* $p < 0,05$. TPH: un trasplante de precursores hematopoyéticos.

Conclusiones:

1. El TPH provoca una pérdida de celularidad y salud celular en los pacientes, así como una disminución de la fuerza de prensión de la mano.
2. No se han observado cambios significativos en los parámetros de composición corporal estimados como el índice de masa grasa o el índice de masa muscular.

P-088. Relación entre parámetros de capacidad funcional y la estancia hospitalaria en pacientes con patología oncológica

Sandra Amores Alandí¹, Ana Palanca Palanca², Blanca Alabadi Pardiñes¹, Olalla Rubio Pucho², Miriam Moriana Hernández², Miguel Civera Andrés^{2,3}, José Real Real Collado^{2,3}

¹INCLIVA. Valencia. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: La patología oncológica se asocia frecuentemente a una pérdida de peso involuntaria que conduce al paciente a un estado de desnutrición provocando cambios en la composición corporal (pérdida tanto del tejido muscular como del tejido adiposo). Estos cambios aumentan el riesgo de morbimortalidad del paciente, las estancias hospitalarias y los costes sanitarios a la vez que reducen su calidad de vida y supervivencia.

Objetivos: Estudiar la composición corporal en pacientes con patología oncológica mediante diferentes técnicas. Evaluar la relación entre parámetros de composición corporal y días de ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyeron 17 pacientes adultos con patología oncológica ingresados a cargo del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Durante las primeras 24 horas de ingreso, se determinaron parámetros antropométricos, se realizó un análisis de composición corporal mediante impedancia bioeléctrica, una valoración de la masa muscular a nivel del recto femoral mediante ecografía (en el punto 2/3 entre la espina iliaca anterosuperior y el borde superior de la rótula) y una determinación de la fuerza de prensión de la mano mediante dinamometría.

Resultados: Se estudiaron 8 hombres y 9 mujeres de 59 ± 7 años de edad media que tuvieron una estancia media de 9 ± 6 días. De los parámetros estudiados, se obtuvo una correlación negativa estadísticamente significativa de los días de ingreso con la fuerza máxima medida por dinamometría y con el grosor del recto femoral medido por ecografía.

Conclusiones: La peor capacidad funcional medida por la fuerza de prensión de la mano y el grosor del recto femoral valorado por ecografía se relaciona con una mayor estancia hospitalaria en pacientes con patología oncológica.

P-089. Estudio post-test del protocolo de soporte nutricional para SARS-CoV-2

Marta Llopis Lera, Glòria Creus Costas, Anna Prats Fulla, Debora Bel Basquens, Mònica Montserrat Gil de Bernabé

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 aumenta el riesgo de desnutrición y empeoramiento clínico. Al inicio de la pandemia se elaboró desde la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica (DIE-NUT) un protocolo de soporte nutricional para dar una respuesta precoz al gran volumen de pacientes en un hospital de tercer nivel con 831 camas y 110 camas convencionales extra de marzo a junio de 2020, en una situación de renovación constante de protocolos.

Objetivo: Identificar el conocimiento del equipo de enfermería sobre la existencia del protocolo de soporte nutricional y su aplicabilidad en la práctica clínica.

Material y métodos: Tres meses después de la implementación del protocolo COVID-DIET (dieta fácil digestión hiperproteica y suplementación nutricional oral (SNO) fraccionada según método *Medpass*) se realizó una encuesta que valoraba cómo se recibió la información y si fue suficiente, la utilidad, el cumplimiento de la pauta de SNO y el grado de satisfacción con la implementación del protocolo. Se elaboró un análisis estadístico descriptivo y de asociación de variables.

Resultados: De los 78 profesionales encuestados, el 74.4 % conocía el protocolo y el 43.6 % tenía información suficiente. Fueron informados por compañeras (n = 31), enfermera gestora

(n = 14), DIE-NUT (n = 13) de forma irregular en los diferentes turnos, sin asociación significativa. Se analizó la percepción del equipo de enfermería sobre la practicidad del fraccionamiento de la SNO (*Medpass*): un 72.1 % del personal consideró que era útil y mejoraba la adherencia a la SNO con un grado de satisfacción medio de 6.29/10.

Conclusión: La mayoría del personal conocía el protocolo COVID-DIET, pero menos de la mitad tenía información suficiente. Se debe mejorar la comunicación eficaz entre profesionales. El método *Medpass* puede mejorar la adherencia y el cumplimiento de una pauta de soporte nutricional.

Aspectos éticos: la encuesta fue aprobada por el Comité de Ética del centro.

P-090. Estudio comparativo de la eficacia de una intervención nutricional con FontActiv® renal en pacientes con insuficiencia renal crónica

Sara Castro-Barquero^{1,2,3}, Marta Arias-Guillén⁴, Sofía Pi-Oriol¹, Bárbara Romano-Andrioni⁵, Sandra Vidal-Lletjós⁶, Ana M.^a Ruiz-León^{2,3}, Ramon Estruch^{2,3}, Rosa Casas^{2,3}

¹Departamento de Medicina. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Barcelona. ²Departamento de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. ³Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ⁴Servicio de Nefrología y Trasplante Renal. Sección Diálisis, y ⁵Nutrición y Dietética Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ⁶Departamento Médico. Laboratoires Grand Fontaine. Barcelona

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que afecta a un 11 % de la población adulta en España. La desnutrición desempeña un papel crucial en la evolución de los pacientes con ERC en tratamiento de diálisis.

Objetivos: Evaluar si el uso de la suplementación diaria con un nuevo preparado nutricional (Fontactiv® renal) mejora el estado nutricional y los parámetros antropométricos de pacientes con ERC en estadio 5 en comparación con consejo dietético habitual después de tres meses de intervención.

Métodos: En un estudio aleatorizado y controlado, se aleatorizaron 41 pacientes en diálisis (FG < 30), > 18 años con cierto grado de desnutrición que fueron asignados a un grupo control o grupo intervención (ingesta diaria de 200 ml de complemento nutricional). En la visita basal y después de la intervención se recogieron datos antropométricos, de ingesta dietética, actividad física y muestras sanguíneas.

Resultados: Se observaron diferencias significativas entre los grupos en el peso corporal y la circunferencia de la pantorrilla (*p* entre los grupos 0,003 y 0,038, respectivamente). El grupo de intervención mejoró su peso (1,5 kg [IC 95 %: 0,8; 2,2 kg]), mientras que el grupo control mostró una disminución significativa en la circunferencia del brazo (-1,47 cm [IC 95 %: -2,78; -0,16]). Además, En el Grupo control, se observaron disminuciones significativas en los niveles plasmáticos de hemoglobina

(-9,01 g/dL [IC 95 %: -17,8; -0,18]), hematocrito (-0,03 L/L [IC 95 %: -0,05; -0,01]) y saturación de transferrina (-8,36 [IC 95 %: -16,0; -0,73]).

Conclusión: La ingesta oral diaria del complemento nutricional FontActiv® renal en pacientes con ERC mejora su estado nutricional y parámetros relacionados con los factores pronósticos de esta enfermedad.

Aspectos éticos: este protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Clínic de Barcelona (HCB/2018/0865). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

P-091. ¿Necesitamos una nueva definición de sarcopenia? La calidad sí que importa

Fiorella Palmas Candia¹, Laura Andurell¹, Guillermo Cárdenas¹, Alba Zabalegui¹, Daniel Eiroa¹, Nuria Roson¹, Raúl Guerra², José Melian², Oriol Mirallas¹, Daniel López-Vallbuena¹, Guillermo Villacampa¹, Kreina Sharella¹, Diego Gómez-Puerto¹, Gaspar Molina¹, Joan Carles¹, Marta Ricart¹, Andreea Ciudin¹, Rosa Burgos¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Artis Development. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción y objetivos: El estado nutricional, la composición corporal y la calidad del músculo son factores claramente asociados al pronóstico de los pacientes oncológicos. Existe escasa información en la literatura en los pacientes ingresados.

Material y método: Estudio prospectivo observacional en todos los pacientes ingresados en planta de oncología de nuestro centro entre enero-julio 2020 que tuvieran TAC abdominal durante el ingreso. Se recogieron variables clínicas: demográficas, ECOG, calidad de vida (test EORTC-QLQ30), ansiedad-depresión (test HADS), escala de Charlson, *handgrip*. Estudio de CC: análisis en L3 en TAC abdominal (*software* semiautomático FocusedOn).

Resultados: Reclutamos 73 pacientes, con edad media 64.9 ± 10.7 años, 42 hombres, el 73 % estadio IV. Detectamos sarcopenia en 52 pacientes (71 %). El 69 % presentaban ECOG 1-2, sin diferencias significativas entre grupos. Observamos IMC significativamente menor en los sarcopénicos (23.5 ± 4.03 vs. 27.4 ± 4.61, *p* = 0.0006), y mayor número de obesos en los no sarcopénicos (*p* = 0.0002). El *handgrip* se relacionó con el destino al alta (*p* = 0.004). Todas las mediciones cuantitativas y cualitativas de masa muscular obtenidas del TAC correlacionaron significativamente (*p* < 0.05) con el *handgrip*. Se incluyen en la tabla I las que presentaron mayor *r*². Confirmamos en nuestra

Tabla I. Correlación *handgrip*-TAC

Musculosquelético (SM)	<i>r</i> ² = 0,5846
Índice musculosquelético (SMI)	<i>r</i> ² = 0,448
Musculosquelético (SM) + grasa intramuscular	<i>r</i> ² = 0,485

serie la existencia de diferencias significativas entre géneros en los parámetros cuantitativos obtenidos del TAC. Observamos mayor mortalidad de forma global y en hombres asociados a peor calidad muscular medida en Unidades Hounsfield (UH), ambos p -valor < 0.05 . Los resultados no fueron significativos en mujeres, probablemente debido a un tamaño muestral menor.

Conclusiones:

1. El *handgrip* es una herramienta sencilla que ayuda a identificar el pronóstico al alta de los pacientes ingresados y presenta una buena correlación con los resultados aportados por el TAC como *gold standards*.
2. La calidad muscular medida en TAC se muestra como mejor factor pronóstico de mortalidad que la cantidad muscular.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética de nuestro centro. Se entregó consentimiento informado a todos los pacientes reclutados. Se siguió la Declaración de Helsinki.

P-092. Manejo de la nutrición en el paciente con cáncer de páncreas

María del Valle Sánchez-Matamoros Piazza, Carmen María Cuadros Martínez, Manuel Jerónimo López Muñoz, Cristina Mora Herrera

Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Introducción y objetivos: La nutrición en el paciente con cáncer de páncreas tiene un papel muy importante dado que suele estar acompañado de una alteración intensa del estado nutricional cursando con anorexia. El objetivo es describir la terapia farmacológica y las fórmulas de nutrición enterales utilizadas.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional de pacientes con cáncer de páncreas en un área sanitaria de más de 400.000 habitantes. A partir de la Historia Clínica, del Programa de Prescripción Electrónica, Microstrategy y Oncofarm, se recogieron las variables: sexo, edad, peso, talla, IMC, medicación y tipo de nutrición enteral.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes que estaban diagnosticados de cáncer de páncreas desde enero 2020 a mayo 2021. 61 % hombres, edad media de 62 años (DE 9.7). El 100 % presenta normopeso. El 39 % tenían fórmulas de nutrición enteral: 41 % fórmulas especiales diabéticas hiperproteicas con fibra; 37 % hiperproteicas hipercalóricas con fibra; 7 % hiperproteicas normo-calóricas con fibra; 7 % normoproteicas hipercalóricas con fibra; 7 % normoproteicas normo-calóricas. 21 % tenían prescrita drogas que aceleran el vaciamiento gástrico y/o antiemético y el 15 % fármacos que incrementan el peso corporal y/o aumentan la sensación de apetito.

Conclusión: La valoración nutricional es necesaria y esencial, el seguimiento de los pacientes tiene que ser continuo y desde el principio, previniendo el déficit nutricional y corrigiéndolo. Esto permitirá al paciente tolerar mejor los tratamientos aumentando la calidad de vida, así como la supervivencia.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

P-093. Valoración y seguimiento nutricional de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en una unidad multidisciplinar

Tania González Fernández¹, Javier Boo Rodríguez¹, Carmen Ripa Ciaurriz¹, Larraitz Leunda Eizmendi¹, June Landa Alberdi¹, Ane Ros Olaso¹, Idoia Beristain Aramendi¹, David García Echeverría², María del Pilar Bachiller Cacho¹

¹Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa. ²Servicio de Farmacia. Hospital Mendaro. Mendaro, Gipuzkoa

Introducción y objetivos: Analizar el riesgo de desnutrición de los pacientes con ELA en seguimiento dentro de una unidad multidisciplinar.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo (enero 2018 - febrero 2021) en 72 pacientes con ELA. Datos recogidos: fecha de diagnóstico de ELA y fallecimiento, tipo de ELA, peso al diagnóstico, riesgo de desnutrición (MUST) y riesgo de disfagia (EAT-10).

Resultados: Se pautaron espesantes alimentarios en el 59,7 % de los pacientes en total y en el 88,5 % de los pacientes con ELA bulbar. 45 pacientes han fallecido en el momento del estudio, en ellos, 31 (68,9 %) perdieron peso (media de pérdida de peso del 13,5 % desde el diagnóstico hasta el fallecimiento). Los pacientes con ELA bulbar fueron los que mayor porcentaje de pérdida de peso sufrieron (19 % de media), siendo menor en aquellos con ELA mixta (14 %) y ELA espinal (12 %) (Tablas I y II).

Conclusiones:

1. Un elevado número de pacientes con ELA presentan desnutrición y disfagia al diagnóstico, siendo más elevado en la bulbar, por lo que la valoración y el seguimiento nutricional se debe realizar desde el momento del diagnóstico y de forma rutinaria.

Tabla I. Riesgo de desnutrición al diagnóstico

	Bulbar (n = 26)	Espinal (n = 26)	Mixta (n = 20)	Total (n = 72)
MUST = 0 (sin riesgo)	12 (46 %)	19 (73 %)	8 (44 %)	39 (55 %)
MUST ≥ 1 (con riesgo)	14 (54 %)	7 (27 %)	10 (50 %)	31 (43 %)
No realizado	-	-	2 (6 %)	2 (2 %)

Tabla II. Riesgo de disfagia (EAT-10 ≥ 3 puntos) al diagnóstico (RD-0) y a los 6 meses (RD-6)

	Bulbar	Espinal	Mixto	Global
RD-0	13/26 (50 %)	3/26 (7 %)	12/18 (67 %)	28/70 (39 %)
RD-6	15/18 (78 %)	4/19 (21 %)	6/13 (43 %)	25/50 (47 %)

2. Es necesario formar al paciente mediante el consejo dietético, y ofrecer un plan nutricional con pautas para realizar ingestas nutricionalmente seguras y eficientes con el fin de evitar la pérdida de peso y mejorar la calidad de vida.

P-094. Influencia de la dieta mediterránea en el pronóstico de la enfermedad por SARS-CoV-2

Laura Rey, Lucía Visiedo, Marta Miranda, Iara Cacace, María Onsurbe, Begoña Tortajada, Jimena Abilés, Vicente Faus

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Objetivo: Analizar el papel de la adherencia a la dieta mediterránea (ADMed) en la mortalidad de pacientes ingresados por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico COVID-19 valorados nutricionalmente durante el periodo de enero a marzo de 2021 en el hospital Costa del Sol. La ADMed se evaluó mediante cuestionario PREDIMED. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

Resultados: Se evaluaron 111 pacientes de los cuales 89 se incluyeron en el estudio. Según resultados de PREDIMED: 58 pacientes (65.17 %) mostraron ADMed. La tabla I muestra las variables analizadas. La proporción de pacientes fallecidos fue significativamente menor en el grupo de ADMed frente a los no adherentes (25,9 % vs. 48,4 %; $p = 0,032$).

Tabla I.

	Adherencia a dieta mediterránea (n = 58)	No adherencia a dieta mediterránea (n = 31)
Edad	72,6	71,45
Sexo (mujer/hombre)	(27,6-72,4 %)	(32,3-67,7 %)
Diabetes	55,1 %	58,6 %
Hipertensión	65,4 %	70,0 %
<i>Diagnóstico nutricional</i>		
Buen estado	43,1 %	35,5 %
Desnutrición moderada	44,8 %	48,4 %
Desnutrición severa	12,1 %	16,1 %
Peso (kg)	74,5	75,1
IMC (kg/m ²)	27,1	26,8
Colesterol (mg/dl)	150	146
LDL-HDL (mg/dl)	74,5-50	95,1-30
Índice de Charlson	6	6
Candidato UCI	27,6 %	32,3 %

Las posibles covariables que podrían afectar a la mortalidad, se distribuyen homogéneamente en nuestra muestra, por lo que su influencia en el resultado obtenido debería afectar por igual a ambos grupos estudiados.

Conclusiones:

1. Los pacientes con ADMed previa al ingreso, tuvieron una tasa de mortalidad menor frente al grupo de pacientes que no seguían esta dieta.
2. Al tratarse de un estudio observacional con un limitado número de pacientes no podemos concluir una relación causal entre la menor mortalidad de los pacientes y la ADMed, pero la hipótesis de su efecto protector merece ser estudiada con más detalle.

P-095. Análisis morfofuncional por bioimpedancia eléctrica y ecografía nutricional en pacientes posingreso en UCI por COVID-19 y su correlación con otros parámetros de evaluación nutricional

Ana Gloria Soler-Beunza, Isabel María Vegas Aguilar, José Manuel García Almeida, Beatriz Fernández Medina, Isabel María Cornejo Pareja, Francisco José Tinahones Madueño

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: A través de parámetros obtenidos por bioimpedancia eléctrica (BIA), se calcula el ángulo de fase (PA), descrito como factor pronóstico en diversas patologías, incluida la infección por COVID-19. El objetivo del estudio fue determinar el valor del PA y resto de parámetros analizados a través de BIA en pacientes posingreso en UCI por COVID-19 y su correlación con otras técnicas de valoración nutricional.

Material y método: Se realizó valoración de 30 pacientes en consultas externas de endocrinología y nutrición tras ingreso en UCI por COVID-19, durante el periodo 2020-21. La medición BIVA (50 kHz), dinamometría (Jamar percentil en población pizarra), ecografía nutricional®. El resto de variables clínicas se recogieron de historia clínica informatizada.

Resultados: De los 30 pacientes fueron 76,7 % ♂, edad media $59,9 \pm 9,38$ años e IMC $31,7 \pm 7,37$. El PA fue $4,89 \pm 0,91$ y el PA estandarizado (SPA) por edad y sexo $0,73 \pm 1,2$. El PA se correlacionó positivamente con la dinamometría media ($r: 0,577$, $p = 0,01$), y negativamente con uso de ventilación mecánica ($r: -0,371$, $p = 0,043$). El área muscular del recto-anterior-cuádriceps presenta una correlación con el índice de músculo esquelético (SMI) ($r: 0,642$, $p < 0,001$). La masa celular (BCM) y SMI se asoció positivamente con dinamometría media ($r: 0,739$, $r: 0,592$, $p < 0,001$) y menor tiempo en Test de Up and Go ($r: -0,559$, $p = 0,01$) y $r: -0,392$, $p = 0,032$). El BCM se asoció negativamente con uso de ventilación mecánica y pronación (ambas $r: -0,409$, $p = 0,025$).

Conclusión: Los pacientes posinfección aguda grave por COVID-19 presentan en su mayoría niveles bajos de SPA, y dicho descenso se correlaciona con peor resultado en las pruebas funcionales y de fuerza muscular. Los datos de malnutrición como

bajo BCM se asocian a peores resultados en el periodo de UCI. Estos datos refuerzan la necesidad de un seguimiento nutricional integral de estos pacientes.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el Comité de Ética y la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-096. Valor pronóstico del IMC en pacientes hospitalizados por COVID-19

Gema Martínez Tamés¹, Tomás González Vidal¹, Carlos Alonso Felgueroso^{1,2}, Alba Gutiérrez Hurtado¹, Fernando García Urruzola¹, Soraya Lanes Iglesias¹, Raúl Rodríguez Escobedo^{1,2}, Paula Morales Sánchez², Elías Delgado Álvarez^{1,2,3}, Edelmiro Luis Menéndez Torre^{1,2,3}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Grupo de Investigación en Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad. Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. ³Universidad de Oviedo. Oviedo

Objetivos: Valorar la influencia del índice de masa corporal (IMC) en la evolución de pacientes hospitalizados por COVID-19.

Material y métodos: Se recogieron datos de 1798 pacientes hospitalizados por COVID-19 en un centro de tercer nivel en 2020. Se registraron variables demográficas básicas, peso, talla, diagnóstico de diabetes *mellitus*, tratamiento hipolipemiente (como marcador de dislipemia) y, como variables de efecto, ingreso en UCI y mortalidad. Se seleccionaron pacientes en quienes se podía calcular el IMC mediante tallas y pesos registrados al ingreso o, en su defecto, en los dos años previos al mismo (n = 676, 409 varones [60.5 %], edad media 66 años [rango 19-96, DS 14.41 años]. Presentaron un IMC medio de 28.75 kg/m² (rango 17.26-70.10; DS 5.46 kg/m²).

Resultados: El IMC fue menor en los pacientes fallecidos (n = 89, 13.2 %) que en los no fallecidos (media 27.37, DS 4.97 vs. media 28.95, DS 5.50 kg/m²; p = 0.011). El IMC fue mayor en los pacientes que ingresaron en UCI (n = 130, 19.2 %) respecto a los que no (media 29.90, DS 5.27 vs. media 28.47, DS 5.47 kg/m²; p = 0.007 [t-student para muestras independientes]). En un análisis multivariante (regresión logística), el IMC mantuvo asociación negativa con la mortalidad (OR 0.939, IC95 % 0.889-0.992; p = 0.025) y positiva con el ingreso en UCI (OR 1.042, IC95 % 1.006-1.079; p = 0.021) tras ajustar en ambos casos por edad, sexo, diagnóstico de diabetes y uso de hipolipemiantes (Tabla I).

Conclusiones: Los IMC elevados son, en nuestra muestra, factor protector para mortalidad y factor de riesgo para ingreso en UCI en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Principado de Asturias.

P-097. Composición corporal en pacientes con obesidad mórbida, antes y 1 año después de cirugía bariátrica

Eva María Gascó Santana, Ángela Durá de Miguel, Katherine García Malpartida, Rosa Cámara Gómez, Andrea Micó García, Silvia Martín Sanchís, María Amparo Rubio Broseta, Marta Garrido Bautista, María Argente Pla, Juan Francisco Merino Torres

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción: La pérdida ponderal y el IMC suelen ser referentes al analizar el resultado de la cirugía bariátrica (CB) en obesidad mórbida (OM); sin embargo, la obesidad se caracteriza por exceso de acúmulo de grasa, no definido por ninguno de éstos. La bioimpedanciometría (BIA) estima la composición corporal, aunque cuestionada en obesidad, a diferencia del ángulo de fase (AF) que es independiente del peso, puede considerarse biomarcador de inflamación. En obesidad puede haber sarcopenia y la CB aumenta el riesgo de desnutrición proteica. Nuestro objetivo fue conocer los cambios en la composición corporal en pacientes con OM al año de la CB.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional en 17 pacientes con OB sometidos a CB en el último trimestre de 2019. Realizamos BIA con equipo *Lookin'Body770* antes y al año de CB. Registramos: peso, IMC, área de grasa visceral (AGV), %masa grasa (PMG), masa músculo-esquelética (MME), índice de masa músculo-esquelética (IMME) y AF. Definimos baja masa muscular como IMME < 7 kg/m² en hombres y 5,5 en mujeres. AF normal según tablas estandarizadas.

Resultados: Del total, 64.7 % fueron mujeres de 51,3(8,9) años. Las técnicas quirúrgicas fueron: *bypass* laparoscópico en 7 y gastroplastia tubular en 10. Los parámetros analizados se recogen en la tabla I (ver página siguiente). Ninguno presentó baja masa muscular antes ni después de CB. El AF fue patológico en el 88.2 % antes y en el 100 % después de la CB.

Conclusiones:

1. La CB produce pérdida tanto del compartimento de grasa como del muscular. La reducción del PMG, así como del AGV, es mayor que la de MME al año de la cirugía.
2. El AF refleja un riesgo nutricional alto en pacientes con OM y aumenta tras CB.

Tabla I.

	n	Exitus		n	Ingreso en UCI
Normopeso (IMC 18.5 - < 25)	167	18,0 %	Sobrepeso (IMC 25 - < 30)	259	15,4 %
Sobrepeso/obesidad (IMC ≥ 25)	504	11,5 %	Obesidad (IMC ≥ 30)	245	25,7 %
p-valor (chi-cuadrado)	0,032		p-valor (chi-cuadrado)	0,004	

Tabla I.

	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	AGV (cm ²)	PMG (%)	MME (kg)	IMME (kg/m ²)	AF(°)
Pre-CB	118,47 ± 17,61	44,52 ± 6,21	248,68 ± 34,46	48,82 ± 5,35	34,01 ± 7,03	9,28 ± 1,48	5,6 ± 0,88
1 año CB	86,25 ± 17,26	32,29 ± 5,88	153,18 ± 62,15	35,73 ± 9,09	30,01 ± 7,23	8,10 ± 1,48	4,83 ± 0,86
<i>p</i> -valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

P-098. Cribado nutricional en pacientes recién diagnosticados de tumores de órgano sólido

María Isabel Sáez Rodríguez, Jimena Abilés, Marta Miranda Magaña, Begoña Tortajada Goitia

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Objetivos: Realizar un cribado nutricional en los pacientes con diagnóstico reciente de tumor de órgano sólido previo al inicio del tratamiento antitumoral.

Material y métodos: Estudio observacional de seis meses de duración (de mayo a octubre de 2019) sobre el estado nutricional de los pacientes con diagnóstico reciente de tumor de órgano sólido. Se contactó telefónicamente con todos aquellos pacientes presentados en los distintos comités de tumores del centro y se les realizó un cribado nutricional mediante la herramienta NUTRISCORE®. Aquellos pacientes con un valor > 5 puntos se consideraron en riesgo nutricional y fueron citados en consulta externa de nutrición.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron un total de 152 pacientes, 55 (36,2 %) eran mujeres y 97 hombres (63,8 %). La media de edad fue de 61 años. En cuanto al tipo de tumor, se observó la distribución en la tabla I. Del total de

pacientes incluidos en el estudio, a 137 se les realizó un cribado nutricional, observándose que 33,57 % presentaba riesgo nutricional, frente a un 66,43 % que no lo presentaba.

Conclusiones: De los pacientes oncológicos diagnosticados en nuestro centro, un alto porcentaje presenta riesgo de desnutrición. Establecer un método de cribado nutricional durante los primeros días tras el diagnóstico permite identificar precozmente a los pacientes en riesgo de desnutrición e impedir su deterioro nutricional.

P-099. Estudio caso-control: aplicación de nuevas herramientas de valoración nutricional en el paciente oncológico

María Novo Rodríguez, Águeda López de la Torre Molina, Cristina Novo Rodríguez, Araceli Muñoz Garach, Jorge Monroy Sánchez, Isabel Herrera Montes, Juan Manuel Guardia Baena, Martín López de la Torre Casares

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción y objetivos: La desnutrición en pacientes oncológicos suele diagnosticarse tarde. La bioimpedanciometría eléctrica vectorial (BIVA) es útil para el estudio nutricional de la composición corporal. El ángulo de fase (AF), obtenido a través de la BIVA, es muy sensible a cambios nutricionales y metabólicos, y nos aporta una información integral de composición y funcionalidad del tejido. El objetivo del estudio es conocer el valor de la BIVA en pacientes oncológicos, compararlos con un grupo control y relacionarlos con otros parámetros nutricionales y de funcionalidad.

Material y método: Se valoró a 101 individuos (40 controles y 61 pacientes oncológicos en tratamiento activo). Se estudiaron parámetros nutricionales clásicos (índice de masa corporal (IMC), circunferencia braquial (CB), pliegue tricípital (PT), parámetros analíticos (albúmina, prealbúmina, PCR, proteínas totales, colesterol total, triglicéridos) y avanzados (BIVA y dinamometría) y la correlación entre ellos vs. el grupo control. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS.

Resultados: El AF fue significativamente menor en pacientes (4,25° ± 1,02) respecto a los controles (5,92° ± 0,731) con *p* < 0,001. Hubo diferencias estadísticamente significativas para la masa grasa (FM), masa libre de grasa (FFM) y agua total (TBW), siendo todas menores en pacientes, excepto el agua extracelular (ECW) que fue mayor. Estas diferencias se confirmaron en hombres, pero en mujeres no existieron para FM, FFMI, FMI ni TBW. CB, PT y dinamometría fueron estadísticamente menores

Tabla I.

Tipo de tumor	Porcentaje	n
Pulmón	28,3	43
Colorrectal	24,3	37
Páncreas	8,6	13
Mama	7,9	12
Gástrico	5,9	9
Laringe	3,9	6
Hepatocarcinoma	3,3	5
Cabeza y cuello	3,3	5
Vía biliar	1,3	2
Otros	13,2	20

en pacientes ($p < 0,001$). El AF se correlacionó de forma positiva y fuerte con la masa celular (BCM) ($r = 0,676$) y la dinamometría máxima ($r = 0,606$) y media ($r = 0,596$) con $p < 0,001$.

Conclusiones:

1. El AF es un parámetro útil para el estudio del estado nutricional, pues resulta menor en pacientes oncológicos y presenta una fuerte correlación positiva con la masa celular y dinamometría máxima y media.
2. Se necesitan más trabajos poblacionales con valores de AF de referencia para poder realizar la interpretación en diferentes patologías.

P-100. Diferencias en el estado nutricional de una cohorte de pacientes diabéticos ancianos ingresados en medicina interna frente a controles no diabéticos agrupados por edad, sexo y motivo de ingreso

Valeria González Sacoto, Almendra Alvarado Rosas, Leticia Serrano Urzaiz, Francisco Losfablo Callau, Alejandro Sanz Paris

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: La diabetes se ha considerado un factor de riesgo nutricional en el paciente hospitalizado, pero existen muy pocos estudios comparativos en grupos agrupados. El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar si la coexistencia de DM al paciente anciano con ingreso hospitalario se asocia a mayor prevalencia de malnutrición.

Material y métodos: Comparamos los diferentes aspectos de la valoración nutricional (encuesta dietética, antropometría y analítica) al ingreso y al alta de pacientes ingresados en medicina interna en los 6 primeros meses del 2018. Se estudiaron 332 DM recogidos de manera consecutiva (322 eran ya conocidos y solo 10 se diagnosticaron durante el ingreso hospitalario). Los datos de estos pacientes se compararon con 326 pacientes no-DM agrupados por edad, sexo y motivo de ingreso.

Resultados: Los pacientes DM presentaron mayor peso habitual ($p: 0.001$), actual ($p: 0.0001$) e IMC ($p: 0.0001$) de forma significativa. La variedad en la elección de los alimentos es similar entre pacientes DM y no-DM (53.1 % vs. 60.7 %) con Chi cuadrado 0.70 y prueba exacta de Fisher $p: 0.462$. Ambos grupos comieron menos (53.6 % vs. 51.6 %) o mucho menos (30.4 % vs. 37.5 %) y muy pocos referían comer igual que habitualmente (16.1 % vs. 10.9 %) sin diferencias significativas entre DM y no-DM (Chi cuadrado 1.059 y $p: 0.589$). Los pacientes DM presentaron menores niveles de Colesterol total tanto al ingreso como al alta ($p: 0.006$ y 0.003), hemoglobina al alta ($p: 0.028$), pero no muestran diferencias significativas en el test de cribado nutricional analítico CONUT ni al ingreso ni al alta hospitalaria.

Conclusión: Los pacientes diabéticos de nuestro estudio agrupados por edad, sexo y motivo de ingreso en medicina interna solo presentaron diferencias antropométricas con mayor prevalencia de obesidad.

Aspectos éticos: el estudio ha sido aprobado por el comité de ética local.

PEDIATRÍA

P-008. Cumplimiento de las recomendaciones ESPEN de nutriciones parenterales neonatales en un hospital de tercer nivel

Rubén Iglesias Gómez¹, Angela López Martínez², Amparo Vázquez Polo¹, Laura Lorente Fernández¹, Eduardo López Briz¹, Concepción Gallego García¹, Mireya Fernández Sánchez¹, Tomás Palanques Pastor¹, Eduardo Guerrero Hurtado¹, José Luis Poveda Andrés¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Facultad de Farmacia. Universidad de Valencia. Burjassot, Valencia

Introducción y objetivos: Los requerimientos nutricionales de la nutrición parenteral (NP) en recién nacidos pretérmino (RNPT) varían en gran medida con características basales del paciente y su situación clínica, tal y como que se recogen en las guías ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN de nutrición parenteral pediátrica de 2018. Se pretende comprobar el cumplimiento de estas guías en la práctica clínica real en RNPT en un hospital español de tercer nivel.

Material y método: Estudio observacional, prospectivo de octubre a diciembre de 2019 de los RNPT con NP de la Unidad de Neonatología en los que se recogieron las siguientes variables: datos antropométricos del paciente, edad en días, diagnóstico, tipo de vía de administración, y aportes de la NP (energía, lípidos, glucosa, electrolitos y micronutrientes). Se realizó un análisis cualitativo y se expresó el grado de cumplimiento de las guías como número de pacientes y tantos por ciento.

Resultados: Los resultados se expresan en la tabla I.

Tabla I. Características de los pacientes

N.º pacientes	56
% varones	60,7 % (34/56)
<i>Peso al nacimiento</i>	
< 1 kg	14,3 % (8/56)
1-1,5 kg	21,4 % (12/56)
> 1.5 kg	64,3 % (36/56)
<i>Periodo de ingreso</i>	
≥ 5 días	46,4 % (26/56)
< 5 días	53,6 % (30/56)
<i>Vía de administración</i>	
Central	41,1 % (23/56)
Periférica	32,1 % (18/56)
Ambas	26,8 % (15/56)

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I. (Cont.). Características de los pacientes

Grado de cumplimiento guías (% pacientes que cumplen guías)	
Energía (45-65 Kcal/kg/día)	62,5 % (35/56)
Proteínas (0,5-3,5 g/kg/día)	98,2 % (55/56)
Lípidos (0,5-3 g/kg/día)	96,4 % (54/56)
Glucosa día 1 (5,8-11,5 g/kg/día)	96,4 % (54/56)
Glucosa a partir del día 2 (6-18 g/kg/día)	98,2 % (55/56)
Calcio (20-100 mg)	98,2 % (55/56)
Sodio (0-5 mmol/kg/día)	87,5 % (49/56)
Cloro (0-5 mmol/kg/día)	94,6 % (53/56)
Potasio (0-4 mmol/kg/día)	100 % (56/56)
Fósforo (10-60 mg/kg/día)	100 % (56/56)
Magnesio (0,2-0,5 mmol/kg/día)	80,3 % (45/56)
Zinc (400-500 mcg/kg/día)	83,9 % (47/56)

Conclusión: Los datos obtenidos de en vida real en RNPT con NP concuerdan mayoritariamente con los de las guías de referencia a excepción de la energía, que podría estar relacionado con la progresión a dieta oral.

P-009. Adecuación de las nutriciones parenterales de Oncohematología Infantil a las guías ESPEN 2018 en un hospital de tercer nivel

Laura Lorente Fernández¹, Rubén Iglesias Gómez¹, Alma Risco Briz², Amparo Vázquez Polo¹, Tomás Palanques Pastor¹, María Centelles Oria¹, Eduardo López Briz¹, José Luis Poveda Andrés¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Universidad de Valencia. Valencia

Introducción y objetivos: Los requerimientos nutricionales de la nutrición parenteral (NP) en niños oncohematológicos (HONI) varían en gran medida según las características basales del paciente y su situación clínica, tal y como se recogen en las guías ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN de NP pediátrica de 2018. Se pretende comprobar el cumplimiento de estas guías en la práctica clínica real en HONI en un hospital español de tercer nivel.

Material y método: Estudio observacional prospectivo (01/08/2020-31/03/2021) de ingresados con NP en HONI, de los que se recogieron variables antropométricas, vía de admi-

nistración y aportes de la NP el día de inicio (energía, fluidos, lípidos, glucosa y electrolitos). Se realizó un análisis cualitativo y se expresó el grado de cumplimiento de las guías como tantos por ciento (%) y número de pacientes (n/N).

Resultados: Los resultados se expresan en la tabla I.

Tabla I. Características de los pacientes (% pacientes, n/N)

N.º pacientes	30
% varones	63.3 % (19/30)
<i>Edad</i>	
Neonato (0-28 días)	0 % (0/30)
Lactante (12-24 meses)	10 % (3/30)
Niño (2-12 años)	70 % (21/30)
Adolescente (13-18 años)	20 % (6/30)
Vía de administración central	100 % (30/30)
Nutrición enteral adicional	63.3 % (19/30)
Cumplimiento guías (% pacientes, n/N)	
Cumplimiento total de aportes	0 % (0/30)
Energía (Kcal/kg/día)	17 % (5/30)
Proteínas (g/kg/día)	60 % (18/30)
Lípidos (g/kg/día)	40 % (12/30)
Glucosa (g/kg/día)	50 % (15/30)
Fluidos (ml/kg/día)	43 % (13/30)
Calcio (mg/kg/día)	20 % (6/30)
Sodio (mEq/kg/día)	26 % (8/30)
Cloro (mEq/kg/día)	46 % (14/30)
Potasio (mEq/kg/día)	86 % (26/30)
Fósforo (mg/kg/día)	73 % (22/30)
Magnesio (mg/kg/día)	20 % (6/30)

Conclusiones:

1. Las NP de los pacientes de HONI difieren mayoritariamente con respecto a las guías de referencia, ya que en ningún paciente se cumplen al completo.
2. La no adecuación de macronutrientes (glucosa/proteínas/lípidos) podría deberse a la progresión de la dieta oral/enteral y a que son NP de inicio, los fluidos por variabilidad en las necesidades hídricas del paciente y aportes externos, y los electrolitos por la situación clínica y farmacoterapéutica del paciente (periodo postrasplante hematológico).
3. Se necesitarán más estudios para analizar las causas de esta variabilidad.

P-010. Impacto clínico de la implementación de soluciones estándar de nutrición parenteral con mayor contenido proteico para prematuros de muy bajo peso al nacer

Pau Riera Armengol, Noé Garin Escrivá, Joana Cardenete Ornaque, Jan Thomas De Pourcq, María Josa Eritja, M.^a José García Borau, Daniel Cardona Pera, Esther López Bernal, Elisenda Moliner Calderón, Gemma Ginovart Galiana

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción y objetivos: El inicio precoz de nutrición parenteral en los prematuros ≤ 1500 g constituye una emergencia nutricional. El año 2016, siguiendo las recomendaciones de la ESPEN, diseñamos una nueva composición para las soluciones estandarizadas de nutrición parenteral para neonatos con mayor contenido proteico. El objetivo de este estudio fue determinar si un mayor aporte proteico en prematuros ≤ 1500 g conllevaba mejores resultados clínicos.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, con dos cohortes históricas.

- Grupo preintervención (1,3-2,2g aminoácidos/kg/día): incluyó 51 neonatos ≤ 1500 g nacidos entre 2014 y 2016.
- Grupo posintervención (2,1-3,7g aminoácidos/kg/día): incluyó 51 neonatos ≤ 1500 g nacidos entre 2016 y 2018.

Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad gestacional, peso, longitud y perímetro cefálico al nacimiento y al alta, variación secuencial del índice Z (peso, longitud y perímetro cefálico) entre el nacimiento y el alta, Test de Bayley a los 18 meses de edad corregida.

Resultados: Las características basales están recogidas en la tabla I. No se observaron diferencias en el índice Z al alta entre ambos grupos. En el grupo preintervención hubo más neonatos que alcanzaron un Test de Bayley correcto a los 18 meses ($p < 0,05$). Dicho resultado es atribuible al limitado tamaño muestral.

Tabla I.

	Grupo preintervención	Grupo posintervención
Sexo	Masculino: 31 Femenino: 20	Masculino: 31 Femenino: 20
Edad gestacional (semanas)	28,6 \pm 2,9	29,2 \pm 2,9
Peso al nacimiento (gramos)	1063 \pm 265	1103 \pm 245
Longitud al nacimiento (cm)	35,8 \pm 3,2	35,9 \pm 3,1
Perímetro cefálico al nacimiento (cm)	25,6 \pm 2,3	26,2 \pm 1,9

Conclusiones:

1. El aporte de un mayor contenido proteico en nuestros prematuros de ≤ 1500 g no se asocia con mejores resultados clínicos.
2. Todavía no sabemos cuál es el aporte óptimo de aminoácidos en la nutrición parenteral y son necesarios más estudios de seguimiento a largo plazo para determinar los patrones de crecimiento asociados a una mejor evolución en los niños nacidos prematuros.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el Comité de Ética (código: IIBSP-SNP-2019-89).

P-011. Valoración de la ganancia de peso tras el estado de alarma en niños atendidos en las consultas de Endocrinología y Nutrición Pediátricas

Gema García Serrano¹, Vega María Garzón Hernández², Laura Trujillo Caballero², Gabriela Lobo Támer², Raúl de Hoyos Gurrea², Ana María Peinado Garrido², José Maldonado Lozano²

¹Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. ²Hospital Materno Infantil. Granada.

Introducción: El COVID-19 ha obligado a diferentes países a implementar regímenes sanitarios estrictos y medidas de distanciamiento social, consistente en restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas. Millones de españoles debieron enfrentarse a la educación y confinamiento de los niños en el hogar para contener el contagio de la enfermedad. Durante este periodo se informa sobre alteración en los hábitos nutricionales con disminución de la actividad física.

Objetivo: Valorar la ganancia de peso en niños atendidos en las consultas de Endocrinología y Nutrición pediátricas durante el periodo de confinamiento impuesto durante la pandemia.

Material y métodos: Se recogieron datos antropométricos consistentes en la medición de peso corporal, talla por parte de personal entrenado de la consulta de endocrinología pediátrica, precisando que los niños tuvieran una valoración previa al estado de alarma y otra en el periodo posterior al mismo. Con los resultados de peso y talla se procedió a calcular el índice de masa corporal definiendo sobrepeso los valores comprendidos entre los percentiles 85 y 97 y considerando obesidad resultados superiores al percentil 97 de las tablas de referencia para población española (Carrascosa et al 2010). Los datos antropométricos se valoraron utilizando el *software* disponible en la página web EndocrinoPed - Antropometría. Que utiliza como estándar nacional las tablas de Carrascosa et al 2010. Disponible en <http://www.webpediatrica.com/endocrinoped/antropometria.php>

Resultados: Se han revisado las historias clínicas de 145 niños atendidos en las consultas citadas previamente, incluyendo finalmente los datos de 54 niños que contaban con todos los parámetros necesarios para este estudio. El 43,6 % de la muestra estuvo constituida por mujeres ($n = 24$) y el resto varones ($n = 30$). La

edad media fue de $10,4 \pm 2,8$ años, siendo la de las mujeres de $10,2 \pm 2,3$ años y la de los varones de $10,6 \pm 3,1$ años. Analizando el peso por percentiles encontramos que el 54,1 % de las mujeres presentó obesidad ($P \geq 97$), el 20,8 % sobrepeso (P85-97) y el resto se encontraban dentro de la normalidad ($P < 85$). En el caso de los varones la frecuencia de obesidad según el peso fue del 50 %, el 33,3 % sobrepeso y el 16,6 % restante normopeso.

El total de la muestra estudiada presentó una ganancia media de $5,3 \pm 4,9$ kg que corresponde a una ganancia del 10 % con respecto al peso de inicio del estudio. La ganancia promedio de peso en las mujeres fue de $6,3 \pm 5,2$ kg, si lo expresamos en porcentaje de peso ganado, fue del 12 %. La ganancia máxima de peso fue de 13,1 kg.

En dos de las niñas se observó una pérdida de peso. Con respecto a los varones, la ganancia media fue de $4,2 \pm 4,6$ kg, siendo la ganancia del 8 % considerando el peso inicial. La ganancia máxima de peso fue de 15,5 kg. Como en el caso anterior también se ha observado pérdida de peso en dos niños y tres de ellos se han mantenido en el peso inicial.

Considerando el estado nutricional previo al estado de alarma, vemos que la ganancia de peso fue mayor en las mujeres con sobrepeso u obesidad que en el grupo que presentaba normopeso. En el caso de los varones en ambos grupos la ganancia fue similar, los resultados correspondientes a este análisis los encontramos en la tabla I.

Tabla I. Ganancia de peso según estado nutricional inicial

	Normopeso	Sobrepeso/obesidad
Global (kg)	$4,6 \pm 6,1$	$5,4 \pm 4,6$
Mujer (kg)	$4,8 \pm 7,5$	$6,8 \pm 4,3$
Varón (kg)	$4,4 \pm 4,8$	$4,4 \pm 4,6$

Conclusiones:

1. El confinamiento ha provocado que los niños suspendan sus actividades cotidianas, entre ellas la asistencia a clases, actividades extraescolares, deportivas o culturales, con la consiguiente ganancia de peso, variando esta entre el 8 al 12 % considerando la situación nutricional previa al estado de alarma, dicha ganancia fue más importante entre las mujeres.
2. Con la disminución de las restricciones muchos niños continúan a día de hoy sin poder acudir a las actividades que realizaban previamente, dificultando aún más el tratamiento nutricional.

ALIMENTACIÓN ORAL

P-101. Beneficios del seguimiento telemático en la pérdida de peso en tiempos de confinamiento

Isabel Higuera Pulgar, Isabel Yagüe Lobo, Elena Sánchez Campayo, Lorena López Lora, María Currás Freixes, Magdalena de la Higuera López-Frías

Clinica Universidad de Navarra. Sede Madrid. Madrid

Antecedentes: La pandemia SARS-CoV-2 y el confinamiento domiciliario supuso un cambio en los hábitos de alimentación y ejercicio físico favoreciendo un balance energético positivo y alteraciones en la composición corporal. El seguimiento mediante consulta telemática de pacientes en tratamiento para pérdida de peso podría ayudar a prevenir esta ganancia.

Objetivo: Describir la evolución antropométrica de pacientes en seguimiento para pérdida de peso mediante consulta telemática.

Métodos: Estudio de intervención prospectivo en 2 tiempos (pre y posconfinamiento) de parámetros demográficos y de composición corporal: peso, talla, circunferencia de cintura (CC), masa grasa (MG), masa magra (MM), masa muscular esquelética (MME) y agua corporal total (AT); medidos mediante SECA 515/514. El seguimiento telemático (vídeo llamada, telefónico, correo electrónico) consistió en 1-3 contactos con el paciente para conocer estado general, resolución de dudas, aporte de menús y planes de ejercicio. Las variables se expresan en media \pm DS, se estudiaron con prueba de Wilcoxon, U Mann-Whitney y correlación de Spearman mediante IBM SPSS (v. 21). Se consideró significación $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes: edad 54 ± 12 años, mujeres 51,5 %. Antes del confinamiento el 42,3 % presentaba sobrepeso, el 36,1 % obesidad grado I, el 16,5 % grado II y el 5,2 % IMC > 40 kg/m². El tiempo transcurrido entre mediciones fue 107 ± 30 días. El 18,6 % ganaron peso ($2 \pm 1,9$ kg). La CC disminuyó $1,9 \pm 4,3$ cm, la pérdida del peso fue de $1,58 \pm 3,32$ %, con disminución significativa de $MG=3,16 \pm 4,4$ kg, $MM=0,4 \pm 2,4$ kg, $MME=0,09 \pm 3,9$ kg y $AT=0,5 \pm 1,6$ kg. La pérdida de peso se correlacionó positivamente con las pérdidas de MG ($p = 0,001$, $R^2 = 0,534$), MME ($p < 0,001$, $R^2 = 0,02$) y AT ($p = 0,006$, $R^2 = 0,133$).

Conclusiones: El seguimiento telemático nutricional es una herramienta útil para prevenir la ganancia de peso en pacientes con restricción de movilidad. Además, ayuda a conseguir pérdida de peso, predominando la MG y disminuir CC.

P-102. Utilidad de la RMAApp (Remote Malnutrition App) para valorar la situación nutricional de pacientes ingresados en el hospital COVID-19 de Castilla y León; influencia en la mortalidad y estancia

Henar Riesgo^{1,2}, Ángeles Castro^{1,2}, Sofía del Amo¹, María Jesús San Ceferino^{1,2}, Olatz Izaola¹, David Primo^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, Juan José López Gómez^{1,2}, Daniel de Luis^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario. Valladolid. ²Edificio Rondilla. Hospital Clínico Universitario. Valladolid

Introducción y objetivo: La infección por COVID-19 se asocia a un alto riesgo de desnutrición. Recientemente se ha diseñado la RMApp (Remote Malnutrition App) que incluye: *test de detección universal de la desnutrición* ("MUST") y *cuestionario rápido de evaluación de sarcopenia* (SARC-F). El objetivo fue evaluar la situación nutricional utilizando la RMApp y su influencia en mortalidad y estancia.

Material y método: Se evaluaron 337 pacientes con la RMApp. Se determinaron parámetros bioquímicos, dieta, suplementación oral, días de ingreso y mortalidad. Se realizó un análisis estadístico con el programa SPSS23.0 (ILUSA).

Resultados: La edad media fue de 86,1+8,7 años (167 varones/170 mujeres), peso de 62,1+10,3 kg e índice de masa corporal de 23,8+2,8 kg/m². Un 14,8 % presentaron un MUST 0 (bajo riesgo), MUST 1 (5,6 %) (riesgo medio) y MUST > 2 (79,6 %) (riesgo alto). Un 15,1 % presento un (SARC-F) < 4 puntos, y un 84,9 % un SARCF > 4 (riesgo sarcopenia). Las dietas con mayor prescripción fueron; pastosa disfagia 31,5 %, pastosa 17 % y odontológica 11,9 %, recibiendo un 40,8 % de los pacientes suplementación oral. Un 24,03 % fallecieron, la estancia media fue de 9,9+6,8 días, que no se relacionó con el test SARC-F ni con el MUST. La mortalidad se relacionó con el test SARC-F patológico (27,1 % vs. 3,1 %; p = 0,01) y MUST > 2 (26,7 % vs. 16,4 %; p = 0,04). El peso, IMC, sexo y edad no influyeron en la mortalidad ni en la estancia. En el análisis de regresión logística, permaneció como variable independiente relacionada con la mortalidad el test SCARC-F > 4 Odds ratio 8,34 (IC95 %1,1-63,8; p = 0,04).

Conclusiones:

1. El riesgo nutricional alto y el de sarcopenia son muy prevalentes en pacientes COVID-19.
2. Ambos parámetros se relacionan con la mortalidad, permaneciendo la sarcopenia como un marcador independiente.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro Hospital con firma de un consentimiento informado.

P-103. Utilización de módulos proteicos en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario La Paz

Lucía Arcos Castellanos¹, Marta Clavero Fraile¹, Marina Morato Martínez², Marlhyn Valero Pérez¹, Bricia López Plaza², Natalia García Vázquez³, Mariana Gomes Porras², Beatriz de León², Samara Palma Milla^{1,2,4}, Carmen Gómez Candela^{1,2,4}

¹IdiPaz. Madrid. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética y ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Universidad Autónoma de Madrid. Madrid

Introducción: La adición a dieta oral de proteínas/aminoácidos a través de módulos específicos es una herramienta altamente eficaz que ayuda a cubrir requerimientos proteicos en pacientes

hospitalizados que sufren situaciones de hipercatabolismo/desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE). No obstante, hay poca información sobre su utilización.

Objetivo: Evaluar el uso de módulos proteicos disponibles (MP) en pacientes hospitalizados del Hospital Universitario La Paz (HULP).

Método: Desde Farmacia se recogieron datos de prescripción e indicación en pacientes que tenían pautados MP en una cohorte de 3 días alternos al azar. Se registraron indicaciones realizadas por todos los profesionales del hospital (excepto Pediatría), en el programa de prescripción electrónica, de todos los MP disponibles actualmente en el vademécum del hospital (Proteína NM formada por caseinato cálcico y Renal NM compuesta por proteína entera de lactosuero; en formato sobres de 10 y 20g respectivamente; y Arginina NM en sobres de 7,84g).

Resultados: De 66 pacientes solo 40 (hombre65 %, mujeres14 %) pudieron participar. Edad media de 63 ± 19 años. El 41 % de los MP fue prescrito por Nutrición y el 59 % por otros servicios, destacando Medicina Interna (27 %), Nefrología (27 %), Oncología (14 %) y Geriátrica (14 %). En menor medida Neumología (5 %), Digestivo (5 %), UCI (4 %) y Cirugía plástica (4 %). El caseinato cálcico fue el más prescrito (50 %) seguido del lactosuero (43 %) y de Arginina (7 %). El déficit proteico y la DRE fueron los motivos de prescripción mayoritarios (23 % y 21 % respectivamente) seguido de enfermedad hepática/renal (9 %), tratamiento oncológico (12 %), cirugía mayor (11 %) e hipercatabolismo (9 %).

Conclusiones:

1. El motivo de prescripción de MP es variado siendo conocidos e indicados por todos los servicios del HULP gracias a la labor realizada por la Unidad de Nutrición y por la información generada por la Comisión de Nutrición.
2. Es necesario actualizar continuamente las guías y protocolos de indicación de los mismos para una correcta pauta y conocimiento del uso de cada uno de ellos.

P-104. Características del consumo, tolerancia y adherencia de los módulos proteicos indicados en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario La Paz

Lucía Arcos Castellanos¹, Marta Clavero Fraile¹, Marina Morato Martínez², Marlhyn Valero Pérez¹, Bricia López Plaza², Natalia García Vázquez³, Mariana Gomes Porras², Beatriz de León², Samara Palma Milla^{1,2,4}, Carmen Gómez Candela^{1,2,4}

¹IdiPaz. Madrid. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética y ³Servicio de Farmacia. Hospital La Paz. Madrid. ⁴Universidad Autónoma de Madrid. Madrid

Introducción: Los módulos de proteínas/aminoácidos (MP) son cada día más prescritos a nivel hospitalario, por los beneficios que reportan en múltiples patologías/deficiencias. A pesar de ello la dosis recomendada no siempre se corresponde con la ingerida por lo que se van a analizar las causas posibles.

Objetivo: Evaluar tolerancia/adherencia del consumo de MP en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario La Paz (HULP).

Método: Desde Farmacia se recogieron datos de prescripción/indicación en pacientes con pauta de MP en una cohorte de 3 días alternos al azar. Se registraron las indicaciones de profesionales del hospital (excepto Pediatría), de MP disponibles en vademécum del hospital (Proteína NM formada por caseinato cálcico y Renal NM compuesta por proteína entera de lactosuero; en formato sobres de 10 y 20g respectivamente; y Arginina NM en sobres de 7,84g). Se les realizó una encuesta evaluando tolerancia, consumo, adherencia y posibles efectos adversos tras consumir MP.

Resultados: De 66 pacientes participaron 40 (hombres 65 %, mujeres 14 %). Edad media 63 ± 19 años. Como se presentan mayoritariamente en polvo, la forma de consumirlos fue: disuelto en agua (87,5 %), leche (10 %) y zumo (2,5 %). En cuanto al cumplimiento, 18 % no cumplía con la dosis establecida, consumiendo menor cantidad. El 35 % presentó inconvenientes para tomarlo, destacando formación de grumos (59 %), modificación del sabor del alimento (23,5 %), aversión a consistencia (11,7 %) y modificación del olor (6 %). Algunos asociaron su consumo con síntomas gastrointestinales (7,5 %), diarreas (5 %) y náuseas/vómitos (2,5 %).

Conclusiones:

1. El cumplimiento terapéutico de MP fue inferior al establecido.
2. A pesar de las numerosas opciones que se ofrecen para consumirlos, la mayoría los mezclan en agua.
3. Sería interesante ampliar el vademécum del hospital ya que la proteína de suero de leche se mezcla mejor con líquidos mientras que la caseína se podría utilizar mezclada con comida, evitando la formación de grumos.
4. Dadas las nuevas tendencias alimentarias surge la necesidad de incluir proteínas vegetales a nivel hospitalario.

P-105. Consenso sobre las nomenclaturas de las dietas hospitalarias

Inmaculada Jiménez García, Mireia Badia Bernaus, Laura Cuixart Baronet, Mariona Martín Giol, Laura Girona Alarcón, Mireia Llibran Torrente, Neus Salleras Compte, José Sánchez-Migallón Montull, Gemma Simats Oriol, Sonia Valles Marti, Jessica Martínez Rodríguez

Grupo de Trabajo de Nutrición Clínica (GTNC). Colegio de Dietistas-Nutricionistas de Catalunya (CODINUCAT). Barcelona

Introducción: Actualmente no existe consenso en la denominación de las dietas hospitalarias.

Objetivo: Establecer un consenso sobre la nomenclatura de las dietas hospitalarias que permita a todos los profesionales utilizar la misma terminología, contribuyendo a la seguridad del paciente.

Metodología: El grupo de trabajo de nutrición clínica del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Cataluña revisó la nomenclatura actual de los documentos de enfermería del Instituto Catalán de la Salud y realizó una búsqueda bibliográfica en relación a la nomenclatura de las dietas. Estableció dos premisas:

designar las dietas hospitalarias por su composición nutricional y no mediante la patología a la cual van dirigidas, y evitar designarlas mediante las diferentes texturas en que se pueden presentar, considerando la textura solo una característica (complemento del tipo de dieta) igual que la adición y eliminación de algún alimento y/o componente. El contenido del documento se consensó por unanimidad. Finalizado el análisis de la información obtenida, se trabajó mediante reuniones presenciales y telemáticas en los diferentes apartados del documento.

Resultados: Se constituyen las siguientes dietas: básica, absoluta, dietas terapéuticas (hipercalórica, hipocalórica, de progresión energética, con control de hidratos de carbono, con bajo contenido de grasas totales, con bajo contenido de grasas saturadas, con aporte mínimo de grasas totales, con control de proteínas y bajo contenido mineral, hiperproteica, con bajo contenido de residuo estricta y moderada, con alto y bajo contenido de fibra) y dietas progresivas (líquida, semilíquida, semisólida y fácil digestión). Las características más frecuentes son: fácil masticación, triturada, pastosa, fácil deglución, sin: sal añadida, cerdo y gluten y bajo contenido: microbiano, de lactosa, de fructosa, de oxalatos y cobre.

Conclusiones: El consenso denomina las dietas coherentemente mediante su composición nutricional, y su adopción contribuirá a evitar errores de prescripción.

P-106. Pérdida de peso y repercusión en compartimentos corporales

Cristina Ortega Ibáñez, Margarita Martín Martín, Sonsoles Sancho

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La caquexia tumoral se define como un síndrome complejo que se caracteriza por debilidad y pérdida marcada y progresiva de peso corporal, grasa y masa muscular. El objetivo del presente estudio fue evaluar qué compartimento corporal se ve más repercutido ante una pérdida de peso inicial.

Material y métodos: De septiembre de 2019 a febrero de 2020 evaluamos a 43 pacientes (32 varones, 11 mujeres, con una edad media de 65,65) con diagnóstico reciente de tumor (ORL 72,1 %; recto 7 %; pulmón 11,6 %, páncreas 2,3 %, colon 2,3 %, gástrico 4,7 %) que iban a iniciar tratamiento o estaban siendo tratados con RT o QRT en el Servicio de Oncología Radio-terápica del Hospital Universitario Ramón y Cajal. En esta consulta se realizó una valoración global subjetiva. En el estudio antropométrico se analizaron datos como el tallaje, peso, capacidad funcional a través de la dinamometría de la mano, circunferencia del brazo, pliegue tricípital, circunferencia muscular del brazo. El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico SPSS, evaluando las frecuencias, medias, modelos lineales univariantes, correlaciones y regresiones lineales.

Resultados: Registramos una pérdida de peso media del 11,39 % ($n = 36$). Se evaluó la disminución en la circunferencia del brazo (CB), representativo del compartimento muscular, así como del pliegue tricípital (PT), representativo del compartimento graso.

Se observaron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) de disminución en ambas mediciones en pacientes con pérdida de peso $> 15\%$ en comparación con pacientes con pérdida de peso menor. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la repercusión del compartimento muscular o graso en función de los niveles de proteínas totales.

Conclusión: La desnutrición en el paciente oncológico supone desde el momento inicial una pérdida de masa tanto grasa como magra. Son necesarios más estudios para conocer si el cubrimiento de los altos requerimientos proteicos de estos pacientes impide dicha pérdida.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de su centro de trabajo.

PACIENTE QUIRÚRGICO

P-115. Prevalencia de sarcopenia y desnutrición en pacientes con carcinomatosis peritoneal

Sergio Román Gimeno, Rosana Urdaniz Borque, Borja Sanz Martín, Elena Pérez Galende, Julia Ocón Bretón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Introducción: La presencia de sarcopenia y/o desnutrición en pacientes sometidos a cirugía mayor abdominal por neoplasia se asocia de forma significativa con un aumento de la morbilidad postoperatoria. El impacto que ejercen la sarcopenia y la desnutrición en el pronóstico de los pacientes con carcinomatosis peritoneal tratados con cirugía citorrreductora y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) ha sido escasamente evaluado.

Objetivos: Conocer la prevalencia de sarcopenia y desnutrición en pacientes con carcinomatosis peritoneal previamente a realizarse el tratamiento quirúrgico citorrreductor y HIPEC.

Métodos: Estudio de cohortes con 60 pacientes con carcinomatosis peritoneal que iban a ser tratados con cirugía citorrreductora y HIPEC. Para medir la masa muscular se emplearon la TC con corte transversal a nivel de L3 y la impedanciometría bioeléctrica (BIA). La función muscular se cuantificó mediante la fuerza de prensión manual con un dinamómetro. Para el diagnóstico de desnutrición se emplearon los criterios GLIM.

Resultados: La media de edad fue de 62,5 años y el 46,3 % de los pacientes eran mujeres. El 8,9 % presentaban dinapenia. Aquellos que presentaban sarcopenia según BIA fueron el 7,4 %, mientras que según el TAC a nivel de L3 fueron el 35,6 %. El 32,2 % fueron diagnosticados de desnutrición según criterios GLIM. La distribución de pacientes según el tipo de cáncer primario se puede ver en la tabla I.

Tabla I.

Tipo de cáncer primario	% del total
Colon	35,6 %
Ovario	33,9 %
Apéndice	22 %
Otros	8,5 %

Conclusiones: La prevalencia de sarcopenia y desnutrición es elevada en el paciente con carcinomatosis peritoneal, siendo más notoria según el tipo de cáncer primario. Por ello un adecuado cribado y diagnóstico de la misma es fundamental con el fin de poder instaurar un tratamiento nutricional precoz adaptado a cada paciente desde etapas tempranas de la enfermedad.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el CEICA (Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón).

P-116. Valoración nutricional preoperatoria en cistectomía y evolución posterior

Laura Esteras Tovar¹, Alejandro Sanz Paris¹, Mikel González Fernández¹, Karol Almendra Alvarado Rosas¹, Leticia Serrano Urzaiz¹, Wendy Valeria González Sacoto¹, Francisco Losfablos Callau¹, Fernando Calmarza Chueca¹, María Elena López Alaminos¹, Alejandro Sanz Arque²

¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Centro de Salud Ablitas. Ablitas, Navarra

Introducción: Dentro de los protocolos ERAS se encuentran los cuidados nutricionales previos a cirugía. El objetivo de nuestro estudio es valorar la relación entre el estado nutricional preoperatorio de cistectomía y parámetros de evolución postquirúrgica de los pacientes con cáncer vesical.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 180 pacientes sometidos a cirugía vesical entre 2016-2021. Se recogieron datos generales, analítica plasmática, antropometría y bioimpedancia: porcentaje de masa grasa e índice de masa libre de grasa (FFMI) y datos relacionados con la morbilidad perioperatoria (estancia hospitalaria y mortalidad a un año). Test estadísticos utilizados: comparación de medias (T student), correlación de spearman y mortalidad a un año. El estudio fue aceptado por el Comité de Ética de Aragón.

Resultados: La pérdida de peso es prevalente, sobre todo en hombres (43.9 % vs. 29.6 %). Los parámetros antropométricos están disminuidos de forma similar en ambos sexos. Pero los de composición corporal (FFMI) y de función (fuerza de la mano) muestran una mayor afectación en las mujeres. La estancia hospitalaria se correlacionó de forma positiva con la edad (R: 0.22, p: 0.01) y porcentaje de masa grasa (R: 0.18, p: 0.03) y negativamente con la masa muscular (FFMI R: -0.17, p: 0.05). Los pacientes con mayor supervivencia a un año tras la cirugía fueron los que presentaron previa a la cirugía niveles normales de

albuminemia (p: 0.008), FFMI (p: 0.04), porcentaje de masa grasa (p: 0.03), circunferencia abdominal (p: 0.03) y pantorrilla (p: 0.03).

Conclusiones: Los parámetros nutricionales clásicos (albúmina en plasma y antropométricos) no detectan diferencias en duración de la estancia hospitalaria por cistectomía, mientras que los datos de impedancia sí que son útiles. La albuminemia baja, así como la obesidad sarcopénica (masa muscular disminuida asociado a masa grasa aumentada) en el preoperatorio se ha asociado en nuestra muestra con aumento de la mortalidad a un año.

P-117. Soporte nutricional en el programa de prehabilitación multimodal

Marina Sisó, Betina Campero, Bárbara Romano, Fernando Javier Dana, Raquel Sebío, Monique Messaggi-Sator, Ana Costas, Raquel Risco, Graziela Martínez Palli

Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Introducción: A pesar de que es bien sabido que la desnutrición previa a la cirugía se relaciona con una mayor morbimortalidad postoperatoria y estancia hospitalaria, es un aspecto que no siempre es evaluado ni tratado en el preoperatorio. La prehabilitación es una estrategia de optimización preoperatoria que ha demostrado ser eficaz en la reducción de complicaciones postquirúrgicas y acelerar la recuperación del paciente. El eje fundamental de estos programas es la sinergia del ejercicio físico, el soporte nutricional y el apoyo psicológico.

Objetivos: Describir el estado nutricional preoperatorio, y la intervención dietética-nutricional realizada en los pacientes remitidos a la Unidad de Prehabilitación del Hospital Clínic.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, en el que se evaluaron pacientes incluidos en el programa de prehabilitación (> 70 años y/o ASA III-IV; *American Society of Anesthesiology - Score*, propuestos para cirugía mayor) entre enero 2020 y mayo 2021. El soporte nutricional se basa en una valoración del estado nutricional según los criterios GLIM, *Global Leadership Initiative on Malnutrition*, y en la optimización nutricional a través de dietoterapia individualizada y suplementación nutricional.

Resultados: Se incluyeron 167 pacientes, 115 (69 %) hombres y 52 (31 %) mujeres, propuestos para cirugía digestiva, urológica, ginecológica, torácica y cardíaca. La incidencia de desnutrición fue de un 36 %, siendo un 21 % de tipo moderada y 15 % severa. La mayor prevalencia se observó en pacientes candidatos a cirugía pancreática (88 %) y esófago-gástrica (63 %). En la intervención dietético-nutricional, 13 % de los pacientes realizaron suplementación con módulo proteico, 21 % con fórmula hiperproteica, 8 % con fórmula energética e hiperproteica, 35 % con fórmula inmunomoduladora y 53 % realizaron enriquecimiento proteico con alimentos.

Conclusiones: Los programas de prehabilitación constituyen una gran oportunidad para identificar la elevada incidencia de desnutrición y abordar una intervención dietético-nutricional individualizada, lo cual debería resultar en un mejor pronóstico posoperatorio.

P-118. Evolución de la sarcopenia medida por TAC y estado nutricional en una cohorte de neoplasias esofagogástricas sometida a cirugía electiva

Estefanía Jiménez Licera, Carmen Carretero Marín, Fátima Torres Flores, Susana Rico Gala, Catalina García Gómez, José Antonio Irlés Rocamora

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Introducción: La sarcopenia es un síndrome relacionado con el cáncer definido por la pérdida muscular que se ha asociado con peor pronóstico clínico en pacientes médicos y quirúrgicos.

Objetivos: Analizar la prevalencia de sarcopenia en una cohorte de pacientes propuestos para cirugía electiva con intención curativa por neoplasias de esófago-estómago, así como su evolución y relación con posibles complicaciones.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo longitudinal. Los pacientes fueron valorados al inicio del tratamiento neoadyuvante, previamente a la cirugía y después de la misma y recibieron soporte nutricional con fórmula inmunomoduladora. La masa muscular se valoró mediante el análisis TAC, corte en L3.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes, 72,2 % varones, de edad 63.2 + 10.5, IMC 25.7 + 4.84 kg/m². Al diagnóstico la pérdida de peso fue de 9.4 + 8.1 %, la VSG A 16.7 %, B 61.1 % y C 22.2 % y la albúmina 3.95 + 0.57 g/dl. La prevalencia de sarcopenia (por IME según criterios Martín) fue 31,4 % al diagnóstico, 42.9 % previo a cirugía y 35.5 % poscirugía. No hubo asociación significativa de IME con las complicaciones o estancia hospitalarias mayores, posiblemente por el reducido tamaño muestral, pero si hubo una tendencia a mayor número de reingresos en pacientes sarcopénicos (Tabla I).

Tabla I.

	Mediana (*)	Mínimo	Máximo
IME 1	50,40	37,58	76,34
IME 2	46,56	31,65	68,39
IME 3	47,50	40,03	62,57

*IME: índice musculo esquelético, no hay diferencia significativa entre las distintas mediciones.

Conclusiones:

1. Los pacientes de cirugía esófago-gástrica oncológica presentan al diagnóstico un riesgo nutricional elevado y sarcopenia.
2. Observamos una relativa preservación de la masa muscular después de la quimioterapia y la cirugía, lo que sugiere una cierta eficacia del soporte nutricional.
3. Hubo una tendencia a mayor número de reingresos en pacientes sarcopénicos.

P-119. Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía

Miguel Giribés, Hego Seguro, Amador Lluç, Marta Ricart, Marta Gómez, Laura Andurell, Victoria Avilés, Guillermo Cárdenas, Fiorela Palmas, Alba Zabalegui, Rosa Burgos

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La cirugía de cáncer de recto, a menudo requiere la colocación de una ileostomía temporal. Tras el cierre de esta ileostomía se pueden producir complicaciones: fallo de sutura (4.8 % en nuestra serie), íleo paralítico, diarreas y problemas de control de esfínter anal, estas dos últimas asociadas al desuso del asa eferente.

Objetivos: Evaluar la tolerancia, los beneficios y las complicaciones de la estimulación del asa eferente (EAE) en pacientes pendientes de cierre de ileostomía, utilizando una fórmula de nutrición enteral polimérica con fibra.

Material y métodos: Estudio de intervención en pacientes adultos portadores de ileostomía lateral pendientes de reconstrucción. Variables estudiadas: edad, género, peso e IMC, índice de masa libre de grasa (IMLG) (Bodysat4000) y dinamometría (Jamar), dieta previa a la estimulación, adherencia y tolerancia a la estimulación. Complicaciones posquirúrgicas: fallo de sutura, íleo paralítico, incontinencia y aumento del ritmo deposicional.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes (10 hombres) edad media de 64 años (r.47-80), IMC: 27.96 kg/m² ± 3.47, IMLG: 17.26 kg/m² ± 2.89, dinamometría: 26.6 kg ± 8.21. La EAE se mantuvo durante 37.6 días (r.15-90). Se realizaron dos perfusiones con una media de 137ml (r.60-200). No hubo ningún caso de fallo de sutura. Cuatro pacientes presentaron íleo paralítico que se solucionó a los 4.4 días (r.3-6), tres presentaron diarreas e incontinencia durante la estimulación, solo en un caso se mantuvo la incontinencia. El 36.8 % de los pacientes presentaron diarreas durante la estimulación que se resolvió tras la cirugía. El 36.8 % presentaron incontinencia durante la estimulación que se resolvió tras la cirugía. Dos pacientes presentaron incontinencia después de la cirugía.

Conclusiones:

1. La EAE previa al cierre de ileostomía reduce el riesgo de fallo de sutura.
2. La diarrea y la incontinencia son efectos secundarios esperables que en la mayoría de los casos se resuelven tras la cirugía.
3. La mayor parte de los pacientes se benefician de la EAE.

P-120. Efectividad del abordaje nutricional precoz en pacientes candidatos a cirugía mayor digestiva oncológica

Ágata de Laguno de Luna, Iara Cacace, María Gema Onsurbe García, Norberto Gándara Adán, Jimena Avilés Osinaga

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción y objetivos: Evaluar la efectividad de la detección precoz del riesgo nutricional y la suplementación perioperatoria en pacientes con cáncer esofágo-gástrico programados

para cirugía mayor digestiva (CMD), comparando parámetros de morbimortalidad posoperatoria (P.O.) entre los incluidos en cribado precoz (grupo 2) y control histórico (grupo 1).

Metodología: Implementación del algoritmo de abordaje nutricional precoz captando a pacientes desde el comité de tumores valorando aquellos programados para CMD. Todos fueron valorados nutricionalmente, recibiendo suplementación preoperatoria (grupo 2). El grupo 1 se seleccionó retrospectivamente en función del cumplimiento de criterios de inclusión/exclusión. Se recogieron variables clínico-nutricionales y quirúrgicas, evaluando complicaciones a 30/60 días P.O. según Clavien-Dindo, estancia hospitalaria y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (grupo 1: 34, grupo 2: 36) con edad media de 62 ± 19,4 (64,3 % hombres). El 91,4 % presentaba comorbilidad y el 38,6 % fueron tratados con neoadyuvancia. La cirugía más frecuente fue la gastrectomía total (41,4 %), seguida por la esofagectomía (30 %), con un tiempo operatorio medio de 3,29 ± 1,08 horas. En cuanto a variables nutricionales apreciamos pérdida de peso en 82,4 % (grupo 1) y 86,1 % (grupo 2), con una pérdida superior al 5 % en 55,9 % (grupo 1) y 66,7 % (grupo 2). Se observó Nutriscore+ en 35,3 % (grupo 1) y 72,2 % (grupo 2) y criterios Glim de desnutrición moderada-severa en 64,7 % (grupo 1) y 83,3 % (grupo 2), con significación estadística (p0,002 OR 4,75 y p0,02). Si bien, en el grupo 2 presentaron peor estado nutricional, el tiempo medio de abordaje previo a cirugía fue mayor que en el grupo 1 (20 días vs. 7 días)

Conclusiones:

1. El grado de desnutrición preoperatoria aumenta el riesgo de complicaciones (P.O.) en pacientes sometidos a CMD.
2. Ambos grupos presentan tasas de morbimortalidad (P.O.) similares sin diferencias significativas.
3. Dado que el grupo 2 presenta un grado mayor de desnutrición, podemos concluir que el abordaje nutricional precoz reduce/igual a la morbimortalidad (P.O.) al grupo 1.

P-121. Soporte nutricional en reconstrucción esofágica compleja

Macarena López-Vázquez¹, Reinaldo Sánchez-Barrera¹, Gloria Creus Costas¹, Marta García Marqueta², Zara Vidales Sepúlveda², Leandra Farran Teixidor¹, Mónica Miró Martín¹, Rafael López-Urdiales¹, Manuel Pérez-Maraver¹, Nuria Virgili Casas¹

¹Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

²Hospital Duran i Reynals. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción y objetivos: La reconstrucción del tránsito en pacientes sometidos a una desconexión esofágica es una operación compleja y con una morbilidad significativa. El objetivo es describir el tipo de soporte nutricional y si es posible retomar la vía oral en pacientes que se someten a este tipo de cirugías en una unidad especializada de reconstrucción esofágica compleja.

Material y método: Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes que se sometieron a reconstrucción esofágica entre 2010-2021 en la unidad especializada de nuestro centro. Se describen los datos sobre etiología, complicaciones, soporte nutricional perioperatorio y tratamientos posteriores requeridos.

Resultados: Del total de pacientes intervenidos durante este periodo (n = 35) se disponían datos de 33 pacientes. Las etiologías más frecuentes son la ingesta de cáusticos y las neoplasias (cáusticos 42 %, neoplasias 39 %, otras 18 %), un 81 % presenta complicaciones relacionadas con la cirugía (vasculares 29 %, infecciosas 40 %, mecánicas 77 %) requiriendo el 78 % de los pacientes dilataciones endoscópicas por estenosis (sin diferencias en función de la etiología o tipo de cirugía) y el 35 % reintervención. La nutrición enteral por yeyunostomía es el tipo de soporte más frecuentemente utilizado en todo el periodo perioperatorio (100 % preoperatorio, 45 % en el postoperatorio inmediato y 60 % al alta). El 72 % de los pacientes consigue retomar la vía oral con modificaciones de textura (67 % fácil masticación, 33 % triturada) siendo la mediana de tiempo desde la cirugía de reconstrucción de 1.59 meses (IQR 0.44-12.79 meses) con diferencias estadísticamente significativas en función de la etiología (p = 0.0148) (Fig. 1).

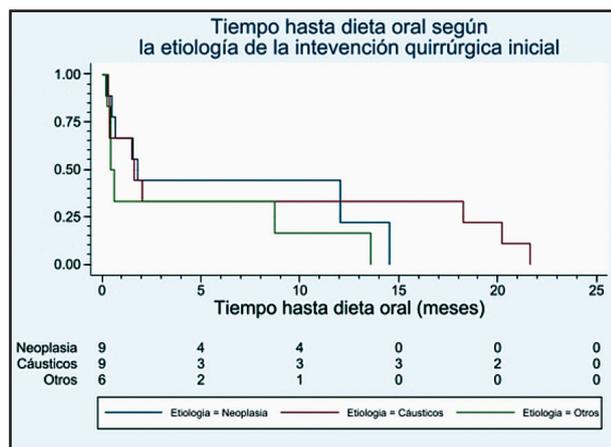


Figura 1.

Conclusiones:

1. Las reconstrucciones esofágicas complejas requieren de la existencia de equipos especializados en centros de referencia.
2. Estas unidades permiten una valoración multidisciplinar y un seguimiento estrecho gracias al cual los resultados funcionales son excelentes, a pesar de la gravedad de la enfermedad y los desafíos técnicos.

P-122. Cambios en la adherencia a la dieta mediterránea durante la terapia cognitivoconductual e impacto en la pérdida de peso en pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica

Iara Cacace, Laura Rey Fernández, María Onsurbe, Vicente Faus, Begoña Tortajada, Jimena Abilés

Hospital Costa del Sol. Málaga

Objetivos: Analizar el efecto de la adherencia a la dieta mediterránea (DM) en la pérdida de peso, en la bajada de niveles de grasa en pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica (CB) durante la terapia cognitivoconductual (TCC).

Material y métodos: Estudio prospectivo de 125 pacientes, 36 hombres y 89 mujeres. A todos se les pautó una dieta hipocalórica de 1200 Kilocalorías durante 5 meses en 11 sesiones de 2 horas c/una para promover cambios en el estilo de vida y en los hábitos alimentarios y se les recomendó realizar 30 minutos de actividad física a diario. Al principio y al final de la TCC se midieron, entre otros, variables antropométricas (peso, talla, IMC, masa grasa) y se les realizó el cuestionario PREDIMED para medir la adherencia a la DM. Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Costa del Sol.

Resultados: Al final de la TCC hubo una mejoría significativa en la adherencia a la DM en el peso, IMC y masa grasa. El valor del Predimed pre terapia fue de (7 ± 1,8), el peso preterapia fue de (124 ± 20), el IMC (de 46 ± 6) y la masa grasa (60 ± 15), y al finalizar la terapia el valor del Predimed fue de (9 ± 1,1), el peso fue de (113 ± 21), el IMC de (42 ± 6) y la masa grasa (52 ± 13) siendo la media de kg perdidos de 10 ± 13 kg.

Conclusión: Podemos afirmar que la adherencia a la DM es efectiva en la pérdida de peso y la bajada de niveles de grasa y del IMC en pacientes obesos mórbidos candidatos a CB durante la TCC.

P-123. Influencia de un complejo polivitamínico específico sobre los niveles de micronutrientes en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica

Rebeca Jiménez Sahagún^{1,3}, Juan José López Gómez^{1,3}, David Jorge Tejedor⁴, Laura Cuadrado Clemente^{1,3}, Sara Cuenca Becerril^{1,3}, Emilia Gómez Hoyos^{1,3}, Ana Ortolá Buigues^{1,3}, Beatriz Torres Torres^{1,3}, David Pacheco Sánchez^{2,3}, Daniel de Luis Román^{1,3}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³Centro de Investigación Endocrinología y Nutrición (IENVA) y ⁴Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: La deficiencia de micronutrientes y oligoelementos es una complicación frecuente de la cirugía bariátrica. El objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad de un complejo vitamínico específico sobre los niveles de micronutrientes 12 meses tras la cirugía.

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo, postcomercialización, abierto, en pacientes poscirugía bariátrica tratados con complejo polivitamínico Barimix frente a un complejo multivitamínico no específico (cohorte histórica). Se determinaron los niveles plasmáticos 12 meses tras la cirugía.

Resultados: Incluimos 85 pacientes, 71,8 % mujeres, edad media 44.7 (8,9) años. La cirugía fue manga gástrica (MG) en 55 (64,7 %) y derivación biliopancreática (DBP) en 30 (35,3 %). Los pacientes intervenidos mediante DBP consumían mayor número de complejos vitamínicos (MG: 1(1-2) comprimidos vs. DBP: 2 (1-2); p = 0,002). El complejo vitamínico empleado fue Barimix en 8 pacientes (100 % intervenidos con MG) y complejo

vitamínico no específico en 77 pacientes, (61 % MG, 39 % DBP). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de micronutrientes y oligoelementos 12 meses tras la cirugía entre los pacientes tratados con complejo vitamínico específico respecto a los tratados con complejo multivitamínico no específico. Entre los pacientes intervenidos mediante MG, el 100 % de los pacientes con complejo vitamínico específico consumían 1 único comprimido al día mientras que los pacientes con complejo multivitamínico común, 1 comprimido 22 pacientes (46,8 %); 2 comprimidos 24 pacientes (51,1 %); 3 comprimidos 1 paciente (2,1 %). Los pacientes con complejo común requirieron mayor suplementación de vitamina D (no específico: 2280 UI/día (1066-3750) vs. específico: 0).

Conclusiones:

1. En pacientes intervenidos de cirugía bariátrica tipo MG, el uso de un complejo vitamínico específico de cirugía bariátrica no demostró diferencias frente a un complejo vitamínico común.
2. Los pacientes con complejo vitamínico específico de cirugía bariátrica consumieron menos comprimidos del mismo y tuvieron menos necesidades de suplementos añadidos de vitamina D.

Aspectos éticos: Este estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Médica del Área de Salud de Valladolid Oeste con código PI 20-1934.

P-124. Ángulo de fase como factor pronóstico en los pacientes con neoplasia colorrectal sometidos a un programa de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA)

Carlos Miguel Peteiro Miranda¹, José Jorge Ortez Toro², Borja Sanz Martín², Sergio Román Gimeno³, Rosana Urdaniz Borque³, María Julia Ocón Bretón³

¹Hospital de Viladecans. Barcelona. ²Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. ³Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Introducción: La sarcopenia es común en el paciente con neoplasia colorrectal y se asocia con un incremento de la morbimortalidad. El Ángulo de Fase (AF) ha sido estudiado como factor pronóstico en numerosas entidades clínicas sin embargo son escasos los estudios que demuestran su utilidad en este grupo de pacientes.

Objetivos: El objetivo principal del estudio consiste en investigar si el AF es un factor predictor de morbimortalidad en el paciente con neoplasia colorrectal sometido a tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Estudio observacional transversal realizado en pacientes con neoplasia colorrectal sometidos a cirugía abdominal (n = 87). Se determinaron parámetros antropométricos y el análisis de la composición corporal se realizó mediante la impedanciometría Bioeléctrica (BIA). El AF se obtuvo de la relación entre la Reactancia (Xc) y la Resistencia (R). El diagnóstico de sarcopenia se realizó según los criterios establecidos por el

Grupo europeo de trabajo sobre la sarcopenia en personas de edad avanzada (EWGSOP2). Para la obtención de los resultados se realizó una regresión de Cox, una regresión lineal y curvas de supervivencia de Kaplan Meyer. La significación estadística se alcanzó con $p < 0,05$.

Resultados: El estudio se realizó en 87 pacientes hospitalizados con neoplasia colorrectal sometidos a cirugía con intención curativa. La edad media fue de 68,32 años (SD 15,98) y el 56 % (n = 49) fueron varones. La estancia hospitalaria media fue de 6,38 días (SD 2,97). El 52 % de los pacientes presentaron sarcopenia. Se obtuvo una asociación lineal inversa entre el AF y la estancia hospitalaria ($p < 0,0001$).

Conclusiones:

1. La sarcopenia es prevalente en los pacientes con neoplasia colorrectal.
2. La disminución del AF se puede considerar como un factor predictor de los días de estancia hospitalaria.

Aspectos éticos: Dictamen favorable por el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 05/06/2019.

P-125. Del Fast-Track a RIC, ¿estamos cumpliendo con los estándares de la nueva guía RICA?

Amador Lluch Romero, Marta Ricart Viles, Guillermo Cárdenas Llagranja, Victoria Avilés Parra, Núria García Barrassa, Laura Andurell Ferrandiz, Miguel Giribés Veiga, Marta Comas Martínez, Fiorella Palmas Candia, Alba Zabalegui Eguinoa, Hego Seguro Gurrutxaga, Rosa Burgos Peláez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: En nuestro hospital se inició el programa Fast-Track en el año 2014 con la implicación de un número limitado de servicios, entre ellos la Unidad de Soporte Nutricional (USN) con la intervención del Dietista-Nutricionista. Hace un año se formalizó el proceso de Recuperación Intensificada en la Cirugía del Adulto (RICA) con la inclusión de gran parte de los servicios quirúrgicos.

Objetivos: Auditar el cumplimiento actual de los puntos clave para la optimización nutricional durante el proceso peri-operatorio según la actualización de la guía RICA publicada en 2021 (grupo GERM), y compararlos con la práctica clínica de hace 1 año.

Metodología: Valoración crítica en equipo de los puntos nutricionales clave de la nueva estrategia en dos tiempos: hace un año y en la actualidad (junio 2021).

Resultados: La lista de verificación incluye 19 puntos. Inicialmente nuestra USN cumplía con 8 de ellos (42 %). Actualmente, hemos identificado un cumplimiento de 15 puntos clave (79 %), así como varios puntos de mejora (Tabla I).

Conclusión: La reflexión crítica de los puntos definidos por la guía RICA es una herramienta clave para identificar los puntos de mejora en los hospitales en la optimización nutricional de los pacientes incluidos en el programa. Por tanto, en este proceso es necesaria la presencia del Dietista-Nutricionista.

Tabla I.

	Hace 1 año	Actualmente	A mejorar
1. Prehabilitación trimodal (terapia física, nutricional y cognitiva)		✓	
2. Trabajo coordinado		✓	
3. Estrecha colaboración entre servicios		✓	
4. Explicación detenida información paciente previa IQ	✓	✓	
5. Información verbal y escrita	✓	✓	
6. Estandarizar medidas nutricionales		✓	
7. Cribado nutricional		✓	
8. Metodología GLIM	✓	✓	
9. Individualizar pauta nutricional	✓	✓	
10. Abandono hábito alcohólico	✓	✓	
11. Prehabilitación de al menos 7-10 días		✓	
12. Inmunonutrición en cirugía oncológica gastrointestinal			✓
13. Soporte nutricional oral	✓	✓	
14. Evitar ayunos preoperatorios innecesarios	✓	✓	
15. Sobrecarga oral de bebidas carbohidratadas	✓	✓	
16. Alimentación precoz postoperatoria		✓	
17. Recomendaciones para esofagectomías			✓
18. Recomendaciones para cirugía cardiovascular			✓
19. Recomendaciones para quemados			✓

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

P-107. Desnutrición y sistema inmune en anorexia nerviosa: a propósito de una revisión

Francisco Javier Moreno Redondo¹, Néstor Benítez Brito^{2,3}, Berta Pinto Robayna¹, Carlos Díaz Romero¹

¹Facultad de Farmacia. Departamento de Ingeniería Química y Tecnología Farmacéutica. Área de Nutrición y Bromatología. Universidad de la Laguna. San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ²Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Servicio Canario de Salud. ³Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I. Burgos

Introducción: La desnutrición es una enfermedad prevalente en pacientes que sufren anorexia nerviosa (AN). Afecta considerablemente al sistema inmune y causa complicaciones que condicionan el devenir de la AN. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica para dilucidar el conocimiento científico sobre la relación entre la desnutrición asociada a la AN y el estado inmunitario.

Metodología: La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed y Web of Science. Se incluyen trabajos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis, publicados en español e inglés entre 2010-2020 que aporten datos sobre el efecto de la desnutrición en diferentes marcadores inmunológicos en AN.

Resultados: Se seleccionaron 21 estudios de un total de 1532 referencias (2 metaanálisis, y 19 TO). Se observó un aumento en AN de las Interleucinas IL-2, IL-6, IL-10, IL-15, TNF alfa y TNF beta, así como de adiponectina y de poblaciones de linfocitos B, T maduros y T helper. Por otro lado, los niveles de IL-1a, leptina, NK, TNFR1, así como de las poblaciones de linfocitos T citotóxicos (CD8), fundamental en la respuesta frente a virus y bacterias, y el recuento de linfocitos T totales, disminuyeron sus niveles en AN frente a los controles, esto se traduce en un aumento de mediadores pro y antiinflamatorios, y un estado inmunodeprimido. Sin embargo, los resultados obtenidos no se relacionaron con mayor riesgo de infecciones o un estado proinflamatorio. La presencia de otras complicaciones psicósomáticas como ansiedad, estrés o depresión, podría jugar un papel a través del aumento en cortisol y leptina entre otros mediadores, lo que explicaría una mayor “resistencia” a las infecciones de estos pacientes.

Conclusiones: Dadas las contradicciones y limitaciones observadas en los estudios, se necesita más investigación que confirmen la hipótesis sugerida para llegar a conclusiones con mayor evidencia.

P-108. Relación inmunonutricional en la bulimia nerviosa: revisión bibliográfica

Francisco Javier Moreno Redondo¹, Néstor Benítez Brito^{2,3}, Berta Pinto Robayna¹, Carlos Díaz Romero¹

¹Facultad de Farmacia. Departamento de Ingeniería Química y Tecnología Farmacéutica. Área de Nutrición y Bromatología. Universidad de la Laguna. San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ²Dirección General de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Servicio Canario de Salud. ³Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I. Burgos

Introducción: Los Trastornos Alimentarios (TA) son enfermedades cuyo estado nutricional, psicossomático e inmunológico se encuentran estrechamente relacionados entre sí. Dentro de estas patologías, la Bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por un comportamiento que genera atracones y conductas compensatorias persistentes. Dada la escasez de estudios en relación con la respuesta inmune en BN, se realiza una revisión de la literatura para evaluar la relación entre la respuesta inmune y el estado nutricional de pacientes con BN.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Web of Science. Se incluyen trabajos originales (TO), revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis, publicados en español e inglés entre 2010-2020 que aporten datos sobre el efecto de las alteraciones del estado nutricional sobre diferentes marcadores inmunológicos en BN.

Resultados: Se seleccionaron 5 estudios de un total de 1532 referencias (5 TO). En parámetros relacionados con la inmunidad innata se observó un aumento significativo en TNF- α , IL-6, IL-1B, COX-2 y TBARS, mientras que la IL-10, IL-13, Nk y cortisol disminuyeron sus concentraciones. Para la inmunidad adaptativa se observaron aumentos de Basófilos y Linfocitos T Helper (CD4) y disminución de monocitos, linfocitos B (CD19) y linfocitos totales. Se pone de manifiesto que las respuestas biológicas a factores psicossomáticos como el estrés, la ansiedad y otros, como el hambre o la obesidad, conllevan cambios sobre el sistema inmune que, en este caso, se traducen en un estado final proinflamatorio, inmunodeprimido y con aumento del estrés oxidativo.

Conclusión: Existe una relación evidente entre el estado psicofísico, el sistema inmune y las alteraciones del comportamiento alimentario que sufren estos pacientes. Sin embargo, son necesarios nuevos estudios para llegar a conclusiones con mayor grado de evidencia.

P-109. Características y comorbilidades de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) crónico. Un estudio observacional

Ana Piñar Gutiérrez, Elena Dios Fuentes, Eva Venegas Moreno, Pablo Remón Ruiz, Alfonso Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos: Se ha definido cronicidad a la falta de respuesta tras 7 años de tratamiento convencional. El 25 % de pacientes con TCA se cronifica, existiendo peor pronóstico y mayor morbimortalidad. Evaluar características clínicas y complicaciones surgidas en una cohorte de pacientes con TCA crónico.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes con TCA crónico (BN y AN) atendidos en nuestra unidad en 2014-2019. Las variables cuantitativas

se describen como P50(P25-P75), cualitativas como n (%). Para comparar proporciones se utilizó X² y para medianas la prueba no paramétrica para muestras independientes.

Resultados: n = 64. Mujer = 61 (95.3 %). Seguimiento Endocrinología: sí = 48 (75 %), irregular = 9 (14 %). Seguimiento Salud Mental: sí = 39 (60.9 %), irregular = 13 (20.3 %) (Tabla I).

Tabla I.

	Total = 64 (100 %)	AN = 42 (65,6 %)	BN = 22 (34,4 %)
Comorbilidad mental	47 (73,4 %)	31 (73,8 %)	16 (73 %)
Tóxicos	10 (15,6 %)	5 (12 %)	5 (23 %)
Intento autolisis	9 (14,1 %)	5 (12 %)	4 (18 %)
Osteoporosis*	24 (37,5 %)	19 (45 %)	5 (23 %)
Hipogonadismo hipogonadotropo*	14 (22 %)	13 (31 %)	1 (4,5 %)
ERC/nefrocalcinosis	3 (5 %)	1 (2,4 %)	2 (9 %)
Alt digestivas	19 (30 %)	14 (33,3 %)	5 (23 %)
Alt iónicas	13 (20,3 %)	8 (19 %)	5 (23 %)
Edad inicio sint	17 (15-24)	17 (15-24)	18,5 (15-27)
Edad inicio seg	32 (24-42)	31 (20,7-43,5)	32 (26-39)
Edad actual	42,5 (36-49)	42 (36-51)	44 (36-45)
Tiempo seg (años)	8,5 (6-13)	10,5 (6,7-13)	7,5 (6-13)
IMC actual (kg/m ²)*	19 (17-21)	17,8 (16,5-19,7)	22,3 (19-25,3)
IMC mínimo (kg/m ²)*	16,4 (15,2-19)	15,8 (14,2-16,6)	19,4 (17-22,9)
Ingresos endocrinología*	1 (0-2)	1 (0-2,2)	0 (0-1)

*p < 0.05 al comparar AN-BN.

Conclusiones:

1. Nuestra muestra presenta una alta tasa de complicaciones físicas y comorbilidad mental.
2. Comienzan el tratamiento tras años de enfermedad, pudiendo condicionar el pronóstico.
3. Los pacientes con AN presentan más osteoporosis e hipogonadismo hipogonadotropo que los BN, así como menor IMC. Además, ingresan en más ocasiones.
4. Es necesario consensuar criterios de cronicidad y buscar un diagnóstico precoz.

Aspectos éticos: se siguió la Declaración de Helsinki. No existieron conflictos de interés.

P-110. Derivación de pacientes con sospecha de trastorno alimentario a las unidades de referencia de nutrición pediátrica de Tenerife

Adrián Herrera Herrera¹, Néstor Benítez Brito^{1,2,3}, Francisco Moreno Redondo, Berta Pinto Robayna⁴, Mercedes Murray Hurtado, Eva María Herrera Rodríguez⁶, Mónica Ruiz Pons⁶, Carlos Díaz Romero⁴

¹Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Universidad de la Laguna. Santa Cruz de Tenerife. ²Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. ³Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Isabel I. Burgos. ⁴Facultad de Farmacia. Departamento de Ingeniería Química y Tecnología Farmacéutica. Área de Nutrición y Bromatología. Universidad de la Laguna. San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁵Unidad de Nutrición. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁶Unidad de Nutrición. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: Los trastornos alimentarios (TA) son patologías multifactoriales de difícil diagnóstico que requieren preparación y/o especialización por parte de los sanitarios. Un correcto diagnóstico y la rápida derivación a la unidad sanitaria correspondiente es crucial en la evolución y pronóstico de la patología.

Objetivos: Evaluar la derivación de pacientes con sospecha de TA a las unidades de referencia de nutrición pediátrica de la isla de Tenerife.

Metodología: Estudio retrospectivo sobre pacientes que se derivan por primera vez a la consulta de nutrición por sospecha de TA entre el periodo comprendido entre el 1 enero del 2012 y el 31 marzo de 2021. Se incluyen pacientes < 18 años que hayan sido derivados por sospecha de TA a los dos hospitales de referencia de Tenerife. Se analiza los resultados con *software* SPSS (versión 22).

Resultados: Se analizaron 101 pacientes con sospecha de TA (edad 13,23 ± 2,73 años; 85,1 % mujeres). La sospecha de derivación fue: Anorexia Nerviosa (AN) Restrictiva 57,4 %, TA genérico 30,7 %, Fagofobia 5 %, Comedor Selectivo 3 %, AN purgativa 2 %, Bulimia Nerviosa 1 %, Trastorno por Atracción 1 %. El 76,20 % presentaba pérdida de peso, un 20,8 % vómitos autoinducidos, y el 37,6 % amenorrea. La derivación más común parte de primaria (37,6 %), psiquiatría (24,8 %) y hospitalización (16,8 %).

Conclusiones:

1. La derivación de pacientes hacia nutrición presenta cuadros ambiguos y poco concretos.
2. Destaca el grado de pérdida de peso de la muestra y la presencia de amenorrea.
3. Además, el número de pacientes que presentan vómitos no coincide con el número de sujetos diagnosticados de patologías en los que se presenta esta complicación (BN o AN purgativa), aunque también puede deberse a que sean vómitos aislados.
4. Se hace necesario reforzar los conceptos en el diagnóstico de los TA y los criterios utilizados en derivación.

P-111. Impacto del confinamiento por la pandemia SARS-CoV-2 en el desarrollo y evolución de trastornos de la conducta alimentaria: trastorno por atracón y ortorexia

Patricia Yárnoz, Laura Olazarán, Maite Aguas, Javier Escalada, Gema Frühbeck

Clinica Universidad de Navarra. Navarra

Introducción y objetivos: Evaluar el impacto del confinamiento en el desarrollo y evolución de trastornos de la conducta alimentaria en los pacientes que acuden a consulta: trastorno por atracón y ortorexia.

Material y método: Análisis del impacto del confinamiento en la alimentación y la actividad física realizada por los pacientes y su influencia en el estado de salud en función de la evolución de su índice de masa corporal y los parámetros analíticos previos.

Resultados: La prevalencia de pacientes con trastorno por atracón y ortorexia durante los meses posteriores al confinamiento fue superior a los datos previos registrados hasta ese momento. Asimismo, los pacientes que acudieron a consulta con aumento de peso tras el confinamiento presentaron mayor grado de dislipemia, a expensas principalmente de niveles más bajos de HDL colesterol, que los registrados en analíticas previas.

Conclusiones:

1. La pandemia por coronavirus ha puesto de relieve la alta prevalencia de trastornos por atracón en la población española adulta en comparativa con los datos previos al mismo grupo de población, así como su impacto negativo en el estado de salud de los pacientes y un aumento significativo del índice de masa corporal.
2. Del mismo modo, la prevalencia de ortorexia en mujeres adolescentes fue muy superior a la observada en el mismo periodo en años anteriores, asociado además a un aumento significativo de la actividad física realizada.

Aspectos éticos: los autores no refieren conflictos de interés.

P-112. Soporte nutricional en pacientes ingresados a cargo de Psiquiatría durante la pandemia por COVID-19: brote de descompensaciones de TCA que precisan de más ingresos, más largos y en personas más jóvenes

Valeria Alcántara Aragon¹, Fabiola Cruz Tamayo¹, Ana Alonso Herrera¹, Tamara Gordo Ruiz¹, Leticia Castro Fuentes², Cristina Hernández Jiménez², Ángela González Díaz-Faes¹, Laura Ramos Ramos¹, Bryan Rodríguez Montalván¹, Raquel Mesager Navarro², M. Pilar Benito González², José Andrés Gómez del Barrio², María del Castañar García Gómez¹, Luis Alberto Vázquez Salvi¹, Coral Montalbán Carrasco¹

Unidades de ¹Nutrición Clínica y ²Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción y objetivos: Describir cuantitativa y cualitativamente las consultas realizadas al servicio de Nutrición Clínica de pacientes ingresados a cargo de Psiquiatría durante la pandemia.

Material y método: Se extrajeron episodios registrados en el servicio de nutrición desde 2018 hasta 17/05/2021. Se analizaron por año, aquellos en los que hubo una consulta activa a nutrición durante ingreso hospitalario (que no incluyen ingresos hospital-de-día-UTCA) a cargo de psiquiatría. IMC (kg/m² medido al ingreso), los datos son media (Min, Max).

Resultados: Se detectaron 26 episodios, 21 pacientes- 4 reingresos:

- 2018: 1 episodio, mujer 44 años, IMC 18.1, 11 días ingreso, diagnóstico no TCA, no precisó NA.
- 2019: 3 pacientes, 3 episodios, 66 %mujeres, 59años (45,72), IMC15.4 (11.8, 19.2), 21.3 (15, 27) días ingreso, 2 precisaron de SNO 750 (600, 900) kcal por 14(13,15) días, 1 no precisó NA, diagnósticos: TCA: 1 AN-Purgativa, Otros: 2.
- 2020: 13 pacientes, 14 episodios, 69 % mujeres, 39 años (15, 72), IMC 19 (14.7, 26.5), 49.6 (14, 139) días ingreso, 7 precisaron NE-SNG 1570.6 (500, 1950) kcal por 45.8 (2, 131) días, 5 SNO 880 (200, 1200) kcal, 2 no precisaron NA, diagnósticos: TCA: 1 AN, 2 AN-Purgativa, 3 AN-Atípica, 3 NE, 1 Fobia a comer, Otros: 4.
- 2021: 8 pacientes, 8 episodios, 100 % mujeres, 28 años (15, 45), IMC 17 (9.8, 23), 53.9 (15,124) días ingreso, 5 precisaron NE-SNG 1774 (1200, 2300) kcal por 30.6 (6, 57 [dos pacientes siguen ingresadas al momento de analizar datos, recibiendo NE-SNG]) días, 1 SNO 990 kcal, 2 no NA, diagnósticos: TCA: 3 AN, 2 NE, 1 AN-Purgativa, 1 AN-Atípica, Otro: 1.

Conclusión: En contexto de la pandemia existe aumento significativo de requerimiento de NA en ingresos en Psiquiatría por TCA, con ingresos más prolongados, mayor necesidad de NE-SNG y media de edad menor.

P-113. Trastornos de la conducta alimentaria y confinamiento COVID-19

Araceli Ramos Carrasco, Beatriz Pelegrina Cortés, Teresa Antón Bravo, Marta García-Poggio Fernández-Renau, Mercè Salvador Robert, María Augusta Guillén Sacoto, Elisa Santacruz Cerdá

Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles, Madrid

Introducción y objetivos: La pandemia de COVID-19 obligó a un confinamiento completo durante casi dos meses. En este tiempo, notamos un aumento en los ingresos hospitalarios de pacientes con trastornos alimentarios en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario de Móstoles. Nuestro objetivo fue evaluar las condiciones clínicas, nutricionales y psicológicas de los pacientes ingresados y predictores del IMC al ingreso.

Material y método: Estudio prospectivo entre el 15/03 al 25/05/2020 de los pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría con diagnóstico de "trastorno de la conducta alimentaria" según la clasificación DSM-V. Completaron tres cuestionarios de autoinforme validados ("riesgo de conducta alimentaria", "actitud hacia la forma del cuerpo" y "autoestima") para evaluar la gravedad psiquiátrica del proceso. La edad, dura-

ción de la enfermedad, IMC antes del confinamiento, diagnóstico del trastorno alimentario, puntuaciones psicométricas, pérdida de peso y días sin asistencia se estudiaron mediante el coeficiente de correlación de Spearman como posibles predictores del IMC al ingreso.

Resultados: Un total de 9 pacientes, mujeres, con los diagnósticos: 6 AN-restrictiva, 2 AN- purgativa y 1 bulimia nerviosa. El predictor positivo más fuerte para el IMC al ingreso fue un IMC más alto antes del confinamiento. Puntuación más alta en el cuestionario sobre el riesgo de conducta alimentaria mostró una asociación positiva de un IMC más bajo al ingreso. La edad y duración de la enfermedad se asociaron significativamente con peores puntuaciones en el cuestionario de actitud hacia la forma del cuerpo y el cuestionario de autoestima.

Conclusión: El confinamiento empeoró los síntomas de la conducta alimentaria. Se deben incluir variables clínicas y psicosociales para encontrar predictores de resultados y proporcionar niveles de atención acordes con la gravedad del proceso.

Aspectos éticos: las pacientes firmaron el consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario de Móstoles.

P-114. Agudización de los trastornos de la conducta alimentaria durante el confinamiento por COVID-19: a propósito de 9 casos

Beatriz Pelegrina Cortés, Araceli Ramos Carrasco, Teresa Antón Bravo, Marta García-Poggio Fernández-Renau, Mercè Salvador Robert, María Augusta Guillén Sacoto, Elisa Santacruz Cerdá

Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles, Madrid

Introducción y objetivos: La pandemia por COVID-19 obligó a un confinamiento estricto en 2020 que condujo a la suspensión de la mayoría de la asistencia sanitaria presencial ambulatoria. En ese tiempo notificamos un incremento de los ingresos por agudización de TCA.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo, que incluyó todas las pacientes ingresadas en psiquiatría desde el 15.03.20 al 25.05.20 con diagnóstico de TCA. Se recopilaron características demográficas y antropométricas de la última visita presencial y al ingreso.

Resultados: Se incluyeron nueve mujeres. Los datos antropométricos antes del confinamiento y al ingreso se muestran en la tabla I. No hubo complicaciones agudas. Seis pacientes fueron tratadas con dieta, una precisó suplementos nutricionales orales y dos nutrición enteral por SNG.

Conclusiones:

1. Asistimos a un empeoramiento ponderal durante el confinamiento de 2020.
2. No se produjeron complicaciones agudas en el ingreso.

Aspectos éticos: las pacientes firmaron consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital de Móstoles.

Tabla I.

Paciente	Edad (años)	Duración de la enfermedad (años)	IMC preconfinamiento (kg/m ²)	Peso en la última visita presencial (kg)	Días sin asistencia presencial	Peso al ingreso (kg)	IMC al ingreso (kg/m ²)	Pérdida de peso (%)
AN restrictiva (n = 6)								
1	19	1,66	15,05	39,5	49	33,6	12,80	14,93
2	18	3,29	17,36	45	48	35,8	13,81	20,44
3	42	22,33	16,25	41,6	50	36	14,06	13,46
4	27	10,32	17,66	45,2	48	44,3	17,30	1,99
5	34	18,31	16,79	38,8	50	31,2	13,50	19,58
6	42	30,41	15,98	39,4	73	35,1	14,24	10,91
AN purgativa (n = 2)								
7	22	0	18,74	46,2	82	37,4	15,17	19,04
8	31	0	12,66	31,6	61	29	11,62	8,22
Bulimia nerviosa (n = 1)								
9	40	21,26	18,18	51,30	29	46,6	16,51	9,16
Media (n = 9)	30,56	11,95	16,52	42,07	54,44	36,56	14,33	13,08
DE	± 9,62	± 11,43	± 1,84	± 5,64	± 15,6	± 5,69	± 1,77	± 6,15

ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

P-012. Características y resultados de la gestación en mujeres con fenilcetonuria atendidas en una unidad de referencia

Ana Piñar Gutiérrez, Laura María de Ana Lobato, Elena Dios Fuentes, Alfonso Moreno Soto, Eva Venegas Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos: Actualmente existen pocas series españolas que describan el seguimiento y los resultados de las gestaciones en pacientes con fenilcetonuria, aunque se conoce que deben ser estrechamente controladas para evitar el síndrome de fenilcetonuria materna. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características, el seguimiento y los resultados obstétricos de las gestantes con PKU atendidas en una unidad de referencia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron las gestaciones de pacientes con fenilcetonuria atendidas en una unidad de referencia en los últimos 10 años. Se definió embarazo controlado como aquel en el que se mantuvieron cifras de fenilalanina < 4 mg/dL.

Resultados: n = 16 gestaciones de 9 pacientes. 8 (89 %) con PKU clásica y 1 (11 %) con PKU leve (Tablas I y II).

Tabla I.

	Embarazo controlado	Embarazo no controlado
N.º de embarazos*	9	4
Complicaciones del embarazo		
Aborto espontáneo	2	0
Interrupción voluntaria del embarazo	0	2
Parto prematuro	1	1
Secuelas neonatales		
Retraso mental	0	2
Microcefalia	0	2
Cardiopatía congénita	0	1
Peso al nacer < 2500 g	0	2
Facies dismórfica	0	2

*Existieron 3 gestaciones de las cuales no hay registro sobre el control de fenilalanina.

Tabla II.

Variable	Resultado
Embarazo programado	5 (31,3 %)
Tratamiento con sapropterina	3 (19 %)
Ingresos hospitalarios por descompensación	1 (6,3 %)
Diabetes gestacional	3 (19 %)
HTA	1 (6,3 %)
Lactancia materna	8 (89 %)

Conclusiones:

1. En nuestra serie, la mayoría de gestantes presentaban PKU clásica.
2. El porcentaje de gestaciones programadas fue bajo y la mayoría realizaron un buen cumplimiento del tratamiento y mantuvieron niveles adecuados de fenilalanina.
3. Solo hubo dos casos de síndrome de fenilcetonuria materna, que se produjeron en gestaciones con mal control.

Aspectos éticos: se siguió la Declaración de Helsinki. No existieron conflictos de interés.

DISFAGIA

P-137. Programa de hidratación complementaria con agua gelificada en pacientes con disfagia orofaríngea

Mònica Blanch Anglada, Miguel González Toral, Beatriz del Pino Gaya, Cristina Herranz Fernández

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Introducción: La deshidratación resulta habitual en pacientes con disfagia orofaríngea (DO), reagudizándose si debe hacerse uso de agua espesada a alta densidad. No abordar este aspecto a nivel hospitalario puede acarrear complicaciones que afecten a su recuperación. El agua gelificada es un recurso, pero, por su coste, requiere un control en la distribución y toma.

Objetivo: Aumentar la ingesta hídrica del paciente con DO requeridor de hidratación a miel o pudín, ingresado en Convalecencia del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Metodología:

- Piloto experimental.
- Servicios: Logopedia, Enfermería, Farmacia y Cocina.
- Recurso: Agua gelificada saborizada sin sacarosa.
- Premisa: Sistema complementario a hidratación habitual con espesante.
- Circuito establecido.

Resultados: El cronograma de resultados se expresa en la tabla I.

Conclusiones:

1. El agua gelificada es un recurso seguro y bien tolerado para complementar y/o favorecer la ingesta hídrica del paciente con DO.
2. En casos complejos, puede suponer la única vía de hidratación oral, al requerir menor fuerza de propulsión.
3. La distribución mediante bandeja hospitalaria, previa evaluación deglutoria, resulta eficiente. Permite una administración precisa y evita el desaprovechamiento.
4. Sistema escalable a otras unidades asistenciales.

Aspectos éticos: aprobado por el CElm del hospital.

P-138. Valoración de la disfagia orofaríngea mediante el análisis de las hojas de interconsultas recibidas en una Unidad de Nutrición

Susana Padín López, Rosario Vallejo Mora, Francisca García Torres, Montserrat Gonzalo Marín, Ana Isabel Arana Ruiz, Carmen Bautista Recio, Viyeu Doulatram, Francisco José Sánchez Torralvo, Gabriel Olveira Fuster

UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario. Málaga

Introducción y objetivos: Describir el perfil de los pacientes con disfagia orofaríngea (DOF) a través del análisis de las hojas

Tabla I. Cronograma de resultados

Cronograma	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Final
Participantes	9	11	9	9	8	8	Total: 19
Unidades diarias	16	18	13	10	12	12	Media: 13,5
Unidades semanales	112	126	91	70	84	84	Total: 567
Ingesta media paciente/día	225 ml	200 ml	175 ml	137,5 ml	187,5 ml	187,5 ml	187,5 ml/día

Aumento hídrico diario de 187,5 ml/paciente extra a la hidratación habitual con espesante.

de interconsultas realizadas al servicio de nutrición, conocer prevalencia de DOF y conocer de manera global la respuesta a nivel hospitalario en relación a la disfagia.

Material y método: Estudio descriptivo transversal. Se revisaron las hojas de interconsultas recibidas en la unidad de nutrición para valoración de DOF desde 2018 hasta febrero 2021. Variables analizadas; demográficas y clínicas. El diagnóstico de disfagia fue realizado por enfermera de la unidad de nutrición mediante Método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V). Se recogieron: antecedentes de broncoaspiración, presencia de traqueostomía, parentesco del cuidador, pacientes COVID positivos, presencia de cuidador, exitus y prescripción de suplementos nutricionales durante el ingreso, situación en cuanto a la dieta antes y tras realizar el MECV-V, signos patológicos presentados, recomendación al alta en cuanto a dieta y textura recomendada, destino del paciente al alta.

Resultados: Pacientes revisados 107. Solicitudes por año: 2018; 16 %, 2019; 17 %, 2020; 48 %, 2021; 20 %. Media edad: 67,6 ± 14. Sexo masculino 58 %, servicio más solicitante neurociencias 55 %, media días ingreso; 26,5 ± 27, dependencia total 45 %, antec. Broncoaspiración; 13 %, traqueotomía; 27 %, cuidador; 70 %. Antes del MECV-V; SNG 47 %, dieta triturada 21 %, se realizó MECV-V al 91 %; prevalencia DOF; 74,8 %. Alteración más frecuente mixta 29 %, éxitus durante ingreso 14 %, derivación a rehabilitación antes del alta; 20 %, alta a domicilio 64,5 %, Textura más recomendada; néctar 30 %.

Conclusiones:

1. Aumento en la demanda de la valoración de los problemas de deglución, mayor concienciación de la importancia del abordaje de la disfagia.
2. La realización del MECV-V nos ha permitido retirar las SNG en un porcentaje importante y pasar a dieta adaptada de manera segura.
3. Es importante responder a dicha demanda con personal sanitario formado y entrenado para detectar precozmente la disfagia y tratarla eficazmente.

P-139. Valoración nutricional y de disfagia tras ictus agudo

Rosario Vallejo Mora, Susana Padín López, María Isabel Fontalba Romero, Montserrat Gonzalo Marín, Silvia Patricia Alonso Gallardo, Gabriel Oliveira Fuster

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario. Málaga

Introducción: Los sujetos con ictus agudos presentan un elevado riesgo nutricional, que se manifiesta tanto al ingreso, como durante la hospitalización, siendo la disfagia orofaríngea la principal causa (alteración de la eficacia).

Objetivos: Evaluación nutricional y de disfagia en pacientes con ictus agudo ingresados en nuestra Unidad de Ictus.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo y de intervención. Evaluación nutricional: dieta previa, dinamometría,

circunferencia del brazo (CB), pliegue tricúspital (PT) y VGS; y de disfagia: realización/resultados del MECV-V, adaptación de la dieta/SNG; situación al alta y a los 6 meses.

Resultados: 121 sujetos, 69.25 ± 12.46 años, 64 varones (52.9 %). Rankin 0-1 (92.5 %), Charlson 0-1 (76 %) y dieta basal (99.2 %). Ictus origen isquémico (91.6 %). Al ingreso, PT en varones 16 ± 4.85 y mujeres 23.64 ± 6.29 mm; dinamometría en varones 48.46 ± 18.35 y mujeres 25 ± 12.28 Kg y MUST 0 (72.4 %). Disfagia (MECV-V) en 33 sujetos (27.27 %) con alteración de eficacia en 22 (8 solo eficacia y 14 ambas). Tras 1º MECV-V, 4 SNG y adaptación de la dieta con dieta triturada en 17 sujetos y espesante en 26. Al alta, 21 continuaron con disfagia (predominio alteración de la eficacia), con dieta oral adaptada salvo 1 SNG. Desnutrición moderada/severa (VGS) en 25 sujetos (22 %), ninguna broncoaspiración y 2 exitus. Estancia hospitalaria de 9.52 ± 8.6 días. La desnutrición moderada, se observó en sujetos con mayor estancia hospitalaria 18 ± 14.62 vs. 7.79 ± 5.31 días; así como en los pacientes con disfagia 20 sujetos. A los 6 meses, 1 *exitus* y 11 ingresos.

Conclusiones: En el momento del ingreso, la mayoría de pacientes no se encontraban desnutridos, sin embargo, la desnutrición durante el ingreso se observó en sujetos con disfagia tras ictus y a mayor estancia hospitalaria, siendo por tanto necesaria la valoración nutricional y seguimiento en este tipo de pacientes.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética de nuestro hospital, se usó consentimiento informado y la Declaración de Helsinki.

P-140. Análisis de la disfagia persistente con necesidad de gastrostomía en pacientes con infección por SARS-CoV-2 grave

Alexandre Aguilera Luque, Rebeca Barahona San Millán, Lidia Riera Pericot, Paula Pellicer Rodríguez, David Pérez Asensio, Gemma Gifre Mas Blanch, Silvia Mauri Roca

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona. Girona

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 puede precisar intubación orotraqueal e ingreso en UCI en las formas más graves. La incidencia de disfagia tras intubación orotraqueal y traqueotomía oscila entre el 50 y 80 %. La gastrostomía está indicada cuando la disfagia persiste más de 4-6 semanas.

Objetivos: Establecer la incidencia de disfagia persistente y los factores relacionados en pacientes con infección por SARS-CoV-2 grave que precisaron gastrostomía.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo entre febrero 2020 y abril 2021. Se recogieron datos clínicos de los pacientes con gastrostomía tras infección grave por SARS-CoV-2.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (total de 459 pacientes ingresados en UCI por SARS-CoV-2): 10 hombres, edad 66 años (54-78), IMC 29.7 (25.6-33.8), 4 fumadores, 3 DM2, 6 obesidad, 4 patología respiratoria y 5 neoplasia previa. 7 pacientes precisaron VMNI previa, 7 maniobras de pronación y 9 traqueostomía. Días de intubación 21 (± 5) y estancia en UCI 41 (± 16) días.

1 paciente requirió reintubación en una ocasión. Se realizó valoración de la disfagia mediante Test de Evans y fibroendoscopia de deglución. Se evidenció alteración en la fase oral (3), alteración en fase faríngea (4), lesiones combinadas (3). Se insertó gastrostomía percutánea radiológica en 6 pacientes y endoscópica en 4. La estancia hospitalaria total fue de 70 (\pm 21) días. 7 pacientes precisaron traslado a un centro sociosanitario. En 8 pacientes se ha resuelto la disfagia, permitiendo la retirada de la gastrostomía. La duración media de la gastrostomía fue 45 días (\pm 38) excluyendo los pacientes que aún la mantiene. Persisten 2 pacientes con disfagia y necesidad de gastrostomía (10 y 24 semanas hasta la fecha).

Conclusiones:

1. La disfagia es una complicación de la intubación prolongada.
2. En pacientes con infección grave por SARS-CoV-2 puede persistir y precisar gastrostomía.
3. Es imprescindible la valoración de la disfagia en pacientes traqueotomizados.

P-141. Proyecto DISFAP: abordaje de la disfagia orofaríngea en Atención Primaria

Laura Pérez Campos¹, Isabel Cots Seignot², Àngels Martínez Forte¹, Pilar Ferre Moreso¹, Silvia del Rey Vitó¹, Camilo Fernández Martínez¹, Montse Quero Cantarero², Mariona Roca Andreu²

¹CAP Terrassa Est. Terrassa, Barcelona. ²Consorti Sanitari de Terrassa. Terrassa, Barcelona

Introducción y objetivo: Detectar de manera precoz y hacer seguimiento a pacientes con disfagia orofaríngea (DO) mediante un programa multidisciplinar en atención primaria. Valorar la desnutrición asociada a esta enfermedad mediante el cribaje nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA).

Material y método: Estudio de intervención prospectivo realizado durante 1,5 años (octubre 2019-abril 2021) en atención primaria. Criterios de inclusión: pacientes > 75 años con riesgo de padecer DO o con sintomatología sugestiva de la misma visitados por la Unidad de Disfagia (UD). La visita se realiza de manera conjunta por medicina y enfermería formadas por especialistas en Logopedia, Nutrición y Farmacia. Durante la visita se valora la DO mediante Eating-Assessment Tool-10 (EAT-10) y test MECV-V y se realiza un cribaje del estado nutricional mediante MNA. Posteriormente se adapta alimentación, fluidos y medicación a textura según diagnóstico. El seguimiento de los pacientes se hizo a los 3, 6 y 12 meses y solo se realizó a los pacientes de atención domiciliaria debido a la situación pandémica.

Resultados: n = 72, de los cuales 6 habían sido diagnosticados de DO previamente en un ingreso hospitalario. De los 66 pacientes restantes, el EAT-10 fue positivo en el 93,93 % (n = 62). Del total de pacientes (n = 72): el 38,9 % presentó disfagia a líquidos con necesidad de adaptar la viscosidad, 19 % riesgo de desnutrición y el 7 % presentó malnutrición. El 75 % requirió adaptación de la dieta según el grado de disfagia y desnutrición. Al 15,2 % se les adecuó la medicación.

Conclusión: La intervención realizada en nuestro proyecto permitió incrementar la detección precoz de DO en población de riesgo así como detectar la malnutrición asociada, e intervenirla con adaptaciones individualizadas mejorando el estado nutricional de los pacientes.

Aspectos éticos: aprobado por el comité de ética el 21/2/2019, fue solicitado el consentimiento informado y se cumplieron los principios de la Declaración de Helsinki.

P-142. Valoración de la disfagia en paciente crítico ingresado por COVID-19

José Antonio Pedrón Barbera, Arantxa Rubio, Felipe Pardo, Francesc Febrer, Miguel Civera, José Tomás Real

Hospital Clínic Universitari de València. Valencia

Introducción: La disfagia es un problema que aparece frecuentemente en los pacientes ingresados en las unidades de Medicina Intensiva (UMI) como consecuencia de una infección por SARS-CoV-2 (COVID-19).

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional sobre pacientes con disfagia ingresados en una unidad de Medicina Intensiva durante el último año. El estudio se ha llevado a cabo por parte de enfermería de la unidad de Nutrición. Se han incluido todos los pacientes ingresados en la unidad de Medicina Intensiva de los que se ha solicitado valoración por posible disfagia orofaríngea. El total de la muestra fueron 22 pacientes y se realizó el test Método exploración Clínica Volumen y Viscosidad (MECV-V) para la valoración de la disfagia a pie de cama en la unidad de Medicina Intensiva. Posteriormente se revaloró a los pacientes previo al alta hospitalaria.

Resultados: El resultado del test MECV-V confirma que un 100 % de los pacientes presenta una alteración de la deglución, siendo un 91 % alteraciones tanto de la seguridad como de la eficacia. El test se realizó el día 15 (\pm 2) de ingreso en UMI. Se valoró también, la necesidad de colocación de sonda nasogástrica (SNG), con un 45 % de pacientes que requirieron esta técnica. El tiempo medio de utilización de la SNG para nutrición enteral fue de 22 días. La estancia media de los pacientes hospitalizados fue de 42 días, de los cuales la estancia media en UMI fue de 30 días. Al alta hospitalaria el 75 % de los pacientes necesitaron adaptación dietética y ninguno de ellos precisó el mantenimiento de la SNG.

Conclusiones:

1. De los pacientes con sospecha clínica, en el 100 % se confirmó la presencia de disfagia orofaríngea.
2. De los pacientes con disfagia orofaríngea gran parte requirió colocación de SNG.
3. Sin embargo, al alta, ninguno precisó SNG, pero en la gran mayoría fueron necesarias adaptaciones dietéticas.
4. Estas conclusiones ponen de manifiesto la necesidad de protocolos de manejo de la disfagia en el paciente ingresado por COVID-19 y el posterior seguimiento al alta hospitalaria.

P-143. Rol del cuidador del paciente con diagnóstico de disfagia orofaríngea en la percepción de la disfagia y la adherencia al tratamiento

Rosa Simó Sanchís^{1,2}, Neus Bosch Sierra², María José Hidalgo Sevilla¹, Rosa Díaz Veliz¹, Paz Rodríguez Castellano², Isidro García Salvador³, Silvia Veses Martín², Clara Hurtado Navarro²

¹Unidad de Docencia y Calidad y Servicios de ²Endocrinología y Nutrición y ³Oncología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia

Introducción y objetivos: La disfagia orofaríngea (DO) es un síntoma conocido muy prevalente en diferentes patologías. Sin embargo, el impacto que tienen la adherencia sus recomendaciones y el rol de los cuidadores en este trastorno no ha sido tan estudiado. Nuestro objetivo es evaluar la adherencia de los pacientes a las recomendaciones y el rol de los cuidadores en la percepción de la DO y adherencia a recomendaciones.

Material y método: Estudio transversal en el que se incluyeron a los pacientes ingresados por broncoaspiración desde febrero 2020 hasta mayo 2021. Se les realizó una valoración nutricional y se aplicaron diferentes escalas (Barthel, Pfeiffer, Complejidad). El diagnóstico de disfagia se realizó mediante el Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad (MECV-V). De los pacientes ingresados, se valoró la adherencia a las pautas de los que tenían un diagnóstico previo de disfagia y/o pautas entregadas previas al ingreso.

Resultados: Se analizaron 47 pacientes (51 % varones) con una media de edad de $86,4 \pm 7,2$ años. El 50 % presentó desnutrición según criterios GLIM. La desnutrición se asociaba al éxito a 30 días del ingreso y al Barthel. De los pacientes sin diagnóstico de DO previa al ingreso, el 78 % de sus cuidadores percibieron signos de DO; de los diagnosticados previamente, el 31 % de los cuidadores seguían percibiendo signos de DO. De los pacientes con diagnóstico previo, un 39 % era adherente a recomendaciones higiénico-posturales/suplementación, y solo un 31 % era adherente a recomendaciones dietéticas/espesante.

Conclusiones:

1. La desnutrición presenta mayor asociación al estado funcional que no al cognitivo.
2. La percepción de DO del cuidador es bastante elevada en aquellos pacientes sin diagnóstico previo de DO.
3. Los pacientes con DO presentan una escasa adherencia a su tratamiento.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el CI del Centro. Seguimos la Declaración de Helsinki y los sujetos firmaron un consentimiento informado.

P-144. Adherencia, tolerancia y hábitos de uso de un suplemento nutricional de textura adaptada en una población de pacientes desnutridos con disfagia

José Manuel García Almeida¹, Raquel Cutillas Ruiz², Pilar Lucía López Alarcón³, Isabel María Vegas Aguilar¹, Isabel María Cornejo Pareja¹

¹Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. ²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ³Nestlé Health Science. Barcelona

Introducción y objetivos: La suplementación nutricional oral (SNO) de textura adaptada forma parte del tratamiento de los pacientes con desnutrición y disfagia. Uno de los principales problemas que puede limitar la eficacia y empeorar la calidad de vida de vida es la adherencia. Objetivo, evaluar la adherencia, tolerancia y hábitos nutricional oral hipercalórico e hiperproteico de textura adaptada.

Material y método: 614 pacientes a través de 296 profesionales sanitarios, quienes cumplimentaron un cuestionario validado por especialistas en nutrición y disfagia formado por 25 preguntas durante un tiempo mínimo de dos semanas (Resource® Dense y Diabet Dense, Nestlé-Health-Science).

Resultados: 614 pacientes (edad media 76 años, 52,6 % hombres). El 86 % de los pacientes cumplen con la prescripción pautada, siendo la dosis recomendada más habitual 2 unidades diarias (64 %) y los formatos multisabor/vainilla los más prescritos. Más del 70 % consumen el suplemento fuera del horario de las comidas principales y solo el 15 % lo hacen “con cuchara”. Un tercio de los pacientes consideran “fundamental” su tratamiento nutricional, valorándolo como importante en el 59 % de los casos. El 96 % de los casos refiere que la textura facilita la ingesta y un 87 % no experimentó ningún problema de seguridad.

Conclusiones:

1. En una cohorte de pacientes desnutridos con disfagia en práctica clínica habitual la prescripción de SNO de textura adaptada condiciona un elevado grado de adherencia, limitados por los síntomas relacionados con la falta de apetito y clínica digestiva.
2. La forma de consumo es un factor fundamental a la hora de un adecuado cumplimiento, al igual que la distribución en el horario y la relación con la dieta natural.
3. La eleva tolerancia a SNO está condicionada por la saborización, olor y viscosidad adaptada, presentando datos de eficacia y seguridad en pacientes con disfagia.

Aspectos éticos: las recomendaciones de la Declaración de Helsinki fueron seguidas.

P-145. Revisión sistemática de evaluaciones económicas sobre intervenciones sanitarias en el manejo de la disfagia orofaríngea después del ictus

Sergio Marín^{1,2}, Omar Ortega¹, Ester Valls², Laia Pérez-Cordón³, Mateu Serra-Prat⁴, Pere Clave¹

¹Laboratorio Fisiológico Gastrointestinal. Hospital de Mataró. Universitat Autònoma de Barcelona. Mataró, Barcelona ²Departamento de Farmacia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ³Departamento de Farmacia y ⁴Unidad de Búsqueda. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

Objetivos: Evaluar la evidencia sobre el coste-efectividad de las intervenciones sanitarias en el manejo de la disfagia orofaríngea después del ictus (DO-DI).

Material y métodos: Revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se realizaron búsquedas bibliográficas en MEDLINE, Embase, NHS-EED y CEA-Registry hasta el 31 de marzo de 2021. Se incluyeron evaluaciones económicas sobre la DO-DI y se excluyeron estudios de costes y estudios sobre disfagia esofágica. La evidencia encontrada se presentó de forma narrativa.

Resultados: Se identificaron 244 estudios y se incluyeron 10. Svendsen y cols. encontraron costes de hospitalización (CH) inferiores (12,556, CI 95 % 9,751-15,361 dólares americanos) cuando se evaluó la DO-DI en las primeras 24 horas tras el ingreso. Liu y cols. no encontraron diferencias en los CH entre la evaluación de la DO-DI con el Test de Deglución con Agua (TDA) o con el Método Volumen-Viscosidad si el TDA falló. Schwartz y cols. encontraron una reducción no significativa en los CH de 1,505 dólares australianos (18,053 vs. 16,548, $p = 0.722$) al aplicar un protocolo específico de evaluación de DO-DI posttrombolisis. Wilson y cols. mostraron la videofluoroscopia como el método de cribado más coste-efectivo comparado con la evaluación a pie de cama o una combinación de ambos. Khiaocharoen y cols. y Suksathien y cols. mostraron que aquellos programas de rehabilitación que incluyeron la atención de la DO-DI fueron coste-efectivos. Pelczarska y cols. mostraron que el uso de dietas de textura modificada utilizando un espesante que contiene gomas (Nutilis Clear®) fue coste-efectivo y Kotecki y cols. que el uso de fluidos comerciales espesos fue más eficiente que su preparación *in situ*. Elia y cols. mostraron que la nutrición enteral domiciliar fue coste-efectiva (£12,817 por QALY) y Beavan y cols. mostraron un mayor aporte de nutrientes utilizando sondas con lazo con un mínimo incremento en los CH.

Conclusiones: Las intervenciones en la detección y manejo de la DO-DI que tienen un efecto positivo sobre sus complicaciones tienden a ser coste-efectivas.

P-146. Estado nutricional de pacientes hospitalizados con disfagia

Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, David Primo Martín^{1,2}, Henar Riesgo Fraile¹, M. Jesús Villameriel Galván¹, Isabel Pérez Mellén¹, Sara Cuenca Becerril¹, M. Ángeles Castro Lozano¹, Juan José López Gomez^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, Beatriz Torres Torres^{1,2}, Daniel Antonio de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación Endocrinología y Nutrición. Facultad de Medicina. Valladolid

Introducción: El término disfagia se refiere a la dificultad para la deglución. Es una situación clínica frecuente, cuya prevalencia aumenta con la edad, y repercute de forma muy negativa sobre la situación nutricional.

Objetivos: Evaluar la situación nutricional de los pacientes hospitalizados con indicación por su patología de base dieta pastosa disfagia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo longitudinal en 3268 pacientes ingresados a los que se les solicitó dieta de disfagia (Dietools®). A todos ellos se les realizó de forma protocolizada una valoración nutricional, se analizó mediante una fórmula el índice de masa esquelética apendicular (ASMI)

$-10,427 + (\text{CP}(\text{cm}) \times 0,768) - (\text{edad} (\text{años}) \times 0,029) + (\text{sexo} \times 7,523) / (\text{talla}(\text{m}) \times \text{talla}(\text{m}))$ que según los criterios del European Working Group on Sarcopenia in Older Adults (EWGSOP2) que clasifica como sarcopenia ASMI < 5,5 kg/m² en mujeres y ASMI < 7 kg/m² en hombres.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 81,35 ± 12,66 años (49,4 % V/50,6 % M). La estancia hospitalaria fue de 14,55 ± 10 días. Un 20,4 % de los pacientes presentaron úlceras en el ingreso, siendo en un 41,1 % en la región sacra, seguida de talón y trocánteres en un 17,3 %. El IMC medio estimado fue de 23,56 ± 4,43 kg/m². El ASMI estimado medio fue de 6,35 ± 1,17 kg/m² en hombres vs. 3,79 ± 1,34 kg/m² en mujeres. Al compararlo con los criterios EWGSOP2 las mujeres un 93,67 % presentaban sarcopenia y hombres un 70,64 % sarcopenia (Tabla I). Los parámetros bioquímicos reflejaron valores por debajo de los de referencia; proteínas totales 5,96 ± 0,76 g/dl, albumina 3,23 ± 0,56 g/dl, prealbúmina 18,11 ± 7,83 mg/dl, transferrina 173,00 ± 54,62 mg/dl y colesterol 139,66 ± 41,79 mg/dl.

Tabla I. Tabla de diferencia de variable sarcopénica por sexo

	Hombres	Mujeres
Sexo	49,4 %	50,6 %
ASMI	6,35 kg/m ²	3,79 kg/m ²
Sarcopenia	< 7 kg/m ² (70,64 %)	< 5,5 kg/m ² (93,67 %)

Cálculo ASMI: hombres = 1 y mujeres = 0.

Conclusiones:

1. Los pacientes en los que se indica una dieta pastosa disfagia son un grupo de alto riesgo nutricional.
2. En pacientes ingresados con disfagia más del 70 % presentan sarcopenia al utilizar el ASMI estimado.

OTROS

P-036. Alta prevalencia de insuficiencia de vitamina D en atletas profesionales de balonmano

Jorge Molina-López¹, Héctor Vázquez-Lorente^{2,3}, Lourdes Herrera-Quintana^{2,3}, Yennifer Gamarra-Morales^{2,3}, Gabriela Lobo Támer⁴, Elena Planells del Pozo^{2,3}

¹Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte. Universidad de Huelva. Huelva. ²Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix". Centro de Investigación Biomédica. Universidad de

Granada. Granada. ³Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. ⁴UGC de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Granada

Introducción: Los atletas son vulnerables tanto a las deficiencias como a las insuficiencias en el estado de la vitamina D. La evaluación de la 25 hidroxivitamina D y sus metabolitos puede ser útil para determinar con mayor precisión los estados de deficiencia de vitamina D en los atletas.

Objetivo: Evaluar el estado de la vitamina D y sus metabolitos en jugadores profesionales de balonmano, y valorar la expresión génica del VDR, determinando su evolución durante el periodo competitivo.

Métodos: Se reclutaron 26 sujetos: 13 hombres deportistas profesionales de balonmano y 13 hombres controles no deportistas. Se realizó un estudio de seguimiento durante un periodo de 16 semanas durante el periodo competitivo. Se evaluaron la composición corporal, la ingesta nutricional y las pruebas de laboratorio. Los niveles de vitamina D se midieron por LC-MS/MS.

Resultados: El 53.8-55.6 % de los jugadores de balonmano mostraron niveles deficientes de 25(OH)D. Además, el 44.4-61.5 % de los deportistas mostraron niveles insuficientes de 25(OH)D. A su vez, el 61.5-100 % de los deportistas mostraron un estado insuficiente para la 25(OH)D₂ y la 25(OH)D₃ a lo largo del estudio, siendo insuficientes en la 25(OH)D₂ en comparación con los no deportistas ($p = 0.03$). Los niveles de vitamina D se asociaron a la fuerza en nuestros deportistas de balonmano.

Conclusiones:

1. Se observó una alta prevalencia tanto de la insuficiencia como de la deficiencia de vitamina D y sus metabolitos en los jugadores de balonmano en nuestro estudio de seguimiento.
2. La interacción entre la vitamina D y los parámetros bioquímicos demuestra la importancia de esta vitamina tanto para el estado de salud óptimo como para el rendimiento deportivo en los atletas de balonmano.

P-037. Hipofosfatemia en pacientes hospitalizados tratados con hierro carboximaltosa

Macarena Contreras Angulo, Cristina Pardo de Santayana, Rocío Campos del Portillo, Blanca Oliván Palacios, Elvira Ramos Corral, Rosa Gómez Almendros, Ignacio Nocete Aragón, Belén García Izquierdo, Carlos García Gómez, Lucía Prieto Coca

Hospital Universitario Puerta de Hierro Mjadahonda. Majadahonda, Madrid

Introducción: La hipofosfatemia secundaria al tratamiento con hierro intravenoso es una causa a tener en cuenta en pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos que presenten otros factores de riesgo para desarrollar hipofosfatemia (escasa ingesta, desnutrición, alcoholismo, malabsorción...). Las formulaciones de hierro intravenoso podrían aumentar la excreción urinaria de fosfato a través de fosfatonas como FGF23.

Material y métodos: Se analizó una cohorte de 7 pacientes, 3 de ellos mujeres, ingresados en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid y valorados por el servicio de Nutrición entre febrero y mayo de 2021. La mediana de edad fue 75 años, con una mediana de IMC al ingreso de 23,5 kg/m² y una mediana de pérdida de peso previa del 6 %. Los 7 pacientes recibieron hierro carboximaltosa en dosis única (4 recibieron 500 mg y 3 recibieron 1000 mg), la mayoría tras cirugía por enfermedad oncológica. Se confirmó un valor de fósforo normal previo a la administración del tratamiento. La mediana del valor nadir de fosfatemia fue 0,8 mg/dl (0,8-1,55) en una mediana de 4 días (3-4). Todos recibieron tratamiento con fosfato oral y 5 de ellos también intravenoso, durando el tratamiento una mediana de 42 días. La mediana de aporte de fosfato exógeno máximo fue de 1,77 mEq/kg/día. No se determinaron niveles de FGF23 pero sí se objetivó una disminución de la reabsorción tubular de fósforo (RTP), con mediana de 66 %.

Resultados: Se detectó una tendencia a presentar PTHi elevada, 25-OH-vitamina D en el límite bajo y calcio disminuido (mediana de 95 pg/ml, 38 ng/ml y 8.1 mg/dl respectivamente).

Conclusiones:

1. El tratamiento con hierro intravenoso no es una causa infrecuente de hipofosfatemia.
2. La RTP disminuida pone de manifiesto la pérdida de fósforo a nivel renal como mecanismo causante.
3. Serán necesarios más estudios para identificar factores predictivos para su aparición, especialmente en pacientes con otras causas potenciales de hipofosfatemia.

P-038. Trigliceridemia en adultos tratados con nutrición parenteral: impacto de la infección por SARS-CoV-2

Elisabet Leiva Badosa, Lorena Santulario Verdú, Montserrat Colls González, Leticia Garrido Sánchez, María Badia Tahull, Mónica Fernández Álvarez, Mónica Estopiña Antoli, Miriam Casellas Gibert, Josep Llop Talaveron

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción y objetivo: En pacientes adultos hospitalizados tratados con nutrición parenteral (NP) estudiamos los factores asociados al riesgo de hipertrigliceridemia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron variables demográficas (peso, edad, paciente crítico), nutricionales (aportes lípidos, días de NP) y analíticas al inicio y al finalizar la NP (trigliceridemia (TG), glicemia, creatinina, leucocitos) e infección por SARS-CoV-2. Los datos se expresaron con mediana [IQR]. Se realizó un análisis univariante mediante t-student apareado para estudiar la asociación de las variables y TG, expresando los datos en media y desviación estándar. Mediante un análisis multivariante se analizaron factores asociados a TG al final de la NP. Nivel de significación: $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 1609 pacientes, con una mediana de 65 [21] años, 70.1 [10] kg, 48.2 % de los pacientes fueron críticos. La mediana de días con NP fue de 12 [15] y el aporte

de lípidos de 49.8 [8.9] g/día. Tanto los pacientes COVID como los críticos presentaron valores significativamente superiores de TG iniciales y finales respecto a los no COVID y no críticos. En la tabla I se comparan los valores de TG iniciales y finales. En el análisis multivariante, se observó una relación significativa de glicemia final (0.21 [0.06-0.106]), infección por SARS-CoV-2 (0.22 [0.96-1.78] y creatinina al final de la NP (0.18 [0.002-0.004] con TG final ($r^2 = 0.145$). Las variables paciente crítico, días de NP y leucocitos finales no fueron significativas.

Tabla I.

	TG inicial (mmol/L)	TG final (mmol/L)	p
Total (n = 479)	2,27 [1,29]	2,10 [1,10]	0,004
COVID (n = 14)	3,56 [1,01]	3,62 [1,73]	> 0,05
No COVID (n = 479)	2,23 [1,29]	2,06 [1,04]	0,003
Crítico (n = 410)	2,41 [1,40]	2,22 [1,30]	0,040
No crítico (n = 427)	2,13 [1,18]	1,99 [0,89]	0,044

Conclusión: La infección por SARS-CoV-2 sea asocia a un aumento de TG y, aunque se requieren más estudios, es un factor a tener en cuenta en el manejo del paciente tratado con NP.

P-039. Ángulo de fase, sarcopenia y complicaciones clinicometabólicas en pacientes hospitalizados con nutrición parenteral total

Beatriz Fernández-Medina, Isabel Vegas-Aguilar, Natalia Montero-Madrid, José Manuel García-Almeida, Francisco J. Tinahones-Madueño

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: El ángulo de fase y los parámetros de sarcopenia (BIA) son útiles para predecir morbimortalidad, nuestro objetivo evaluar su utilidad en desarrollo de complicaciones en nutrición parenteral total (NPT).

Material y método: Estudio observacional prospectivo en pacientes hospitalizados con NPT, valoración nutricional mediante bioimpedanciometría con ángulo de fase, dinamometría, parámetros analíticos basales y presencia de complicaciones clínicas y metabólicas clásicamente relacionadas con NPT.

Resultados: 171 pacientes con NPT, edad promedio 61,5 años \pm 14,7 años, 46,2 % mujeres. AF 4,8 SPA -0,516. ALM (masa magra apendicular) < 21,4 kg (hombres): 45,6 %, ALM < 14,1 kg (mujeres): 35,4 %. Cociente ALM/BMI promedio 0,919 en hombres con un 13 % por debajo del límite de 0,725; y 0,673 en mujeres con un 26,5 % por debajo del límite de 0,591. Las principales indicaciones fueron cirugía colorrectal 21,7 % y obstrucción intestinal 20,8 %. El 56,7 % de los pacientes fueron

oncológicos. Duración promedio de NPT: 12,3 días. Complicaciones: fiebre 39,2 %, bacteriemia 16,7 %, trombosis 3,4 %, hiperglucemia 67,8 %, hipertrigliceridemia 15,8 %, colostasis 49,1 %, alteraciones iónicas 56 %, siendo la más frecuente la hiperfosfatemia (15,5 %) seguida de hipofosfatemia (13,8 %). No hubo diferencias entre AF y alteraciones iónicas, hiperglucemia, hipertrigliceridemia o colostasis, fiebre, bacteriemia o trombosis. Sí se observaron diferencias entre AF e hipoalbuminemia severa ($0 < 0,001$), prealbúmina < 10 ($p = 0,006$).

Se observó correlación entre AF y Nitrógeno aportado ($r = 0,205$, $p = 0,028$). Se observaron diferencias entre cociente ALM/BMI en cuanto a hiperglucemia ($p = 0,040$). Se observó diferencias entre duración de NPT y presencia de fiebre e hipertrigliceridemia.

Conclusiones:

1. La prevalencia de sarcopenia en pacientes con NPT es elevada.
2. El ángulo de fase puede ser un factor predictor de disminución severa de proteínas viscerales y se relacionó con aportes de nitrógeno.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética y sigue la Declaración de Helsinki.

P-040. Ángulo de fase como nueva técnica para la valoración normofuncional que predice correctamente la duración de ingreso y la mortalidad a tres meses en pacientes ingresados

Rocío Fernández Jiménez, Lara Dalla Rovere, María García Olivares, Viley Kishore Doulatram Gamgaram, José Abuín Fernández, Francisco José Sánchez Torralvo, Virginia Morillas Jiménez, José Manuel García Almeida

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga

Introducción: La prevalencia de desnutrición hospitalaria es elevada y algunas técnicas de valoración nutricional mediante bioimpedanciometría han sido introducidas en los últimos años para complementar la valoración subjetiva, antropométrica y analítica.

Objetivos: Establecer puntos de corte de desnutrición según ángulo de fase (AF) en pacientes ingresados y estudiar su utilidad en la valoración nutricional y su capacidad para predecir duración de ingreso y mortalidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes ingresados por cualquier causa en el Hospital Quirónsalud Málaga entre 2019-2021. Se realizó una valoración nutricional completa, incluyendo bioimpedanciometría, mediante la cual se determinó el AF. Se establecieron puntos de corte de AF utilizando la valoración subjetiva global (VSG) como estándar para el diagnóstico de desnutrición. Se estudió su asociación con diversas variables de utilidad clínica, entre ellas la duración de ingreso y la mortalidad a 3 meses.

Resultados: 326 pacientes analizados, 173 (53.1 %) mujeres, con una edad media de 65 \pm 15 años. La VSG halló un 35 % de normonutridos, un 39 % de pacientes con desnutrición moderada y un 26,1 % con desnutrición severa. El AF medio fue 4.99° (5,3°

en hombres y 4.7° en mujeres, sin diferencias significativas). Se obtuvo un punto de corte de diagnóstico de desnutrición de 4.7° para el AF (Sensibilidad 67 % y Especificidad 73.3 %), presentando una concordancia kappa de 0.35 con la VSG ($p < 0.001$). Los pacientes con diagnóstico de desnutrición según AF (55.4 %) presentaron un aumento de la estancia hospitalaria respecto a los normonutridos (12.1 ± 8.4 vs. 8.4 ± 8.7 días; $p = 0.009$), así como de la mortalidad a 3 meses (15 % vs. 4.3 %; $p = 0.02$), presentando un riesgo de éxitus 4.1 veces mayor, ajustando por edad y sexo ($p = 0.04$).

Conclusión: El ángulo de fase se muestra como una herramienta útil para complementar la valoración nutricional del paciente ingresado, presentándose como un buen marcador pronóstico de duración de ingreso y mortalidad a 3 meses.

P-041. Programa de seguimiento de pacientes con desnutrición con soporte nutricional a 3 meses en el Hospital Quirónsalud Málaga: evaluación del ángulo de fase como factor pronóstico del soporte nutricional

Lara Dalla Rovere, Rocío Fernández Jiménez, María García Olivares, José Abuí Fernández, Vijey Kishore Doulatram Gamgaram, José Manuel García Almeida

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga

Introducción: El programa de cribado de desnutrición hospitalaria implantado en nuestro centro establece criterios de valoración de todos aquellos ingresos hospitalarios de más de 72 horas. En 2019 hemos creado un proceso de seguimiento de la desnutrición tras el ingreso hospitalario y su tratamiento precoz con el objetivo de reducir la morbi-mortalidad y las complicaciones asociadas a la misma.

Objetivos: Valorar los cambios antropométricos, ángulo de fase y analítica nutricional en los pacientes desnutridos tras 3 meses de soporte nutricional.

Material y métodos: Una vez detectados los pacientes de riesgo con el cribado hospitalario, se establecen las recomendaciones nutricionales y soporte artificial para el alta. Se realizará un seguimiento a los 3 meses para reevaluación del riesgo de desnutrición.

Resultados: 82 pacientes analizados, 42 (51.2 %) mujeres, con una edad media de 66.3 ± 13.1 años. La VSG halló un 6.1 % de normonutridos, un 62.2 % de pacientes con desnutrición moderada y un 31.7 % con desnutrición severa. Los pacientes tenían reducción del apetito (57.1 %), tratamiento qt/rt (54.3 %) y una pérdida de peso del 7.84 ± 6 en menos de 6 meses. Un albumina 3 ± 0.6 y Angulo de Fase 4.7 ± 1.3 . En la revisión de los 3 meses había pequeños cambios, peso y albumina resultaron significativos ($p < 0.025$). El 53.4 % no había perdido ulterior peso. EL 40 % mantenía el soporte nutricional prescripto. El AF fue de 4.8 ± 1.2 , la albumina 3.44 ± 0.7 . Según la VSG el 20.8 % era normonutrido, e 56.9 % desnutrición moderada y el 22.2 % severa. Falleció el 25 % de la muestra analizada (18).

Conclusiones:

1. Es fundamental establecer una estrategia de diagnóstico y un plan terapéutico sistemático (dieta y suplementación) tanto durante la hospitalización, cuanto al alta hospitalaria.
2. La adherencia al tratamiento no es fácil, mantener un seguimiento de control nutricional con los pacientes desnutrido facilita su cumplimiento.

P-126. Análisis de las dietas de un hospital de tercer de nivel y grado de satisfacción de los pacientes

Carmen Natividad García Matillas, Amelia María Chica Marchal, Isabel María Fernández Martínez, Ana María Cayuela García, José Mariano Montoya Egea

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Introducción y objetivos: Evaluar la satisfacción de pacientes con las dietas de un hospital de tercer nivel y adecuación a las protocolizadas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las encuestas realizadas, durante 3 meses, a pacientes ingresados tres o más días, autónomos y mayores de edad. Las variables recogidas: edad, tipo de dieta y valoración sobre 10 para apetito, sabor/gusto, olor, cocinado, temperatura, presentación, cantidad, calidad, variedad y valoración general. Por último, la adecuación del horario y tiempo con sí/no. En cada dieta se analizaron macronutrientes (%), kilocalorías (kcal totales) y fibra (gramos) en las combinaciones de primeros y segundos de dos menús semanales para comida y cena. Todos los resultados se expresaron como media \pm desviación estándar.

Resultados: La encuesta se hizo a 45 pacientes, 57,78 % eran hombres ($n = 26$), estuvieron ingresados $8,26 \pm 5,49$ días y edad media $69,29 \pm 14,76$ años. Según tipo de dieta: 44,44 % ($n = 20$) basal; 20 % ($n = 9$) diabética; 15,55 % ($n = 7$) cardiosaludable; 13,33 % ($n = 6$) triturada; 4,44 % ($n = 2$) fácil deglución y 2,22 % ($n = 1$) fácil masticación. Apetito: $6,24 \pm 1,81$; sabor y gusto $6,26 \pm 2,19$; temperatura $6,69 \pm 1,89$; cocinado $6,89 \pm 1,67$; olor $6,97 \pm 1,79$; presentación $7,2 \pm 1,56$; cantidad $7,38 \pm 1,39$; calidad $6,82 \pm 1,69$ y variedad $6,89 \pm 1,67$. Todos, menos uno, consideraron adecuado el horario y tiempo de la comida. Las puntuaciones según tipo de dieta: fácil masticación 8; basal $7,30 \pm 1,60$; diabética $6,89 \pm 1,90$; fácil deglución $6,5 \pm 0,70$; triturada $5,86 \pm 2,32$ y cardiosaludable $5 \pm 3,37$. La valoración global fue $6,73 \pm 2,09$. Dieta basal 2157,96 \pm 721,07kcal, lípidos $81,96 \pm 23,19$ %, hidratos de carbono $60,48 \pm 25,71$ %, proteínas $50,53 \pm 15,41$ % y fibra $7,06 \pm 4,47$ gramos. Dietas diabéticas 1653,72 \pm 496,5kcal, lípidos $84,31 \pm 24,14$ %, hidratos de carbono $54,91 \pm 18,33$ %, proteínas $51,50 \pm 19,72$ y fibra $5,46 \pm 2,23$ gramos.

Conclusiones:

1. Los parámetros peor evaluados fueron apetito, gusto y sabor y los mejor: presentación y cantidad.
2. Las dietas mejor valoradas fueron fácil masticación y basal y las peor: triturada y cardiosaludable.

3. Por otro lado, tras analizar las dietas se observa un exceso de lípidos y déficit de fibra, y un reparto inadecuado de kcal en la diabética.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el Comité Ético del hospital y los pacientes firmaron un consentimiento informado siguiendo la Declaración de Helsinki.

P-127. Correlación entre ecografía de recto femoral y otros parámetros habituales de la valoración nutricional

Raúl Rodríguez Escobedo^{1,4}, Silvia González Martínez^{1,4}, Lucía Díaz Naya^{2,4}, Carmen Alonso Llada¹, Janet Pagnozzi Angel³, Tomás González Vidal¹, Alba Gutiérrez Hurtado¹, Ceferino Martínez Faedo^{1,4}, Francisco Villazón González^{1,4}, Edelmiro Luis Menéndez Torre^{1,4}

¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ³Hospital Monte Naranco. Oviedo. ⁴Grupo de Investigación en Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad. Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo

Introducción y objetivos: La valoración del estado nutricional es una parte fundamental en la evaluación de los pacientes. El objetivo de este estudio es analizar la correlación entre la medida ecográfica del recto femoral y otras variables usadas habitualmente en la valoración nutricional.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel en los que se solicitó interconsulta a nutrición. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, talla, peso, circunferencia de brazo, muslo y pantorrilla, dinamometría (media de 3 medidas), albúmina, prealbúmina y medida de recto femoral (en punto medio entre espina iliaca anterior y borde superior de la rótula). Se analizó la correlación entre la medida del recto femoral y el resto de los parámetros. Significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron datos de 23 pacientes (13 hombres y 10 mujeres) con una edad media de $65,04 \pm 11,83$ años (Tabla I).

Conclusiones:

1. Se aprecia una correlación positiva estadísticamente significativa entre la medida ecográfica del recto femoral y la circunferencia del brazo, del muslo y la dinamometría, técnicas utilizadas habitualmente en la valoración nutricional.
2. Estos resultados confirman la ecografía del recto femoral como una herramienta válida en la valoración del estado nutricional, permitiendo una valoración directa del músculo.

Aspectos éticos: la realización de este estudio no ha modificado la atención sanitaria recibida por los pacientes. Se ha mantenido estrictamente la confidencialidad de los datos.

P-128. Valoración de soporte nutricional y evolución de peso en pacientes hospitalizados por COVID-19

Carlos Alonso Felgueroso^{1,2}, Raúl Rodríguez Escobedo^{1,2}, Fernando García Urruzola¹, Gema Martínez Tamés¹, Soraya Lanes Iglesias¹, Alba Gutiérrez

Tabla I. Correlación entre medida del recto femoral y el resto de variables

Variable	r Pearson	IC 95 %	Valor p
Edad	- 0,385	- 0,688 \pm 0,032	0,069
IMC	0,375	- 0,055 \pm 0,688	0,085
Circunferencia brazo	0,515	+ 0,130 \pm 0,765	0,012
Circunferencia muslo	0,506	+ 0,118 \pm 0,759	0,014
Circunferencia pierna	0,174	- 0,279 \pm 0,563	0,451
Dinamometría	0,442	+ 0,036 \pm 0,722	0,035
Albúmina	0,057	- 0,373 \pm 0,468	0,800
Prealbúmina	0,031	- 0,417 \pm 0,467	0,896

Hurtado¹, Tomas González Vidal¹, Paula Morales Sánchez², Edelmiro Menéndez Torre^{1,2}, Elías Delgado Álvarez^{1,2}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Grupo de Investigación en Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad. Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo

Introducción y objetivos: La infección por SARS-CoV-2 es un factor de riesgo de desnutrición. El objetivo de este estudio es describir el uso de soporte nutricional y la evolución del peso en pacientes ingresados por COVID-19.

Material y método: Se obtiene el registro de pacientes mayores de 18 años, ingresados por COVID-19 en un hospital de tercer nivel en 2020. Se ha revisado si durante el ingreso recibieron suplementos nutricionales orales (SNO), nutrición enteral (NE), nutrición parenteral (NP), también el uso de SNO al alta. Además, se valora el peso, desde 2 años a 30 días antes del ingreso; al ingreso; y al menos 30 días tras el alta. Se compara peso previo con peso al ingreso, y peso al ingreso con peso post mediante T de Student para datos emparejados. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de dicho hospital.

Resultados: Se obtienen datos de 1798 pacientes (1029 hombres, 769 mujeres), con una media de edad de 68,16 años (Tablas I y II).

Conclusiones:

1. Llama la atención el bajo número de pacientes con soporte nutricional, incluido el escaso uso de suplementos al alta.
2. Es evidente el descenso de peso durante el ingreso, lo que refuerza la necesidad de una correcta valoración nutricional en los pacientes hospitalizados.

Tabla I. Uso de soporte nutricional

Total de pacientes		
	n	% del total
SNO	100	5,6
NE	215	12
NP	46	2,6
SNO al alta	12	0,7
Pacientes en UCI (n = 269)		% de pacientes en UCI
SNO	41	15,2
NE	197	73,2
NP	40	14,9

Tabla II. Evolución del peso

Total de pacientes					
	n	Edad		kg	p
Previo vs. ingreso	137	72,1	Previo	78,21	> 0,05
			Ingreso	78,34	
Ingreso vs. posterior	126	64,4	Ingreso	81,59	< 0,05
			Posterior	80,16	
Pacientes con ingreso > 30 días					
Ingreso vs. posterior				91,46	< 0,05
				83,76	

P-129. Diferencias 2 años poscirugía bariátrica entre tres técnicas distintas en cuanto a tolerancia e ingesta

Begoña Pintor de la Maza, Ana Urioste-Fondo, Elena González-Arnáiz, David Barajas-Galindo, Isidoro Cano-Rodríguez, María D. Ballesteros-Pomar
Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La valoración de la tolerancia ras cirugía bariátrica (CB) puede realizarse con el test de tolerancia de alimentos (TTA) elaborado por Suter et al.

Objetivo: Determinar las diferencias en tolerancia e ingesta en tres técnicas distintas de CB.

Metodología: Estudio longitudinal realizado entre abril de 2016 y abril de 2019, aprobado por el comité de ética. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, intervenidos de derivación biliopancreática (DBP), bypass gástrico (BG) o gastrectomía tubular (GT). Se hizo seguimiento a 6, 12 y 24 meses poscirugía. Se realizó un recuerdo de 24-horas y TTA, que incluye 3 preguntas; percep-

ción de ingesta, tolerancia de 7 grupos de alimentos y presencia de vómitos. La puntuación máxima es de 27 puntos (mejor tolerancia).

Se analizó la diferencia entre técnicas en el TTA y en la ingesta en las 3 visitas.

Resultados: 66 pacientes (25 DBP, 17 BG, 24 GT). 74,2 % mujeres, edad media 44,2 (DE 9,4) años. Las diferencias del TTA se muestran en la tabla I, y las diferencias en la ingesta en la tabla II.

Conclusión: La DBP parece ser la mejor técnica en cuanto a tolerancia de alimentos 2 años tras la cirugía.

Tabla I. Resultados test de tolerancia

	DBP	BG	GT	p
6 meses	n = 25	n = 17	n = 24	< 0,001
	25,6 (DE 1,5)	19,2 (DE 4,9)	21,4 (DE 4,0)	
12 meses	n = 24	n = 16	n = 23	< 0,001
	25,6 (DE 2,4)	19,9 (DE 5,2)	22,7 (DE 3,4)	
24 meses	n = 19	n = 13	n = 17	0,005
	25,7 (DE 1,3)	21,3 (DE 4,1)	22,3 (DE 4,6)	

Tabla II. Ingesta de energía y proteína

6 meses				
	DBP (n = 25)	BG (n = 17)	GT (n = 24)	p
Energía (kcal)	1214,8 (DE 342,4)	1023,0 (DE 397,4)	867,0 (DE 291,9)	0,006
Proteína (g)	67,1 (DE 18,4)	53,1 (DE 19,8)	44,9 (DE 17,9)	0,001
12 meses				
	DBP (n = 24)	BG (n = 16)	GT (n = 23)	p
Energía (kcal)	1199,6 (DE 289,7)	1147,7 (DE 318,4)	924,7 (DE 447,3)	0,040
Proteína (g)	73,5 (DE 24,3)	70,1 (DE 20,6)	51,6 (DE 21,1)	0,004
24 meses				
	DBP (n = 19)	BG (n = 13)	GT (n = 17)	p
Energía (kcal)	1151,5 (DE 329,1)	1293,8 (DE 343,0)	975,7 (DE 415,3)	0,083
Proteína (g)	71,4 (DE 16,2)	63,1 (DE 17,7)	56,9 (DE 22,1)	0,108

P-130. Detección del riesgo de desnutrición y sarcopenia mediante la herramienta R-MAPP en pacientes hospitalizados

Ángela Durá De Miguel, Eva María Gascó Santana, Katherine García Malpartida, M.^a Amparo Rubio Broseta, Andrea Micó García, Silvia Martín Sanchis, Marta Garrido Bautista, Juan Francisco Merino Torres

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción: Las técnicas de cribado nutricional son fundamentales para detectar de forma precoz pacientes desnutridos o en riesgo. La herramienta R-MAPP (*Remote Malnutrition Application in Primary Practice*) utiliza test de cribado nutricional (CN) y funcional validados, como son el "MUST" y el "SARC-F" que detectan desnutrición y además, sarcopenia, respectivamente.

Objetivo: Conocer la prevalencia de desnutrición y sarcopenia mediante la valoración de pacientes hospitalizados con la herramienta R-MAPP.

Pacientes y métodos: Estudio transversal realizado en condiciones de práctica clínica habitual de 50 pacientes seleccionados de forma aleatoria de un hospital terciario, empleando R-MAPP.

Resultados: De los 50 pacientes, 16 fueron oncológicos (32 %), 13 presentaban enfermedad renal/hepática (26 %) y el resto otras patologías (6 %). De la totalidad, 12 (24 %) presentaban diabetes como comorbilidad a la patología. El promedio de edad fue 61 años y el 68 % fueron varones. El 80 % de los pacientes referían pérdida ponderal > 5 % en los 3-6 meses previos al ingreso. Tras el CN, 34 (68 %) presentaban riesgo de desnutrición alto. El resto, un 16 %, fue riesgo medio y bajo. El 58 % de la totalidad de los pacientes tuvieron riesgo de sarcopenia. De los 34 pacientes con desnutrición, 19 (55,9 %) mostraron riesgo sarcopenia o pérdida muscular y funcional, mientras que de los 16 pacientes sin desnutrición 10 (62,5 %) tenían riesgo de sarcopenia ($p < 0,001$).

Conclusiones:

1. La prevalencia de desnutrición y sarcopenia es elevada en los pacientes hospitalizados.
2. La combinación de SARC-F y MUST ha detectado un 20 % de pacientes con riesgo de sarcopenia, que no se hubieran diagnosticado realizando solo el test de cribado de desnutrición.
3. R-MAPP puede ser una herramienta de CN útil para detectar el riesgo de desnutrición y la pérdida muscular y funcional en pacientes hospitalizados.

P-131. Efecto de la COVID-19 en la prescripción de soporte de nutrición enteral: análisis del primer semestre del año 2020

Francisco Arrieta, Carolina Luque, Ángel Mataix, Ángel Candela, Nilda Martínez, Laura Montañez, Nuria Bengoa, Victoria Martínez-Vaello, Raquel Mateo, José Ignacio Botella-Carretero

Hospital Universitario Ramon y Cajal. Madrid

Introducción: El estado nutricional es un factor relevante que influye en la evolución de los pacientes con COVID-19, su abordaje en los casos de desnutrición desempeña un papel clave tanto

en la evolución de la enfermedad, como en la disminución de las complicaciones de los pacientes que han sufrido COVID-19. Los datos sobre el efecto que ha tenido la COVID-19 en la prescripción de soporte nutricional, incluyendo la nutrición enteral, son muy escasos

Objetivos: Analizar el impacto de la COVID-19 en el primer semestre del año 2020 respecto a la prescripción de soportes nutricionales enterales y su gasto en la Comunidad de Madrid (Estudio ANAPRENU).

Material y métodos: Estudio descriptivo y comparativo del consumo de productos de nutrición enteral en el primer semestre de los años 2019 y 2020 de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid prescritos en recetas oficiales electrónicas.

Resultados: La prescripción del número de envases totales durante el periodo estudiado por meses, se observa un incremento del 8 % de la prescripción durante el mes de marzo comparado con los meses previos ($p < 0,001$), seguido de un descenso del 9 % en los meses de abril y mayo ($p < 0,001$). El comportamiento de la evolución del gasto sigue el mismo patrón, con un incremento en el mes de marzo ($p < 0,001$) y un descenso en los meses de abril y mayo de similar magnitud (ambos $p < 0,001$). Al analizar por grupos de edades, el grupo de edad de más de 75 años fue el grupo con una mayor caída en las prescripciones (33,1 % mayor que en menores de 75) en los meses de abril y mayo de 2020 ($p < 0,001$).

Conclusión: La COVID-19 afectó la prescripción de soporte nutricional, especialmente en el grupo mayor edad.

P-132. Experiencia con un sistema de fijación externo de sondas nasointerales (brida nasal)

Rosana Ashbaugh, Raquel Niddan, Mario Bernal, Mónica Benito, Elena Martínez, Julia Álvarez

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid

Introducción: El sondaje naso gástrico (SNG) y naso entérico (SNE) es la vía de administración más utilizada para la administración de la NE. La retirada accidental y autorretirada de la misma, especialmente en pacientes agitados o con intubación orotraqueal es una complicación a evitar. La brida nasal (BN) se ofrece como una medida alternativa a las medidas de contención.

Objetivo principal: Revisar la eficacia y la seguridad de la BN en una población de pacientes que precisan NE por sonda.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo en condiciones de práctica clínica habitual. Se evaluaron los pacientes ingresados en el hospital (1/2/2020 al 13/05/2021), que precisaron NE por sonda con historial de arrancamiento repetido y colocación de BN. El equipo de enfermería de la Unidad de Nutrición colocó todas las BN.

Resultados: 51 pacientes (18 M/ 32 H), con una edad media de 73 años (37-96). Sus patologías de base eran ACVA (29,4 %); deterioro cognitivo (21,6 %), encefalopatías (7,8 %), patología oncológica (15,7 %), COVID 19 (9,8 %), otras (16,6 %). La indi-

cación más prevalente de la SNG o SNE fue Disfagia Orofaringea (54,9 %), rechazo a la ingesta (17,6 %), intubación orotraqueal (7,8 %) entre otras. Un paciente presentó úlceras por presión en septo nasal. La BN fue retirada en el 7,8 % de los casos por cambio de acceso digestivo (gastrostomía), 21,6 % paso a vía oral, 9,8 % por desconocimiento en su manejo (servicio de urgencias y residencia sociosanitaria). Evidenciamos diferencias significativas entre los arrancamientos accidentales y autoretiradas de las SNG y SNE antes y después de la colocación de la BN ($2,59 \pm 1,512$ vs. $0,24 \pm 0,596$; $p < 0.05$).

Conclusiones:

1. La brida nasal es una técnica segura y eficaz para la sujeción de SNG y SNE, permite evitar sus arrancamientos sin complicaciones relevantes.
2. La formación de los profesionales sanitarios es imprescindible para su utilización adecuada.

P-133. Revisión rápida de estudios clínicos sobre nutrición parenteral total y trofismo intestinal: una síntesis de la evidencia

Laia Pérez-Cordón¹, Esther Molina-Montes^{2,3,4,5}, Lluís Campins Bernardàs¹, Juan Carlos Yébenes Reyes¹

¹Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ²Departamento de Nutrición y Bromatología. Universidad de Granada. Granada. ³Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INYA) "José Mataix". Centro de Investigación Biomédica. Universidad de Granada. Granada. ⁴Instituto de Investigación Biosanitaria IBS. Hospital Universitario de Granada. Universidad de Granada. Granada. ⁵CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.

Introducción y objetivo: Son muchos los estudios experimentales en animales que han evaluado el efecto de la nutrición parenteral sobre la mucosa intestinal. No obstante, hasta la fecha no existe ninguna revisión que describa los cambios en la estructura morfológica y función de la barrera mucosa intestinal, la función inmunológica y los cambios en la microbiota intestinal en pacientes adultos que se nutren de forma exclusiva con nutrición parenteral a largo plazo. El objetivo del estudio es describir y evaluar la evidencia sobre las alteraciones en la mucosa intestinal que produce la administración de nutrición parenteral total en comparación con otras modalidades del soporte nutricional artificial.

Material y métodos: Se realizó una revisión rápida, siguiendo la metodología de una revisión sistemática de la literatura. Se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE a través de PubMed. Posteriormente dos revisores realizaron la revisión y selección de los estudios.

Resultados: Se identificaron 433 estudios de los cuales 12 cumplieron los criterios de inclusión. Se incluyeron un total de 1.464 adultos entre los que se reportaron resultados para 195 de ellos que recibieron nutrición parenteral total (NPT) con formulación estándar. El 58 % de los estudios evaluaron la morfología de la mucosa intestinal, el 58 % la absorción y permeabilidad intestinal, el 25 % la respuesta inflamatoria y el 17 % la translocación bacteriana en pacientes que recibían NPT.

Conclusiones:

1. La evidencia disponible sobre las alteraciones en la mucosa intestinal que se producen con el soporte nutricional artificial es limitada.
2. Los estudios incluidos han reportado resultados dispares en cada una de las variables analizadas y no se han incluido comparadores similares ofreciendo resultados poco concluyentes.
3. Son necesarios más estudios, con mayores tamaños de muestra y mayor calidad metodológica, que evalúen el efecto que tiene el reposo intestinal en las alteraciones del tracto gastrointestinal.

P-134. Valor pronóstico del ángulo de fase en la valoración nutricional de enfermería del paciente hospitalizado con nutrición parenteral

Natalia Montero Madrid, Isabel Vegas Aguilar, Beatriz Fernández Medina, José Manuel García Almeida, Rosalía Rioja Vázquez, Francisco José Tinahones Madueño, Isabel María Cornejo Pareja

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Los nuevos parámetros bioeléctricos se han ido incorporando en la evaluación nutricional de enfermería, mediante la medición de parámetros morfofuncionales derivados de la bioimpedancia (BIA), dinamometría y test funcionales. Muchos estudios han informado valor pronóstico del ángulo de fase (PhA) en distintas patologías.

Objetivo: Evaluar el valor pronóstico de la incorporación de nuevos parámetros bioeléctricos en la valoración nutricional de enfermería en pacientes con NPT hospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo sobre pacientes hospitalizados consecutivos con NPT. Se realiza valoración morfofuncional completa: BIA 101 (AKERN®) y dinamometría (JAMAR®), además de valoración nutricional clásica (cuartiles de ingesta, MUST, FILNUT) y escalas globales de función (Barthel).

Resultados: 171 pacientes hospitalizados con NPT, la edad media de 61.5 ± 14.7 años, 46.2 % mujeres, peso 68.3 ± 17.1 Kg, IMC 24.5 ± 5.25 , PhA $4.8 \pm 1.42^\circ$ y SPhA -0.516 (1.97). En relación a valoración nutricional: 90.6 % con MUST riesgo alto, VSG C 84.8 % y B 14.0 %. El 67.8 % de los pacientes estaban en dieta absoluta. La puntuación media de la escala Barthel fue 80.5 ± 29.1 . El 19.3 % de mortalidad. Se encontraron diferencias significativas en PhA, SPhA, BCMI (*body-mass-cell-index*), FFMI (*fat-free-mass-index*), dinamometría entre pacientes fallecidos y no fallecidos, sin hallar diferencias en edad, peso, IMC, FMI (*fat-mass-index*), hidratación (Tabla I). Los test funcionales (Barthel) y dinamometría correlacionaron positivamente ($r = 0.397$, $p < 0.001$). Barthel con parámetros de salud celular PhA ($r = 0.375$, $p < 0.001$), masa muscular BCMI ($r = 0.290$, $p < 0.001$). Dinamometría con PhA ($r = 0.454$, $p < 0.001$), BCMI ($r = 0.476$, $p < 0.001$).

Tabla I. Diferencias en composición corporal y función entre pacientes hospitalizados con NPT, supervivientes (n = 138) y no supervivientes (n = 33)

	Exitus (n = 33)	No exitus (n = 138)	p
	Media (SD)	Media (SD)	
Edad (años)	61,15 (12,8)	61,62 (15,22)	0,869
Peso (kg)	63,52 (17,61)	69,49 (16,82)	0,071
IMC (kg/m ²)	23,02 (5,06)	24,87 (5,26)	0,068
PhA ^o	4,08 (1,10)	4,97 (1,43)	0,001
SPhA	- 1,46 (1,81)	- 0,29 (1,95)	0,002
BCMI (kg/m ²)	6,86 (1,76)	8,63 (2,25)	< 0,001
SMI (kg/m ²)	8,28 (2,07)	9,26 (2,45)	0,035
FFMI (kg/m ²)	16,59 (2,35)	18,38 (2,81)	< 0,001
FMI (kg/m ²)	6,42 (3,91)	6,49 (3,85)	0,927
Nutrición (mg/h/24 h)	572,4 (172,13)	729,42 (221,63)	< 0,001
Hidratación (%)	77,58 (6,27)	76,88 (6,31)	0,568
Dinamometría (kg)	14,96 (9,78)	18,80 (10,04)	0,050
Barthel	73,39 (32,58)	82,36 (28,0)	0,148

Conclusiones:

1. La incorporación del PhA y otras medidas bioeléctricas a través de la bioimpedancia aporta valor diagnóstico y pronóstico en la valoración nutricional de la NPT.
2. Estos datos deben evaluarse en conjunto con los datos de funcionalidad (dinamometría, Barthel) en la valoración global de enfermería.

Aspectos éticos: Estudio aprobado por el comité de ética del centro y sigue las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

P-135. Cribado de obesidad sarcopénica en la consulta de unidad de diagnóstico de la obesidad (UDO)

María García Olivares, Lara Dalla Rovere, Rocío Fernández Jiménez, José Manuel García Almeida

Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga

Introducción: La obesidad sarcopénica es difícil de diagnosticar. Podemos definirla como una disminución de la masa libre de grasa (FFM) en el contexto de exceso de adiposidad. Los parámetros principales para definirla serían la baja fuerza y función muscular. El objetivo es resaltar la importancia de utilizar nuevas herramientas morfofuncionales como dinamometría, bioimpedanciometría (BIA) y ecografía muscular en consulta para valorar estos parámetros.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes de la UDO donde se incorporan nuevas herramientas de valoración de la obesidad y composición corporal, como BIA, ecografía muscular y dinamometría de mano.

Resultados: Se incluyeron de 90 pacientes: 67 mujeres (74.4 %) y 23 varones (25.6 %) de 46.9 ± 11.5 años con un IMC de 37.2 ± 6.74 . Describimos criterios morfológicos mediante BIA como el ángulo de fase (AF) 6.23 ± 0.69 , masa celular corporal (BCM) 31.7 ± 9.26 , masa grasa (FM) 43.8 ± 13.5 y masa libre de grasa (FFM) 56.5 ± 14.8 . El índice muscular estimado ASMM fue 20.1 ± 3.27 en mujeres y 32.1 ± 5.89 en hombres. La dinamometría media fue 20.8 ± 5.7 en mujeres y 43.8 ± 67.06 en hombres. Mediante la ecografía muscular del recto anterior del cuádriceps podemos observar el área 4.82 ± 1.60 , circunferencia 9.06 ± 1.39 y ejes musculares 3.73 ± 0.84 y 1.68 ± 0.39 . Existe una fuerte correlación entre las medidas de composición corporal obtenidas, como son ASMM y área muscular ($r = 0.608$; $p < 0.001$), ASMM y dinamometría ($r = 0.673$; $p < 0.001$), ASMM y BCM ($r = 0.941$; $p < 0.001$). Utilizando las tablas de percentiles de dinamometría de Pizarra, podemos observar que un 27.8 % y 21.1 % de los hombres y un 8.8 % y 5.6 % de las mujeres obtienen datos $< p50$ y $< p25$ respectivamente (Fig. 1).

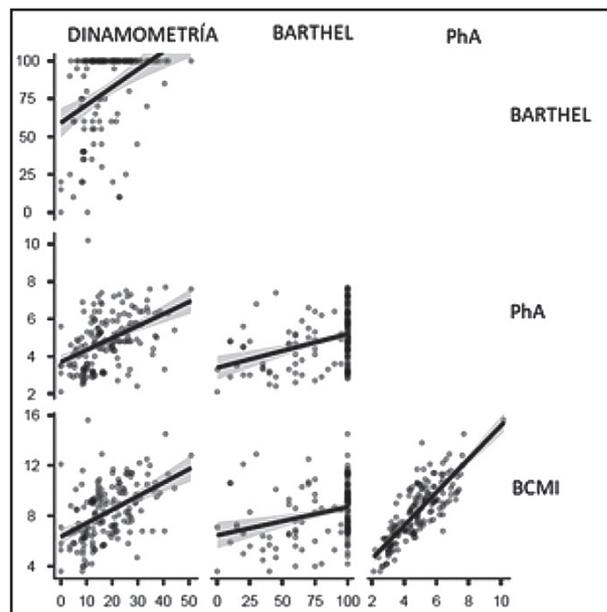


Figura 1.

Correlación test funcionales ángulo de fase (PhA) y masa muscular (BCMI).

Conclusiones:

1. Es necesario la aplicación de nuevas herramientas morfofuncionales que valoren la MLG de los pacientes para poder definir la fuerza y función muscular.
2. De esta forma es esencial más intervenciones con BIA y ecografía muscular para poder definir puntos de corte de deficiencia para pacientes con obesidad.

P-136. Revisión sistemática de la ingesta de energía y nutrientes y de los hábitos alimentarios durante el ciclo menstrual

Miriam Sánchez González¹, Loredana Arhip², Cristina Cuerda², María Inés López-Ibor Alcocer¹

¹Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid

Objetivo: El objetivo del estudio fue revisar la literatura científica acerca de la ingesta de energía y nutrientes y de los hábitos alimentarios durante el ciclo menstrual.

Material y métodos: Siguiendo las normas PRISMA, el 10/03/2021 se realizó una búsqueda en PubMed obteniendo 4163 resultados. Los resultados se expresan en medianas y rango intercuartílico de los estudios significativos. Programa: IBMSPSSv23.

Resultados: Se incluyeron 25 artículos con un total de 978 mujeres, edad media 25,6 años, edad media menarquia 12,7 años, IMC 21,1 kg/m². En las tablas I y II se muestran las características de los estudios y un resumen de los datos encontrados, respectivamente.

Tabla I.

	Características
Años de publicación	1978-2018
Tipos de estudios	Ensayo clínico (n = 4) Transversales (n = 2) Comparativos (n = 4) Otros (n = 15)
Raza	Asiática (n = 3) Caucásica (n = 1) No indicado (n = 21)
Registro ingesta	Diarios dietéticos > 2 días (n = 14) R24h (n = 3) Entrevista dietética (n = 2) Formulario personalizado (n = 1)
Actividad física	Registros estandarizados (n = 5) Sistema monitorización (n = 1) No indicado (n = 19)
Hábito tabáquico	Principalmente no fumadoras (n = 11) No indicado (n = 14)

Tabla II.

	Número de estudios totales y con datos significativos	Fase lútea	Fase folicular
Energía (kcal)	20/12	1912 (1873-2164)	1749 (1593-1833)
Proteínas(g)	16/3	65 (57-)	62 (49-)
Lípidos (g)	16/4	76,7 (62-79)	67,8 (52-72)
Carbohidratos (g)	16/4	234 (220-292)	213,2 (191-241)
Vitamina D (mcg)	1/1	2,69 (2,69-2,69)	2,16 (2,16-2,16)
Calcio (mg)	1/1	612 (612-612)	546 (546-546)
Consumo por grupos de alimentos	4/0		
Antojos	11/5	Mayor apetito por alimentos dulces y salados	

Conclusiones:

1. Más de la mitad de los estudios han observado que la ingesta energética se ve incrementada durante la fase lútea, aunque no se relaciona con un aumento del consumo de un grupo específico de alimentos.
2. Se observa un aumento significativo en la ingesta de macronutrientes entre las dos fases.
3. Aunque el número de estudios es limitado, debe de tenerse en cuenta la existencia de antojos y aumento del apetito hacia alimentos dulces y salados.

P-147. Vayamos al grano integral

Cristina Moreno Castilla, Cristina Domínguez Gadea, Marta Bueno Díez, Lilita Gutiérrez Carrasquilla, Javier Suárez Balaguer, Raquel Ruano Esteban

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: Cada 28 de mayo, Día Nacional de la Nutrición, la Federación de Nutrición (FESNAD) organiza una campaña para promocionar una alimentación saludable. El lema de la de 2020 fue "Cereales. Vayamos al grano."

Objetivos: Analizar el consumo de cereales, pseudocereales y derivados entre los/las trabajadores/as de un hospital.

Métodos: Encuesta elaborada mediante Formulario de Google.

Resultados: Se envió la encuesta a 2134 personas (76 % mujeres), de las cuales respondieron 302 (14 %), en su mayoría (84 %) mujeres. La categoría profesional prevalente fue la de diplomada sanitaria (45 %). El 66 % contestó que incluye cereales, pseudocereales y/o derivados en 1 o más comidas del día. En cuanto a la versión integral, únicamente el pan es el que más de la mitad de los encuestados escoge integral y a veces (59 %), seguido de la pasta integral (48 %). La mitad (50 %) no toma cereales y/o pseudocereales “de desayuno” y entre quienes sí, el más consumido es la avena (31 %). El principal motivo por el que no comen integrales es la falta de costumbre (74 %). Otras razones: contienen demasiados carbohidratos y azúcares, son más caros y producen molestias abdominales. A tres cuartas partes de las participantes les gustaría que hubiera mayor oferta de integrales y derivados en la cafetería del hospital, generalmente por razones de salud.

Conclusiones:

1. En general, la dieta de quienes trabajan en este hospital incluye cereales, pseudocereales y/o derivados, mayormente en su versión refinada, por tradición.
2. Persisten ciertas creencias erróneas acerca de los integrales.
3. No obstante, son considerados mejor opción de salud y, *por ende*, se opina que deberían formar parte de la oferta de productos de la cafetería hospitalaria.
4. Tras estos resultados se incluyeron arroz y pasta integrales en los menús de la cafetería hospitalaria.

Agradecimientos: a quienes respondieron la encuesta y al Gabinete de Comunicación del hospital, quien la difundió.

P-148. Estudio piloto del efecto de un programa de rehabilitación cardíaca sobre la composición corporal y la actividad física

Karol Alvarado Rosas¹, Perci Begazo Flores², Leticia Serrano Urzaiz¹, Marina Gimeno González², Belén Morata Crespo², Francisco Losfablos Callau¹, Mikel González Fernández¹, Alejandro Sanz Arque³, Fernando Calmarza Chueca¹, Alejandro Sanz Paris¹

¹Unidad de Nutrición y ²Servicio Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ³Centro de Salud Ablitas. Ablitas, Navarra

Introducción: El programa de rehabilitación cardíaca consiste en un plan de ejercicio físico controlado y dieta que se realiza en pacientes después de cirugía cardíaca. Uno de sus objetivos es mejorar la capacidad para realizar ejercicio físico. El objetivo del presente estudio es evaluar los cambios en la actividad física y su relación con la composición corporal en una cohorte de pacientes antes y después de un programa de rehabilitación cardíaca.

Material y métodos: Se realizó una valoración previa y al finalizar un programa de rehabilitación cardíaca de 12 semanas. Valoración actividad física con cuestionario internacional de actividad física (IPAC) y nutricional: antropométrico (pliégue cutáneo bicipital, índice de masa corporal, circunferencia de brazo y pan-

torrilla), fuerza agarre mano, impedancia y ecografía muscular. Prueba estadística: Comparación de medias pareadas de Wilcoxon y correlación de Spearman. Estudio aprobado por el comité de ética local. C.P. - C.I. PI20 / 608.

Resultados: Se recolectaron 10 pacientes con una edad promedio de 57,8 (6,8), 80 % hombres, 50 % operados de coronariopatía y el otro 50 % por valvulopatía cardíaca. Observamos que el aumento significativo de la actividad física medido por IPAC (p: 0.005), pero no de la fuerza mano (p: 0.4), circunferencia brazo (p: 0.086), grosor musculo bíceps por ecografía (p: 0.8), masa muscular por impedancia (p: 0.8). El aumento de la actividad física se correlacionó significativamente con el aumento de la masa muscular medido por impedancia (Rho 0.7, p: 0.024) y casi con fuerza mano (Rho 0.57, p: 0.08), pero no con las variaciones del resto de parámetros estudiados.

Conclusiones:

1. Tras un programa de rehabilitación cardíaca aumenta la actividad física en relación con el aumento de la masa muscular medida por impedancia.
2. Estos resultados son muy preliminares por el reducido número de casos recogidos.

P-149. Prevalencia de desnutrición asociada a la enfermedad y trastornos hidroelectrolíticos de alto riesgo de refeeding en el seguimiento de pacientes con nutrición enteral por vía nasogástrica

Carlos Jareño Martínez, Cristina M.^a Díaz Perdignes, Esther Solano Fraile, Carme Martí Mezcuca, Alba Guasch Sintés, Laia Martínez Guasch, Theodora Michalopoulou Alevras, Ana Megía Colet, Joan Vendrell Ortega

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

Objetivo: Evaluación de la desnutrición asociada a la enfermedad (DRE) según dos de los tres criterios fenotípicos del consenso para el Liderazgo Global en Desnutrición, y la frecuencia de complicaciones iónicas durante el seguimiento de pacientes con nutrición enteral (NE) por sonda nasogástrica (SNG)

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de interconsultas realizadas en 2020 a la Unidad de Nutrición para iniciar NE por SNG. Se recogieron variables clínico-antropométricas y complicaciones iónicas asociadas a alto riesgo de *refeeding* tras 72 horas de inicio de NE (hipopotasemia < 3,5 mEq/l, hipomagnesemia < 0,75 mmol, hipofosforemia < 0,8 mmol o disminución de un 30 % del fosfato basal). Comparamos las diferencias en tasa de complicaciones iónicas según el grado de porcentaje de pérdida de peso (% PP) o IMC según criterios GLIM. Análisis estadístico T- chi-cuadrado.

Resultados: 102 pacientes con edad media 66,09 ± 24,84 años, 66.7 % varones, 38.2 % diagnóstico de diabetes y el 37,8 % ingresaron por cáncer de cabeza y cuello. En el 23,4 % de los casos de edad < 70 años presentaban IMC < 20 kg/m² y un 28,5 % tuvieron un %PP > 5 %. Entre el subgrupo con IMC < 20 kg/m² el 36,5 % arrojaron %PP > 5 %. Edad ≥ 70 años el 5,3 % presentaba IMC < 22 kg/m², %PP > 5 % en el 31,6 %

y dentro del subgrupo IMC < 22 kg/m² el 50 % obtuvo %PP > 5 %. El 39,6 % presentaron alguna complicación iónica durante el seguimiento: 18,5 % potasio < 3,5 mEq/L, 2,28 % fosfato < 0,8 mmol, 1,1 % magnesio < 0,75 mmol y un 22,6 % cambio de fosfato > 30 % a las 72 horas. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de complicaciones iónicas según IMC para edad < 70 años ($p = 0,56$) o ≥ 70 años ($p = 0,15$) ni en %PP ($p = 0,25$).

Conclusión: En edad ≥ 70 años el %PP parece ser un criterio fenotípico más sensible para diagnóstico de desnutrición y %de cambio de fosfato > 30 % a las 72 horas es el cambio electrolítico más frecuente para sospechar alto riesgo de *refeeding*.

P-150. Infección asociada a catéter venoso central utilizado para nutrición parenteral

Lucía González Roza, Elena González Arnaiz, Begoña Pintor de la Maza, Beatriz Ramos Bachiller, Mario Saavedra Vásquez, Diana Guadalupe Ariadel Cobo, Ana María Urioste Fondo, María D. Ballesteros Pomar, Isidoro Cano Rodríguez

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: Una de las complicaciones más graves en pacientes con nutrición parenteral (NP) es la bacteriemia asociada a catéter venoso central (CVC). Las infecciones asociadas a CVC se asocian a un aumento de la morbimortalidad hospitalaria.

Objetivos: Determinar qué factores clínicos se relacionan con infección por CVC.

Material y método: Estudio observacional descriptivo, tipo transversal. Se revisaron los CVC utilizados para NP prescritas por la Unidad de Nutrición en el hospital durante el 2020. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, diagnóstico de desnutrición, duración de NPT, tipo de CVC, motivo de retirada, resultado de hemocultivos y cultivo de la punta del catéter.

Resultados: Se revisaron 154 CVC. El 56 % de los pacientes eran varones. La media de edad fue de 68,9 años (DS 12,5). La media de duración de la NP fue de 14,3 días (DS 11,2). El 69,6 % pertenecían a servicios quirúrgicos. El 21,4 % fueron diagnosticados de desnutrición calórico-proteica grave al inicio del seguimiento. La vía central más canalizada fue la yugular (56 %) seguida de la subclavia (16,1 %), PICC (7,1 %) y femoral (3 %). El principal motivo de retirada del CVC fue el fin de la NPT (48,8 %) seguido de la fiebre (13,7 %). Se extrajeron hemocultivos en el 17,9 % de los CVC retirados, siendo positivos el 13,1 %. *S. epidermidis* (6 %) y *S. hominis* (3,6 %) fueron los microorganismos más aislados en los HC. El cultivo de la punta se solicitó en el 16,7 % de los CVC. Los microorganismos más aislados fueron: *S. epidermidis* (4,8 %), *S. hominis* (3 %), *S. capitis* (1,2 %). El 80 % de las vías femorales se infectaron. La presencia de infección se relaciona de forma estadísticamente significativa con la duración de la NPT ($p < 0,005$) y la desnutrición al ingreso ($p < 0,005$).

Conclusiones:

1. La presencia de desnutrición al ingreso es un factor de riesgo para la infección de CVC utilizado para NP.
2. La vía femoral registra el mayor porcentaje de infección.

