

Nutrición Hospitalaria



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

38 CONGRESO NACIONAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO
SENPE

DEL 24 AL 26 DE MAYO

VALENCIA2023
Palacio de Congresos de Valencia

www.congreso-senpe.com

SECRETARÍA TÉCNICA:
 KENES GROUP

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 2023. 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 269 € - Instituciones 308 €

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, Aidslines 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 Olveira Fuster

UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga
gabrielolveiracasa@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

Pedro Delgado Floody

Departamento de Educación Física, Deportes y Recreación
Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

pedro.delgado@ufrontera.cl

Luis Miguel Luengo Pérez

H. U. Infanta Cristina (Badajoz)

luismilueno@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)

avoyco@hotmail.com

Carmina Wanden-Berghe

Hospital Gral. Univ. de Alicante ISABIAL-FSABIO (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 Múriz 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)

Nuria Prim Vilaró (H. Vall D'Hebron. Barcelona)

Pilar Riobó 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 Moreiras (Univ. CEU San Pablo. Madrid)

Cirotile 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)

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

J. Faintuch (Hospital das Clínicas. Brasil)

M. C. Falcao (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. Kiger (Hospital Universitario Austral. Argentina)

L. Mendoza (Asociación Paraguaya de Nutrición. Paraguay)

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

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

D. Waitzberg (Universidad de São Paulo. Brasil)

N. Zavaleta (Universidad Nacional de Trujillo. Perú)

Nutrición Hospitalaria



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO

Presidencia

Julia Álvarez Hernández

Vicepresidencia

Luisa Bordejé Laguna

Secretaría

Miguel Ángel Martínez Olmos

Coordinador Comité Científico-Educacional

Pilar Matía Martín

Tesorera

María José Sendrós Madroño

Vocales

David Berlana Martín
Alicia Moreno Borreguero
Samara Palma Milla
Cristina Velasco Gimeno

COMITÉ CIENTÍFICO-EDUCACIONAL

Coordinadora

Pilar Matía Martín

Vocales

Clara Vaquerizo Alonso
Hegoi Seguro Gurrutxaga
Juan Carlos Pérez Pons
Isabel Ferrero López
Emilia Cancer Minchot

Coordinador Grupos de Trabajo SENPE

María Dolores Ruiz López

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. 39 Suplemento 1

Comunicaciones Orales

Las 6 mejores Comunicaciones Orales	1
Comunicaciones Orales 1	5
Comunicaciones Orales 2	12

Comunicaciones Pósteres

Geriatría	17
Epidemiología y gestión de nutrición	20
Farmacia	32
Investigación traslacional	36
Nutrición artificial domiciliaria	39
Paciente crítico	46
Patologías específicas	57
Pediatría	90
Alimentación oral	95
Paciente quirúrgico	97
Trastornos de la conducta alimentaria	109
Errores innatos del metabolismo	113
Disfagia	116
Otros	123

Sumario



38 CONGRESO NACIONAL
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO
SENPE

DEL 24 AL 26 DE MAYO

VALENCIA 2023

Palacio de Congresos de Valencia

www.congreso-senpe.com

SECRETARÍA TÉCNICA:



COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Presidentes

Carlos Sánchez Juan
Miguel Civera Andrés

Secretaria

Ana Artero Fullana

Vocales

Ana Jiménez Portilla
Jéssica Ruiz Berjaga
Ning Yun Wu Xiong
Miriam Moriana Hernández
José Pedrón Barberá
Beatriz Voltas Arribas
Cintia González Blanco

COMITÉ CIENTÍFICO LOCAL

Presidente

Ángel-Luis Abad González

Vocales

Katherine García Malpartida
Antonio Ramón Albert
Cecilia Martínez Costa
Mar Juan Díaz
Isabel Ferrero López
Icíar Castro de la Vega

COORDINADORA DEL COMITÉ CIENTÍFICO EDUCACIONAL (CCE)

Pilar Matía Martín

Vocales

David Berlana Martín
Alicia Moreno Borreguero
Samara Palma Milla
Cristina Velasco Gimeno

COMITÉ CIENTÍFICO EDUCACIONAL SENPE (CCE)

Coordinadora

Pilar Matía Martín

Vocales

Clara Vaquerizo Alonso
Hegoi Seguro Gurrutxaga
María Dolores Ruiz López
(coordinadora de los grupos de trabajo)
Juan Carlos Pérez Pons
Isabel Ferrero López
Emilia Cancer Minchot

JUNTA DIRECTIVA SENPE

Presidenta

Julia Álvarez Hernández

Vicepresidenta

Luisa Bordejé Laguna

Secretario

Miguel Ángel Martínez Olmos

Tesorera

María José Sendrós Madroño



Las 6 mejores Comunicaciones Orales

0-01. Riesgo de sarcopenia según cuestionario SARCF en el estudio DRECO. Relación con variables de valoración nutricional morfofuncional

Daniel de Luis Román¹, José Manuel García Almeida², Gabriel Oliveira³, Andrea Martín Aguilar⁴, Diego Bellido Guerrero⁵; en nombre del grupo de investigación DRECO

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ⁴Abbott Laboratories. Madrid. ⁵Complejo Hospitalario de Ferrol. Ferrol, A Coruña

Diseño y objetivo: DRECO es un estudio clínico prospectivo, multicéntrico, no controlado, de práctica clínica habitual para evaluar la factibilidad de la ecografía muscular en el diagnóstico nutricional y sus cambios durante un periodo de 3 a 6 meses en un programa de intervención nutricional.

Resultados: Se incluyeron 986 pacientes (58,3 % hombres y 41,7 % mujeres) con una edad media de 58,2 años. De los

903 pacientes que informaron el cuestionario SARCF, un 37,21 % ($n = 336$) presentó riesgo de sarcopenia ($SARCF \geq 4$). Entre los pacientes con desnutrición moderada o severa, según criterios GLIM, un 38,76 % y un 42,93 % respectivamente estaban en riesgo de sarcopenia. En pacientes no desnutridos, según criterios GLIM, el riesgo de sarcopenia fue de 11,71 %. Los resultados de bioimpedancia, dinamometría y ecografía nutricional fueron peores en el grupo $SARCF \geq 4$ frente a $SARCF \geq 3$ (Tabla I).

Conclusiones: En análisis preliminar de DRECO, más de un tercio de los pacientes presenta riesgo de sarcopenia ($SARCF \geq 4$). En el subgrupo de pacientes con desnutrición severa, según criterios GLIM, un 42,93 % muestra riesgo de sarcopenia ($SARCF \geq 4$). Los pacientes con riesgo de sarcopenia presentan peores valores de impedanciometría, dinamometría y ecografía muscular del cuádriceps.

Aspectos éticos: DRECO sigue la Declaración de Helsinki. Los pacientes firmaron consentimiento informado y fue aprobado por todos los CEI participantes.

Tabla I. Datos de valoración morfofuncional de pacientes DRECO según riesgo de sarcopenia (media/DE)

	Sin riesgo de sarcopenia ($SARCF \leq 3$)	Con riesgo de sarcopenia ($SARCF \geq 4$)	p
Datos sociodemográficos			
Edad (años)	55,13 (16,7)	62,93 (15,0)	< 0,0001
Hombres (n / %)	365 (64,4 %)	163 (48,5 %)	< 0,0001
Mujeres (n / %)	202 (35,6 %)	173 (51,5 %)	
Datos antropométricos			
Peso (kg)	65,33 (14,5)	60,03 (15,1)	< 0,0001
IMC (kg/m ²)	23,14 (4,66)	22,18 (5,1)	0,0037
BIA			
AF (°)	5,34 (3,3)	4,6 (1,3)	< 0,0001
Masa celular (kg)	25,41 (7,5)	20,82 (7,1)	< 0,0001
Masa grasa (kg)	15,71 (9,4)	14,52 (8,5)	0,06064
Masa libre de grasa (kg)	49,33 (10,6)	45,27 (10,4)	< 0,0001
Ecografía recto anterior cuádriceps			
Eje X (mm / m ²)	10,57 (5,5)	11,06 (5,0)	0,18655
Eje Y (mm / m ²)	3,43 (2,7)	3,2 (2,3)	0,20524
Área (cm ² / m ²)	1,36 (0,5)	1,14 (0,5)	< 0,0001
Perímetro (cm ² / m ²)	11,7 (1,8)	11,62 (1,9)	0,54044
Dinamometría			
Media (kg)	27,95 (10,8)	20,38 (9,2)	< 0,0001
Máxima (kg)	29,48 (11,1)	21,28 (9,4)	< 0,0001

0-02. Evaluación del ángulo de fase y la fuerza muscular como predictores de complicaciones y sarcopenia en pacientes con cáncer colorrectal

José Manuel García Almeida, Isabel María Vegas Aguilar, Patricia Guirado-Peláez, Rocío Jiménez Fernández, Hatim Boughanem, Francisco Tinahones Madueño

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) pueden presentar malnutrición y sarcopenia, lo que disminuye la supervivencia global, la eficacia del tratamiento y aumenta las tasas de mortalidad. Considerar la aplicabilidad de las medidas morfofuncionales para evaluar el estado nutricional de estos pacientes y las complicaciones.

Métodos: Un total de 127 pacientes con CCR fueron incluidos en este estudio. Se realizó una evaluación morfofuncional de la desnutrición: BIVA (akern® Nutrilab), ultrasonido (Mindray® Z60), HGS (Jammár®).

Resultados: Este estudio mostró que existían diferencias significativas en la composición corporal entre mujeres y hombres, así como en la cantidad y fuerza muscular. El Ángulo de fase (PhA) está altamente correlacionado con el área transversal del recto femoral del cuádriceps (RF-CSA), así como el HGS ($p < 0,05$). El PhA es un buen predictor de las complicaciones del cáncer en las mujeres, pero no en los hombres. En el modelo lineal controlado por edad e índice de masa corporal (IMC), un valor elevado de PhA se asoció con un menor riesgo de complicaciones en las mujeres (*odds ratio* [OR] = 0,15; IC 95 %: 0,03-0,81; $p < 0,05$). Un valor elevado de PhA se asoció a un menor riesgo de sarcopenia en varones (OR = 0,42; IC 95 %: 0,19-0,95; $p < 0,05$). Además, el análisis de la curva ROC mostró que el PhA tenía una buena precisión diagnóstica para detectar las complicaciones del cáncer en las mujeres (área bajo la curva [AUC] = 0,894; IC 95 %: 0,88-0,89; $p < 0,05$) y el riesgo de sarcopenia en los varones (AUC = 0,959; IC 95 %: 0,91-0,92; $p < 0,05$) (Fig. 1).

Conclusiones: PhA puede predecir con exactitud las complicaciones oncológicas en las mujeres y la sarcopenia en los hombres. Estas diferencias de sesgo son relevantes para comprender el estado nutricional necesario en el cáncer y llevar a cabo un tratamiento nutricional personalizado en pacientes con CCR.

0-03. Evaluación del impacto presupuestario de la implantación de una herramienta de cribado nutricional en un hospital terciario mediante la herramienta DRE-Cost

Ángela Patricia Morales Cerchiaro^{1,4}, Cristina Velasco², Irene Bretón², Loredana Arhip^{2,3}, M.^a Luisa Carrascal^{2,3}, Marta Motilla^{2,4}, Clara Serrano², Miguel Cambor², M.^a Cristina Cuerda Compés^{2,4}

¹Universidad Europea de Madrid. Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Fundación de Investigación Biomédica Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Introducción: La implantación de un protocolo de cribado nutricional (CN) forma parte de las medidas prioritarias y efectivas para combatir la desnutrición en el ámbito hospitalario (1).

Objetivo: Evaluar el impacto presupuestario de la implantación de una herramienta de CN en un hospital terciario mediante la herramienta DRE-Cost (2).

Materiales y metodología: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de coste utilidad, se analizaron los datos de pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón utilizando la herramienta DRE-Cost (2). Se recogieron el total de ingresos en los años 2018, 2019 y 2020, la prevalencia de riesgo nutricional y desnutrición, peso medio (kg), estancia hospitalaria, reingresos, soporte nutricional (tiempo, inicio, tiempo administración y distribución tratamientos) y datos sobre el coste por estancia. Los resultados se expresan en media±DE y porcentajes. Se utilizó IBM-SPSS21.0®.

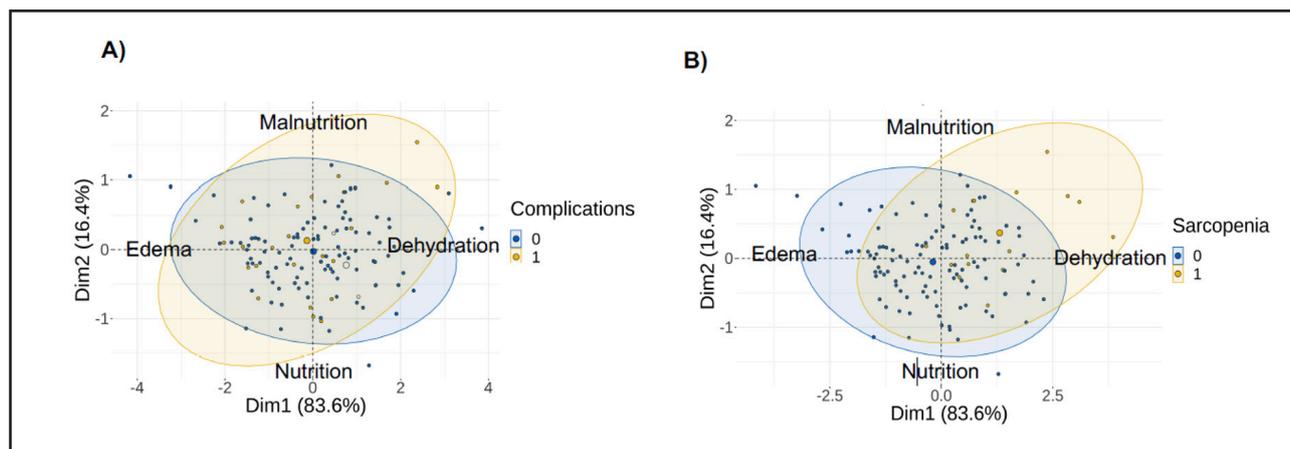


Figura 1.

Un análisis de componentes principales utilizando reactancia y resistencia como variables para el análisis.

Resultados: Según la herramienta DRE-Cost la implantación del CN resulta ser una alternativa dominante frente a la no implantación del cribado nutricional, disminuyendo los costes incrementales y es una alternativa más efectiva. El ahorro que estima la herramienta DRE-Cost y los datos obtenidos se resumen en la tabla I.

Conclusiones: La herramienta DRE-Cost sirve para cuantificar el impacto presupuestario de la implantación del protocolo de CN resultando ser una medida coste-efectiva y de coste utilidad según los indicadores económicos y supone un ahorro de entre 72 y 73 millones de euros anuales. Implica una mejora estimada de 0,011 años de vida ajustados a calidad por paciente que repercute en 72 AVAC para el sistema nacional de salud.

Bibliografía:

- Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, González MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report from the Global Clinical Nutrition Community. *J Parenter Enter Nutr* 2019;43(1):32-40.
- SENPE. Herramienta DRE-Cost (Programa Excel®). Abordaje y manejo de la DRE en pacientes hospitalizados; 2021.

Aspectos éticos: aprobado por CEIC del HGUGM.

0-04. Caracterización del fenotipo cardiovascular en una cohorte de adultos con fenilcetonuria clásica: el impacto del control metabólico

Adriana Pané^{1,3}, Cristina Montserrat-Carbonell¹, Julián Moreno¹, Pedro Juan Moreno-Lozano¹, Amanda Jiménez^{1,2,4}, Emilio Ortega^{1,2,4}, Clara Viñals¹, Rosa María López-Galera^{1,4,5}, María Forga¹, Josep Maria Grau-Junyent^{1,4,5}

¹Hospital Clínic. Barcelona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid. ³Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica. Barcelona. ⁴Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. ⁵Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid

Introducción y objetivos: La fenilcetonuria (PKU) es el error congénito del metabolismo de los aminoácidos más frecuente y, una dieta controlada en proteínas constituye la base terapéutica. El impacto del control metabólico, como marcador indirecto de la adherencia dietética, sobre factores de riesgo cardiovascular, ha sido poco estudiado. Nuestros objetivos incluyen comparar entre pacientes con PKU clásica y buen/mal control metabólico frente a adultos sanos: (1) perfil lipídico, homocisteína y HOMA-IR y, (2) tensión arterial, volumen de grasa visceral (VAT), aterosclerosis carotídea (grosor íntima-media [GIM], presencia de placa) y esteatosis hepática.

Material y métodos: Estudio transversal en adultos con PKU clásica y buen (PKU-B) o mal control (PKU-M) metabólico (Phe en sangre seca > 600 µmol/L en el último año) y, controles (C), apareados por sexo, edad e IMC. Exploraciones: analítica, DXA, MAPA, ecografía carotídea y hepática (cuantificación ATI [attenuation imaging]).

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes (23 PKU-M/19PKU-B): 50,0 % mujeres; 33,3 (10,3) años; IMC 24,0 (5,0) kg/m² y 21 controles: 66,7 % mujeres; 34,7 (16,2) años; IMC 24,5 (4,1) kg/m². Las concentraciones de homocisteína, colesterol total (CT) y fracciones (c-LDL, c-HDL) fueron inferiores en PKU frente a ($p < 0,01$). En la comparativa intragrupo, PKU-M presentó mayor HOMA-IR frente a PKU-B ($p < 0,01$): 1,7 (1,5) frente a 1,0 (0,7). La presencia de esteatosis hepática ($p = 0,01$) y VAT ($p < 0,01$) también fue superior en PKU-M frente a PKU-B, sin diferencias frente a C. No se observaron diferencias en la evaluación tensional, tampoco en GIM o presencia de placas carotídeas.

Conclusiones: Un buen control metabólico en los adultos con PKU se asocia con un fenotipo cardiovascular más favorable. El adecuado seguimiento de una dieta restringida en proteínas podría explicar estas diferencias. Por otro lado, con independencia del control, los pacientes con PKU presentan niveles de CT y fracciones inferiores frente a C. Se postula como mecanismo una posible interferencia de la Phe en la síntesis y regulación del colesterol.

Tabla I. Resultados del coste según el escenario sin cribado frente a escenario con cribado. Año 1

	Escenario sin cribado	Escenario con cribado	Diferencia
Coste del cribado (€)	0	85 248	85 248
Coste valoración nutricional (€)	33 433	481 812	448 379
Coste seguimiento (€)	139 341	274 553	135 212
Coste de la nutrición enteral oral (€)	11 868	85 674	73 806
Coste de la nutrición enteral sonda (€)	47 110	60 013	12 903
Coste de la nutrición parenteral (€)	48 401	388 609	340 208
Coste de la estancia (€)	154 352 371	79 681 945	-74 670 426
Total (€)	154 632 524	81 057 853	-73 574 671
Utilidad por paciente	0,164	0,175	0,011
Utilidades totales	1026	1098	72

0-05. Cambios en la grasa preperitoneal medida por ecografía nutricional en un programa de seguimiento multidimensional de 6 meses en pacientes que precisaron ingreso en UCI por neumonía grave COVID-19 en función de la presencia de diabetes mellitus previa (DM)

Víctor José Simón Frapolli, Isabel Vegas Aguilar, Ana María Sánchez García, Rocío Fernández Jiménez, Beatriz Fernández Medina, Patricia Guirado Peláez, Natalia Montero Madrid, María Ángeles Martín Fontalba, Andrea Fernández Valero, Francisco José Tinahones Madueño, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: La grasa preperitoneal es un tejido adiposo visceral ectópico con importante impacto metabólico proinflamatorio. El objetivo del presente trabajo es medir la grasa preperitoneal mediante ecografía nutricional al alta, 3 meses y 6 meses en una cohorte de pacientes que precisaron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por neumonía grave COVID-19, y analizar las diferencias en función de la presencia o no de DM previa.

Material y método: Se realizó valoración morfofuncional completa a 76 pacientes que superaron ingreso en UCI por neumonía grave COVID-19, al alta, 3 meses y 6 meses. Posteriormente se compara la grasa preperitoneal medida mediante ecografía nutricional entre pacientes diabéticos y no diabéticos, mediante t de Student y ANOVA para datos apareados (corregido mediante el test de Bonferroni).

Resultados: Estudio observacional prospectivo incluyendo 74 pacientes, 21 diabéticos y 53 no diabéticos (Tabla I).

Conclusiones: Durante el seguimiento, los pacientes sin diabetes presentan una disminución estadísticamente significativa en la grasa preperitoneal probablemente en relación con la resolución del cuadro infeccioso intercurrente (disminución de la PCR durante el seguimiento). En cambio, en los pacientes diabéticos se mantiene constante sin diferencias durante el seguimiento pese a la disminución progresiva de la PCR, lo que puede estar relacionado con el impacto metabólico crónico que produce la DM.

0-06. Adaptaciones de la composición corporal en altitud extrema. Xperiencia Kilimanjaro 2022

Gabriela Alexandra Zapata Maldonado¹, Elena Saura Guillén², Ana Zugasti Murillo³, Juana Olivar Roldán⁴, Mercedes Noval Font⁵, Miguel Ángel Rubio Herrera⁶, Mariano Molina Ortega⁷, Sonsoles Hernández-Sánchez⁸

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Virgen del Castillo. Yecla, Murcia. ³Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ⁴Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid. ⁵Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. ⁶Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁷Bionet Medical S. L. Madrid. ⁸Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo

Introducción y objetivos: El montañismo de altitud extrema constituye un desafío fisiológico para el organismo pues implica actividad física prolongada, balances energéticos negativos, adaptaciones en ambientes hipóxicos con frío extremo, altos niveles de estrés, deshidratación e ingesta inadecuada. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de estas condiciones en la composición corporal.

Material y método: Se analizó la composición corporal (BIA 101 BIVA) en 40 personas al inicio y final del ascenso al monte Kilimanjaro (900-5895 m). Se determinaron medidas antropométricas, ángulo de fase y datos de composición corporal.

Resultados: Los participantes fueron 3 personas con diabetes tipo 1 (G1) y 17 visitantes españoles (G2), 5 guías (G3) y 15 porteadores tanzanos (G4), la mayoría hombres (75 %), con edad media de 34,23 años. Respecto al peso inicial, el IMC incrementó en las mujeres de G2 (0,46) y en G3 (0,1) a expensas de masa libre de grasa (FFM). Todos los grupos aumentaron en promedio 4,4 % de FFM, 3,23 % de masa muscular (MM) y disminuyeron 4,6 % de masa grasa (FM) ($p < 0,05$). La media inicial del ángulo de fase fue 6.827 (G1), 6.8 (G2), 6,44 (G3), y 6,9 (G4) e incrementó en G1 y G2 ($p 0,107$). La resistencia y reactancia disminuyó principalmente en G3 (Rz: 14,2 % Xc: 16,36 %); y en todos los grupos en promedio disminuyó un 9 %. En las mujeres los cambios fueron menos destacados en todos los parámetros medidos.

Conclusión: La práctica regular de deporte favoreció tanto las condiciones basales óptimas como el rendimiento durante la expedición. La diabetes no supuso un impedimento para el ascenso, si bien se mantuvo una adecuada hidratación, alimentación y ajuste de insulinas durante las etapas. La composición corporal tras practicar montañismo en altitud extrema modificó favorablemente.

Tabla I.

	No DM		DM	p
Grasa preperitoneal basal (cm)	0,863 (0,5)		0,500 (0,3)	0,018
Grasa preperitoneal 3 meses (cm)	0,674 (0,5)		0,468 (0,3)	0,098
Grasa preperitoneal 6 meses (cm)	0,472 (0,2)		0,538 (0,3)	0,546
PCR basal (mg/L)	20,4 (25,4)		43,2 (34,0)	0,086
PCR 3 meses (mg/L)	6,5 (5,5)		8,1 (13,2)	0,560
PCR 6 meses (mg/L)	6,9 (6,2)		5,6 (4,2)	0,608
	Basal	3 meses	6 meses	p global (a, b, c)
Grasa preperitoneal (no DM) (cm)	0,86 (0,5)	0,67 (0,5)	0,47 (0,2)	0,010 (0,056, 0,092, 1,000)
Grasa preperitoneal (DM) (cm)	0,500 (0,3)	0,468 (0,3)	0,538 (0,3)	0,859 (0,848, 0,975, 1,000)

a: significación estadística basal – 3 meses ($p < 0,05$); b: significación estadística basal – 6 meses ($p < 0,05$); c: significación estadística basal 3-6 meses ($p < 0,05$).



Comunicaciones Orales 1

0-07. Correlación de la medición de la glucemia intersticial respecto a la glucosa plasmática tras la ingesta de una fórmula específica para diabetes: estudio Diacare

Isabel M.^a Vegas Aguilar¹, Alicia Calleja Fernández², Cristina Porca Fernández³, Tamara Casañas Quintana², Cristina Tejera Pérez³, Diego Bellido Guerrero³, José Manuel García Almeida¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña

Introducción y objetivos: La determinación de la glucemia plasmática es el gold standard para determinar el impacto glucémico de las fórmulas específicas para diabetes (FED). El objetivo fue conocer la correlación en la medición de glucemia intersticial respecto al tratamiento de referencia tras la ingesta de una FED.

Material y método: Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego, cruzado y multicéntrico, realizado en pacientes con diabetes *melitus* tipo 2 y diagnóstico de desnutrición (VGS B y C). Se colocó en la parte posterior superior del brazo un sensor FreeStyle® Libre PRO una hora antes de la ingesta de 200 ml de la FED y se realizaron extracciones de sangre en los minutos 0, 30, 60, 90, 120 y 180. Se realizó el cálculo del AUC₀[†] de ambas determinaciones de glucosa, se calculó la media y la diferencia entre ambas, se realizó una prueba de regresión de coeficientes, representado con el gráfico de Bland-Altman, y se realizó la prueba de correlación de Pearson.

Resultados: Fueron reclutados 24 pacientes; 51 % mujeres, edad media de 69,27 (DE 11,43) años. La media del AUC₀[†] de la glucosa plasmática fue de 23.023,8 mg/dl y la intersticial de 22.046,8 mg/dl con una diferencia de 977,0 mg/dl [IC 95 %, -790,0 a 2743,9 ($p = 0,270$)] (Fig. 1). El valor del coeficiente no estandarizado β fue de 0,046 ($p = 0,762$) y el de correlación de Pearson fue 0,662 ($p < 0,001$).

Conclusión: La determinación de glucosa intersticial presenta una adecuada correlación con la glucemia plasmática, lo que supone una nueva herramienta para evaluar la eficacia de las FED en el control de la glucemia del paciente con diabetes y desnutrición.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro principal (JGA-DIACARE-2018-01), todos los pacientes aceptaron participar tras la firma del consentimiento informado y se siguió la Declaración de Helsinki.

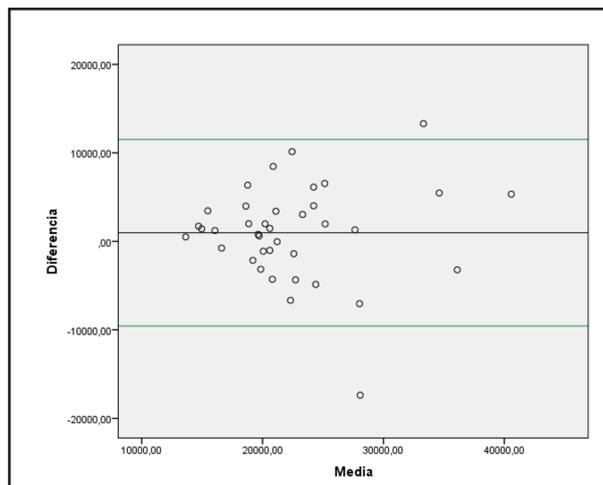


Figura 1.
Bland-Altman.

0-08. Impacto de la suplementación nutricional con compuestos bioactivos en la mejora del estado nutricional, la composición corporal y la calidad de vida del paciente con cáncer: estudio Alisenoc

Alfonso Vidal Casariego¹, Carmen Roque Cuéllar², Francisco Villazón González³, Tomás Martín Folgueras⁴, Samara Palma Milla⁵, Olatz Izaola Jáuregui⁶, Silvia García Rey², Uxía Rodríguez Lavandeira¹, Bricia López Plaza⁵, Tamara Casañas Quintana⁷, Alicia Calleja Fernández⁷, Daniel de Luis Román⁶

¹Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ⁷Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción y objetivos: La desnutrición es un problema frecuente en el paciente oncológico que afecta de forma negativa a su evolución clínica. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de un suplemento nutricional oral, con ingredientes bioactivos, sobre el estado nutricional, la composición corporal y la calidad de vida de pacientes ambulatorios oncológicos.

Material y método: Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego, paralelo, controlado y multicéntrico, realizado en pacientes con cáncer y desnutrición. Se administraron 2 envases al día, durante 8 semanas, de un suplemento hipercalórico (400 kcal) e hiperproteico (20 g/envase) con fibra con ingredientes bioactivos: AOVE, EPA y DHA, betaglucanos y leucina (Bi1 alisenoc®); frente a una fórmula isocalórica e isoproteica. Se realizó el diagnóstico nutricional con VGS, se evaluó la composición corporal con bioimpedancia y la calidad de vida del paciente con la escala ECOG.

Resultados: Fueron reclutados 57 pacientes y finalizaron el periodo de intervención 37 (19 en el grupo Bi1 Alisenoc® y 18 en el grupo control); el 64,9 % fueron varones, de 63,9 (10,5) años, sin diferencias por grupo de tratamiento. Las principales localizaciones del tumor fueron gastrointestinales y de pulmón. Tras la intervención nutricional, solo en el grupo tratado con Bi1 alisenoc® se detectó un incremento en el peso [1,32 (DE 4,01) kg, ($p < 0,05$)]. En la comparativa por grupos de intervención, el tratamiento con Bi1 alisenoc® produjo una mayor recuperación del estado nutricional (Fig. 1), un incremento en la masa muscular [1,92 (DE 4,31) kg frente a -0,68 (DE 1,45) kg] ($p = 0,009$), así como una mejoría superior en la calidad de vida (Fig. 2) respecto al tratamiento control.

Conclusión: La ingesta de un suplemento nutricional oral con ingredientes bioactivos resulta más eficaz que un suplemento nutricional estándar en el tratamiento de la desnutrición, en el incremento de la masa muscular y en la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro principal, todos los pacientes aceptaron participar tras la firma del consentimiento informado y se siguió la Declaración de Helsinki.

0-09. El ángulo de fase como factor independiente de riesgo de mortalidad en pacientes con cáncer hematológicos

Lara Dalla Rovere, Rocío Fernández-Jiménez, Agustín Hernández Sánchez, María García Olivares, José Manuel García Almeida

QuirónSalud. Málaga

Introducción y objetivos: Diversos estudios han demostrado que el ángulo de fase (PhA) se asocia a un aumento de la mortalidad. No son muchos los estudios que se han centrado en el uso de la PhA como herramienta de cribado en pacientes con cáncer hematológico (CH). El objetivo es evaluar la utilidad de los parámetros bioeléctricos como indicadores pronósticos de mortalidad en pacientes ingresados con CH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes hematológicos con enfermedad diagnosticada ingresados por cualquier causa en el Hospital en dos años (2019-2021). Se realizó una valoración nutricional completa, incluyendo bioimpedanciometría.

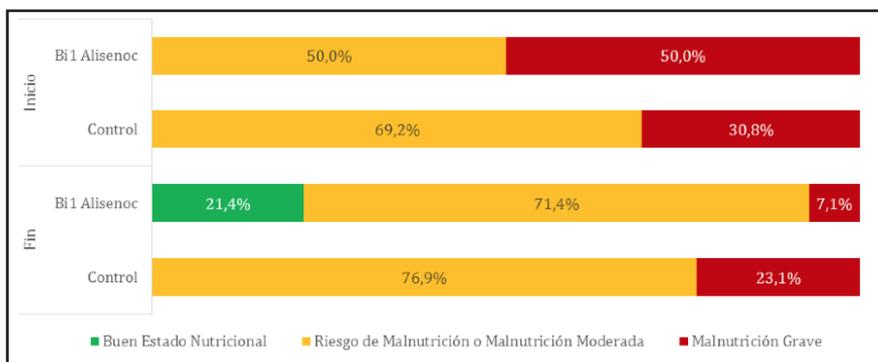


Figura 1. Evolución del estado nutricional (VGS).

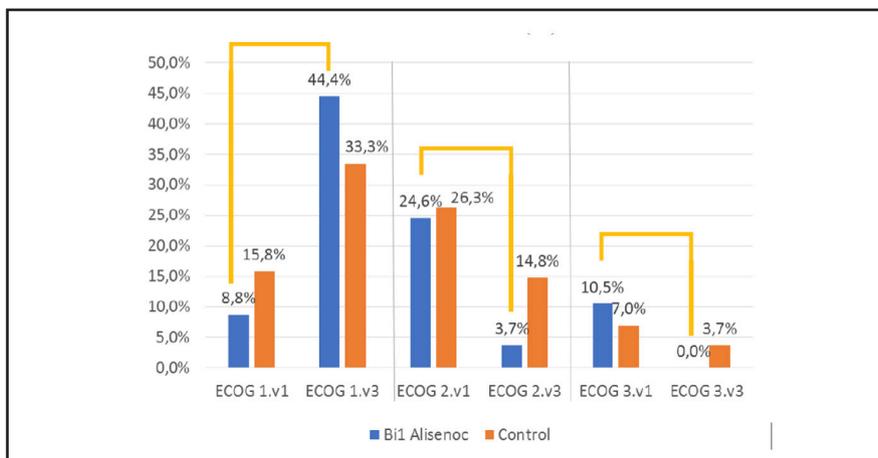


Figura 2. Evolución de la calidad de vida (ECOG).

Resultados: 121 pacientes analizados, 66 (54,5 %) mujeres, con edad media de $63,5 \pm 15,1$ años. 69 pacientes con linfoma (57,5 %), 27 leucemia (22,5 %), 20 mieloma (16,7 %) y 4 con amiloidosis (3,3 %). La mayoría de los pacientes estaban en tratamiento quimioterápico de primera línea (68,6 %) y 38 pacientes pasaron a la segunda línea de tratamiento, en situación de recaída o refractaria. El PhA medio fue $5,1^\circ$ en hombres y $4,1^\circ$ en mujeres. La mortalidad de la muestra fue del 37,2 % (45 pacientes). Con el análisis de supervivencia utilizando la regresión de Cox el punto de corte en hombres fue $5,4^\circ$ (AUC 0.762 s55.6 s89.5) y en mujeres $3,8^\circ$ (AUC 0.845 s82.5 s76.9). Cuando el PhA es mayor la probabilidad de supervivencia a 12 meses es del 86 % (76-97 %, IC 95 %), contra el 46 % (34-61 %, IC 95 %) si fuera menor (Fig. 1). Utilizamos un análisis multivariante con un modelo de 4 componentes para evaluar la utilidad de los parámetros bioeléctricos como indicadores pronósticos de mortalidad. Encontramos que un valor bajo de PhA se asociaba significativamente con una *hazard ratio* de mortalidad más elevada (HR 5.21; IC 95 % 2.42-11.21; $p < 0,001$). Esta tendencia se mantuvo en los modelos ajustados por variables de confusión como edad, sexo y línea de tratamiento (HR 3,14; IC 95 %, 1,41-6,99; $p = 0,005$). La prueba de *log-rank* reveló diferencias significativas entre las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier para el PhA ($p < 0,001$).

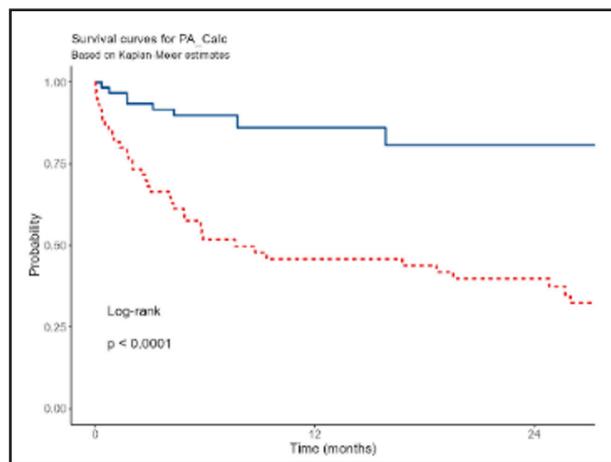


Figura 1.

Conclusión: El ángulo de fase es una herramienta útil, sensible y específica que permite predecir mortalidad en paciente hematológicos ingresados.

Aspectos éticos: el estudio ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital Regional de Málaga (2758-N-21).

0-10. Valor predictivo de la ecografía nutricional en pacientes ORL en tratamiento de radioterapia. Grupo VALOR

María González Pacheco¹, Rocío Fernández Jiménez², María Teresa Zarco Martín³, María García Olivares⁴, María Novo Rodríguez⁵, Jesús Cobo-Molinos⁶, Alba Carmona Llanos⁷, María Carmen Roque Cuéllar⁸, Ana Sanz Sanz⁹, Estefanía Jiménez Licera¹⁰, José Manuel García Almeida¹

¹Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ⁴Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga. ⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁶Complejo Hospitalaria de Jaén. Jaén. ⁷Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁸Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba Universitario. ¹⁰Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (ORL) debido a la localización del tumor y del tratamiento con radioterapia pueden llegar a tener efectos secundarios negativos. La valoración del estado nutricional y el diagnóstico de la patología se puede realizar con técnicas avanzadas (BIA, ecografía nutricional, dinamometría y test funcionales).

Objetivos: Obtener puntos de corte de la ecografía nutrición con factor pronóstico de mortalidad del cáncer ORL en pacientes con tratamiento de radioterapia.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con cáncer ORL en tratamiento radioterápico en diferentes hospitales andaluces.

Resultados: Una muestra de 612 pacientes, 140 mujeres (22,8 %) y 472 hombres (77,1 %) con una edad media de $64,0 \pm 10,5$ años. Peso medio, 70,2 kg (14,7), una pérdida de peso, 6,77 (9,21 %), y IMC 25,2 (4,59) kg/m². Área recto anterior del cuádriceps 3,52 (1,36) cm² y eje Y del tono muscular 1,08 (0,36) cm y tejido adiposo preperitoneal 0,77 (2,85) cm. Presentaban un estadio de la enfermedad de E1 41 (7,31 %), E11 43 (7,66 %), E111 122 (21,7 %), E1VA 78 (13,9 %), E1VB 171 (30,5 %) y E1VC 106 (18,9 %). Tuvieron complicaciones 324 (63,0 %). Se ha obtenido un punto de corte de supervivencia midiendo mediante ecografía muscular un área muscular de 3,07 con AUC 0.675, sensibilidad 55,7 % y especificidad de 76,9 % $p < 0,005$. Una circunferencia 7,91 con AUC 0,663, sensibilidad 55,2 % y especificidad de 75,1 % $p = 0,075$. Un eje Y 1,06 con AUC 0,677, sensibilidad 82,6 % y especificidad de 47,2 % $p = 0,804$. Y medido mediante ecografía abdominal un tejido adiposo total 1,42 con AUC 0,641, sensibilidad 50,5 % y especificidad de 74,4 % $p = 0,934$ y una grasa preperitoneal de 0,42 con AUC 0,611, sensibilidad 67,2 % y especificidad de 54,9 %, $p = 0,264$.

Conclusión: La valoración morfofuncional mediante ecografía nutricional en pacientes ORL con tratamiento de radioterapia se presenta como un buen diagnóstico a la hora de la predicción de la mortalidad y complicaciones sobre todo teniendo en cuenta el área muscular del tercio inferior del cuádriceps.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Málaga, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

0-11. Valor pronóstico de los cambios morfofuncionales asociados a la intervención con suplementación enteral enriquecida en β -hidroxi β -metil butirato cálcico en pacientes desnutridos

Isabel María Vegas Aguilar, Isabel María Cornejo Pareja, Patricia Guirado Peláez, Víctor José Simón Frapolli, Rocío Fernández Jiménez, Francisco José Tinahones Madueño, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La desnutrición relacionada con enfermedades (DRE) asocia cambios en la composición y función corporal que están relacionados con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. La evaluación morfofuncional integra la evaluación del ángulo de fase (Pha) por bioimpedancia, área transversal del recto femoral (RFCSA), dinamometría (HGS) y *up and go* test (TUG). No existen muchos datos sobre el efecto pronóstico de la recuperación nutricional de estos parámetros

Objetivo: Evaluar el valor pronóstico de los cambios en FA, RFCSA, HGS y TUG producidos con programa de intervención nutricional (suplemento de nutricional oral (ONS) enriquecido en HMB y ejercicio) en un grupo de pacientes desnutridos durante un período de 6-9 meses.

Métodos: Se realiza un estudio observacional y prospectivo en la práctica clínica pacientes desnutridos sometidos a un programa integral de soporte nutricional con evaluación morfofuncional de la desnutrición: BIVA (akern® Nutrilab), ultrasonido (Mindray® Z60), HGS (Jammr®).

Resultados: 121 pacientes, 60 ± 14 años, 47,1 % varones. Todos los pacientes cumplen con los criterios de desnutrición

(SGA B 9 %, C91 %. GLIM moderado 65 %, severo 35 %). Al final del programa se evidencia una recuperación nutricional (VSG A 67 % B 9 %, C24 %) con aumento de peso (3,00 ± 0,42 kg), masa celular y muscular BCM (2,00 ± 0,36 kg), RFCSA (4,85 ± 0,76 mm) y función muscular (HGS 3,00 ± 0,31 kg y TUG -0,93 ± 0,13 eg) $p < 0,005$ (Tabla I). Cuando el cambio del Pha ≤ 0,4°, la supervivencia a los 24 meses es del 57,1 % (36,3-89,945 %, IC 95 %). Cuando el cambio del RFCSA ≤ 0,07 cm², la supervivencia a los 24 meses es del 45,5 % (23,8-86,84 %, IC 95 %). Cuando el cambio de HGS ≤ 1 kg, la supervivencia a los 24 meses es del 49,2 % (29,7-81,6 %, IC 95 %). Y cuando el cambio de UAG < 0,1 Segundo, la supervivencia a los 24 meses es del 91,6 % (85,8-97,8 %, IC 95 %) (Fig. 1).

Conclusión: La intervención nutricional con suplementos enterales enriquecidos en HMB produce una mejora significativa en los parámetros morfofuncionales que tienen un importante impacto pronóstico en el paciente.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro.

Tabla I.

Cambio del parámetro	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	Índice de Youden	AUC	HR (univariable)
Delta-Pha	-0,4°	88,35 %	38,89 %	89,22 %	0,272	0,695	0,29 (0,16-0,54, $p < 0,001$)
Delta-RFCSA	-0,07 cm²	83,5 %	50 %	90,53 %	0,335	0,69	0,43 (0,26-0,69, $p = 0,001$)
Delta-HGS	-1 kg	90,29 %	50 %	91,18 %	0,403	0,663	0,78 (0,68-0,89, $p < 0,001$)
Delta-TUG	0,1 S	50 %	86,46 %	40,91 %	0,365	0,677	2,80 (1,61-4,86, $p < 0,001$)

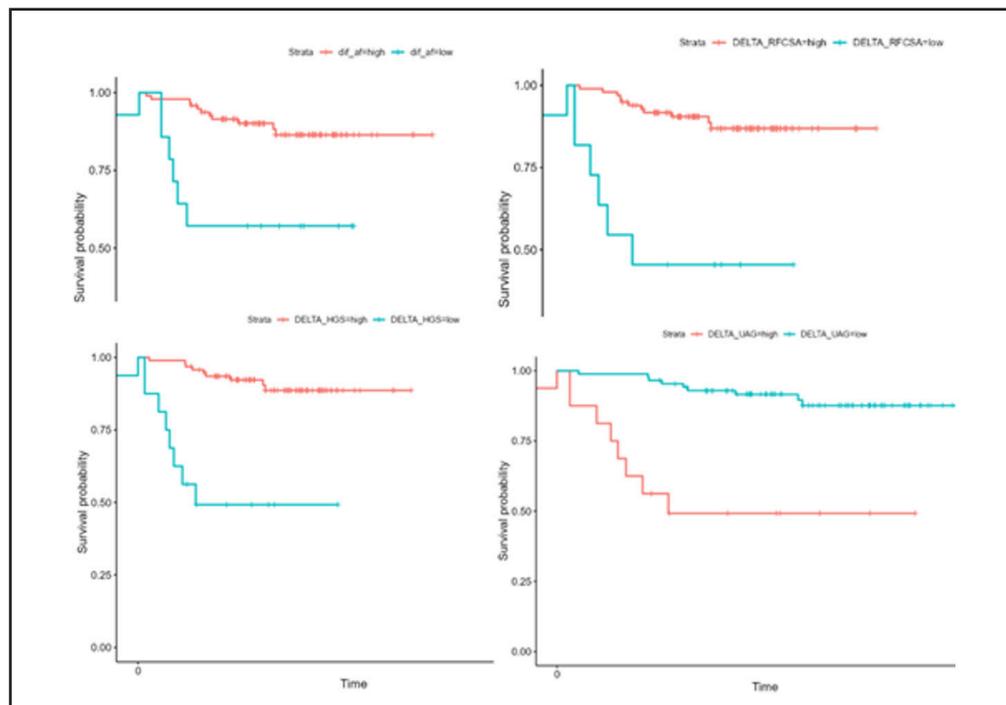


Figura 1.

0-12. Variables nutricionales relacionadas con la suspensión de quimioterapia en una serie de pacientes oncológicos hospitalizados

M.^a Macarena Moreno Martínez, Inmaculada Prior Sánchez, Jonatan Z. Benoit Perejón, Roberto C. Romo Remigio, María José Martínez Ramírez

Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción y objetivos: Pacientes oncológicos tienen un elevado riesgo de desnutrición, que se acentúa durante la hospitalización y puede condicionar la interrupción del tratamiento oncológico. Se analizan los parámetros nutricionales relacionados con la suspensión de quimioterapia.

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo. Se incluyen los pacientes ingresados en Oncología desde junio de 2021 hasta junio de 2022 que fueron valorados por la Unidad de Nutrición durante dicha hospitalización. Se recogen parámetros clínicos, analíticos, antropométricos y morfofuncionales para analizar el estado nutricional de acuerdo a los criterios GLIM. Análisis estadístico con SPSS[®]25 para el análisis de datos.

Resultados: Se incluyen 183 pacientes oncológicos (59 % hombre, 41 % mujeres) con edad media 62,3 años (30-86). Días de ingreso: 13,5 (1-71). El ingreso motivó la suspensión de quimioterapia (QT) en el 66,1 % ($n = 117$). Las variables cuantitativas asociadas a la suspensión de QT se muestran en la tabla I.

Conclusiones: Los pacientes que suspendieron QT presentaban significativamente, en comparación con los que continuaron:

1. Menor ángulo de fase y masa celular activa.
2. Mayor ECOG y % pérdida peso al ingreso.
3. Menor fuerza prensora en mano dominante medida por dinamometría.
4. Mayor nivel de PCR, y menores cifras de linfocitos y albúmina en la analítica del ingreso.

0-13. Grado de desnutrición en el estudio DRECO. Asociación con variables morfofuncionales

Gabriel Oliveira¹, Diego Bellido Guerrero², Daniel de Luis Román³, Juan Moro Hernández⁴, José Manuel García Almeida⁵, en nombre del grupo de investigación DRECO

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Complejo Hospitalario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. ³Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ⁴Abbott Laboratories. Madrid. ⁵Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga

Diseño y objetivo: DRECO es un estudio clínico prospectivo, multicéntrico, no controlado, de práctica clínica habitual para evaluar la factibilidad de la ecografía muscular en el diagnóstico nutricional en pacientes desnutridos o con riesgo ingresados en los hospitales españoles. Se recogieron, entre otros, datos clínicos, impedanciometría, ecografía nutricional y dinamometría durante el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 986 pacientes (58,3 % hombres y 41,7 % mujeres) con una edad media de 58,2 años. En 901 pacientes se recogió adecuadamente el grado de desnutrición según criterios GLIM: el 87,7 % ($n = 790$) presentó desnutrición, siendo severa en el 51 % ($n = 403$) de los casos y moderada en el 49 % ($n = 387$). Solo un 8,62 % ($n = 111$) de los pacientes no tuvo desnutrición. Los datos de la valoración morfofuncional se recogen en la tabla I.

Conclusiones: Los criterios GLIM se asocian adecuadamente con los datos de la valoración morfofuncional discriminando la gravedad, incluyendo dinamometría, impedanciometría y ecografía muscular. Un IMC en rango de normopeso o sobrepeso no excluye la desnutrición por lo que son necesarias técnicas de composición corporal para caracterizar mejor el estado nutricional.

Aspectos éticos: DRECO sigue Declaración de Helsinki, todos los pacientes firmaron consentimiento informado y fue aprobada por todos los CEI participantes.

Tabla I. Variables cuantitativas asociadas a la suspensión de QT

	Continúa QT	Suspensión QT	p
Edad (años)	60,3 ± 12,04	63,58 ± 9,69	0,052
Días ingreso	11,73 ± 7,33	14,22 ± 11,8	0,139
N.º de reingresos	1,92 ± 1,53	1,67 ± 1,03	0,37
ECOG al ingreso	1,45 ± 0,88	2,06 ± 0,89	0,00
Peso al ingreso	68,34 ± 16,95	66,19 ± 17	0,42
% pérdida peso al ingreso	8,22 ± 13,35	12,56 ± 10,72	0,02
Dinamometría (kg)	22,84 ± 10,52	18,58 ± 7,76	0,015
Ángulo fase (°)	4,68 ± 0,83	4,04 ± 0,83	0,00
Masa libre de grasa (FFM) (kg)	49,15 ± 10,15	48,45 ± 10,15	0,71
Masa grasa (FM) (kg)	19,02 ± 10,15	15,82 ± 7,8	0,054
Masa celular activa (BCM) (kg)	22,74 ± 5,68	20,43 ± 5,98	0,037
Masa muscular apendicular (ASMM) (kg)	19,17 ± 5,23	18,14	0,29
Índice músculo-esquelético (SMI) (kg/m ²)	9,14 ± 2,76	8,96 ± 2,21	0,69
Albúmina (g/dl)	3,39 ± 0,5	2,95 ± 0,59	0,00
Prealbúmina (mg/dl)	16,6 ± 6,81	14,06 ± 8,39	0,1
PCR (mg/L)	72,33 ± 82,39	108,81 ± 100,33	0,02
Linfocitos	1607,24 ± 1675,88	1085 ± 656,45	0,04

Tabla I. Valoración morfofuncional según criterios GLIM

	No desnutrición	Desnutrición moderada	Desnutrición severa
Datos sociodemográficos			
Edad (años)	55,46	58,27	58,59
Mujeres (n / %)	46/41,4 %	163/42,1 %	166/41,2 %
Hombres (n / %)	65/58,6 %	224/57,9 %	237/58,8 %
Datos antropométricos			
IMC (kg/m ²)	26,03	23,69	21,02
BIA			
AF (°)	5,44	5,39	4,64
Masa celular (kg)	27,1	24,63	21,84
Masa grasa (kg)	20,56	16,18	12,9
Masa libre de grasa (kg)	52,66	49,19	45,12
Dinamometría			
Media (kg)	29,07	26,06	23,28
Máxima (kg)	30,97	27,3	24,45
Ecografía cuádriceps			
Eje X (mm/m ²)	12,81	10,7	10,24
Eje Y (mm/m ²)	4,36	3,59	2,83
Área (cm ² /m ²)	1,44	1,37	1,15
Perímetro (cm/m ²)	12,67	11,93	11,12
Ecografía abdominal			
Grasa preperitoneal (mm/m ²)	2,64	1,92	1,38

0-14. Valoración nutricional, morfofuncional (VMF) y hepática en adultos con fibrosis quística (FQ) atendidos en una unidad multidisciplinar: descripción y diferencias en pacientes con complicaciones pancreáticas y hepáticas

Ana Piñar Gutiérrez, Silvia García Rey, María del Carmen Roque Cuéllar, Pablo J. Remón Ruiz, Irene González Navarro, José Luis Pereira Cunill, Pilar Serrano Aguayo, Ángeles Pizarro, Francisco Javier Castell Monsalve, Manuel Romero Gómez, Esther Quintana Gallego, Pedro Pablo García Luna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Describir los resultados de VMF en una cohorte de adultos con FQ atendidos en una Unidad multidisciplinar. Establecer las diferencias entre pacientes con y sin complicaciones pancreáticas (endocrina [IPEn] y exocrina [IPEX]) y hepáticas (esteatosis [EH] y fibrosis [FH]).

Métodos: estudio transversal con adultos con FQ. Se realizó VMF mediante historia clínica, analítica, antropometría, plicometría, ángulo de fase, bioimpedanciometría y ecografía nutricional. Se realizó valoración hepática mediante RMN espectroscópica. Variables cuantitativas = P50 (P25-P75); cualitativas = n (%). Se realizó un test de Fisher para la comparación de variables cuali-

tativas y un test no paramétrico de comparación de medianas para las cuantitativas.

Resultados: n = 84; edad = 32,5 años (24,75-41); mujer = 35 (41,7 %); IPEX = 55 (65,5 %); IPEn = 39 (46,4 %); EH = 17 (20,2 %); FH = 9 (10,7 %); Desnutrición (criterios GLIM) = 7 (8,3 %) (Tabla I). Se encontraron diferencias entre pacientes con y sin IPEn en el perímetro braquial < p10 (hombres): 22,2 % frente a 0 %; p = 0,023. Respecto a IPEX, se encontraron diferencias en la dinamometría < p10 (hombres) (72,2 % frente a 30,7 %; p = 0,009), perímetro braquial (hombres) (27,5 [27-29] frente a 31,5 [29-33]; p = 0,002), perímetro de cintura (hombres) (82 [78-88,5] frente a 88,7 [84,7-91]; p = 0,021) y niveles de PCR (4,2 [1,1-10] frente a 1 [0,6-4]; p = 0,043). La diferencia encontrada entre pacientes con y sin EH fue la proporción de pacientes con desnutrición (criterios GLIM) (23,5 % frente a 4,7 %; p = 0,03). En cuanto a FH, se encontraron diferencias en los niveles de vitamina E (771 [669-900] frente a 1112 [883-1326]; p = 0,01).

Conclusiones: Nuestra cohorte presentaba en general un buen estado de nutrición. Existieron diferencias en la VMF de pacientes con y sin complicaciones, especialmente en lo referente a la evaluación clínica, física y analítica y la dinamometría. Se encontraron más diferencias en hombres.

Tabla I. Resultados más relevantes de la valoración nutricional

Valoración subjetiva global = A	73 (86,9 %)
IMC (kg/m ²)	23,3 (20,1-24,6)
<i>Perímetro de cintura (cm)</i>	
Hombres	84,5 (71-91,7)
Mujeres	74 (70-83)
<i>Perímetro braquial (cm)</i>	
Hombres < 25,86 cm	40 (81,6 %)
Mujeres < 22,6 cm	27 (77,1 %)
<i>Pliegue tricipital (cm)</i>	
Hombres < p 10	40 (81,6 %)
Mujeres < p 10	8 (22,8 %)
<i>Dinamometría (kg)</i>	
Hombres < p 10	19 (38,8 %)
Mujeres < p 10	25 (71,4 %)
<i>Ángulo de fase (°)</i>	
Hombres	6,8 (6-7,2)
Mujeres	5,8 (5,4-6)
<i>Área muscular (cm²)</i>	
Hombre	5,39 (4,17-6,01)
Mujer	3,8 (2,9-4,2)
<i>Tejido adiposo preperitoneal (cm)</i>	
Hombres	0,79 (0,59-1,15)
Mujeres	0,64 (0,5-0,97)



Comunicaciones Orales 2

0-15. Nutrición enteral mediante sonda nasogástrica en bronquiolitis aguda leve moderada

Ana Barrés Fernández¹, Sergio Iniesta González¹, Maravillas Fullana Tur¹, Ana Gabarda Usach¹, Susana Ferrando Monleón¹, Silvia Castillo Corullón¹, Caterina Calderón Garrido², Cecilia Martínez Costa¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Univeridad de Barcelona. Barcelona

Introducción y objetivos: Existe controversia en el manejo nutricional de la bronquiolitis, aunque cada vez son más las guías que recomiendan la nutrición enteral con sonda nasogástrica (NE-SNG) versus fluidoterapia intravenosa (FD) cuando no es factible usar la vía oral. El objetivo principal del estudio es referir la evolución de los pacientes tratados con NE-SNG frente a FD, así como estudiar la sobrecarga que suponen ambas técnicas para enfermería.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de niños ingresados por bronquiolitis leve-moderada durante 9 años (2014-2022). Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y nutricionales, comparando resultados de pacientes con NE-SNG frente a FD. Asimismo, se realizaron encuestas prospectivas sobre estrés y dificultad técnica de ambos procedimientos en enfermería.

Resultados: Se recogieron 550 pacientes (59 % varones), media de edad 108 días (3-720). El rechazo alimentario fue motivo de ingreso más frecuente (47,4 %). Las diferencias entre el

grupo de NE-SNG y FD y resultados de las encuestas se muestran en las tablas I y II, respectivamente.

Conclusiones: Aunque no se ha observado una menor estancia hospitalaria en pacientes tratados con NE-SNG, aconsejamos su uso como soporte nutricional, dada la facilidad de colocación, con menor número de complicaciones globales, menores molestias para el paciente, y mejor aceptación por parte de enfermería.

Aspectos éticos: el estudio se hizo siguiendo la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético.

0-16. Fitoesteroles: ¿por qué debemos tenerlos en cuenta? Análisis de factores asociados al daño hepático y colestasis en pacientes con nutrición parenteral: estudio multicéntrico preliminar

David Berlana Martín¹, Ana C. Murcia López², Gabriel Mercadal Orfila³, Belén Montañés Pauls⁴, Consuelo Pellicer Franco⁵, Natividad Lago Rivero⁶, Paloma Castellano Copa⁷, Josep Lluç Taltavull⁸, María Blanca Guembe Zabaleta¹, Jan Thomas de Pourq⁸, Paula Nebot Meneu⁴, Héctor Carlos García Díaz¹, María Carmen Ripa Ciauriz⁹, Amelia María Chica Marchal¹⁰

¹Servicio de Farmacia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Elche. Elche, Alicante. ³Servicio de Farmacia. Hospital General Mateu Orfila. Maó, Islas Baleares. ⁴Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de La Plana. Castellón. ⁵Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁶Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo, Pontevedra. ⁷Servicio

Tabla I. Diferencias NE-SNG frente a FD

	NE-SNG (n = 121)	FD (n = 194)	p
Complicaciones	n = 20 (16,5 %)	n = 71 (36,6 %)	0,00
	Extracción n = 13 (10,7 %)	Extravasación n = 69 (35,6 %)	0,00
Media días uso	3,88 (DS 2,2)	3,50 (DS 1,9)	0,06
Ganancia ponderal en gramos	15,01 (DS 189,6)	50,74 (DS 328,8)	0,21
Media días estancia hospitalaria	7,34 (DS 33,1)	6,38 (DS 26,1)	0,77

Tabla II. Encuesta personal sanitario Vía frente a NE-SNG

Variable	NE-SNG (n = 68)	FD (n = 50)	p
Intentos de canalización vía / inserción SNG	1,3 ± 0,5	3,0 ± 2,7	0,01
Dificultad (0-10)	1,6 ± 1,9	6,0 ± 2,4	0,00
Estrés de la técnica (0-10)	1,3 ± 1,8	4,3 ± 2,9	0,00

de Farmacia. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ⁸Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Barcelona. ⁹Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Donostia. Donostia. ¹⁰Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Cartagena. Cartagena, Murcia

Objetivos: Analizar el aporte de fitoesteroles y otros factores asociados con la alteración hepática (AH) y colestasis en pacientes con nutrición parenteral (NP).

Material: Estudio multicéntrico prospectivo en pacientes adultos con NP entre octubre-diciembre 2022 en 10 hospitales, recogiendo datos del contenido de NPs y clínicos de los pacientes. Criterios de inclusión: recibir ≥ 7 días de NP, ≥ 1 determinación analítica semanal, paciente adulto. Criterios de exclusión: contraindicación de lípidos, parámetros hepáticos basales > 50 % del límite superior de valores normales. Se analizó mediante estudio de supervivencia (regresión de Cox), donde el evento principal es AH (alteración de los parámetros hepáticos (ALT, AST, GGT o fosfatasa alcalina [FA]) a valores \geq al doble del valor máximo de normalidad, o bilirrubina total (BT) ≥ 2 mg/dL). Igualmente se analizó con el evento colestasis, definido como presencia dos de los siguientes valores: GGT ≥ 300 U/L, FA ≥ 200 U/L o BT $\geq 1,8$ mg/dL. Se analizaron las asociaciones entre el aporte de fitoesteroles en los lípidos administrados y aparición del evento, así como también con: cirugía, aporte calórico, lipídico y de ácidos grasos omega-3 (AG3).

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes (39,1 % mujeres, edad 67,3 años); 55 pacientes presentaron AH y 22 colestasis (Tabla I).

Conclusiones: Una reducción del aporte de fitoesteroles en los lípidos disminuiría significativamente el riesgo de desarrollar AH y/o colestasis. El aporte de AG3 mostró un posible efecto hepatoprotector, mientras que pacientes quirúrgicos presentaron mayor riesgo de desarrollar colestasis.

O-17. Manejo del paciente pediátrico con nutrición parenteral domiciliaria. Evolución clínica y complicaciones. Datos procedentes del registro español de pacientes pediátricos con fracaso intestinal (REPAFI)

Marta Germán Díaz¹, Alida Alcolea Sánchez², Vanessa Cabello Ruiz³, Javier Blasco Alonso⁴, Mariela Mercedes de los Santos de Pelegrín⁵, Alejandro Rodríguez Martínez⁶, Mercedes Murray Hurtado⁷, Ruth García Romero⁸, Rafael Galera Martínez⁹, Rocío González Sacristán², Pilar Serrano Fernández², Susana Redecillas Ferreiro³, Silvia Meavilla Olivas⁵, Raquel Núñez Ramos¹, Beatriz Mínguez Rodríguez⁵, Esperanza Castejón Ponce⁸, Gerardo Prieto Bozano², José Manuel Moreno Villares¹⁰, Esther Ramos Boluda²

¹Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga. ⁵Hospital Universitario Sant Joan de Deu. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁷Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Icod de los Vinos, Santa Cruz de Tenerife. ⁸Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁹Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ¹⁰Clínica Universitaria de Navarra. Madrid

Introducción y objetivos: El fracaso intestinal (FI) es una patología muy poco frecuente, lo que dificulta la elaboración de protocolos basados en evidencia científica que permitan un manejo estandarizado de estos pacientes. Objetivos: describir las estrategias de manejo de pacientes pediátricos con FI crónico en nuestro país, evaluar sus complicaciones y su evolución clínica.

Material y método: Estudio descriptivo multicéntrico que incluye pacientes < 18 años que hayan recibido NP > 3 meses y que hubieran iniciado la NPD a partir de enero de 2015. Los datos fueron recogidos con la plataforma electrónica REDCap.

Tabla I.

	Basal	AH	Colestasis
Pacientes (%)	94 (100)	55 (58,5)	22 (23,4)
AST [U/L]	19,6 (9,2)	57,6 (50,0)	96,8 (89,5)
ALT [U/L]	17,4 (12,6)	57,2 (54,4)	72,8 (60,0)
GGT [U/L]	42,4 (26,1)	234,3 (151,3)	511,0 (415,4)
FA [U/L]	74,6 (29,2)	189,8 (143,5)	346,4 (156,5)
BT [mg/dL]	0,47 (0,29)	0,54 (0,58)	0,85 (0,90)
<i>(Desviación estándar)</i>			
<i>Factores para evento AH y colestasis (hazard ratio [IC 95 %])</i>			
Factor	AH	Colestasis	
Fitoesteroles*	1,29 [1,20-1,39] [‡]	1,19 [1,10-1,28] [‡]	
Calorías [†]	1,00 [1,00-1,00]	1,00 [1,00-1,00]	
Lípidos ^{‡g}	0,99 [0,97-1,02]	1,00 [0,96-1,05]	
Cirugía	1,05 [0,61-1,82]	2,66 [0,94-7,60] [§]	
Aporte AG3 ^{‡g}	0,93 [0,85-1,02]	1,00 [0,99-1,00]	

*Aporte medio por 10 µg al día / total lipido; [†]Aporte medio/día; [‡]p < 0,01; [§]p = 0,07.

Resultados: 121 pacientes de 9 centros, con mediana de edad: 3,2 años (RIQ: 1,6-5,5); 54,5 % varones. Se recogieron 191 episodios de NPD, con una mediana de duración de 308 días (RIQ: 161-537,5); con empleo de 192 catéteres (85,9 % tunelizados, 10,4 % PAC, 8,3 % PICC). Un episodio se definió como cada período de NPD sin interrupción > 3 meses y sin cambio en el tipo de profilaxis infecciosa ni trombótica. El tipo de sellado del catéter más utilizado fue Taurolidina (62,6 %); seguida de heparina (33,3 %) y solución salina (6,8 %). En 81 episodios (42,6 %) se utilizó profilaxis para trombosis, siendo la Bemiparina el fármaco más empleado (72,8 %). Se detectaron 73 bacteriemias (38,4 % por *Enterobacterias*) y 24 episodios de trombosis (el 41,7 % de ellos recibían profilaxis antitrombótica). El 24,9 % de los pacientes tenían datos de enfermedad hepática (aumento de transaminasas, bilirrubina o GGT > 2 veces el límite normal durante < 3 meses). 21 pacientes tuvieron episodios de acidosis D-láctica. Al final del estudio, 11 pacientes habían fallecido, 10 se trasplantaron, 61 se adaptaron y 39 continuaban con NPD.

Conclusión: El manejo de los pacientes pediátricos con FIC difiere de unos centros a otros. A pesar de ello, la tasa de complicaciones fue baja, con un alto porcentaje de adaptación intestinal.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro coordinador.

0-18. Intervención nutricional y mejoría del pronóstico de la insuficiencia cardíaca

Aura Dulcinea Herrera Martínez, Concepción Muñoz Jiménez, Carlos Alzas Teomiro, José López Aguilera, Alfonso Calañas Continente, María José Molina Puerta

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La insuficiencia cardíaca representa un problema de salud pública dada su incidencia creciente y la alta morbimortalidad asociada. En los últimos años, se ha demostrado la alta prevalencia de malnutrición y sarcopenia, lo cual se asocia a una peor evolución clínica. En este contexto, el soporte nutricional se perfila como una herramienta fundamental para garantizar una recuperación funcional cardíaca, disminuir nuevos ingresos hospitalarios, facilitar el rendimiento físico, y mejorar la calidad de vida.

Material y método: Ensayo clínico abierto, aleatorizado, controlado, en pacientes con al menos una hospitalización por insuficiencia cardíaca en el último año. Se compararon dos grupos: 1. Dieta mediterránea y actividad física; 2. Dieta mediterránea, suplementación nutricional (suplemento oral hipercalórico, hiperproteico con hidratos de carbono de absorción lenta y mezcla de fibras) y actividad física.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (71,1 % varones), 19 en cada grupo. Antropométricamente, el grupo de intervención presentó mayor aumento de masa celular, masa magra y masa ósea por bioimpedanciometría que el grupo control ($p < 0,05$). La ecografía nutricional (adiposa abdominal y muscular en recto anterior) no mostró cambios en ambos grupos. Los pacientes

que recibieron suplementación nutricional presentaron mayor aumento en niveles de hemoglobina y transferrina, así como mayor descenso en niveles de ferritina y PCR que los pacientes del grupo control ($p < 0,05$). Los niveles de pro-BNP disminuyeron en ambos grupos, siendo mayor el descenso en pacientes con suplementación nutricional ($p < 0,05$), del mismo modo, la mejoría en la fracción de eyección ventricular izquierda fue mayor en el grupo que recibió suplementación nutricional oral ($p < 0,05$). La mortalidad fue mayor en el grupo control (21,1 % frente al 5,3 %, $p = 0,17$).

Conclusión: La valoración e intervención nutricional tienen un papel clave en la evolución clínica y pronóstico de los pacientes con IC, por lo que su incorporación rutinaria podría traducirse en menores tasas de ingreso y mortalidad en estos pacientes.

Estudio aprobado por el comité ética, siguiendo la Declaración de Helsinki. Se ha solicitado consentimiento informado antes de la inclusión de todos los pacientes en el estudio.

0-19. Registro nacional de nutrición parenteral domiciliaria. NADYA-SENPE 2022

Gabriela Lobo Tamer¹, Cristina Cuerda Compés², José Luis Pereira Cunill³, Cristina Campos Martín⁴, Luis Miguel Luengo Pérez⁵, NADYA SENPE⁶

¹Hospital Materno Infantil. Granada. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁵Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. ⁶Grupo NADYA SENPE

Introducción: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) consiste en la administración, en el domicilio del paciente, de los nutrientes y demás agentes terapéuticos a través de una vía intravenosa siendo su finalidad mejorar o mantener el estado de nutrición de un paciente. Esta modalidad permite que los pacientes puedan ser egresados del ambiente hospitalario disminuyendo los grandes costes que este tipo de soporte representa, además se disminuye la presencia de enfermedades nosocomiales, persiguiendo mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno familiar.

Objetivo: Conocer la prevalencia y las características de los pacientes con Nutrición parenteral domiciliaria (NPD) registrados en el grupo de trabajo NADYA durante el año 2022.

Material y métodos: Estudio descriptivo de la base de datos del grupo de trabajo NADYA-SENPE, Registro de ámbito nacional, el periodo de análisis comprende desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Una vez unificada la base de datos, se registraron 38 nuevos casos de NPD, siendo el total de sujetos 289, procedentes de 28 hospitales, siendo Andalucía y Madrid las comunidades autónomas que más pacientes reportaron. La edad media de todos los pacientes registrados fue de $54,6 \pm 19,6$ años y en el año de análisis fue de 4 años mayor ($58,5 \pm 12,1$ años), aumentando la presencia de varones (50,2 % y 52,6 %, respectivamente). No se registraron niños menores de 14 años. El 57,9 % diagnosticados de algún tipo de tumor, el 34,2 % en cuidados paliativos y el 23,7 % en activo radical, el resto corresponde a patologías digestivas (26,4 %) y otros

diagnósticos no especificados (15,8 %). El motivo principal de indicación de la NP fue por obstrucción mecánica, seguido de síndrome de intestino corto y dismotilidad intestinal. La principal vía de acceso el catéter venoso implantado PICC y con reservorio subcutáneo (42,1 % y 39,5 % respectivamente. En años anteriores se observa una tendencia similar, pero con predominio del catéter tunelizado. Sólo se reporta el aporte nutricional y volumen de 2 pacientes. Se han comunicado 4 complicaciones relacionadas con el catéter, todas ellas de carácter séptico. El tiempo medio de administración fue de $143,5 \pm 105$ días (rango: 2-317 días). Un tercio de los pacientes fueron dados de alta, 6 de ellos por exitus, 4 pasaron a alimentación oral y 1 a nutrición por vía enteral. No se registraron casos de enfermedad ósea o hepática. El hospital de referencia continúa siendo el principal proveedor de NP y material fungible (84,2 %).

Conclusiones: Aunque la participación es voluntaria, se observan cifras similares a otros años, pero todavía no se puede contar con la totalidad de hospitales españoles. Se observa un incremento importante de las patologías oncológicas con respecto a años anteriores donde prevalecían las digestivas, concretamente enteritis posradiación, enfermedad de Crohn o isquemia mesentérica. No se registraron casos de niños con NPD, pero se trata de una población joven con una baja frecuencia de mayores de 65 años. Continúa como desafío el cierre de los registros y la incorporación de nuevos centros en los registros.

O-20. Evaluación objetiva de la calidad muscular mediante ecografía nutricional en pacientes con enfermedades metabólicas hereditarias

Luis Miguel Luengo Pérez^{1,4}, Ana Ambrojo², Mercedes Fernández Bueso², Marta Guijarro², Ana Cristina Ferreira³, Conceição Calhau⁴, Júlio César Rocha^{3,4}

¹Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Extremadura. Badajoz, España. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz, España. ³Centro de Referencia das Doenças Metabólicas. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC). Lisboa, Portugal. ⁴NOVA Medical School. Faculdade de Ciências Médicas. NMS-FCM. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal

Introducción: Los pacientes con enfermedades metabólicas hereditarias (EMH) son sometidos a dietas con control de proteínas, ricas en glúcidos, y con aporte de fórmulas de aminoácidos libres, que producen hiperinsulinismo y pueden facilitar el depósito ectópico de grasa. Estudios previos demuestran mayor prevalencia de síndrome metabólico y sus complicaciones en EMH. a) Recientemente se está validando la ecografía nutricional para el diagnóstico de desnutrición, evaluándose la calidad muscular de forma subjetiva; b) Se ha relacionado la mayor intensidad ecográfica objetiva con el deterioro de la calidad muscular por mioesteatosis y resultados funcionales en mayores, y c) y diversas situaciones clínicas pero nunca se ha evaluado en EMH.

Objetivo: Estimar objetivamente mediante ecografía nutricional si grado de mioesteatosis en EMH es mayor que en población general.

Material y método: Se realizó ecografía nutricional a 35 personas (12 varones), 25 pacientes con EMH (14 PKU) en dos centros sanitarios de España y Portugal y 10 voluntarios sanos estudiantes universitarios y sanitarios. Se determinó la densidad ecográfica en tres imágenes del recto femoral del cuádriceps mediante el *software* Image J. Se realizó el estudio estadístico mediante el *software* Jamovi.

Resultados: La edad media fue 28,3 (rango 17-47) frente a 28,9 años (19-47), respectivamente (ANOVA $p = 0,858$). La intensidad ecográfica media en EMH fue 50,0 (53,5 en PKU) y en controles 42,1, siendo las diferencias significativas (t de Student, $p = 0,040$; $p = 0,027$ en PKU).

Conclusión: A pesar de la juventud de los pacientes, ya se demuestra peor calidad muscular en los pacientes con EMH, sobre todo PKU, en probable relación con mioesteatosis, que pudiera justificar su mayor prevalencia de síndrome metabólico adquirido.

Aspectos éticos: el proyecto seguía la declaración de Helsinki, fue aprobado por los comités éticos de ambos centros y los participantes dieron su consentimiento informado.

Bibliografía recomendada:

- Dios-Fuentes E, Gonzalo Marín M, Remón-Ruiz P. Cardiometabolic and Nutritional Morbidities of a Large, Adult, PKU Cohort from Andalusia. *Nutrients* 2022;14(6):1311. DOI: 10.3390/nu14061311
- García-Almeida JM, García-García C, Vegas-Aguilar IM. Ecografía nutricional®: conceptualización, consideraciones técnicas y estandarización. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 2023;70(Suppl.1):74-84. DOI: 10.1016/j.endinu.2022.03.008
- Mirón Mombiola R, Vucetic J, Monllor P. Diagnostic Performance of Muscle Echo Intensity and Fractal Dimension for the Detection of Frailty Phenotype. *Ultrason Imaging* 2021;43(6):337-52. DOI: 10.1177/01617346211029656

O-21. Efecto sobre los síntomas depresivos de un suplemento nutricional oral y probióticos en pacientes desnutridos en hemodiálisis. Ensayo aleatorizado multicéntrico Renacare

Gabriel Oliveira Fuster¹, Francisco Hevilla Sánchez¹, Marina Padial¹, Guillermina Barril², María Blanca³, Eric Climent⁴, Alejandro Rubio Pardo⁴, Juan F. Martínez Blanch⁴, Empar Chenoll⁴

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Plataforma BIONAND. Málaga. ²Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ³Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. ⁴Archer Daniels Midland Co-Biopolis

Introducción y objetivos: La prevalencia de síntomas de depresión y la ansiedad es muy elevada en personas en desnutridas y en hemodiálisis. El objetivo fue valorar el impacto de la administración de un suplemento oral nutricional (SNO) combinado con una mezcla de probióticos sobre la microbiota, permeabilidad intestinal y síntomas de depresión en pacientes desnutridos en hemodiálisis.

Material y método: Ensayo aleatorizado, multicéntrico, con 3 grupos paralelos: Control: dieta individualizada; SNO + placebo y SNO + probióticos. Basal, 3 y 6 meses se recogieron muestras fecales y de sangre. Se midieron marcadores en sangre de per-

meabilidad intestinal (Zonulina, LBP y LPS) y secuenciación del microbioma fecal (plataforma Illumina). Se empleó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) para estimar los síntomas de depresión (HADSPD) y ansiedad (HADS), así como el índice de salud mental estandarizado del test de calidad de vida SF12 (MCS12).

Resultados: Se reclutaron 59 pacientes (22 en grupo C, 19 en SU-PL- y 18 en SU-PR) finalizaron el ensayo a los 6 meses 11, 10 y 10 en C, SU-PL y SU-PR, respectivamente. Los pacientes suplementados con probióticos presentaron una disminución significativa de LBP y LPS respecto a la basal. Se observó una disminución significativa del índice HADSPD (menos síntomas depresivos) y un incremento del MSC12 (mejora calidad de vida) en el grupo suplementado con probióticos. HADSPD correlacionó positivamente con la abundancia de los géneros *Fusobacterium* y *Longicatena*, el índice MSC12 lo hizo negativamente y el índice HADSAP positivamente con *Megamonas*.

Conclusión: El tratamiento con probióticos se asoció a una reducción de los marcadores de permeabilidad intestinal, así como en una mejora de los síntomas depresivos y calidad de vida, con una correlación en la modulación del microbiota intestinal.

0-22. Análisis del impacto cardiometabólico de las fórmulas adaptadas en una cohorte adulta de pacientes con PKU clásica

Cristina Montserrat-Carbonell¹, Adriana Pané^{1,3}, Pedro Juan Moreno-Lozano¹, Emilio Ortega^{1,2,4}, Rosa Casas^{1,2,5}, Sara Castro^{1,2,4,5}, Marcos Carrasco¹, Pere Lleyes¹, Josep Maria Grau-Junyent^{1,4,6}, Maria de Talló Forga¹

¹Hospital Clínic. Barcelona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de la Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid. ³Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica. Barcelona. ⁴Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. ⁵Fetal Medicine Research Center. BCNatal-Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. Barcelona. ⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Madrid

Introducción y objetivos: Una dieta restringida en proteínas y, suplementada con fórmulas adaptadas, constituye la base terapéutica de la fenilcetonuria (PKU). Sin embargo, el impacto de estas fórmulas sobre el perfil cardiometabólico, según su composición (grasas y azúcares), no ha sido bien estudiada. Por ello, se propone evaluar: a) metabolismo lipídico/glucídico, presión arterial (PA) y volumen de grasa visceral (VAT) y, b) aterosclerosis carotídea y esteatosis hepática en pacientes adultos con PKU en base al tipo de suplementación recibida. Como objetivo secundario, realizar la comparativa en función del control metabólico.

Material y método: Estudio transversal en adultos con PKU clásica. Se definieron como "cardiosaludables (CarS)" aquellas fórmulas que cumplían: azúcares < 5/100 g o < 2,5 g / 100 mL y grasas saturadas < 0,1 / 100 g o 100 mL (CE n.º 1924/2006); las que no cumplían, se catalogaron como "no-CarS". Subanálisis en base al control metabólico: bueno (grupo-B) frente a malo (grupo-M), definido este último por [Phe] en sangre seca > 600 µmol/L en el último año. Exploraciones: analítica, DXA, MAPA, ecografía carotídea y elastografía hepática (parámetro controlado de atenuación [CAP]).

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes (20 CarS/15 no-CarS): 14 (40 %) mujeres, edad 31,7 (9,5) años, IMC 23,8 (4,5) kg/m² y, mal control 20 (57,1 %), sin diferencias intergrupo ($p > 0,05$). No hubo diferencias en colesterol total, fracciones, HOMA-IR, presencia de placas carotídeas ni VAT, pero un 26,7 % del grupo no-CarS presentaba triglicéridos > 150 mg/dL ($p = 0,01$). La PA diastólica diurna resultó superior en no-CarS (68,5 [12] / 76 [12], $p = 0,04$). Se documentó mayor CAP en no-CarS, aunque sin ser significativo ($p = 0,07$). Esta diferencia alcanzó la significación en el grupo-M/CarS frente a no-CarS: 229 (55) / 238 (20), $p = 0,05$. En el grupo-B, la glucemia en ayunas resultó mayor en no-CarS ($p = 0,02$).

Conclusión: La composición de las fórmulas adaptadas ejerce un impacto cardiometabólico. Además, su efecto parece modificarse según el grado de control metabólico. Por tanto, el patrón dietético emerge como un factor primordial en la preservación de la salud cardiovascular.



Comunicaciones Pósteres

GERIATRÍA

P-002. Nutrition Dayworldwide 2022: resultados en las unidades de agudos geriátricos de un hospital de apoyo

Yanira Aranda Rubio, Saleta Goñi, Irene Díaz, Blanca Lasso de la Vega, Gemma Cuesta, Lucía Gómez, Clara Hernando, Marta Martínez, Eva Fernández de la Puente, Pilar Tejada

Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid

Objetivos: El evento Nutrition Day (auditoria internacional) analiza la atención nutricional en las instituciones de salud para crear conciencia sobre la desnutrición relacionada con la enfermedad, mejorar la calidad de la atención nutricional y la seguridad del paciente.

Material y métodos: El 10/11/2022 desde la Comisión de Nutrición se organizó la recogida de datos durante 24 horas de las plantas de agudos de hospitalización geriátrica del hospital con personal multidisciplinar. Los datos se realizaron mediante encuestas estandarizadas completadas por voluntarios y el propio paciente.

Resultados: 39 participantes en dos unidades de hospitalización; Edad media 86 años [77-88] similar al resto del país; 64 % mujeres; IMC medio oscila entre 23-25 entre las dos unidades, siendo en el resto de la región de 24. El staff pasó el MNA-SF al ingreso. El 58 % de los pacientes estaban desnutridos según los criterios GLIM de la encuesta, mientras que el staff detectó un 28,2 % de desnutrición y un 20,5 % en riesgo. Un 4,8 % de los pacientes tenían desnutrición grave según la encuesta y no fue detectado por el staff, recibiendo solo el menú normal. El 69 % de los pacientes tuvo una ingesta incompleta. El motivo fundamental para no terminar las comidas fue demasiada cantidad o mala palatabilidad. El 20,5 % de todos los pacientes tuvieron una readmisión no planificada a los 30 días.

Conclusiones: La desnutrición en el paciente geriátrico es frecuente. Se debe completar los criterios GLIM de la encuesta además del MNA-SF para mejorar la detección de la desnutrición y reforzar la formación del personal sanitario. Durante la hospitalización en nuestro centro, se ofrecerá un plato único hiperprotéico a los pacientes que no puedan terminar la dieta. Debemos trabajar de la mano de nuestros pacientes. Reinterrogarles sobre sus motivos de baja ingesta es clave para encontrar soluciones.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por la dirección médica del centro. Se cumplieron los requisitos de la Declaración de Helsinki mediante consentimiento informado escrito.

P-004. Evolución del estado nutricional en pacientes atendidos en un hospital de media-larga estancia

Enrique Castellano Vela, Isabel Ferrero López

Hospital Pare Jofré. Valencia

Introducción: Los hospitales de media-larga estancia (HMLE) son recursos polivalentes y específicos para enfermos crónicos y en final de vida. La atención al Estado nutricional (EN) es básica para mejorar su calidad de vida y minimizar complicaciones. Su valoración es esencial para instaurar una adecuada intervención y cuantificar su evolución, para ello se dispone de instrumentos sencillos y validados.

Metodología: Estudio descriptivo en un HMLE en 2021. Recogidas: variables demográficas, objetivo asistencial y EN ingreso y alta (CONUT). Se asumió buena (B) evolución al alta si ascendía el nivel o se mantenía sin desnutrición (DN) o con DN leve (L), y mala (M) si descendía el nivel o se mantenía con DN moderada (Md) o grave (G).

Resultados: $n = 393$. Edad media: 74,3 años. Varones: 55 %. En cuidados paliativos (CP): 62 %. Dependencia total (Barthel) al ingreso: 67 %. Mortalidad: 52 % (97 % CP). Estancia media: 58 días (Tabla I).

Tabla I.

	CP	No CP	Total
	Calculable (C) 89 % (218/244)	C 100 % (149/149)	C 93 % (367/393)
	No DN 7 %	No DN 17 %	No DN 11 %
	DN 93 %	DN 83 %	DN 89 %
	L 31 %	L 65 %	L 44 %
	Md 52 %	Md 33 %	Md 45 %
	G 17 %	G 2 %	G 11 %
EN ingreso			

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (Cont.).

		CP	No CP	Total
EN alta (no fallecidos y estancia > 30 d)		C 85 % (29/34) No DN 21 % DN 79 % L 56 % Md 35 % G 9 %	C 97 % (110/113) No DN 43 % DN 57 % L 78 % Md 21 % G 1 %	C 94 % (139/147) No DN 38 % DN 62 % L 72 % Md 24 % G 4 %
Evolución EN	B	59 %	84 %	78 %
	M	41 %	16 %	32 %

Conclusiones: Al ingreso 9/10 pacientes presentan DN (1/2 grado Md/G), predomina L en no CP y Md en CP. La intervención nutricional protocolizada que aplicamos consigue en 4/5 pacientes no fallecidos mejorar el EN al alta. En CP algo menor (3/5).

P-013. Evolución de lesiones en pacientes de larga estancia

Rosa Martínez Lleó, Enrique Castellano Vela, M.^a Isabel Ferrero López
Hospital Pare Jofré. Valencia

Introducción: Los pacientes ingresados en Hospitales de Media-larga Estancia (HMLE), al presentar pluripatología y pérdida de capacidad funcional, con frecuencia pueden desarrollar úlceras por presión (UPP). La cicatrización de las UPP depende de varios factores, como el estado nutricional, la dependencia y las patologías presentes, entre otros.

Metodología: Estudio descriptivo de pacientes ingresados con UPP en una unidad de un HACLE durante el año 2020 y no fallecidos durante la estancia. Se determinan variables demográficas, nutricionales, funcionales y presencia de UPP, se han tenido en cuenta las medidas al ingreso y al alta. La medida de resultado principal fue el % de reducción del tamaño de la lesión.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes (en total 26 UPP). Estancia M (media) de 131 días. Edad M: 71. Varones: 53 %. Barthel al ingreso M: 10,67 y CONUT M: 5,15. De los 15 pacientes: 10 (66,6 %) presentaban 1 lesión, 2 (13,3 %) presentaban 2 lesiones y 3 (19,6 %) tenían 3 o más lesiones. El 26,9 % de las lesiones son de categoría IV, el 30,7 % de categoría III y el resto de categoría II. Pérdida de peso reciente en 12 pacientes: 7 moderada y 5 severa. Al alta solo 1 presentó pérdida moderada y 8 no pierden o la pérdida es leve. Evolución: Un total de 11 (42,3 %) de las UPP cicatrizaron totalmente. En el resto, el porcentaje de reducción fue del 80,9 %. No se desarrolló ninguna lesión nueva durante la estancia. Se encontró que en los pacientes con UPP mejoraba de forma significativa el Barthel al alta M: de 10,67 a 46,33 ($p = 0,000$) y el CONUT M de 5,15 a 2,31 ($p = 0,004$).

Conclusiones:

1. A pesar de las limitaciones del estudio observamos asociación entre la mejora de los estados nutricional y funcional, con la cicatrización de las UPP.

2. La evolución de las lesiones evidencia que los cuidados son adecuados. Se aprecia que la evolución adecuada de las UPP está asociada a mejoría nutricional y funcional.
3. Diferencias entre los pacientes con y sin UPP: Barthel 10,67 frente a 19,68 ($p = 0,024$), más pluripatología ($p = 0,025$) y cribado nutricional (CONUT) con más malnutrición moderada-grave ($p = 0,017$). No se encontraron otras diferencias significativas.
4. De los UPP media de Charlson 3,47 y Paciente plurip 60 %.

P-016. Diferente influencia de la edad, peso y talla sobre el grosor del masetero, bíceps y cuádriceps en ancianos institucionalizados

Carlos Moreno Gálvez¹, Mikel González Fernández², Leticia Serrano Urzaiz¹, Wendy Valeria González Sacoto¹, Macarena Lacarta Benítez¹, Francisco Losfuegos Callau¹, Alejandro Sanz Paris¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital Universitario Araba/Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

Introducción y objetivos: La medición del grosor de diferentes músculos corporales es una nueva herramienta de valoración nutricional. Su principal dificultad es la falta de puntos de corte de normalidad. Clásicamente las tablas de normalidad para la antropometría se dividen en edad y sexo. Nos planteamos valorar el efecto de estos tres factores clásicos (edad, peso, talla y sexo) sobre el grosor de tres grupos musculares: masetero (M), bíceps (B) y cuádriceps (C) medidos con ecografía, en un grupo de ancianos dependientes institucionalizados. Estadísticos correlación de Pearson y comparación de medias. Aceptado por el comité de ética local (PI19/135).

Resultados: Se midió el grosor de los músculos M, B y C en 245 mujeres y 117 hombres, edad media 84 + 7,6 años, peso 63,5 + 15, talla 1,60 + 0,08, M 6,4 + 1,6 mm, B 14 + 4,7 mm y C 17 + 5,6 mm. La edad se correlacionó con el grosor de M (R: -0,3), B (R: -0,24), C (R: -0,2). El peso con el grosor de M (R: 0,64), B (R: 0,60), C (R: 0,5). La talla con el grosor de M (R: 0,29), B (R: 0,24), C (R: 0,035, no significativo). Los hombres presentaron mayor grosor de M ($p = 0,0001$) y de bíceps ($p = 0,0001$) pero no de cuádriceps ($p = 0,08$).

Conclusión: El grosor de los músculos estudiados en los ancianos muy dependientes e institucionalizados, depende funda-

mentalmente del peso y del sexo, pero muy poco de la talla. La sarcopenia también se podría valorar por el porcentaje de músculo del peso total y no solo en relación a la talla.

P-136. Abordaje nutricional previo en pacientes complejos con riesgo de malnutrición o malnutrición

Eduardo Sánchez Sánchez¹, Borja Muñoz Tejada¹, Javier Martínez Diéguez¹, Jara Díaz Jiménez², Borja Vallecillo Rico¹, Alejandro García García²

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

Introducción y objetivo: El diagnóstico nutricional precoz es un pilar fundamental para poder realizar una correcta intervención nutricional en pacientes complejos. Conocer el abordaje nutricional previo en pacientes complejos con riesgo de malnutrición y/o malnutrición, así como la adherencia a la pauta prescrita.

Material y método: Se lleva a cabo un estudio descriptivo en pacientes complejos hospitalizados en un hospital comarcal con diagnóstico de riesgo de malnutrición o malnutrición obtenido a través del método de cribado MNA.

Resultados: Se estudiaron un total de 59 sujetos, de los cuales el 54,24 % eran mujeres y el 45,76 % hombres, con una mediana de edad de 82 años. De estos el 61,2 % presentaron dependencia total, seguido del 28,81 % que presentaron dependencia grave. El 10,17 % de los sujetos presentaron riesgo de malnutrición y el 89,83 % malnutrición. El 71,19 % de los pacientes no tenían prescrito nutrición enteral oral previa a la realización del MNA y al ingreso actual. Entre los pacientes con riesgo de malnutrición el 100,0 % no ingerían suplementación y el 32,1 % de los sujetos malnutridos tenían nutrición enteral prescrita. Además, entre los sujetos que tenían prescrita suplementación, el 41,17 % ingerían un suplemento nutricional oral al día, seguido del 35,29 % que tomaban dos. De ellos, el 58,83 % presentaron buena adherencia a la pauta prescrita y el 41,17 % una adherencia menor a la prescrita.

Conclusión: La falta de un diagnóstico del estado nutricional adecuado da lugar a una abordaje nutricional deficiente o nulo en pacientes complejos. Además, se debe realizar un correcto diagnóstico y adaptar la pauta a las características del paciente, valorando la adherencia a la pauta prescrita.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el CEI de Cádiz.

P-137. Valoración nutricional de pacientes complejos al ingreso hospitalario

Eduardo Sánchez Sánchez¹, Alejandro García García², Jara Díaz Jiménez², Borja Muñoz Tejada¹, Javier Martínez Diéguez¹, José Manuel Gil Gascón¹

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

Objetivo: Conocer el estado nutricional de pacientes complejos hospitalizados al ingreso.

Material y método: Se lleva a cabo un estudio descriptivo en pacientes complejos hospitalizados (que cumplen los criterios

relacionados con la presencia de enfermedad crónica y criterios de complejidad presentes en el Proceso Asistencial Integrado Atención a Pacientes Pluripatológicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía). La valoración del estado nutricional, en las primeras 24-48 horas, se llevó a cabo a través de la escala Mini Nutritional Assessment (MNA).

Resultados: Se estudiaron un total de 370 sujetos con una mediana de edad de 80 años. El 37,03 % presentaban dos enfermedades crónicas, el 35,41 % solo una enfermedad crónica y el 22,97 % presentaban 3 enfermedades crónicas. El 54,59 % presentaron un criterio de complejidad, seguido del 25,41 % que presentaron dos criterios. Tras realizar el MNA, el 22,97 % presentaron un estado nutricional normal, frente el 43,24 % que presentaron malnutrición y el 33,78 % malnutrición. Entre los sujetos que presentaron malnutrición, la enfermedad más prevalente fue la cardiopatía isquémica con un 17,08 %, seguida de la enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60ml/min o índice albúmina creatinina > 30 mg/g (14,16 %). Además, fue más prevalente en aquellos sujetos que presentaron 2 enfermedades crónicas (49,6 %). La malnutrición estuvo más presente en los sujetos con polimedicación extrema (49,01 %) y que presentaron dos o más ingresos hospitalarios en los 12 meses previos (37,38 %).

Conclusión: El riesgo de malnutrición o malnutrición está muy presente entre los pacientes complejos, por lo que se hace necesario implantar un cribado y valoración nutricional en las primeras 24-48 horas de hospitalización, con el objetivo de realizar una intervención precoz.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el CEI provincial.

P-140. Valoración morfofuncional en pacientes mayores de 65 años al ingreso hospitalario

Erika Vieira Maroun, Silvia Martín Sanchis, Andrea Micó García, Eva M.^a Gascó Santana, María Argente Pla, Ángela Durá de Miguel, Katherine García Malpartida, Lorena Hernández Rienda, Regina López Guillén, Juan Francisco Merino Torres

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción y objetivos: La desnutrición en pacientes > 65 años hospitalizados es frecuente y aumenta la estancia hospitalaria y la morbimortalidad. El propio proceso de envejecimiento aumenta el riesgo de sarcopenia que, junto a la fragilidad, condiciona la alteración de su capacidad funcional, aparición de comorbilidades, mayor coste sanitario y peor calidad de vida. En muchos casos, la sarcopenia pasa desapercibida. El objetivo fue determinar la prevalencia de desnutrición y sarcopenia en pacientes > 65 años.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal y unidimensional de pacientes > 65 años al ingreso hospitalario. Se recogieron variables clínicas, analíticas y antropométricas. Se realizó bioimpedanciometría (NUTRILAB[®]), dinamometría (Jamar[®]) y el test TimeUp&Go (TUG). La desnutrición se cribó con MUST y se diagnosticó según criterios GLIM y la sarcopenia según criterios EWGSOP2. Se analizó el riesgo de fragilidad (FRAIL). El análisis

estadístico se realizó con SPSS®. Los resultados se muestran como media \pm DE y porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (54,5 % mujeres) de 78,2 \pm 7,7 años, con IMC 27,5 \pm 5,6 kg/m² (40 % presentó sobrepeso/obesidad). Según MUST, el 50 % tenía riesgo de desnutrición (13,5 % intermedio y 36,4 % alto). Según criterios GLIM, 36,3 % presentó desnutrición (22,7 % moderada y 13,6 % grave). El IMME señaló pérdida de masa muscular en 57,9 %. Además, 68,4 % tenía baja funcionalidad (TUG) y 86,4 % fuerza muscular disminuida (dinamometría) (Tabla I). Esto indica que 36,8 % presentaba probable sarcopenia, 21,1 % confirmada y 26,3 % grave. Hubo riesgo de fragilidad en 86,4 % de los casos, de los cuales 50,6 % presentaba sarcopenia y 36,9 %, desnutrición.

Tabla I. Análisis descriptivo de composición corporal

	Hombres (n = 10)	Mujeres (n = 12)
Circunferencia braquial	28,7 \pm 3,8 cm	27,8 \pm 5,3 cm
Circunferencia pantorrilla	33,7 \pm 4 cm	33,6 \pm 5,8 cm
Ángulo de fase	4,9 \pm 0,5°	4,6 \pm 1,2°
IMME	9,6 \pm 2,5 kg/m ²	6,8 \pm 1,5 kg/m ²
% de grasa	25,9 \pm 7,7 %	32,7 \pm 11,1 %
BCM	29,8 \pm 5,9 kg	22,5 \pm 7,2 kg
Dinamometría	14,8 \pm 8,5 kg	9,3 \pm 5,9 kg

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de desnutrición y sarcopenia en pacientes > 65 años. La mayoría de pacientes con fragilidad también presentaban sarcopenia y en menor proporción desnutrición. Una valoración morfofuncional permite detectar la sarcopenia incluso en pacientes con sobrepeso y obesidad para, así, proporcionar una intervención nutricional adecuada.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital. Los pacientes firmaron consentimiento informado. Se siguió la Declaración de Helsinki.

EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE NUTRICIÓN

P-003. Prevalencia de desnutrición en candidatos a trasplante pulmonar (2000-2020). ¿Son útiles los criterios GLIM?

Alfonso Calañas-Continente¹, Mireia García¹, Jesús Gutiérrez¹, M.^a Jesús Cobos², M.^a Concepción Muñoz¹, José Manuel Vaquero², Gregorio Manzano¹, M.^a José Molina¹, M.^a Ángeles Gálvez¹

¹UGC de Endocrinología y Nutrición y ²Unidad de Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: El trasplante pulmonar en la enfermedad grave avanzada mejora supervivencia y calidad de vida. La malnutrición

grave, progresiva contraindica relativamente el trasplante por mayor morbimortalidad. Un diagnóstico precoz de malnutrición podría identificar pacientes que precisan tratamiento nutricional pretrasplante.

Objetivos: analizar prevalencia de riesgo nutricional o desnutrición, prevalencia desnutrición según patologías pulmonares y caracterizar a la población candidata a trasplante con desnutrición. *Diseño:* Estudio longitudinal prospectivo de candidatos evaluados nutricionalmente (2000-2020). *Metodología:* Cribado (MUST, VSG). Antropometría. Impedanciometría. Analítica, PCR. Diagnóstico nutricional: criterios GLIM y ESPEN. Miopenia si: IMLG bajo, CMB < 21 cm, < p30 o < p15 para población estudiada. *Estadística Descriptiva:* frecuencias, media (DS), mediana (IQR). Estimación percentiles. Comparaciones: t de Student, Welch, Wilcoxon-Mann-Whitney, ANOVA, Kruskal-Wallis, chi cuadrado/Fisher. Comparación entre cribados o diagnóstico: índice Kappa, exactitud (balanceada), sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo. Software R (significativo $p < 0,05$).

Resultados: 1060 evaluados (69,5 % H; 51,2 \pm 12,9 años). Patologías más frecuentes: obstructivas (45,6 %), restrictivas (36,6 %). IMC 24,7 \pm 5,0 kg/m²: bajo peso 10,6 %; obesidad 14,9 %. 29 % (MUST) a 32,2 % (VSG) riesgo/sospecha desnutrición (Kappa 0,646). VSG mayor sensibilidad. 47 % pacientes desnutrición (GLIM). Prevalencia similar (33,1-37,5 %) según definiciones miopenia (Kappa > 0,7). Criterios fenotípicos más frecuentes: miopenia, IMC bajo, pérdida ponderal. Prevalencia desnutrición (ESPEN): 16 %. Pacientes con enfermedades sépticas mayor desnutrición ($p < 0,001$). Se detectó desnutrición (GLIM) en todas las patologías incluidas. La población desnutrida (GLIM) presentó significativamente menor edad; peor función pulmonar; peso, IMC, impedanciometría, antropometría más desfavorables; menores proteínas viscerales, colesterol total, LDL, triglicéridos y mayor PCR (NS).

Conclusiones:

1. La prevalencia de desnutrición (GLIM) en candidatos a trasplante pulmonar es elevada.
2. GLIM puede no infraestimar la prevalencia de desnutrición, permitiendo intervención nutricional precoz. Detecta desnutrición en todas las patologías subsidiarias de trasplante. Define población clínicamente más vulnerable.
3. El IMC para estratificar riesgo nutricional en candidatos a trasplante pulmonar es cuestionable.

P-005. ¿Disminuye el tiempo de ingreso la colocación de la gastrostomía percutánea de forma profiláctica?

Alberto Flores Paños, Antonio Javier Ríos Vergara, Irene Martín Pérez, Patricia Palomero Entrenas, María Álvarez Martín, Luis Marín Martínez, Adrián Pastor Alcaraz, Ana María Cayuela García, Ana Pinos, Georgios Kyriakos, Enrique Hernández Alonso

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Introducción y objetivos: El uso de la gastrostomía percutánea (GP) tanto radiológica como endoscópica constituye una medida esencial para la correcta nutrición del paciente con patologías que pueden llegar a imposibilitar la ingesta oral. Su colocación de forma profiláctica puede disminuir los días de ingreso, y así el número de complicaciones durante el mismo. El objetivo de este estudio es comprobar si hay relación entre la intervención de forma profiláctica, cuando la ingesta oral es autónoma y suficiente, y la disminución en los días de ingreso.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que han ingresado en el Hospital Santa Lucía de Cartagena entre los años 2019 y 2022 para colocación de GP, diferenciando entre las indicadas de forma profiláctica y las de forma terapéutica y los días de ingreso de ambas. Se realizó el análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: Se analizó a un total de 46 pacientes, de los cuales, a 27 (58,7 %) la indicación de la gastrostomía fue profiláctica y el resto, 19 (41,3 %) fue terapéutica. La media de los días de ingreso fue de 4,24 días. La comparación de la diferencia en los días de ingreso se realizó mediante la T de Student para datos independientes (Tabla I). Las GP colocadas de forma profiláctica tuvieron un tiempo de ingreso medio de 3,07 días mientras que las terapéuticas de 5,89 días. Las diferencias pueden considerarse significativas ya que el valor de la T es de 2,65 con un p de 0,011.

Conclusiones: la colocación de la GP de forma profiláctica se relaciona con un menor número de días de ingreso en nuestra área.

P-007. Análisis del tiempo de demora en consulta de nutrición clínica en un servicio de endocrinología y nutrición

Marina Jara Vidal¹, Andrés Ruiz de Assin Valverde¹, María Carmen López García¹, Marta Gallach Martínez¹, José Joaquín Alfaro Martínez¹,

Rosa Pilar Quílez Toboso¹, Lourdes García Blasco¹, Antonio José Moya Moya², Cortés María Jiménez Martínez³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ²Hospital General de Villarrobledo. Villarrobledo, Albacete. ³Hospital de Hellín. Hellín, Albacete

Introducción: Disminuir la demora de atención en los pacientes con desnutrición permite realizar un manejo precoz con mejor pronóstico global. Resulta necesario conocer el tiempo de demora en primeras visitas, y el tiempo entre revisiones, y emplear un sistema de filtro para priorizar por patología y gravedad con el objetivo de garantizar una atención temprana y de calidad.

Objetivos: a) Analizar el porcentaje de pacientes con patología nutricional atendidos en consultas de endocrinología y nutrición, y b) evaluar la demora en primeras visitas, y en visitas sucesivas el tiempo entre las mismas y la diferencia entre el tiempo que se había propuesto inicialmente para la revisión y el tiempo real.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo descriptivo realizado en un hospital de tercer nivel para analizar la actividad en consulta de endocrinólogos con especial dedicación a la nutrición clínica desde el 1 de abril al 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Se realizaron 1448 visitas, 1039 de endocrino y 408 de nutrición (28.2% del total). De estas últimas 156 fueron primeras y 252 fueron sucesivas. La tabla I muestra los resultados con los tiempos expresados en meses (media alfa-recortada [mαr] y desviación típica winsorizada [dtw]).

Conclusión: Debemos trabajar en disminuir la demora de primeras visitas; siendo satisfactorio el resultado obtenido entre revisiones y la diferencia entre el tiempo propuesto y el real.

Tabla I. Análisis mediante t de Student

Pruebas de muestras independientes										
Prueba de Levene de igualdad de varianzas				Prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	IC 95 % de la diferencia	
									Inferior	Superior
Tiempo de ingreso	Se asumen varianzas iguales	10,538	,002	2,655	44	,011	2,821	1,062	,680	4,961
	No se asumen varianzas iguales			2,359	23,199	,027	2,821	1,196	,348	5,293

Tabla I.

Primeras visitas				
		n	mar	dtw
Todos		147	1,2	0,1
Procedencia	Consultas	103	1,1	0,1
	Hospitalización	39	1,5	0,2
Tipo	Oncológico	88	1,1	0,1
	Neurológico	23	1,5	0,2
	Otros	35	1,6	0,3
Revisiones. Tiempo entre visitas				
Todos		247	5,4	0,2
Oncológicos		114	4,2	0,3
Neurológicos		37	6,7	0,5
Otros		78	6,4	0,5
Revisiones. Diferencia tiempo propuesto y real				
Todos		229	0,6	0,1
Oncológicos		102	0,5	0,1
Neurológicos		36	0,9	0,4
Otros		74	0,7	0,2

P-008. Relación del ángulo de fase con el estado morfofuncional por ecografía muscular del recto anterior del cuádriceps en pacientes oncológicos

Raúl Larriba Salinas^{1,2}, Blanca Alabadi Pardiñes^{1,2}, Míriam Moriana Hernández², Sandra Amores Alandí^{1,2}, Ning Yun Wu Xiong², Sergio Martínez Hervás^{1,3}, Miguel Civera Andrés^{1,3}, José Tomás Real Collado^{1,3}

¹INCLIVA. Instituto de Investigación Sanitaria y ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: El ángulo de fase (AF) es un marcador tanto del estado nutricional como del estado inflamatorio. Éste se obtiene a partir de parámetros físicos crudos, resistencia y reactancia, determinados mediante bioimpedancia (BIA). Por otro lado, la ecografía nutricional es un método emergente para valorar la composición corporal y las características morfofuncionales a nivel muscular, siendo la valoración del recto-anterior-cuádriceps (RAC) uno de los más referenciados.

Objetivos: a) Estudiar la correlación entre el ángulo de fase (AF) y grosor del RAC en pacientes oncológicos, y b) analizar los valores de AF en pacientes oncológicos en función del patrón muscular del RAC.

Métodos: Se evaluó en 110 pacientes oncológicos la composición corporal mediante BIA y ecografía muscular (ECO) tras un ayuno mínimo de 6 horas. Se clasificó la muestra de estudio en distintos grupos en función del patrón muscular (hipogenicidad normal, heterogenicidad, infiltración grasa y necrosis-atrofia) y se determinó los valores medios de parámetros bioeléctricos crudos para cada uno de estos.

Resultados: $n = 110$ (61,8 % varones); edad: $61,9 \pm 12$ años; IMC: $26,4 \pm 9,4$ kg/m². Se obtuvo una correlación significativa ($p < 0,01$) entre AF y grosor del RAC ($r = 0,583$). Respecto al patrón muscular, véase la tabla I.

Tabla I.

	Ángulo de fase (°)
Hipogenicidad normal ($n = 16$)	$6,16 \pm 0,81$
Heterogenicidad ($n = 44$)	$5,16 \pm 0,69^*$
Infiltración grasa ($n = 35$)	$4,96 \pm 0,73^*$
Necrosis-atrofia ($n = 15$)	$4,74 \pm 0,81^*$

*Diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo con hipogenicidad normal.

Conclusiones: Tanto el grosor muscular como la clasificación morfofuncional del RAC son parámetros que se relacionan con el AF. La realización de futuros estudios enfocados en buscar relaciones entre dichas variables y determinar puntos de corte de grosor muscular para cada cuadrante vectorial podría ayudar a mejorar la clasificación del estado nutricional y morfofuncional de estos pacientes.

P-009. Estudio del grosor muscular por ecografía según cuadrantes vectoriales en pacientes oncológicos

Raúl Larriba Salinas^{1,2}, Blanca Alabadi Pardiñes^{1,2}, Sandra Amores Alandí^{1,2}, Jana Caudet Esteban², Enrique Juan Matarredona Solaz², Sergio Martínez Hervás^{1,3}, Miguel Civera Andrés^{2,3}, José Tomás Real Collado^{1,3}

¹INCLIVA. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital y ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: La ecografía nutricional es un método emergente para valorar la composición corporal, siendo el grosor muscular el parámetro más analizado y representativo del estado nutricional. Entre las distintas mediciones, el grosor del cuádriceps y del recto anterior del cuádriceps (RAC) han sido las más referenciadas y relacionadas con la masa magra y la fuerza y desempeño funcional. Por otro lado, la bioimpedancia vectorial (BIVA) permite valorar la composición corporal a través de vectores gráficos derivados de la resistencia-reactancia, clasificando al paciente en cuatro cuadrantes (delgados, atléticos, obesos y caquéticos).

Objetivos: Estudiar los valores de grosor del cuádriceps y del RAC en pacientes oncológicos en función de la clasificación por cuadrantes.

Métodos: Se evaluó en 110 pacientes oncológicos la composición corporal mediante BIVA y ecografía muscular tras un ayuno mínimo de 6 horas. Se determinó los valores medios de grosor del cuádriceps y del RAC en el punto 2/3 entre la espina

iliaca anterosuperior y el borde superior de la rótula. Por último, se clasificó la muestra de estudio en función de los cuadrantes vectoriales.

Resultados: $n = 110$ (61,8 % varones); edad: $61,9 \pm 12$ años; IMC: $26,4 \pm 9,4$ k/m^2 (Tabla I).

Tabla I.

	Grosor del cuádriceps (cm)	Grosor del RAC (cm)
Atléticos ($n = 9$)	$3,07 \pm 0,71$	$1,61 \pm 0,36$
Obesos ($n = 41$)	$2,81 \pm 0,88$	$1,44 \pm 0,41$
Delgados ($n = 27$)	$2,28 \pm 0,58^{*†}$	$1,25 \pm 0,36$
Caquécticos ($n = 33$)	$2,19 \pm 0,44^{*†}$	$1,13 \pm 0,25^{*†}$

*Diferencias estadísticamente significativas respecto a atléticos. †Diferencias estadísticamente significativas respecto a obesos.

Conclusiones: La determinación del grosor muscular mediante ecografía puede ser una técnica de utilidad en la valoración global de la composición corporal en el paciente oncológico.

P-010. Valoración nutricional en pacientes ingresados mayores de 70 años con diagnóstico de ictus o neumonía en el Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)

María Isabel Cegarra Baños, José León Mengibar, Ana Gloria Soler Beunza, Javier Suárez Balaguer, Cristina Domínguez Gadea, Cristina Moreno Castilla, Nuria Pinyol Prats, Carla Abella Iglesias, Julia Buirá Panades, Marta Bueno Díez

Hospital Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: La identificación temprana de la desnutrición en el paciente hospitalizado es fundamental para evitar o minimizar su repercusión en la evolución clínica. En nuestro centro no se realiza aún cribado nutricional sistemáticamente.

Objetivos: Caracterizar a los pacientes ingresados en el Hospital Arnau de Vilanova mayores de 70 años con diagnóstico de ictus o neumonía que fueron sometidos a valoración nutricional. Además, evaluar las intervenciones realizadas a nivel hospitalario y domicilio.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y descriptivo realizado entre el 1/12/21 y el 30/11/22. Durante este periodo se incorporó progresivamente como prueba piloto el cribado nutricional (mediante el NRS-2002) a pacientes que ingresaban con dichos diagnósticos. El diagnóstico de desnutrición se realizó en base a los criterios GLIM. Se registró tipo de dieta, porcentaje de ingesta e intervenciones realizadas. Finalmente, se comparó la estancia media respecto al mismo periodo del año anterior en pacientes en los que no se había hecho cribado nutricional ingresados con los mismos diagnósticos.

Resultados: Se realizó cribado y valoración nutricional en 36,32 % de los 468 pacientes ingresados por neumonía o ictus.

Un 24,11 % (41) de los mismos cumplían criterios GLIM de desnutrición, siendo esta moderada en 76 % y grave en 24 %. El registro de ingesta se realizó en 87 % y del peso en 57,06 %. En cuanto a la intervención hospitalaria, 35,88 % requirió de suplementación con fórmula completa, 23,53 % suplementación proteica y 11,76 % modificación de la dieta. Al alta al 37,65 % se le dio consejo dietético, 8,24 % se le pautó fórmula completa y al 7,65 % espesante. Comparando respecto el mismo periodo del año anterior no hubo diferencias significativas en la estancia media en los pacientes ingresados (Tablas I y II).

Conclusiones: Un 24,11 % de los mayores de 70 años ingresados por neumonía o ictus en nuestro centro cumplen criterios GLIM de desnutrición al ingreso.

Tabla I.

Intervención para domicilio	Freq.	Percent	Cum
Espesante	13	7,65	7,65
Fórmula completa	14	8,24	15,88
Consejo dietético	64	37,65	53,53
Nada	79	46,47	100,00
Total	170	100,00	

Tabla II.

Intervención en el hospital	Freq.	Percent	Cum
Espesante	9	5,29	5,29
Fórmula completa	61	35,88	41,18
Suplementación proteica	40	23,53	64,71
Modificación dieta	20	11,76	76,47
Nada	40	23,53	100,00
Total	170	100,00	

P-011. Comparación de criterios GLIM y mini-nutritional assessment (MNA[®]) en pacientes ingresados en riesgo de desnutrición en un hospital de tercer nivel

María Jesús Villameriel Galván¹, Juan José López Gómez^{1,2}, Sara Cuenca Becerril¹, Isabel Pérez Mellen¹, Gema Santamaría Ojeda¹, Esther Delgado García^{1,2}, Beatriz Torres Torres^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, María Ángeles Castro Lozano¹, Daniel A. de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación en Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una entidad altamente prevalente en el paciente hospitalizado. El objetivo de este estudio es comparar las diferencias en la DRE mediante distintas herramientas.

Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo en pacientes ingresados con riesgo nutricional en los que se solicitó valoración por Unidad de Nutrición entre enero 2014 y diciembre

2022. Se evaluaron datos antropométricos. Se realizó el diagnóstico de desnutrición con *Mini-Nutritional Assessment* (MNA) y mediante criterios de *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM). Se estimó el índice de masa muscular apendicular (ASMI) a partir del perímetro de pantorrilla. Se consideraron criterios de baja masa muscular según *European Working Group On Sarcopenia in Older People* (EWGSOP2).

Resultados: Se reclutaron 5787 pacientes con edad de 70,53 (15,15) años (Hombre [H]: 56,1 % / Mujeres [M]: 43,9 %). Los servicios con mayor número de pacientes remitidos fueron medicina interna (27,5 %), digestivo (10,1 %) y oncología (9,7 %). El IMC medio de los pacientes fue de 23,38 (6,21) kg/m². El MNA medio fue de 17,06 (4,49). El ASMI estimado medio fue 5,69 (2,01) kg/m² (H:6,66 [1,79] kg/m² frente a M: 4,27 (1,37) kg/m²; $p < 0,01$); presentaban una baja masa muscular según EWGSOP2 un 57,7 % de los pacientes. Según los criterios GLIM 65,1 % de los pacientes presentaban desnutrición y 42 % presentaban desnutrición severa. Según el MNA 47,4 % de los pacientes presentaban riesgo de malnutrición y 48 % presentaban desnutrición. Considerando el MNA como *gold standard*, el diagnóstico de desnutrición mediante GLIM tiene una sensibilidad del 86 % y una especificidad del 49 %; mientras que el diagnóstico de desnutrición severa tiene una sensibilidad del 63 % y una especificidad del 74 %.

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición y de baja masa muscular es elevado en el paciente ingresado en riesgo de desnutrición. El diagnóstico mediante criterios GLIM tiene una alta sensibilidad mientras que la severidad tiene una alta especificidad en relación con MNA.

Aspectos éticos: el comité ético Valladolid Oeste aprobó el estudio con código PI 16-490.

P-012. Nutrición enteral por sonda de gastrostomía: un estudio descriptivo

Irene Martín Pérez¹, Alberto Flores Paños¹, Antonio Javier Ríos Vergara¹, Patricia Palomero Entrenas¹, María Álvarez Martín¹, Luis Marín Martínez¹, Adrián Pastor Alcaraz², Ana María Cayuela García¹, Ana Pinos Blanco¹, Georgios Kyriakos¹, Yamina Suleiman Martos¹, Elena Hervás Abad¹, Rosa María Cañas Angulo¹, José Hernández García¹, Enrique Hernández Alonso¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. ²Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca, Murcia

Introducción y objetivos: En muchas enfermedades, bien por la progresión de las mismas o por la instauración de tratamientos potencialmente curativos, puede verse limitada la ingesta de alimento. La colocación de una sonda de gastrostomía es un instrumento de apoyo en el tratamiento de enfermedades en las que la condición del paciente impide un adecuado aporte nutricional durante un largo periodo de tiempo. El objetivo es conocer las características de los pacientes portadores de una sonda de gastrostomía, así como las complicaciones y los tipos más frecuente en nuestro medio.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyeron 46 pacientes ingresados en el Hospital Santa Lucía para la realización de una gastrostomía, en los últimos 3 años.

Se incluyeron: edad, sexo, tiempo de ingreso, diagnóstico principal, complicaciones durante el ingreso y tipos de gastrostomía. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, preservando el anonimato. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes a través del programa informático IBM SPSS 26.0.

Resultados (Tabla I):

Tabla I.

Descripción de la muestra (n = 46)	
Sexo	73,9 % hombres 26,1 % mujeres
Edad (media)	64,65 años
Tiempo de ingreso (media)	4,24 días
Diagnóstico principal	30,4 % Enf. neurodegenerativa 54,3 % Ca. cabeza y cuello 10,9 % Ca. digestivo alto 2,2 % Disfagia no específica 2,2 % Desnutrición no específica
Tipo de gastrostomía	93,5 % Percutánea radiológica 6,5 % Percutánea endoscópica
Tipo de gastrostomía	58,7 % Profiláctica 41,3 % Terapéutica

Conclusión: El tipo de gastrostomía más frecuente fue la radiológica y con intención profiláctica. La mayoría no sufrió complicaciones, sin embargo, dentro de las mismas la más frecuente es el fallecimiento antes del mes. Harían falta más estudios para conocer si estas son a causa del procedimiento y de la forma que fue llevado a cabo o del estado avanzado de la enfermedad.

P-014. Prescripción anual de nutriciones parenterales individualizadas en un hospital de segundo nivel

Araceli Merino García, María Jesús Esteban Gómez, Irene Gonzalo Montesinos, Emilia Cáncer Minchot, Alicia Moreno Borreguero, Gloria Cánovas Molina, Soralla Civantos Modino, Azucena Rodríguez Robles, María Rosa Villar Vicente, Carmen Bernal Asensio, Juana Marín Martínez

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

Introducción y objetivos: Describir y comparar el perfil de prescripción anual de nutriciones parenterales individualizadas (NPI) en un hospital secundario.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (octubre 2021-noviembre 2022) incluyendo pacientes hospitalizados proporcionados con NPI elaborada en el servicio de farmacia (SF) y prescrita por medicina intensiva (MI), neonatología o por endocrinología para el resto de servicios. Los datos se obtuvieron consultando las dispensaciones del módulo de gestión del SF y la historia clínica. Para describir el perfil de prescripción las variables fueron: edad, sexo, servicio prescriptor y duración de tratamiento. Datos analizados con Excel (v.2019).

Resultados: Se prescribieron 2276 NPI, que corresponden a 292 pacientes (1,71 % de los ingresos anuales) de 16 servicios diferentes. El 56 % eran hombres, mediana de edad de 67 años

(rango 0-95). Las NPI elaboradas en años naturales previos fueron: 2279 (2021), 2122 (2020) o 2758 (2019). Cirugía general y digestiva (CGD) precisó el 43 % de NPI para 158 (54 %) pacientes y MI prescribió el 22 % NPI para 40 (14 %) pacientes con duración media de tratamiento de 8 ± 6 y 7 ± 8 días respectivamente. Oncología recibió el 11 % de NPI durante 12 ± 9 días para 16 (5 %) pacientes,

digestivo el 8 % de NPI durante 9 ± 8 días para 21 (7 %) pacientes y medicina interna el 6 % de NPI durante 12 ± 8 días para 19 (7 %) pacientes. Neonatología y urología requirieron el 6 % de NPI para 13 (4 %) y 10 (3 %) pacientes durante 6 ± 3 y 12 ± 8 días respectivamente. El 3 % de NPI (15 pacientes) restantes se distribuyó en menor medida entre los otros servicios (Fig. 1).

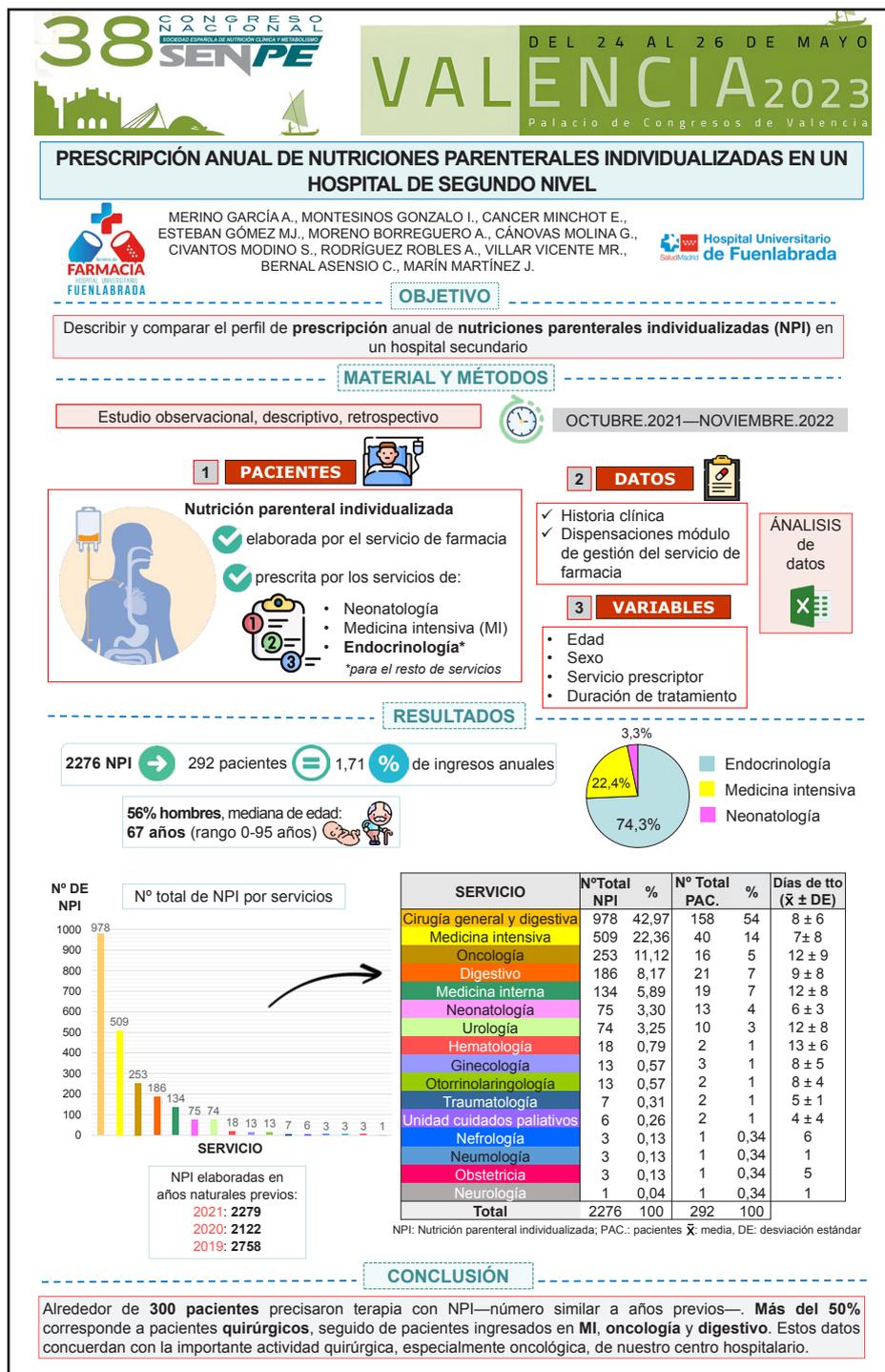


Figura 1. Distribución del número de nutriciones parenterales individualizadas por servicios.

Conclusión: Alrededor de 300 pacientes precisaron terapia con NPI (número similar a años previos). Más del 50 % corresponde a pacientes quirúrgicos, seguido de pacientes ingresados en MI, oncología y digestivo. Estos datos concuerdan con la importante actividad quirúrgica, especialmente oncológica, de nuestro centro hospitalario.

Aspectos éticos: el estudio se aprobó por el comité ético del hospital.

P-015. Evaluación de los resultados clínicos vinculados a la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) según los criterios GLIM

Ángela Patricia Morales Cerchiaro¹⁻⁴, Cristina Velasco², Irene Bretón², Marta Motilla^{2,4}, Loredana Arhip^{2,3}, M.^a Luisa Carrascal^{2,3}, Clara Serrano^{2,3}, Miguel Cambor², M.^a Cristina Cuerda Compés^{2,4}

¹Universidad Europea de Madrid. Madrid. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Fundación de Investigación Biomédica Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Introducción y objetivo: Evaluar los resultados clínicos asociados a la DRE según los criterios GLIM y factores pronósticos asociados.

Metodología: Estudio observacional prospectivo dentro de práctica clínica. La recogida de datos se realizó 05/2018-09/2019. Se incluyeron pacientes de todas las unidades donde estaba implantado el CN salvo las unidades de corta estancia y críticos. Se recogieron datos sociodemográficos, antropométricos, el CN(NRS-2002), diagnóstico de DRE (GLIM), complicaciones infecciosas, mortalidad, reingresos y estancia hospitalaria. Los resultados se expresan en media \pm DE y porcentajes. Se utilizó el IBM-SPSS21.0[®].

Resultados: Se incluyeron 317 pacientes de 62,9 \pm 17,4 años, el 50,8 % mujeres. Al ingreso se identificó un 30,6 % de pacientes en riesgo nutricional y una prevalencia de DRE con los criterios GLIM del 24,3 %, siendo más prevalente la DRE moderada (58,5 %) (Tablas I y II).

Conclusiones: La DRE según los criterios GLIM resultó ser un factor que se asocia con mayores tasas de complicaciones, mortalidad, estancia hospitalaria y costes, además la edad (≥ 70 años, la pérdida de peso involuntaria, la HTA y el alcoholismo) resultaron ser factores pronósticos asociados a la DRE.

Aspectos éticos: aprobado por CEIC del HGUGM.

Tabla I. Diferencias entre los pacientes con DRE y sin DRE

	Normonutrición	Desnutrición	p
n	248 (78,2 %)	77 (24,3 %)	-
Mujeres	129 (53,9 %)	46 (59,4 %)	NS (0,052) (#)
Edad (años)	61,0 \pm 18,1	68,8 \pm 13,4	< 0,001
Edad < 70 años	153 (63,8 %)	87 (36,3 %)	NS (0,065) (#)
Edad \geq 70 años	40 (51,9 %)	37 (48,1 %)	
Peso al ingreso (kg)	74,9 \pm 17,0	63,8 \pm 6,5	< 0,00
Talla (m)	1,64 \pm 0,1	1,62 \pm 0,1	0,003
IMC (kg/m ²)	28,0 \pm 6,0	24,5 \pm 4,9	< 0,001
Peso habitual (kg)	76,1 \pm 17,4	71,8 \pm 17,3	0,007
Pérdida de peso (PP) (kg)	4,9 \pm 4,1	9,1 \pm 6,4	0,019
PP (%)	6,0 \pm 4,3	11,2 \pm 6,9	0,001
Tipo PP	PP Involuntaria 95 (39,8 %)	PP Involuntaria 60 (77,3 %)	< 0,001
Estancia hospitalaria (días)	7,9 \pm 7,8	21,3 \pm 27,3	< 0,001
Coste por estancia (€)	5966 \pm 6492 €	15 124,7 \pm 18 089 €	< 0,001
Mortalidad durante el ingreso	1 (0,4 %)	9 (11,7 %)	< 0,001
Mortalidad en el seguimiento al alta (180 días)	1 (0,4 %)	10 (13,0 %)	< 0,001
Reingreso a los 30 d	19 (8 %)	21 (27,9 %)	< 0,001
Reingreso a los 60 d	13 (5,5 %)	19 (24,6 %)	< 0,001
Índice de Charlson	3,5 \pm 2,9	6,2 \pm 3,4	< 0,001
Complicaciones infecciosas	33 (13,9 %)	30 (38,2 %)	< 0,001

p < 0,05 significación estadística.

Tabla II. Análisis multivariante de los factores pronósticos asociados a DRE

Variable	OR	IC	p
Edad ≥ 70 años	3,586	2,533-5,018	< 0,001
Pérdida de peso involuntaria al ingreso	6,355	4,391-9,197	< 0,001
Hipertensión	1,811	1,308-2,508	< 0,001
Consumo de alcohol	2,094	1,045-4,197	0,029

P-096. Análisis de la relación del ángulo de fase estandarizado con la adiposidad abdominal

Blanca Alabadi Pardiñes^{1,2}, Sandra Amores Alandí^{1,2}, Raúl Larriba Salinas^{1,2}, Jana Caudet Esteban², Miriam Moriana Hernández², Enrique Juan Matarredona Solaz², Miguel Civera Andrés^{2,3}, José Tomás Real Collado^{2,3}

¹INCLIVA. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: Un bajo valor de ángulo de fase se ha relacionado con una función física deteriorada, un peor estado nutricional, una baja calidad de vida y un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con patologías específicas como cáncer. Sin embargo, existen pocos estudios que relacionen este parámetro con el riesgo cardiovascular.

Objetivos: Estudiar la correlación entre el ángulo de fase estandarizado con parámetros de adiposidad abdominal.

Material y métodos: Se determinó en un total de 171 pacientes de entre 18 y 90 años el índice de cintura-cadera, el área del tejido adiposo visceral mediante una densitometría de cuerpo entero (DEXA) y el tejido adiposo visceral medido mediante una bioimpedancia (BIA) multifrecuencia segmental. El ángulo de fase se determinó mediante una bioimpedancia monofrecuencia y se estandarizó por género, edad, índice de masa corporal y raza. Todos los parámetros se determinaron tras un ayuno mínimo de 4 horas.

Resultados: La cohorte estaba formada por 91 mujeres y 80 hombres de $57,5 \pm 17,6$ años de edad media (Tabla I).

Tabla I.

	SPA (°)
Índice de cintura-cadera	$r = -0,390^*$
Área de tejido adiposo visceral medido por DEXA	$r = -0,226^*$
Tejido adiposo visceral medido por BIA	$r = -0,162^*$

*Correlación significativa con $p < 0,01$.

Conclusiones:

1. Existe una correlación significativa inversa entre los tres parámetros de adiposidad abdominal determinados y el ángulo de fase estandarizado.
2. El ángulo de fase estandarizado se correlaciona inversamente con la adiposidad abdominal de forma independiente del índice de masa corporal.

P-127. Cambios alimentarios en personas adultas durante las diferentes etapas del confinamiento domiciliario por COVID-19 en Iberoamérica

Luisa Muñoz Salvador

Residencia El Encinar de las Cruces. Don Benito, Badajoz

Introducción y objetivos: La pandemia por COVID-19 ha obligado a los gobiernos de los países afectados a aplicar medidas preventivas que incluyen la cuarentena o el confinamiento domiciliario. Se ha visto que, en general, esta situación ha afectado los patrones alimentarios de la población. En este trabajo se ha pretendido evaluar los cambios en los hábitos alimentarios y en la adquisición de los alimentos durante las diferentes etapas del confinamiento domiciliario ocasionado por COVID-19 en la población adulta en diferentes países de Iberoamérica.

Material y método: Se realizó un estudio observacional y transversal en el que participaron 9572 personas adultas de 58 países diferentes. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue una encuesta diseñada por la Universidad Internacional Iberoamericana de México (UNINI-México) para estudiar los hábitos alimentarios durante el confinamiento domiciliario por COVID-19 como parte del estudio HALCON-COVID-19 (Fig. 1).



Figura 1. Encuesta HALCON.

Resultados: La mayoría de los encuestados indicaron haber mantenido su peso durante la cuarentena (57,3 %), aunque manifestaron haber reducido su actividad física (23,9 %). Respecto al consumo de alimentos, reportaron haber disminuido el consumo de alimentos ultraprocesados (53,4 %), de bebidas alcohólicas (43,3 %) y de chocolates y golosinas (41,1 %), mientras que aumentaron en su dieta el consumo de vegetales (37,7 %), frutas (37 %) y huevos (30,6 %). Según la percepción de la muestra su alimentación se mantiene igual comparada con la época anterior y posterior al confinamiento (49,2 %) (Fig. 2).

Conclusión: Las personas que no comían de forma saludable previamente, han empeorado la calidad de su dieta durante el confinamiento además de haber reducido su actividad física; sin embargo, aquellos que tenían un estilo de vida sano lo han mantenido durante este periodo.

Aspectos éticos: este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación (UNINI- México).

P-128. Impacto en la estancia hospitalaria del riesgo nutricional medido por 4 test de cribado y de la DRE según los criterios ESPEN al ingreso hospitalario en el Hospital Universitario Son Llàtzer

Josefina Olivares^{1,2}, Pilar Sanchís^{2,3}, Luisa Ayala^{1,2}, M.^a José Muñiz¹, Lluís Masmiquel^{1,2}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa). Palma de Mallorca. ³Departamento de Química. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) puede estar presente en el 20-50 % de los pacientes ingresados. Algunos autores han descrito la DRE como factor de riesgo independiente para prolongar la estancia hospitalaria. Sin embargo, los métodos de cribado y los criterios ESPEN han mostrado resultados controvertidos.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo para analizar el impacto sobre la estancia hospitalaria del riesgo nutricional (RN) y la DRE medido a las 24h del ingreso hospitalario mediante 4 test (NRS-2002, MNA-SF, MUST, VSG) y los criterios ESPEN.

Resultados: Estudiamos 522 pacientes (56,4 % hombres, $n = 294$) con una edad media de 61 ± 18 años; peso, 74 ± 16 kg; altura, $164,4 \pm 9,9$ cm; IMC, $27,3 \pm 5,3$ kg/m² y pérdida de peso reciente de $1,2 \pm 7,1$ kg. El RN global fue de 47,3 %. Las tasas específicas para MNA-SF, NRS-2002, VSG y MUST de 29,8, 21,3, 19,5 y 18,8 %, respectivamente. Sin embargo, solo el 3,8 % ($n = 20$) de los pacientes presentaban DRE según los criterios ESPEN. La estancia hospitalaria media global fue de 6,02 días. Las específicas entre pacientes en RN y normonutridos según MNA-SF, NRS-2002, VSG, MUST y por algún test fueron de $6,2 \pm 7,6$ frente a $5,9 \pm 6,7$ días ($p = 0,633$), $6,92 \pm 0,54$

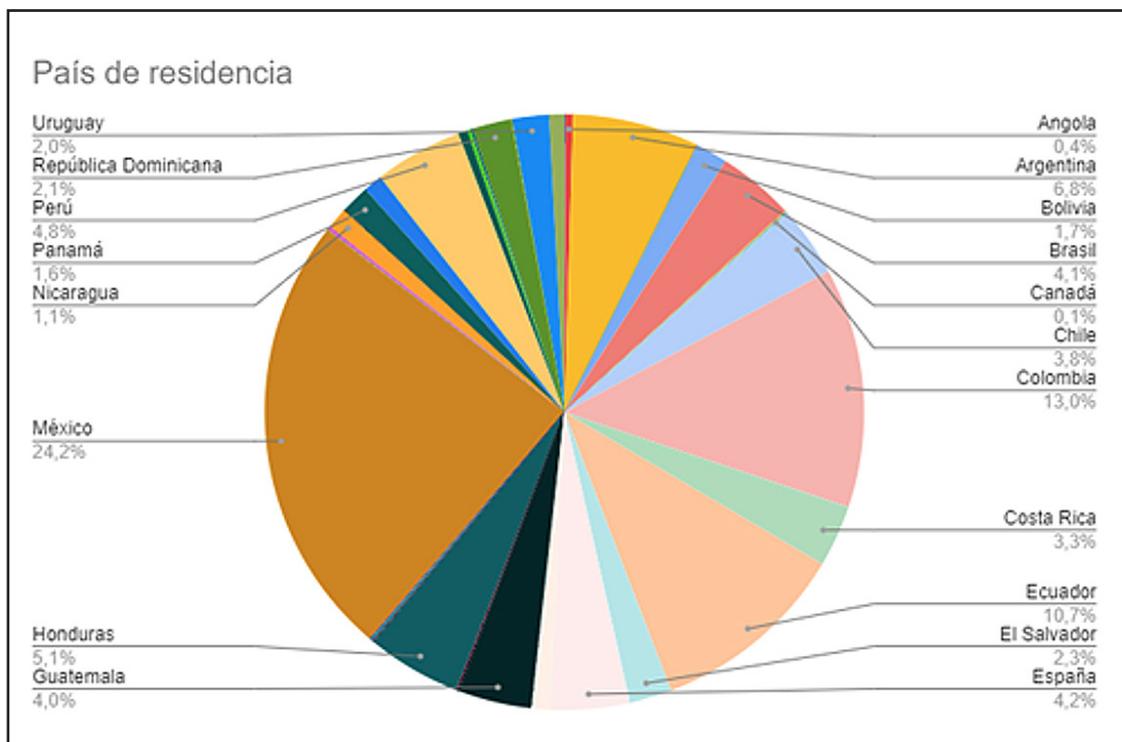


Figura 2.
Países de residencia.

frente a 58 ± 68 días ($p = 0,123$), $8,2 \pm 8,8$ frente a $5,5 \pm 6,3$ días ($p < 0,001$), $6,7 \pm 6,9$ frente a $5,9 \pm 7,0$ ($p = 0,269$), $6,5 \pm 7,3$ frente a $5,6 \pm 6,6$ ($p = 0,119$). No se observaron diferencias en la estancia media entre desnutridos y normonutridos por criterios ESPEN ($6,25 \pm 4,81$ frente a $6,01 \pm 7,02$ días, $p = 0,88$).

Conclusión: Solo se ha observado un aumento significativo de casi 3 días en pacientes desnutridos detectados mediante la VSG.

Aspectos éticos: este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de les Illes Balears.

P-130. Adecuación de las interconsultas de una sección de un servicio quirúrgico a la unidad de nutrición

Teresa Prado Moraña, Ana Cantón-Blanco, María del Pilar Cao-Sánchez, Virginia Muñoz-Leira, Anxo Fernández-Ferreiro, Miguel González-Barcia, Iria Varela-Rey, Alberto Pena-Dubra, Everardo Josué Díaz-López, Antía Fernández-Pombo, Miguel Ángel Martínez-Olmos

Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Introducción y objetivos: Las unidades de nutrición suelen centralizar todas las actividades relacionadas con la nutrición en los centros hospitalarios. La gestión eficiente de recursos es fundamental para obtener resultados óptimos en aquellos pacientes que obtienen mayores beneficios de la intervención nutricional. Es habitual la recepción de interconsultas a la Unidad de Nutrición sin la realización previa de una prueba de cribado nutricional. La instauración de políticas de consenso de protocolos, podría ser útil para conseguir, por parte del servicio solicitante una identificación sistemática y precoz de aquellos pacientes con sospecha o riesgo de desnutrición, y por parte de la Unidad de Nutrición una intervención y monitorización coste-eficiente.

Material y método: Para la realización de este estudio seleccionamos una sección de un servicio quirúrgico del CHUS por el volumen de interconsultas recibidas. Se han recopilado los datos de los pacientes para los que han solicitado valoración durante un periodo de 4 meses. Se han analizado las siguientes variables: sexo, edad, peso, talla, IMC, días de ingreso hospitalario, días hasta que se realiza la interconsulta, necesidad de soporte nutricional y complejidad de este, necesidad de tratamiento nutricional al alta, necesidad de seguimiento y riesgo de desnutrición según la herramienta de cribado MUST.

Resultados: Se realizaron en total 228 interconsultas, de las cuales 64 pertenecían a la sección del servicio quirúrgico elegido. Tras aplicar la herramienta de cribado MUST en este grupo de pacientes, observamos que el 62,5 % de tendrían Bajo Riesgo de Desnutrición, y, por tanto, no serían subsidiarios de recibir una intervención nutricional en el momento que realizaron la solicitud.

Conclusión: La realización de la prueba de cribado MUST por parte del servicio solicitante y la solicitud de consulta al equipo de nutrición de aquellos pacientes con resultado positivo permitiría una mejor utilización de los recursos disponibles.

P-131. ¿Influye el tipo de fórmula enteral en la diferencia de peso encontrada en la primera revisión tras colocación de gastrostomía de alimentación?

Antonio Javier Ríos Vergara¹, Irene Martín Pérez¹, Alberto Flores Paños¹, Patricia Palomero Entrenas¹, María Álvarez Martín¹, Luis Marín Martínez¹, Adrián Pastor Alcaraz², Ana María Cayuela García¹, Ana Pinos Blanco¹, Georgios Kyriakos¹, Yamina Suleiman Martos¹, Elena Hervás Abad¹, Rosa María Cañas Angulo¹, José Hernández García¹, Enrique Hernández Alonso¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. ²Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca, Murcia

Introducción y objetivos: Entre las patologías más frecuentes que motivan la indicación de gastrostomía en nuestro medio se encuentran aquellas que comprometen la ingesta oral por disfagia secundaria a enfermedades neurodegenerativas como ELA o tumores de cabeza/cuello y digestivos altos. Existen múltiples fórmulas de nutrición enteral y hemos querido analizar si el tipo de NE iniciada tiene influencia sobre la diferencia ponderal encontrada en la primera revisión tras su colocación.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes a los que se les había colocado gastrostomía percutánea mediante ingreso en el Hospital Santa Lucía de Cartagena en los últimos tres años. Se hizo uso de la historia clínica digitalizada para acceder a los datos guardando confidencialidad. Se realizó el análisis estadístico mediante SPSS Statistics.

Resultados: Se analizó un total de 46 pacientes (30,4 % ELA, 54,3 % cáncer de cabeza y cuello, 10,9 % cáncer digestivo alto, 2,2 % disfagia no específica, 2,2 % desnutrición no específica). El 73,9 % eran varones y 26,1 % mujeres con edad media $64,6 \pm 10,1$ años e IMC medio al ingreso $23,45 \pm 5,25$ kg/m². A 27 de ellos se les inició fórmula polimérica HC-HP, 11 fórmula específica de DM, 4 fórmula polimérica NC-NP, 2 fórmula polimérica NC-HP, 1 fórmula oligomérica y 1 inmunonutrición. La diferencia de peso medio respecto al previo calculado a 39 de ellos (7 se perdieron) en la primera consulta de revisión realizada en el primer mes tras el alta fue de $-0,3615$ kg; sin embargo, no se encontró diferencia significativa entre grupos mediante cálculo de ANOVA (F 0.392 Sig. 0.813) (Tabla I; Fig. 1).

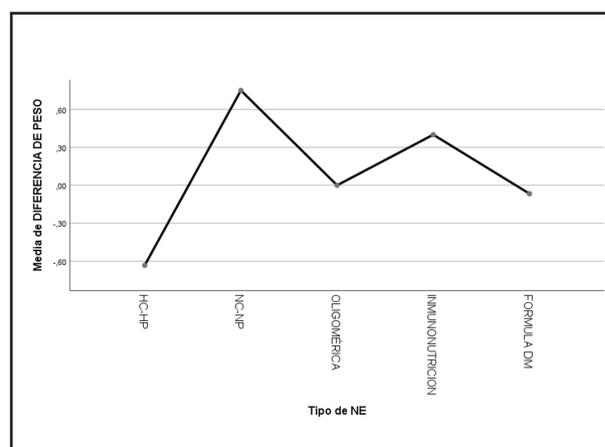


Figura 1.

Tabla I.

ANOVA					
Diferencia de peso					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	8,169	4	2,042	,392	,813

Conclusión: En nuestra cohorte no hubo diferencias significativas en cuanto a cambio ponderal encontrado en la primera consulta de revisión tras colocación de gastrostomía según el tipo de fórmula enteral utilizada. Se necesitan estudios con mayor *n*.

P-132. Seguridad alimentaria y hábitos de alimentación en población chilena

Ximena Rodríguez Palleres, Francisca Contreras Rodríguez, Paz Chandía Henríquez

Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago de Chile, Chile

Introducción: La pandemia de la COVID-19, la situación política mundial y el cambio climático han provocado una disminución del poder de compra de alimentos y menor disponibilidad y acceso a alimentos sanos y seguros.

Objetivos: Describir el nivel de seguridad alimentaria y hábitos de alimentación en población de Santiago de Chile.

Material y método: Estudio descriptivo. La muestra evaluada fueron 195 adultos de ambos sexo mayores de 18 años de Santiago de Chile. Para determinar la seguridad alimentaria se utilizó la Escala Latinoamérica y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Para la descripción de los hábitos alimentarios se aplicó una encuesta validada en población chilena mayor de 18 años. Los participantes firmaron consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité Revisor Ético de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Bernardo O'Higgins.

Resultados: El 52,3 % de los participantes declaró seguridad alimentaria, el 37,4 % declaró inseguridad alimentaria leve, el 8,2 % correspondió a inseguridad alimentaria moderado y el 2,1 % como inseguridad alimentaria grave. El 56,4 % toma desayuno todos los días y el 11,8 % toma menos de una vez a la semana o nunca. Solo el 22,6 % consume 2 o más porciones de fruta al día y el 24,1 % consume 2 o más porciones al día de verduras. El consumo de 2 o más porciones de pescado al día es de 12,3 % y el 35,4 % consume 2 o más porciones de legumbres. El 41,6 % toma 1 o más porciones de bebida y jugos azucarados. El 73,8 % consume comida chatarra menos de una vez por día.

Conclusión: Aproximadamente la mitad de las personas evaluadas presenta algún grado de inseguridad alimentaria acompañado de un bajo consumo de frutas, verduras, pescado y legumbres, pero con un elevado consumo de bebidas azucarada y comida chatarra.

P-133. Evaluación del estado nutricional de pacientes alcohólicos en rehabilitación de Santiago de Chile

Ximena Rodríguez Palleres, Loreto Loyola Soto, Constanza Talep Palavecino, Carlos Carmona Grez

Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago de Chile, Chile

Introducción: El alcoholismo es un trastorno conductual crónico que se manifiesta por ingestas repetidas y excesivas de alcohol. Las personas que sufren de alcoholismo, no suelen llevar una dieta equilibrada ya que su apetito se ve disminuido y sufren alteraciones metabólicas en la absorción de nutrientes padeciendo malnutrición por déficit.

Objetivos: Analizar el estado nutricional a partir de la evaluación de la composición corporal y la ingesta alimentaria de pacientes alcohólicos chilenos que se encuentran en rehabilitación.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional. La muestra evaluada fueron 43 adultos de sexo masculino mayores de 18 años de Santiago de Chile residentes en un centro de rehabilitación de drogas y alcohol. Para analizar el estado nutricional se midió peso, estatura y circunferencia cintura. Para determinar ingesta alimentaria se aplicaron 3 encuestas de recordatorio de 24 horas. Los participantes firmaron consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité Revisor Ético de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Bernardo O'Higgins.

Resultados: El 45,2 % de los evaluados presenta sobrepeso y el 19,0 % tiene obesidad. El 23,8 % de los pacientes tiene riesgo cardiovascular elevado y el 26,2 % tiene obesidad abdominal. El consumo promedio de fibra dietética es de 17,3 gramos al día. En cuanto al consumo de sodio y potasio al día es de 1568 mg y 1092, respectivamente. El consumo de vitamina C es de 63,3 mg/día. En el caso de vitamina A el consumo al día es de 114,9 µg.

Conclusión: La población evaluada se caracteriza por presentar elevadas prevalencias de sobrepeso y obesidad siendo un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles. Además, se observa una baja ingesta de fibra dietética, vitaminas C y A, estas últimas dos fundamentales por su rol como antioxidantes.

P-134. Comparación del cribado nutricional CIPA con los nuevos criterios GLIM de desnutrición

Carla Rodríguez Rodríguez, Elena Márquez Mesa, Cristina Lorenzo González, María Araceli García Núñez, José Gregorio Oliva García, María Demelza Farrais, José Pablo Suárez Llanos¹, Enrique Palacios Abizanda

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife

Introducción: El cribado hospitalario CIPA instaurado en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC) es positivo cuando se cumple una de las siguientes condiciones: a) disminución de ingestas < 72 h < 50 %, b) albúmina < 3 g/dl, y c) IMC < 18,5 kg/m² o circunferencia del brazo ≤ 22,5 cm. Los criterios GLIM para el diagnóstico de desnutrición incluye un

cribado nutricional positivo al inicio y la presencia de al menos 1 criterio fenotípico (pérdida de peso, bajo IMC, reducción de masa muscular) y 1 criterio etiológico (reducción de la ingesta Reducción de la ingesta o asimilación de alimento e inflamación enfermedad/ lesión aguda) para considerar el diagnóstico de desnutrición.

Objetivo: Determinar la calidad diagnóstica de la herramienta CIPA (Cribado) en la observación de riesgo de desnutrición en comparación a GLIM (valoración nutricional) como diagnóstico de desnutrición.

Material y métodos: Estudio unicéntrico de corte transversal. Se incluyeron sujetos mayores de edad hospitalizados a los que se realizó *screening* de desnutrición CIPA y valoración nutricional GLIM (evaluando la masa muscular mediante ASMI por bioimpedanciometría). Se excluyeron servicios de ingreso con baja prevalencia de desnutrición, unidad de críticos y cuidados paliativos, así como pediatría.

Resultados: $n = 332$; edad, $66,04 \pm 14,41$ años; hombre/mujer, $52,1/47,9$ %; diferentes servicio de ingreso (Fig. 1). CIPA positivo/negativo, $36,1/63,9$ % (ingestas < 50 %: 16 %; $IMC < 18,5$ $kg/m^2/CB < 22,5$ cm : $6,6$ %; albúmina < 3 g/dL : $21,7$ %). GLIM positivo/negativo, 38 % / 62 % (criterios etiológicos positivos $64,7$ %; criterios fenotípicos positivos $55,4$ %). CIPA frente a GLIM: sensibilidad: $57,9$ %; especificidad: $77,2$ %; VPP: $60,8$ %; VPN: 75 %; índice kappa: $0,35$ ($p < 0,001$).



Figura 1. Servicios de ingreso.

Conclusiones: El *screening* nutricional CIPA muestra una correlación leve-moderada con la evaluación nutricional GLIM. similar a la descrita con otras herramientas de *screening* nutricional.

P-135. Análisis de realización de valoración morfofuncional en la práctica clínica real

Andrés Ruiz de Assin Valverde¹, Marina Jara Vidal¹, María Carmen López García¹, Marta Gallach Martínez¹, José Joaquín Alfaro Martínez¹, Rosa Pilar Quílez Toboso¹, Lourdes García Blasco¹, Alejandro Esteban Sirvent Segovia², César Gonzalvo Díaz¹, Alberto Sanz Velasco³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. ²Hospital General de Almansa. Almansa, Albacete. ³Hospital General de Villarrobledo. Villarrobledo, Albacete

Introducción: La valoración morfofuncional (VM) es una útil herramienta de valoración nutricional para tomar las mejores decisiones en la práctica clínica habitual. Se compone de bioimpedanciometría (BIVA), ecografía nutricional, dinamometría y test funcional, habitualmente *time up and go* (TUG). Sin embargo, su implementación en consultas externas (CE) puede tener la dificultad de necesidad de formación y tiempo en consulta.

Objetivos: a) Conocer la proporción de pacientes atendidos por patología nutricional en una consulta monográfica de Nutrición Clínica en la que se realizan técnicas de VM, y b) conocer la proporción de nuevos y revisiones de pacientes atendidos por patología nutricional y grupos de patología de base.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo donde se analizan las CE atendidas por facultativos con especial dedicación a la nutrición clínica entre 1 de abril y 31 de diciembre de 2022 en un hospital de tercer nivel.

Resultados: Se atendieron 1448 pacientes, 1039 de Endocrinología y 408 de Nutrición, de los cuales 195 se atendieron en consulta monográfica apta para VM. En los de Nutrición, la proporción sucesivas/primeras fue 1,6 y el porcentaje de oncológicos, neurológicos y otros fue 59,1/14,9/26 %. La media alfa-recontada de técnicas de VM por paciente fue de 1,8, siendo mayor en nuevos con respecto a revisiones: (2,3 frente a 1,6); $p = 0,00453$ (Tablas I y II).

Tabla I.

Técnicas de VM / paciente	n	% pacientes
0	56	28,7
1	25	12,8
2	22	11,3
3	74	37,9
4	18	9,2

Tabla II.

Técnica realizada	n	% pacientes
BIVA	117	60
Ecografía nutricional	96	49,2
Dinamometría	126	64,6
TUG	24	12,3

Conclusiones: Es posible realizar técnicas de VM en una mayoría de pacientes atendidos en consulta de Nutrición, aunque existe margen de mejora en la implantación de VM, especialmente en revisiones. Sería conveniente definir estándares para evaluar si el número de pacientes en que se realiza VM es el adecuado.

P-138. Análisis del cumplimiento de las medidas de calidad y seguridad en la administración de la nutrición parenteral central

Catalina María Socias Cañellas, Joana Cardenete, Pau Riera, Rocío Puig-Piña, Jan T. de Pourcq

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción y objetivos: El programa de nutrición de nuestro centro tiene como objetivo aumentar la calidad y seguridad del soporte nutricional de los pacientes. En el último año se han establecido nuevas medidas en la administración de nutrición parenteral (NP): reservar una luz/vía para NP, uso de equipos opacos y filtro de partículas de 1,2 µm. Se realizó un análisis del cumplimiento y conocimiento de estas recomendaciones.

Material y método: Estudio prospectivo de 15 días de duración en un hospital de tercer nivel en pacientes con NP. En los pacientes que iniciaban NP se analizó si el acceso venoso central disponía de una luz reservada para ésta. En pacientes que ya recibían NP se analizó si estaban recibéndola con filtro y equipo opaco. Se realizó una encuesta a enfermería para valorar su conocimiento.

Resultados: Durante el periodo analizado 28 pacientes recibieron NP. Los pacientes estaban a cargo de los siguientes servicios: 43 %, cirugía general y digestiva; 21 %, UCI; 10 %, oncohematología; 7 %, reanimación posquirúrgica; 7 %, pediatría y 10 %, otros. Se analizaron 43 bolsas de NP. En el 100 % se utilizó el equipo opaco y en un 95 % se utilizó el filtro de partículas indicado. Diez pacientes iniciaron NP. Únicamente tres (30 %) disponían de una luz reservada para ello. Quince enfermeras fueron encuestadas. El 80 % eran conocedoras del uso de una vía exclusiva, aunque manifestaron la dificultad de aplicarlo en la práctica clínica. El 100 % conocían el uso de equipos opacos y el 80 % de los filtros.

Conclusiones: El uso de filtros y equipos opacos ha sido implantado de forma satisfactoria. Reservar una luz para el uso de NP no se está consiguiendo de forma óptima, por lo que deberían realizarse nuevas acciones formativas.

Aspectos éticos: este estudio se engloba dentro del control del programa de calidad de nutrición.

P-139. Codificación de desnutrición en tres servicios del Hospital Universitario Galdakao-Usansolo antes y durante la realización de un estudio de intervención nutricional

Sara Valle, Inmaculada Bolinaga, Madalen Dublang, Almudena Ruiz, Aída Cadenas, Ramón Arteaga, Jorge Pablo Hernández, Aitor Icobalceta, María Picallo, Sonia Ibarretxe, Marcela Ramírez, Ainhoa Zarandona, Alfredo Yoldi, Natalia Iglesias, Yolanda García, José María Quintana

Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Galdakao-Usansolo, Bilbao

Introducción: La codificación de los diagnósticos y procedimientos es fundamental para dar peso a los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). El objetivo del estudio es conocer en qué medida se codifica la desnutrición en los informes de alta y si ha aumentado durante la realización de un estudio de intervención nutricional.

Material y método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se comparan los porcentajes de codificación de desnutrición recogidos por la Unidad de Gestión Sanitaria (UGS) entre dos periodos (enero 2019 - junio 2020 y julio 2020 - diciembre 2021), teniendo en cuenta que durante el segundo periodo se estaba realizando un estudio de intervención nutricional en pacientes con DRE en nuestro hospital. Se seleccionan los episodios de hospitalización de Aparato Digestivo, Oncología Médica y Cirugía General por ser los Servicios donde se estaba realizando el estudio. Se evalúa también si se realiza una codificación efectiva de la desnutrición comparando los datos aportados por la UGS con los recogidos en el estudio. Para el análisis estadístico se utiliza χ^2 (SPSS versión 21).

Resultados: Véase tabla I.

Tabla I. Codificación de desnutrición, n (%)

	Enero 2019 – junio 2020	Julio 2020 – diciembre 2021	p
Aparato digestivo	20 (0,7) n = 3015	43 (1,5) n = 2872	0,002
Oncología médica	7 (0,4) n = 1597	9 (0,6) n = 1511	NS
Cirugía general	3 (0,1) n = 4263	1 (0,0) n = 3761	NS
Total	30 (0,3) n = 8875	53 (0,7) n = 8144	0,003

Durante el segundo periodo se objetivó que la desnutrición consta en el texto libre del informe de alta de 1079 episodios (13,2 %) vs 53 episodios (0,7 %) recogidos por la UGS, p = 0,0001.

Conclusión: La codificación efectiva de desnutrición en los informes de alta es muy deficiente. Apenas se ha apreciado aumento de la misma durante la realización de un estudio de intervención nutricional. Los diagnósticos y procedimientos deben ser codificados adecuadamente para que consten en la UGS y aporten peso a los GRD.

FARMACIA

P-021. ¿Por qué no siempre es posible cumplir los criterios de estabilidad a nivel de macronutrientes?

Andrea Corderí Sierra, Begonya García Javier, Marta Sancho Riba, Marc Bitlloch Obiols, Raquel Merino Mendez, Laia Pérez Cordon, Laia López Vinardell, Azahara Sánchez Ulayar

Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

Introducción: La estabilidad de las nutriciones parenterales individualizadas (NPI) puede verse comprometida si la concentración de macronutrientes está fuera del rango recomendado. La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) recomienda: glucosa, 5-35 %; lípidos, 1,5-5 % y aminoácidos, 2-5 %. American Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) recomienda: glucosa, ≥ 10 %; lípidos, ≥ 2 % y aminoácidos, ≥ 4 %.

Objetivos: a) Determinar el porcentaje de NPI que cumplieron los criterios de estabilidad a nivel de macronutrientes establecidos por la SEFH y/o ASPEN, y b) analizar los motivos y las razones clínicas de las NPI que no se adaptaron a los criterios ASPEN.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todas las NPI prescritas entre abril de 2021 y abril de 2022 en un hospital de segundo nivel. Las variables registradas fueron: vía de administración (central/periférica), osmolaridad, gramos de glucosa, lípidos y aminoácidos de las NPI.

Resultados: Se registraron 229 NPI. Setenta y uno (31 %) se ajustaron sólo a los criterios SEFH y 158 (69 %) a los criterios ASPEN, de las cuales 2 también se ajustaron a SEFH. Las 71 NPI que no cumplían con los criterios ASPEN presentaban un aporte de glucosa ≤ 10 %. Éstas fueron prescritas para pacientes que presentaban un bajo IMC (15-18 kg/m²) ($n = 7$; 10 %) o que requerían un bajo aporte calórico (10-15 kcal/kg) ($n = 17$; 24 %) o para pacientes que presentaban ambas características clínicas ($n = 11$; 16 %). Tampoco se adaptaron a ASPEN aquellas NPI que presentaban una osmolaridad < 900 mOsm/L ($n = 28$; 39 %) y, por lo tanto, requerían ser administradas por vía periférica.

Conclusión: El rango de glucosa fue el principal motivo por el cual un porcentaje de NPI no se adaptaron a los criterios ASPEN. Las razones clínicas fueron la osmolaridad, los requerimientos calórico-proteicos y el IMC del paciente.

P-024. Experiencia de uso de nutriciones parenterales comercializadas en la práctica clínica habitual

Carlos Fraile Rodríguez, Susana González Martínez, Amaya Delgado Latorre, Natalia de Amuriza Chicharro, Iván González Barrios, Emma Bartolomé García, María Ángeles García del Barrio

Clinica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción y objetivo: Describir la cobertura de requerimientos calórico-proteicos que proporcionan las nutriciones parenterales comercializadas (NPC) y las complicaciones que generan en la práctica clínica habitual en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos que recibieron nutricional parenteral en 2022 (enero-diciembre). Se recogieron características demográficas, datos antropométricos, motivos nutricionales, requerimientos calórico-proteicos, tipo de NP (total, periférica o complementaria), NPC empleada (entre las 4 disponibles en el hospital) y compli-

caciones. Se revisó si la NPC seleccionada cubría los requerimientos calórico-proteicos de los pacientes. Las complicaciones se clasificaron en 4 grupos: no infecciosas relacionadas con la vía; infecciosas relacionadas con la vía; metabólicas; hepáticas.

Resultados: Se iniciaron 92 casos nutricionales en 82 pacientes. La edad media y desviación estándar (SD) fue 66,68 años (SD = 15,43). El 52,17 % fueron mujeres. La media (SD) de peso, talla e IMC fue respectivamente: 68,69 kg (SD = 15,71), 167,2 cm (SD = 9,77) y 24,57 kg/m² (SD = 5,64). La media (SD) de los requerimientos energéticos basal y total fue respectivamente 1348 Kcal (SD = 212,9) y 1759 Kcal (SD = 270,4), con un factor de estrés medio de 30,6 % (SD = 3,7). En 40 pacientes (43,48 %) no se llegó a los requerimientos proteicos (1,2-1,5g/ kg) y en 18 pacientes (19,57 %) no se alcanzaron los requerimientos energéticos totales estimados, en el momento de soporte nutricional máximo. Teniendo en cuenta las circunstancias del paciente o el momento del soporte nutricional, para proporcionar los requerimientos deseados, se vio conveniente disminuir la velocidad en 24 pacientes (26,09 %). En ningún caso se vio necesario aumentar la velocidad. Durante el soporte nutricional 33 pacientes (35,87 %) sufrieron alguna complicación: 4 complicaciones no infecciosas con la vía (4,35 %); 1 complicación infecciosa con la vía (1,09 %); 26 complicaciones metabólicas (hiperglucemia o hipertrigliceridemia) (28,26 %); 9 complicaciones hepáticas (7,8 %).

Conclusiones: Para cubrir las necesidades calórico-proteicas de nuestros pacientes sería conveniente disponer de NPC con mayor aporte proteico y un reparto calórico más variado.

P-026. Evaluación del estado nutricional en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Susana García Lastra, Cecilia Martín Carro, Pilar Andreu Margullón, Nieves González Sánchez, Ana Isabel Plano Sánchez, Lorena Becerra Ingerto, Estela Crespo Rodríguez

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

Introducción y objetivos: Evaluar el estado nutricional (EN) a partir de los criterios GLIM (Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición) en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Material y método: Estudio observacional realizado en noviembre de 2022. Se incluyeron pacientes con EII a tratamiento con infliximab o vedolizumab. A través de la historia clínica electrónica se recogieron las variables: sexo, edad, diagnóstico y tratamiento. Los criterios utilizados para evaluar el EN fueron los criterios GLIM. Se registraron los criterios fenotípicos (pérdida de peso no voluntaria, índice de masa corporal y perímetro de la pantorrilla) y el criterio etiológico (presencia de infección por enfermedad crónica). Para el diagnóstico de desnutrición debe estar presente al menos un criterio fenotípico y uno etiológico.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, un 51 % mujeres, mediana de edad 55 años [23-68]. El 68 % (28) diagnosticado de Enfermedad de Crohn y el 32 % (13) restante de colitis ulcerosa.

Del total de pacientes revisados, 8 cumplían un criterio fenotípico y 4 dos criterios fenotípicos. En ningún paciente se registró una pérdida de peso no voluntaria en los últimos seis meses, 5 tuvieron un IMC bajo (mediana: 22 kg/m²) y en 11 el perímetro de la pantorrilla fue bajo (mediana: 36 cm). Todos los pacientes registraron un criterio etiológico debido a la inflamación crónica asociada a la EII. De esta manera, 12 pacientes cumplían criterios de desnutrición. La gravedad se basó en criterios fenotípicos, identificando 4 pacientes con desnutrición moderada y 8 con desnutrición grave.

Conclusión: De acuerdo con los criterios GLIM analizados en este estudio, la mayoría de los pacientes con EII no presenta criterios de desnutrición. Según la bibliografía, los pacientes con EII presentan problemas relacionados con la nutrición durante el brote agudo de la enfermedad. Sería necesario un seguimiento de los pacientes para obtener datos más concluyentes.

P-027. Implantación de mezclas estandarizadas en el área de nutrición parenteral

Cristina Gastalver Martín, Ana María Iglesias Bolaños, Silvia Buendía Bravo, Olaia Serna Romero, Irene Escribano Valenciano, Cristina Capilla Montes, Teresa Cruz Cruz

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

Introducción y objetivos: La nutrición parenteral (NP) se considera una elaboración farmacéutica compleja. Las fórmulas de NP comerciales no permiten un ajuste adecuado a los requerimientos del paciente. La protocolización de las NP elaboradas permite una mayor adaptación a los requerimientos de los pacientes disminuyendo los riesgos de errores y de contaminación respecto a las mezclas individualizadas. El objetivo de este estudio es establecer mezclas de NP protocolizadas y determinar su aceptación por el personal prescriptor.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 20 meses de duración, desde abril 2021 hasta diciembre 2022, realizado en un hospital general. Se protocolizaron un total de 12 mezclas de administración central, clasificándolas en dos grupos, 7 dietas estándar y 5 dietas especiales. Se mantuvo la disponibilidad de mezclas tricamerales comerciales, una para vía central y otra para vía periférica. Tras la implantación, se determinó el total de mezclas elaboradas y la utilización de las mezclas protocolizadas respecto de las comerciales.

Resultados: Se elaboraron un total de 1779 mezclas, de las cuales 1492 (83,87 %) se administraron por vía central. Todas las dietas de administración periférica (287) fueron comerciales, ya que no existía ningún protocolo de administración por vía periférica. De las dietas de administración central, solo un 3,75 % (56) fueron comerciales, mientras que 96,25 % restante fueron mezclas protocolizadas.

Conclusiones: La estandarización de mezclas de NP permite ajustar las dietas a los requerimientos de los pacientes minimizando los riesgos de la prescripción y la elaboración. Nuestros datos permiten concluir que los prescriptores prefieren utilizar las mezclas protocolizadas a las comerciales. Sin embargo, son

necesarios más estudios que permitan determinar si los protocolos elaborados son adecuados para nuestra población.

P-141. Protocolización de mezclas de nutrición parenteral. Experiencia en un hospital general

Cristina Gastalver Martín, Ana María Iglesias Bolaños, Cristina Capilla Montes, Silvia Buendía Bravo, Olaia Serna Romero, Irene Escribano Valenciano, Teresa Cruz Cruz

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

Introducción: La protocolización y estandarización de la nutrición parenteral (NP) es una práctica ampliamente utilizada, por permitir ajustar la mezcla de NP a los requerimientos de los pacientes. El número de mezclas estandarizadas del centro lo determina la población diana, sin existir un número ideal de protocolos disponibles.

Objetivo: Determinar el número de mezclas protocolizadas necesarias para nuestra población.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 20 meses de duración, desde abril 2021 hasta diciembre 2022, realizado en un hospital general. Se protocolizaron 12 mezclas de administración central, clasificándolas en estándar y especiales. En las dietas estándar se establecieron 7 tipos: elnicio, e1400, e1600, e1800, e2000, e2200 y e2400. En las mezclas especiales se establecieron 5 fórmulas: volumen reducido, diabéticos, aporte súperreducido y 2 hiperproteicas. Se mantuvo la disponibilidad de mezclas tricamerales comerciales, una central y otra periférica. Tras la implantación, se determinó el total de mezclas elaboradas y el número de mezclas elaboradas de cada protocolo.

Resultados: Se elaboraron un total de 1779 mezclas, de las cuales 1492 (83,87 %) se administraron por vía central. De estas, la tricameral comercial supuso un 3,75 % y el 96,25 % restante fueron mezclas protocolizadas, de las cuales el 76 % fueron mezclas estándar y un 24 % mezclas especiales. Dentro de las dietas estándar las más utilizadas fueron e1800 (28,90 %), elnicio (25,90 %) y e1600 (19,52 %) y, dentro de las mezclas especiales, de volumen reducido (50,63 %) y de diabético (34,18 %). Destaca el escaso uso de las mezclas hiperproteicas (0 % y 10 % respectivamente).

Conclusiones: La mayoría de pacientes cubren sus requerimientos con tres tipos de mezclas estándar. Dentro de las mezclas especiales son importantes las de volumen reducido y las diabéticas, teniendo un uso residual las dietas hiperproteicas. Este estudio permite determinar la utilidad de los protocolos implantados y su posterior optimización.

P-144. Contenido en sodio de bebidas de consumo frecuente

Fátima Mayo Oliveira, Valle Romero Real, María Ángeles Valero Zanuy, María Irene Maíz Jiménez, Pilar Muñoz Gomis, Carmen Jiménez León, José Miguel Ferrari Piquero, Miguel León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción: La ingesta de sodio en la población es elevada y, por tanto, reducir la misma es un objetivo de Salud Pública. Se recomienda ingerir < 2400 mg de sodio/día.

Objetivo: Estudiar el contenido de sodio de diferentes bebidas de consumo frecuente en España.

Materiales y métodos: Se midió el contenido de sodio de 25 bebidas (4 refrescos con azúcar, 7 refrescos sin azúcar, 6 bebidas deportivas para rehidratación, 3 bebidas lácteas y 5 infusiones con diferentes hierbas), sin modificaciones y dentro de caducidad. Se analizaron 3 muestras de cada bebida mediante potenciometría indirecta con el autoanalizador Cobas 8000 módulo c501, laboratorios Roche. Para la calibración se utilizan dos soluciones: ISE estándar *low* e ISE estándar *high*. Todas las alícuotas se prepararon en el momento de su análisis por el mismo investigador. Estadística descriptiva: media \pm desviación estándar, mediana y rango. La diferencia en sodio entre los diferentes tipos de bebidas se analizó mediante t de Student. Significación $p < 0,05$.

Resultados: Los valores de sodio (mg/l) obtenidos se muestran en la tabla I. Las bebidas deportivas y lácteas duplican el contenido de sodio de los refrescos. Las bebidas calóricas (refrescos con azúcar, deportivas y lácteas) contienen más cantidad de sodio que las bebidas acalóricas (refrescos sin azúcar e infusiones) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La ingesta de sodio derivada de las bebidas, aunque variable, puede considerarse despreciable a la hora de prescribir una dieta baja en sodio. Las bebidas que contienen más sodio son las deportivas y las lácteas, con una mediana de 400-500 mg/l.

P-145. Adaptación calórica de la nutrición parenteral en pacientes hospitalizados en un hospital de tercer nivel

Begoña Montero Salgado¹, Marta Beatriz Giménez¹, María Roldán Galnares², Jimena Abilés¹, Begoña Tortajada Goitia¹

¹Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción y objetivos: Evaluar el grado de adecuación del aporte calórico de la nutrición parenteral (NP) a los requerimientos de pacientes hospitalizados.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron pacientes con prescripción de NP durante el primer semestre 2022. Se recogieron variables demográficas, datos antropométricos, servicio, diagnóstico e indicación. Se calcularon las necesidades calóricas partiendo de la fórmula Mifflin-St.Jeor[®], empleando peso ideal si IMC < 18 kg/m²; peso real/estimado si IMC = 18-24,9 kg/m² y peso ajustado si IMC > 25 kg/m²; y el gasto energético total (GET), incluyendo factores de actividad y estrés. El aporte calórico administrado se recogió del programa Kabisof[®]. Se clasificaron: NP con sobrecarga calórica con > 100 kcal por encima del GET, normocalórica con \pm 100 kcal y déficit calórico con < 100 kcal.

Resultados: Se observaron 66 pacientes, 64 % hombres, edad media 63.8años. Se usó peso ideal en 18 %, real/estimado 58 % y ajustado 24 %. El 60 % NP fueron prescritas por cirugía, digestivo 18 %, ginecología 9 %, ORL 6 % y otros servicios 7 %. Las indicaciones de NP fueron contraindicación de la vía digestiva 40 %, dificultad de utilizar el aparato digestivo 30 % y nutrición enteral (NE) ineficaz o mixta con NP 30 %. En el 42 % se prescribió NP elaborada tradicionalmente en campana (ETC) y 58 % bolsas tricamerales listas para su uso (LPU). Sólo el 30 % recibió NP con aporte energético adecuado: 40 % LPU y 60 % ETC. En el 58 % se superó GET, recibiendo 63 % LPU y 37 % ETC. Un 12 % recibió NP con aportes inferiores a GET, pero en todos complementándose con NE.

Conclusión: Más de la mitad de NP prescritas fueron LPU, siendo el aporte calórico superior al requerido por la composición estandarizada de esta presentación frente a ETC. Si bien estas formulaciones estandarizadas reducen cargas de trabajo en el Servicio de Farmacia, no todas se adaptan a las necesidades del paciente en cada momento requiriendo una validación-personalización más exhaustivas.

P-151. NEMECUM, la digitalización necesaria para la búsqueda, prescripción y dispensación de fórmulas de nutrición enteral y lactancia artificial

Teresa Prado Moraña, Ana Cantón-Blanco, María del Pilar Cao-Sánchez, Virginia Muñoz Leira, Anxo Fernández-Ferreiro, Miguel González-Barcia, Iria Varela-Rey, Everardo Josué Díaz-López, Alberto Pena-Dubra, Miguel Ángel Martínez-Olmos

Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Tabla I.

Tipo de bebida	Media \pm desviación estándar	Mediana	Rango
Con azúcar (n = 4)	219,5 \pm 41,4	188,6	129,5-293,6
Sin azúcar (n = 7)	160,6 \pm 46,0	131,1	113,4-293,6
Deportivas (n = 6)	438,5 \pm 48,3	473,8	315,8-549,7
Lácteas (n = 3)	410,5 \pm 27,6	448,5	374,9-482,2
Infusiones (n = 5)	130,4 \pm 18,4	115,0	107,3-179,4

Introducción y objetivos: El mercado de fórmulas nutrición enteral (NE) y lactancia artificial (LA) es muy amplio, por lo que es complicado tener una visión global de todas las opciones disponibles. NEMECUM tiene como objetivo facilitar su búsqueda, ofreciendo una visión global, independiente y comparativa, para así facilitar la prescripción personalizada o los intercambios más adecuados.

Material y método: Se desarrolló una base de datos que englobó todas las fórmulas de NE y LA disponibles. La NE se clasificó en 4 grupos (adultos, pediatría, metabolopatías y módulos). En adultos y pediatría se clasificó según la cantidad de calorías (hiper-, normo- e hipocalóricas), proteínas (hiper-, normo- e hipoproteicas), fibra (sí/no) e indicación. En metabolopatías según la indicación y en módulos según el tipo de nutriente. La LA se clasificó por edad (prematuros, inicio, continuación y crecimiento) e indicación. En todas las fórmulas se incluyó información sobre la presentación, vía de administración, laboratorio, financiación, alérgenos, composición cualitativa e imagen. En NE se incluyó también sabor, osmolaridad y composición cuantitativa de macronutrientes. Con toda esta información, se desarrolló una web que incluye toda la información de forma estructurada. Se permitió la creación de centros y la preselección de las fórmulas con la disponibilidad en cada centro, permitiendo así búsquedas acotadas.

Resultados: Se obtuvo una *web responsive* de acceso libre y gratuito que permite realizar búsquedas personalizadas pudiendo filtrar en base a todas las clasificaciones descritas anteriormente: <http://www.nemecum.com> En total, se incluyeron más de 1000 fórmulas de 14 laboratorios distintos. Se recopilaron más de 31 000 parámetros y se establecieron más de 10 tipos de filtros de búsqueda. Cuenta con más de 1100 usuarios y 45 centros asociados.

Conclusión: NEMECUM es la primera herramienta digital de búsqueda global de todas las fórmulas de NE y LA, aportando una notable mejora en la búsqueda y la prescripción personalizada de estas fórmulas.

acciones paracrinas y endocrinas. Las mujeres con obesidad tienen un estilo de vida sedentario con alteraciones en los niveles de miocinasas. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el efecto del ejercicio físico en los niveles de miocinasas y antropometría en mujeres con obesidad sedentarias.

Material y métodos: Se recogieron datos antropométricos, masa muscular por ecografía a nivel de cuádriceps, miocinasas, presión arterial al inicio y a las 12 semanas en 25 mujeres obesas. Durante 12 semanas se prescribió ejercicio físico a través de una plataforma online www.vibraup.com.

Resultados: Después del programa de ejercicio físico, hubo una disminución significativa en el índice de masa corporal ($-1,49 \pm 0,1 \text{ kg/m}^2$; $p = 0,02$), peso ($-3,9 \pm 0,7 \text{ kg}$; $p = 0,01$), circunferencia de la cintura ($-7,2 \pm 0,2 \text{ cm}$; $p = 0,01$) y masa grasa ($-4,1 \pm 0,2 \text{ kg}$; $p = 0,01$). También aumentaron la masa muscular esquelética ($5,4 \pm 1,2 \text{ kg}$; $p = 0,01$), índice de masa muscular esquelética apendicular ($0,5 \pm 0,1 \text{ kg}$; $p = 0,02$) y masa muscular esquelética apendicular ($1,4 \pm 0,1 \text{ kg}$; $p = 0,03$) y todos los parámetros ecográficos del músculo recto anterior del cuádriceps. Los siguientes parámetros disminuyeron; niveles de insulina ($-66,3 \pm 10,2 \text{ pg/mL}$; $p = 0,04$), HOMA-IR ($-0,4 \pm 0,1$ unidades; $p = 0,03$), apelina ($-3,5 \pm 0,2 \text{ U/L}$; $p = 0,04$), *Fatty Acid-Binding Protein 3* (FABP3) ($-143,6 \pm 38,1 \text{ pg/mL}$; $p = 0,03$), IL6 ($-4,1 \pm 0,02 \text{ pg/mL}$; $p = 0,02$), miostatina ($-81,6 \pm 18,1 \text{ pg/mL}$; $p = 0,04$), y *Fibroblast Growth Factor 21* (FGF21) ($-9,5 \pm 1,1 \text{ pg/mL}$; $p = 0,03$).

Conclusión: La prescripción de ejercicio físico en mujeres con obesidad con una plataforma online disminuye el peso, masa grasa y aumenta la masa muscular, produciendo una disminución del HOMA-IR y niveles de miocinasas (FABP3, miostatina, FGF21, IL6, apelina).

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro de trabajo, un consentimiento informado fue firmado por todos los sujetos del estudio y la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-030. Protocolo "NutriGLIM". Estudio para evaluar la eficacia de un algoritmo de práctica clínica asistencial en el Hospital Universitario La Paz en el tratamiento de la desnutrición

Bricia López Plaza¹, Laura Mola Reyes², Rosa María García Moreno², Gonzalo Miñón Sánchez, Marta Pulido Vega², Marlhyn Valero Pérez^{1,2}, Lucía Arcos Castellanos¹, Samara Palma Milla^{1,2}

¹Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción y objetivos: Los nuevos criterios GLIM son una herramienta práctica para el diagnóstico de desnutrición. Su aplicación, conjuntamente, con la valoración morfofuncional, podría permitir identificar el tipo de tratamiento médico nutricional (TMN) más idóneo para cada paciente. Por ello, el objetivo principal del protocolo de investigación es evaluar la eficacia de un algoritmo de práctica clínica asistencial para la asignación del

INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL

P-023. Efecto del ejercicio físico prescrito con una plataforma *online* en mujeres con obesidad sobre los niveles de miocinasas séricas

Daniel de Luis Román, Javier García, David Primo, Olatz Izaola, Gonzalo Díaz, Beatriz Torres, Emilia Gómez, Ana Ortola, Esther Delgado, Rebeca Jiménez, Juan José López Gómez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: En condiciones de ejercicio físico, los músculos pueden sintetizar r miocinasas, que pueden ejercer

TMN de la desnutrición en base a los criterios fenotípicos y etiológicos del diagnóstico de desnutrición.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Durante un periodo de seis meses, a todos los pacientes >18 años que acudan a consulta de Nutrición por primera vez, que presenten desnutrición y accedan a participar en el estudio, se les asignará un TMN oral/enteral de acuerdo con el resultado de la valoración nutricional, criterios GLIM y valoración morfofuncional en función del algoritmo diseñado. Los pacientes con diabetes *mellitus* recibirán un TMN específico. Quedan excluidos aquellos pacientes que requieran fórmulas renales, hepatópatas, inmunomoduladoras.

Resultados: El estudio contará con 3 visitas a lo largo de 6 meses (Fig. 1) donde se valorará el estado nutricional, la valoración morfofuncional (Antropometría, Bioimpedancia, Dinamometría, Ecografía nutricional, Test de Funcionalidad), un estudio dietético (recuerdo de 24 h), de actividad física (IPAQ) y de calidad de vida (EuroQol-5D) así como una escala de Bristol. Todas las visitas incluirán una analítica nutricional completa. Los datos serán analizados con el programa estadístico SPSS-21.0.

Conclusión: Se espera que el algoritmo de asignación de TMN en práctica clínica asistencial, basado en los criterios GLIM y apoyado por la valoración morfofuncional, contribuya a la rápida asignación del TMN de acuerdo con el tipo de desnutrición. La asignación del tratamiento nutricional precoz y dirigido contribuirá en la resolución de la desnutrición relacionada con la enfermedad.

Aspectos éticos: en proceso de evaluación por el CEIm-Hospital Universitario La Paz.

P-031. Protocolo “NutriECOG”. Estudio para evaluar el efecto del consumo de un suplemento nutricional oral enriquecido en leucina, lactoproteína sérica y vitamina D sobre la masa muscular medida con ecografía en pacientes con desnutrición

Bricia López Plaza¹, Lucía Arcos Castellanos, Marthyn Valero Pérez^{1,2}, Rosa María García Moreno², Laura Mola Reyes², Samara Palma Milla^{1,2}

¹Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción y objetivos: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) se asocia con complicaciones y mayor estancia hospitalaria. Incluso hospitalizaciones cortas pueden ocasionar pérdida de masa corporal magra con disminución funcional acelerada. Por ello, el objetivo principal del protocolo de investigación es evaluar el efecto del consumo de un suplemento de nutrición oral (SNO) hipercalórico–hiperproteico enriquecido con leucina, lactoproteína sérica y vitamina D sobre la masa muscular medida por ecografía de pacientes hospitalizados y tras el alta.

Material y métodos: Estudio nutricional cuasiexperimental longitudinal y prospectivo en 30 pacientes > 18 años hospitalizados con desnutrición (criterios GLIM) que precisen SNO. Quedan excluidos pacientes con diabetes *mellitus*, enfermedad renal o hepática, que precisen nutrición enteral/parenteral, etc. Los pacientes consumirán 2 SNO durante su estancia hospitalaria (3-7 días) y durante los siguientes 3 meses tras el alta hospitalaria, los que así lo requieren. Además, se les darán recomendaciones nutricionales y de actividad física al alta.

Resultados: El estudio está estructurado en 2 fases (hospitalización y seguimiento), 3 visitas principales y 2 Controles telefónicos (Ct) (Fig. 1). En las visitas se valorará el estado nutricional y se realizará una valoración morfofuncional (ecografía nutricional muscular, antropometría, bioimpedancia, dinamometría, test de funcionalidad), un estudio dietético (recuerdo de 24 h) y de actividad física (IPAQ) así como un cuestionario para identificar sarcopenia (SARC-F). También una Bioquímica Nutricional. En los controles diarios (C) se recogerá el tipo de dieta hospitalaria y el registro de ingesta. Durante los Ct se registrará el peso autorreferido, control de SNO y patrón alimentario. Los datos serán analizados con el programa estadístico SPSS-21.0.

Conclusión: Se espera que el consumo del SNO hipercalórico–hiperproteico enriquecido con leucina, lactoproteína sérica y vitamina D mejore la cantidad y la funcionalidad de la masa muscular, así como la DRE en pacientes hospitalizados desnutridos.

Aspectos éticos: aprobado CEIm–HULP Código-4829.

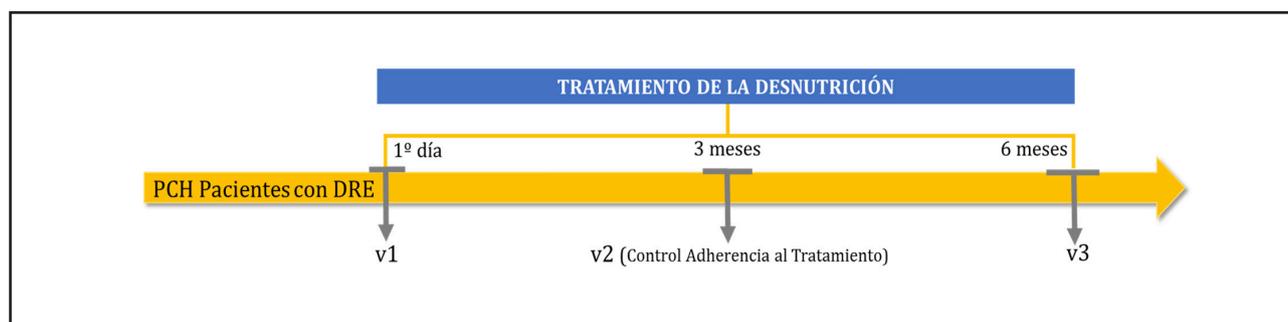


Figura 1.
Cronograma del proyecto.

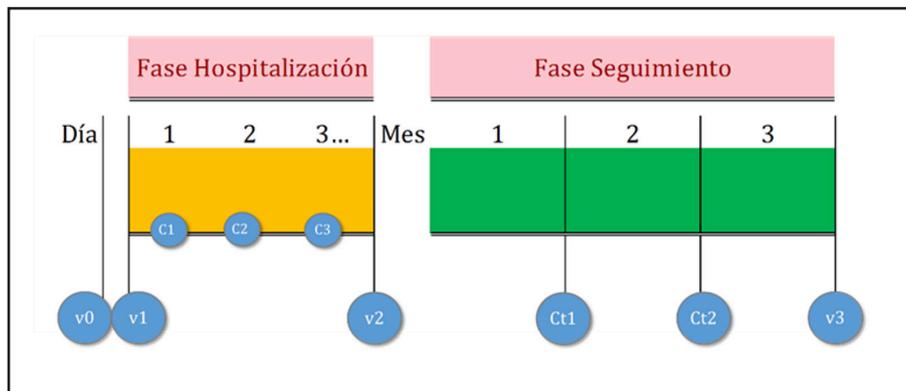


Figura 1.
Cronograma del estudio NutriECOG.

P-126. “CLINMIR”. Proyecto de investigación para valorar el efecto del consumo del complemento alimenticio DMB® sobre la percepción olfatogustativa y el estado nutricional de pacientes con cáncer en tratamiento antineoplásico activo que presentan desnutrición relacionada con la enfermedad

Bricia López Plaza¹, Ángel Gil², Ioan Bensadon Neader³, Lucía Arcos Castellanos¹, Marhyn Valero Pérez^{1,4}, Adrián Menéndez Rey³, Laura Mola Reyes⁴, Rosa María García Moreno⁴, Samara Palma Milla^{1,4}

¹Instituto de Investigación Sanitaria (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Granada. Granada. ³Baía Health. Medicinal Gardens S. L.). Madrid. ⁴Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción y objetivos: El DMB® es un extracto botánico obtenido del fruto de *Synsepalum dulcificum* que contiene miraculina, una glicoproteína con efecto modulador del sabor. El tratamiento antineoplásico causa alteraciones olfatogustativas relacionadas con el desarrollo de desnutrición y disminución de la calidad de vida. El objetivo principal es evaluar el consumo habitual del DMB® sobre la percepción organoléptica de alimentos y el estado nutricional en pacientes con cáncer con quimioterapia o quimio/radioterapia que presentan disgeusia y desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE).

Material y métodos: Ensayo clínico piloto aleatorizado, paralelo, triple ciego y controlado de 3 meses de duración. Se seleccionarán 30 pacientes con tratamiento antineoplásico activo, desnutrición moderada (Criterios GLIM) y alteración objetiva del gusto (electrogustometría) que consumirán un comprimido de DMB® antes de cada comida principal. Quedan excluidos pacientes con nutrición enteral/parenteral, enfermedades mal controladas, toxicidad digestiva severa, etc. Existen tres grupos de tratamiento: Grupo A (150 mg de DMB® [2,8 mg de miraculina] + 150 g de liofilizado de fresa [LF]), Grupo B (300 mg de DMB® [5,5 mg miraculina]) y Grupo C (300 mg LF). El LF parea el sabor y apariencia del comprimido.

Resultados: El ensayo clínico se estructuró en 5 visitas (Fig. 1) posquimioterapia (QTx) donde se valorará el estado nutricional, alteración del gusto (electrogustometría y TasteStrips) y el olfato (Sniffin'sticks), estudio morfofuncional (antropometría, bioimpedancia, dinamometría, ecografía nutricional, test de funcionalidad), bioquímica nutricional, estudio dietético, actividad física y calidad de vida. También se valorará tolerancia y efectos adversos. Además, se realizará un análisis metabólico y perfil de citoquinas en plasma, ácidos grasos de membrana y sistema antioxidante enzimático de eritrocitos, estrés oxidativo en orina, y microbiota y metagenoma en heces y saliva. ClinicalTrials.gov–NCT05486260.

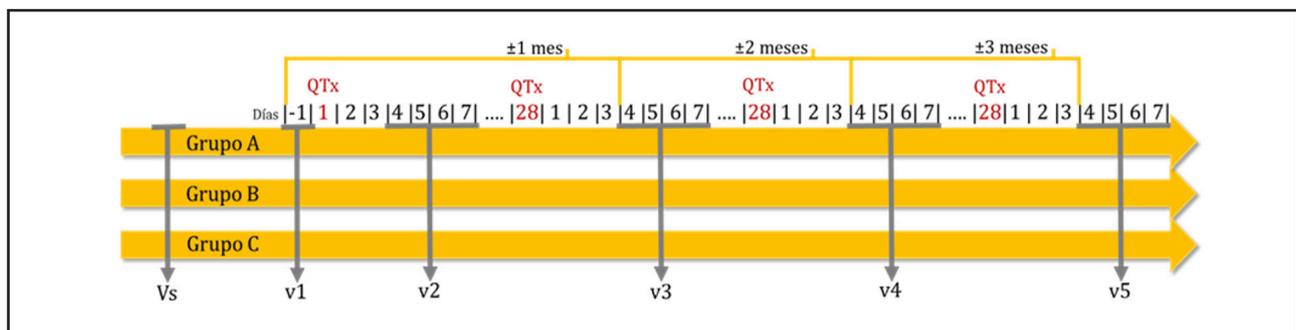


Figura 1.
Cronograma del proyecto CLINMIR.

Conclusión: Se espera que el consumo regular de DMB[®] mejore la percepción organoléptica de alimentos y bebidas aumentando su consumo y mejorando el estado nutricional del paciente con cáncer y DRE moderada.

Aspectos éticos: aprobado CEIm–HULP Código-6164.

P-129. Relación entre la valoración morfofuncional mediante BIA y fuerza de presión (FP) con las interleucinas inflamatorias y estrés oxidativo en pacientes con neoplasias malignas de células B de nuevo diagnóstico

Josefina Olivares Alcolea^{1,2}, Antoni Sureda^{2,3}, Raquel del Campo^{2,4}, Antonia Cladera^{2,4}, Neus Amer^{3,4}, M.^a José Muñiz¹, Melina Alves-Sampaio^{2,4}, Luis Masmiquel^{1,2}, J. J. Bargay^{2,4}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa). Palma de Mallorca. ³Grupo en Nutrición Comunitaria y Estrés Oxidativo. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ⁴Servicio de Hematología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Introducción: La inflamación y el estrés oxidativo relacionados con la enfermedad son uno de los principales factores etiopatogénicos de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), especialmente en pacientes oncológicos; ya que se asociarían a anorexia, la reducción de la ingesta y el aumento del catabolismo muscular. Todo ello, dando lugar a alteraciones en la composición corporal. Si bien, hasta nuestro conocimiento, no se ha caracterizado esta relación en pacientes con neoplasias malignas de células B de nuevo diagnóstico.

Metodología: Estudio transversal para describir la relación entre marcadores de estrés oxidativo (catalasa (CAT), superóxido dismutasa (SOD), mieloperoxidasa (MPO) y malondialdehído (MDA)), el estado inflamatorio (interleucina (IL)1B, IL6, IL10, factor de necrosis tumoral α (TNF α)) y nutricional de pacientes con neoplasias malignas de células B de nuevo diagnóstico.

Resultados: Estudiamos 34 pacientes (26,5 % mieloma múltiple, 70,6 % linfoma) con una edad media de $63,7 \pm 13,9$ años, 55,3 % mujeres. El 73,5 % estaban en riesgo nutricional (34,9 % MNA, 54,4 % NRS2002, 9,4 % MUST) y el 23,5 % y el 11,8 % presentaban DRE por criterios ESPEN y GLIM, respectivamente. La reactancia (Xc) se correlacionó con MDA ($r = 0,444$, $p = 0,008$) y TNF α ($r = -0,575$, $p = 0,02$); el SPA con CAT ($r = -0,393$, $p = 0,03$) e IL10 ($r = -0,839$, $p < 0,001$); el FMI con el TNF α ($r = -0,523$, $p = 0,026$) y el parámetro hidratación con el MDA ($r = -0,349$, $p = 0,043$). No observamos correlaciones significativas con el resto de parámetros bioeléctricos ni con la fuerza de presión. Por otra parte, la β 2microglobulina se correlacionó con la IL10 ($r = 0,676$, $p = 0,006$) y la LDH con el TNF α ($r = 0,618$, $p = 0,01$).

Conclusión: La DRE es frecuente en los pacientes con neoplasias malignas de células B de nuevo diagnóstico. Ni la inflamación ni el estrés oxidativo se correlaciona linealmente con alteraciones de la composición corporal o de fuerza muscular en pacientes con neoplasias malignas de células B de nuevo diagnóstico. El MDA como marcador de daño oxidativo se correlaciona directamente con la Xc e inversamente, con el estado de hidratación; y, la vía antioxidante in-

versamente, con el SPA, pero no el AF. El TNF α y la IL10 serían las principales interleucinas implicadas en la inflamación que podrían servir de bioindicadoras en estos pacientes, ya que se correlacionan inversamente con Xc, SPA y el FMI.

Aspectos éticos: este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de les Illes Balears. Trabajo financiado por la Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares (IdISBa), mediante el proyecto Sinergia SYN19-04.

NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

P-017. Uso de bolsas de nutrición parenteral tricamerales en pacientes oncológicos con nutrición parenteral domiciliaria

Elena Gómez Bayona, María Fernández Argüeso, Beatriz Ugalde, Marta Marchán, Belén Vega Piñero, Francisco Arrieta, Rosario Pintor, José Ignacio Botella Carretero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción y objetivos: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) ha aumentado su indicación en el paciente oncológico en los últimos años. El uso de bolsas de nutrición comerciales tricamerales *ready to use* (RTU) permite mayor comodidad y podría disminuir la tasa de infecciones.

Material y método: Estudio prospectivo de cohorte de pacientes oncológicos con NPD por obstrucción/pseudosobstrucción intestinal. Se definió como sospecha de infección por catéter (CRBSI) la presencia de fiebre en portador de vía central sin otro aparente foco, y CRBSI confirmada con cultivo de la punta positivo o con cultivos diferenciales entre catéter y vía periférica positivos.

Resultados: 126 pacientes recibieron NPD desde 2006 hasta 2021, con una edad de $58,5 \pm 11,7$ años, durante una mediana de 64 días (rango 5-939), 67,5 % mujeres. De ellos 85 (67,5 %) tuvieron bolsas individualizadas (BNI), 24 (19 %) RTU y 17 (13,5 %) los dos tipos. Los envíos a domicilio se realizaron dos veces/semana con BNI con transporte y almacenamiento en frío, y con RTU cada 15 días sin frío. Las RTU aportaron más kcal diarias (1671 ± 357) que las BNI (1463 ± 301 , $p = 0,004$), sin existir diferencias en los días de NPD (BNI: mediana 64, rango 5-939 frente a RTU: 57, rango 7-255, $p = 0,220$). Ocurrieron un total de 10 episodios de sospecha de infección por catéter, 4 de ellas confirmadas (0,28/1000 días de catéter). De estas 3 ocurrieron con BNI, 1 con BNI+RTU y ninguna en el caso de RTU exclusivamente ($p = 0,541$).

Conclusión: El uso de RTU en pacientes oncológicos con NPD es posible en la tercera parte de los mismos, permite un aporte calórico adecuado y una baja tasa de infección por catéter, con mayor comodidad en los envíos a domicilio y el almacenamiento.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética (cod:111-15-enm18). Todos los pacientes firmaron consentimiento por escrito y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-018. Infección por catéter en el paciente oncológico con nutrición parenteral domiciliaria: estudio prospectivo unicéntrico de 126 casos

Marta Marchán, María Fernández Argüeso, Beatriz Ugalde, Elena Gómez Bayona, Belén Vega Piñero, Francisco Arrieta Blanco, Rosario Pintor, José Ignacio Botella Carretero

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción y objetivos: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) ha aumentado su indicación en el paciente oncológico en los últimos años. Una de sus complicaciones más importantes es la infección por catéter.

Material y método: Estudio prospectivo de cohorte de pacientes oncológicos con NPD por obstrucción/pseudosobstrucción intestinal. Se definió como sospecha de infección por catéter (CRBSI) la presencia de fiebre en portador de vía central sin otro aparente foco, y CRBSI confirmada con cultivo de la punta positivo o con cultivos diferenciales entre catéter y vía periférica positivos.

Resultados: 126 pacientes recibieron NPD desde 2006 hasta 2021, con una edad de $58,5 \pm 11,7$ años, durante una mediana de 64 días (rango 5-939 días), 67,5 % mujeres. Se colocaron inicialmente 86 catéteres PICC (68 %), 11 Hickman (9 %) y 29 reservorios (23 %). Los días de administración de NPD (mediana \pm rango IC) por tipo de catéter fueron: 58 ± 110 con PICC, 294 ± 385 con Hickman y 78 ± 91 con reservorio ($F = 17,641$, $p < 0,001$). Ocurrieron un total de 10 episodios de sospecha de infección, 4 de ellas confirmadas con cultivos positivos, en un total de 14.316 días de uso (0,28/1000 días de catéter). De las sospechas de CRBSI, 4 fueron con PICC, 2 con Hickman y 4 con reservorio ($\chi^2 = 4,212$, $p = 0,122$). De las CRBSI confirmadas 1 ocurrió con un PICC de dos luces, ninguna con Hickman y 3 con reservorios ($\chi^2 = 6,344$, $p = 0,042$). Al comparar los reservorios con el resto, la tasa de infección fue mayor en los primeros ($\chi^2 = 6,301$, $p = 0,012$).

Conclusión: La infección por catéter en los pacientes oncológicos con NPD es baja en nuestra serie, con más episodios con reservorio. El uso de PICC y Hickman de una luz evitaron la infección.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética (cod:111-15-enm18). Todos los pacientes firmaron consentimiento por escrito y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-019. Nutrición enteral en España durante 2022: registro NADYA-SENPE

Cristina Campos Martín¹, Luis Miguel Luengo Pérez², Julia Álvarez Hernández³, Rosa Burgos Peláez⁴, Pilar Matía Martín⁵, Cristina Cuerda Compe⁶, Cristina Novo Rodríguez⁷, Miguel Ángel Martínez Olmos⁸

¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz. ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. ⁴Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁸Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña

Introducción y objetivos: Analizar las características de los pacientes con nutrición enteral domiciliaria en el año 2022, introducidos en el registro Nadya-SENPE.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los datos del registro Nadya de pacientes con NED desde el 1/1/2022, extraídos el 23/12/2022.

Resultados: Se registraron 4642 pacientes con 4644 episodios de 48 hospitales: 4549 adultos (98 %) y 93 niños (2,0 %). La prevalencia fue de 97,49 pacientes con NED/mill de habitantes (INEbase). Adultos: edad mediana 79,58, siendo en las mujeres de 86,54 años (48,58 % de la muestra) y en varones 74,95 años (51,42 % del total), esta diferencia fue significativa con $p < 0,0001$. La distribución de diagnósticos fue: enfermedad neurológica con disfagia en el 57,99 % de los pacientes, de los cuales el 60,8 % fueron mujeres; seguido de tumor de cabeza y cuello en el 18,6 %, de ellos el 73,88 % fueron hombres, $p < 0,001$. La vía principal fue gastrostomía con el 45,98 %, seguida de la sonda nasogástrica con el 45,90 %. El nivel de actividad del 48,67 % fue confinado silla/cama, y el 54,78 % necesitaron ayuda parcial. Niños: la mediana de edad de inicio de NED fue 177 días (5 meses y 27 días), fueron niñas el 58,06 %. La indicación más frecuente fue Otras patologías (46,24 %) seguida de enfermedad neurológica. La vía principal fue la gastrostomía en el 41,94 %. Finalizaron 115 episodios en adultos y ninguno en niños; el 49,57 % por fallecimiento y el 40,87 % por paso a vía oral.

Conclusiones: los datos extraídos del registro muestran estabilidad en los perfiles de pacientes con NED. Hay una tendencia al aumento de la edad sobre todo en mujeres, y al empeoramiento del nivel de actividad. Aunque el *exitus* es el principal motivo de finalización de la NED, aumenta el número de casos que han recuperado la vía oral.

P-020. Valoración de la adherencia a la suplementación nutricional oral (SON) mediante el programa de nutrición enteral domiciliaria

Victoria Avilés Parra, Fernanda Mucarzel Suárez-Arana, Guillermo Cardenas Lagranja, Nuria García Barrasa, Marta Ricart Viles, Amador Lluch Romero, Adriana Alcaraz Soler, Raquel Lorite Cuenca, Hego Seguro Gurrutxaga, Alba Zabalegui Eguinoa, Rosa Burgos Peláez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: El programa de nutrición enteral domiciliaria (NED) tiene como objetivo evitar/corregir la desnutrición en pacientes con patología estable. Una forma de valorar la adherencia al tratamiento nutricional es mediante la persistencia (P), que cuantifica la magnitud con la que el paciente continúa el tratamiento durante el tiempo prescrito.

Objetivo: Describir la P al soporte nutricional oral (SNO) del paciente oncológico a través de la información recogida en nuestro programa de NED y valorar este programa como método de medición de P. Determinar los factores asociados con la P a la SNO.

Material y métodos: Estudio transversal unicéntrico retrospectivo de pacientes activos en programa NED durante el año 2022. Variables: género, edad, tipo de patología oncológica, grupo de morbilidad ajustada (GMA), tipo de SNO, persistencia. Se calcula

y consideramos $p > 80$ % óptima, P 60-80 % adecuada y $p < 60$ % inadecuada adherencia. Análisis mediante programa estadístico SPSS versión 25.0.

Resultados: Se analizaron datos de 798 pacientes adultos introducidos en nuestro programa de NED, 57,5 % hombres. Edad media de 69 ± 13 años. Las patologías oncológicas más frecuentes fueron neoplasias de colon (20,3 %), hepatobiliar (15,7 %), pulmón (14,9 %) y gastroesofágicos (12,2 %). El tipo de SON más pautado es la fórmula hipercalórica/hiperproteica (39,3 %), con media de $2 \pm 0,8$ envases/día. Un 53,5 % presentó adherencia inadecuada al SON ($P < 60$ %), con peor persistencia ($p < 60$ % = 58,4 %) a mayor envases/día prescritos ($r = -0,108$; $p = 0,002$). Permanecen 142 ± 92 días activos en NED, siendo la mortalidad el principal factor para finalizar (24,1 %) y 11,7 % mala tolerancia al SON.

Conclusión: Los métodos indirectos de medición de persistencia son complejos sin criterios de cumplimiento fijados. El programa de NED puede ayudarnos a valorar la adherencia de nuestros pacientes.

P-022. Revisión de los pacientes dados de alta en un hospital de tercer nivel con nutrición parenteral domiciliaria

María de la Torre Ortiz, Estefanía Rosón Sánchez, Cristina González Pérez, Ana Andrea García Sacristán, Paloma Pastor Vara, María Fernández-Vázquez Crespo, Javier Corazón Villanueva, Natalia Sánchez Ocaña, Lidia Ybáñez García, José Manuel Martínez Sesmero

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción y objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes dados de alta con nutrición parenteral domiciliaria (NPD) y su indicación. Comparar su estado nutricional desde el inicio de la nutrición parenteral (NP) hasta el alta.

Material y métodos: Estudio analítico, retrospectivo de pacientes a cargo del Servicio de Endocrinología dados de alta hospitalaria con NPD entre 2012-2022. Mediante la historia clínica y el *software* de elaboración y registro de NPD se recogieron las variables: edad, sexo, diagnóstico, duración de la NP durante ingreso; indicación, tipo de infusión (cíclica o continua) y vía de acceso de la NPD; índice de masa corporal (IMC) y parámetros analíticos (albúmina, prealbúmina, PCR, linfocitos) previos al inicio de la NP y al alta. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics v.26 realizando la media, la desviación estándar y test T de Student para variables simétricas y la mediana, rango intercuar-

tilico (RI) y test Wilcoxon para variables no simétricas. Significación $p < 0,05$.

Resultados: Incluidos 21 pacientes (52,4 % hombres). Edad media: $57,5 \pm 17$ años. Diagnóstico de ingreso: carcinoma gástrico (19 %), intestino corto (23,8 %), carcinoma ginecológico (9,2 %) y otras causas (48 %). Duración media de NP en ingreso: $56,3 \pm 41,7$ días. Indicaciones de NPD: síndrome intestino corto (23,8 %), obstrucción intestinal (23,8 %), malabsorción (19 %), fistulas gastrointestinales (9,5 %), enteritis autoinmune (4,8 %), esofagitis radica (4,8 %) e intolerancia oral (14,3 %). Vías de acceso: PICC (95,2 %) y catéter central tunelizado Hickman (4,8 %). Tipo de infusión: cíclica (95,2 %) (Tabla I).

Conclusiones: Las indicaciones de la NPD se ajustaron a las descritas en las guías clínicas de nutrición. Aunque pueden influir otros factores, en nuestra muestra se observa una mejora de albúmina, prealbúmina y PCR al alta tras el uso de la NP.

P-025. Aumento de ángulo de fase, área del recto femoral y mejoría funcional en pacientes desnutridos con suplementación enteral enriquecida en β -hidroxi- β -metilbutirato cálcico

Isabel M.^a Vegas Aguilar, José Manuel García Almeida, Rocío Fernández Jiménez, Isabel María Cornejo Pareja, Francisco José Tinahones Madueño

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La desnutrición relacionada con enfermedades (DRE) asocia cambios en la composición y función corporal. La evaluación morfofuncional integra la evaluación del ángulo de fase (Pha) por bioimpedancia, área transversal del recto femoral (RFCSA), dinamometría (HGS) y *up and go* test (TUG). β -hidroxi β -metilbutirato cálcico (HMB) es un farmaconutriente destinado a restaurar la masa muscular y celular.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica (FA, RFCSA, HGS, TUG) en un grupo de pacientes desnutridos con programa de intervención nutricional (suplemento de nutricional oral (ONS) enriquecido en HMB y ejercicio) durante un periodo de 6 -9 meses.

Material y método: Se realiza un estudio observacional y prospectivo en la práctica clínica. Los pacientes ambulatorios iniciaron un programa integral para la evaluación morfofuncional de la desnutrición: BIVA (akern® Nutrilab), ultrasonido (Mindray® Z60), HGS (Jammarm®).

Tabla I.

	Inicio	Alta	Significancia
IMC	$21,58 \pm 6,04$	$19,15 \pm 2,71$	No significativo
Albúmina (g/dL)	$2,92 \pm 0,65$	$3,36 \pm 0,59$	$p = 0,029$
Prealbúmina (g/dL) ($n = 12$)	12 (RI = 9,5-19,5)	22,7 (RI = 18-26,5)	$p = 0,011$
PCR (mg/L)	5,4 (RI = 2,35-29,45)	2,8 (RI = 0,71-4,15)	$p = 0,006$
Linfocitos (células/mm ³)	0,73 (RI = 0,51-1,59)	1,23 (RI = 0,74-1,69)	No significativo

Resultados: 121 pacientes, 60 ± 14 años, 47,1 % varones. Todos los pacientes cumplen con los criterios de desnutrición (SGA B 9 %, C91 %. GLIM moderado 65 %, severo 35 %). Se observaron diferentes correlaciones entre Pha con, Nutrition ($r = 0,8$) RFCSA ($r = 0,47$), eje-Y del RF ($r = 0,52$), HGS ($r = 0,4$) y TUG ($r = -0,38$), también con otros factores Hydration ($r = -0,39$) e intercambio Na/K ($r = -0,34$) (Fig. 1). Al final del programa se evidencia una recuperación nutricional (VSG A, 67 %; B, 9 %; C, 24 %) con aumento de peso ($3,00 \pm 0,42$ kg), PHa ($0,47 \pm 0,08^\circ$), BCM ($2,00 \pm 0,36$ kg), RFCSA ($4,85 \pm 0,76$ mm), eje RF Y ($1,4 \pm 0,2$ mm) y la función muscular (HGS $3,00 \pm 0,31$ kg y TUG $-0,93 \pm 0,13$ eg). $p < 0,005$.

Conclusión: La intervención nutricional con suplementos enterales enriquecidos en HMB produce una mejora significativa en los parámetros morfofuncionales mediante el aumento del tamaño muscular, mejoría de salud celular y la recuperación funcional.

Aspectos éticos: este proyecto fue aprobado por el comité de ética del centro

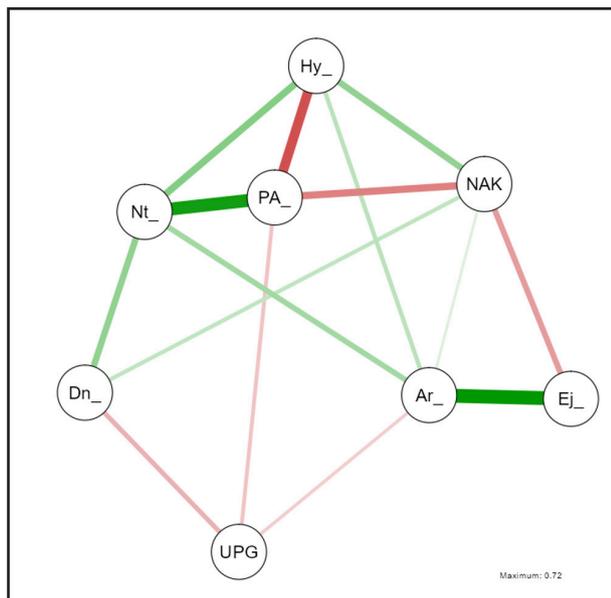


Figura 1. Modelo gráfico gaussiano de las correlaciones. Hy: hydration; Nt: nutrition; PA_: Pha; NAK: intercambio NA/K; Dn_: HGS; Ar_: RF-CSA; Ej_: eje Y RF; UPG: TUG.

P-032. Rol del cuidador en la seguridad y eficiencia de la NPD de corta duración con hospitalización a domicilio (HAD)

Carmen Mías Carballal, Alfredo Escartín Arias, Rafael Villalobos, Frank F. Vela, Ramón Ribalta, Noemí Martín Ruano, Yolanda Maestre, Alberto González Barranquero, Nuria Riera, Pablo Muriel, Jorge Juan Olsina Kissler

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción y objetivos: El uso de NPD de corta duración con hospitalización a domicilio (HaD) permite mejorar el estado

nutricional de los pacientes en el domicilio, evitando el ingreso hospitalario. Valoraremos el papel del cuidador en NPD con HaD.

Material y metodología: Se revisa el protocolo de NPD de corta duración con HaD de nuestro hospital y los casos administrados desde el 2019 hasta la actualidad. Se recogen las intervenciones protocolizadas del cuidador durante administración de la NPD, y se analiza su papel para garantizar la seguridad de la NP en el domicilio.

Resultados: Entre 2019-2022 ingresaron en HaD para NPD 13 pacientes (77 % quirúrgicos (40 % preoperatoria, 60 % complicaciones posoperatorias), 23 % no quirúrgicos). En nuestro protocolo de NPD con HaD, la NP se prepara diariamente en el hospital y se transporta por el equipo de HaD al domicilio, realizando habitualmente la conexión/desconexión, analíticas y administración de otros tratamientos en la misma visita. El cuidador es entrenado para manejar la bomba de perfusión en el domicilio, pudiendo realizar la conexión-desconexión de la NP, si fuera necesario. Se le instruye en la identificación de signos de alerta para avisar al equipo de HaD, ya sean mecánicos (obstrucción) o clínicos (fiebre, vómitos). Se le encarga el control de los registros diarios de entradas y salidas, facilitándole una tabla de registros (comida (tipo, cantidad), líquidos, suplementos orales, rechazos, orina, deposiciones, débito fistulas). Se le adiestra en educación nutricional, adecuada al tipo de paciente (mayor, quirúrgico, disfunción intestinal), para complementar la NP con dieta oral (sola, suplementada, o NE), y poder retirar la NP.

Conclusiones: El rol del cuidador es fundamental en la administración segura y eficiente de la NPD de corta duración, ya que se convierte en la conexión básica entre equipo asistencial y paciente.

Aspectos éticos: aceptación del paciente. Consentimiento informado HaD.

P-146. Estudio de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado con nutrición parenteral domiciliaria

Marta Motilla^{1,2}, Isabel Losada Gata¹, Alberto García Piorno¹, Irene Breton Lesmes^{1,2}, Miguel Cambor Álvarez^{1,2}, Clara Serrano Moreno^{1,2}, Atocha Bielza González^{1,2}, Lore Arhip^{1,2}, María Luisa Carrascal Fabián^{1,2}, Cristina Velasco Gimeno^{1,2}, Cristina Cuerda Compes^{1,2}

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Fundación para la Investigación Biomédica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: En pacientes con cáncer avanzado, la nutrición parenteral domiciliaria (NPD) está indicada cuando la vía intestinal es inaccesible o insuficiente y ante un pronóstico de vida de más de 2 meses. La estimación del pronóstico de vida es difícil y una mejoría del estado nutricional puede impactar de forma positiva en la supervivencia.

Objetivos: Analizar las características y la supervivencia de pacientes con cáncer avanzado con NPD.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con cáncer avanzado, que recibieron NPD desde 2011 hasta la actualidad en nuestro centro.

Resultados: Se analizaron 30 pacientes (63,3 % mujeres), con una edad media de 56,2 años (DS 10.8), diagnosticados de cáncer avanzado: gastrointestinal (60 %), genitourinario (13,3 %), cabeza y cuello (10 %), mama (3,3 %) y otros (13,3 %). El ECOG al inicio de NPD fue 0-1-2 (83,3 %) y el IMC de 17,7 (DS 2.9). Las indicaciones más frecuentes fueron obstrucción intestinal y síndrome de intestino corto (30 % y 23,3 %, respectivamente). En su mayoría utilizaron NPD individualizada complementaria a ingesta oral (46,7 %). Recibieron NPD durante una mediana de 137 días (P25-P75, 60-303) y no se observó ningún evento grave relacionado. Mantuvieron o mejoraron el ECOG (53,3 %) y mejoraron el IMC (26,6 %) manteniéndolo a los 6 meses. El motivo más frecuente de finalización de NPD fue por fallecimiento (66,7 %) o mejoría nutricional (10 %). Actualmente 10 % mantiene NPD. La supervivencia de los pacientes con ECOG (0-1-2) y ECOG (3-4) al inicio de la NPT fue de 252 días y 90 días, respectivamente (*log rank, p < 0,010, IC 28,5-321,4*).

Conclusión: En pacientes con cáncer avanzado, el tratamiento con nutrición parenteral domiciliaria debe considerarse siempre de forma individualizada teniendo en cuenta el pronóstico, las preferencias del paciente y la calidad de vida. Aquellos con mejor ECOG al inicio del tratamiento presentan una mayor supervivencia, pero hay que tener en cuenta que el ECOG puede mejorar con el tratamiento nutricional.

Aspectos éticos: cumpliendo con la Declaración de Helsinki.

P-147. Cambios en biomarcadores de inflamación y oxidación y la expresión de miRNA circulantes de un suplemento nutricional oral (con o sin probióticos) en pacientes en hemodiálisis desnutridos. Ensayo aleatorizado multicéntrico Renacare

Gabriel Oliveira Fuster¹, Marina Padial¹, Francisco Hevilla Sánchez¹, María Blanca², Guillermina Barril³, Ángel Nogueira³, Enrique Sanz-Martínez², Laura Fuentes-Sánchez¹, Said Lhamyani¹, Verónica Sasso¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. ³Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Objetivos: Estudiar si un suplemento nutricional oral (SNO) diseñado para pacientes desnutridos en hemodiálisis, asociado o no a probióticos, puede mejorar el estado nutricional, reducir biomarcadores de inflamación y oxidación, y modificar la expresión de miRNAs circulantes, frente a recomendaciones dietéticas individualizadas.

Material y métodos: Ensayo aleatorizado, multicéntrico, de grupos paralelos en pacientes desnutridos en hemodiálisis con 3 grupos: 1: Control (C) dieta individualizada; 2: SNO + placebo (SU-PL) y 3: SNO + probióticos (SU-PR). El ensayo fue abierto en cuanto a la ingesta de SNO o recomendaciones dietéticas individualizadas, pero doble ciego para la ingesta de probióticos. Obtuvimos, al inicio del estudio y a los 3 y 6 meses, medidas antropométricas, registros dietéticos, parámetros bioquímicos, biomarcadores de inflamación y oxidación mediante ELISA y expresión de miRNAs en plasma por RT-qPCR.

Resultados: Se reclutaron inicialmente 59 pacientes y finalizaron el ensayo 31 pacientes. Los dos grupos suplementados aumentaron el consumo de proteínas y calorías, grasas, fibra, peso y la masa libre de grasa. Hubo cambios significativos en biomarcadores de inflamación (BDNF, BMP2, MCP-1, IL1-beta, IL-10, IL-4, IL-8) y en la capacidad antioxidante total en los grupos suplementados. En el grupo SU-PR se observó un aumento en la expresión de miR-29a a los 3 meses, y de miR-29b a los 3 y 6 meses, con respecto al basal. La expresión de miR-126 disminuyó en todos los grupos a los 3 meses. La expresión de miR-378 aumentó en el grupo SU-PR con respecto a los pacientes del grupo SU-PL a los 3 meses.

Conclusiones: El SNO mejoró la ingesta de proteínas y calorías, el estado nutricional y algunos biomarcadores de inflamación/oxidación. La adición de probióticos podría tener un efecto sinérgico con SNO en dichos biomarcadores y produciría un aumento en la expresión de miRNAs con efecto protector de la patología renal.

Aspectos éticos: este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación provincial de Málaga. Se siguieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado para participar en el estudio.

P-148. Nutrición parenteral domiciliaria en un hospital de tercer nivel: análisis de los últimos 5 años

Susana Padín López, Rosario Vallejo Mora, Cristina Rodríguez Beltrán, Montserrat Gonzalo Marín, M.ª José Tapia Guerrero, Francisca García Torres, Carmen Bautista Recio, María José García Báez, Gabriel Oliveira Fuster

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La atención del paciente en domicilio es una práctica en continuo crecimiento por las ventajas que comporta para paciente y familia, pues permite permanecer en el entorno familiar y disminuir las complicaciones relacionadas con la estancia hospitalaria. También supone mayor disponibilidad de camas hospitalarias y menor coste. En la Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) tanto la forma de administración, como los cuidados necesarios para el éxito del tratamiento son de intensidad y complejidad comparable a los dispensados en el hospital.

Objetivos: Conocer características sociodemográficas y clínicas de pacientes con NPD en seguimiento por nuestra Unidad de Nutrición. Conocer datos relacionados con el programa educativo e incidencia de complicaciones.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de pacientes con NPD en seguimiento por nuestra Unidad de Nutrición desde 2018 hasta la actualidad. Variables: edad, sexo, diagnóstico, motivo de indicación, grado de dependencia (I. Barthel), n.º de sesiones educativas, tipo catéter, complicación relacionada con catéter, días en domicilio con NPD, dieta oral, cuidador principal, tipo de desnutrición.

Resultados: Total pacientes con NPD: 12 sujetos, mujeres 7 (58,3 %), edad media 54,3 ± 10 años. Patología más frecuente

enfermedad neoplásica 6 (50 %). Indicaciones de NPD: obstrucción intestinal 6 (50 %) y 6 (50 %) malabsorción. Grado dependencia: 7 (58,3 %) leve y 5 (41,7 %) moderado. Total catéteres: 21 en 12 pacientes; 9 pacientes con 1 catéter, 1 paciente con 2, 1 paciente con 4 y 1 con 6 catéteres, tipos: PICC 10/21 (47,6 %), reservorio subcutáneo 9/21 (42,8 %) y Hickman 2/21 (9,5 %). Infección asociada al catéter; 2/21 (9,5 %) en el mismo paciente. Media sesiones educativas; $4,5 \pm 1,2$ (mínimo 3, máximo 7). Finalizaron NPD 7 (58,3 %). Estancia media en domicilio con NPD 39 ± 32 días. Motivo de finalización: *exitus* 6 (86 %), paso vía oral 1 (14 %). Pacientes en activo: 5 (41,7 %). Dieta oral ninguna 5 (41,7 %), con cuidador 10 (83,3 %). Desnutrición: grave 8 (66,7 %).

Conclusiones: Se trata de pacientes cuyo motivo fundamental de administración de NPD ha sido por neoplasia como tratamiento paliativo, la mayoría mujeres, con grado de dependencia leve cuyo motivo principal de causa de finalización de la NP fue fallecimiento. Estos datos son similares a datos publicados por Grupo NADYA SENPE de Nutrición Parenteral Domiciliaria en España año 2019. Sin embargo, en cuanto a la vía de acceso, en nuestro caso la más utilizada ha sido el PICC seguido del reservorio, con baja incidencia de infección asociada al catéter. El aumento de indicación de la NPD en pacientes oncológicos es una realidad, pero ¿cómo saber si esta alternativa es beneficiosa para estos pacientes? No existen evidencias claras de que esto sea así, más bien controversias y dilemas éticos (Fig. 1).

P-149. Registro de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con nutrición enteral domiciliaria

José Antonio Irlés Rocamora¹, María Nuria Virgili Casas², Julia Álvarez-Hernández³, Estefanía Jiménez Liceras¹, Pilar Zarco Rodríguez¹, Eva M. García Raimundo², Gloria Creus Costas², Mercedes Blanco Naveira⁴, Miquel Layola Brías⁴, Francisco Javier Pérez-Sádaba⁵

¹Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ⁴Nestlé Health Science. Barcelona. ⁵Outcomes'10 SLU. Castellón de la Plana

Introducción y objetivo: Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con nutrición enteral domiciliaria (NED) en la práctica clínica habitual al inicio del tratamiento.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes adultos recibiendo NED desde < 1 mes y previsión de seguimiento > 3 meses, con capacidad de responder al cuestionario de CVRS, supervivencia estimada > 3 meses y consentimiento informado. Se realizó un análisis descriptivo preliminar usando Stata v.14 de datos recogidos en la primera visita (primer mes de NED). Se recogieron características sociodemográficas (edad, género) y clínicas: estado nutricional (IMC, VSG, GLIM), funcional (Barthel), índice de Charlson (ICh), características de la NED, y CVRS (NutriQoL[®]).

Resultados: Participaron 57 pacientes (47,2 % mujeres; edad media \pm DE: $57,2 \pm 16,3$ años) con IMC medio de $22,6 \pm 4,7$ kg/m², el 64,9 % presentaba riesgo/sospecha

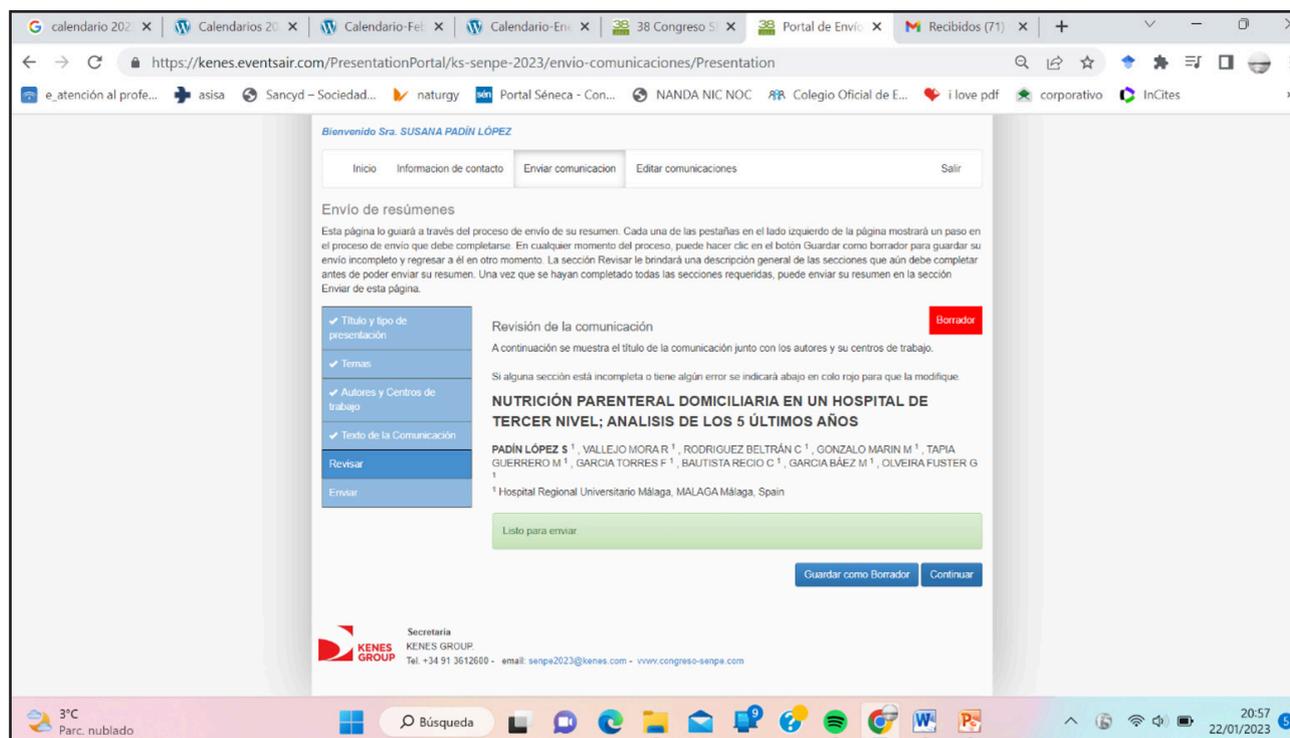


Figura 1.

de desnutrición, y 28,1 % con desnutrición grave (VSG). El 91,2 % ($n = 52$) cumplía criterios GLIM de desnutrición (59,6 % grado 1). El 36,8 % presentaba algún grado de dependencia (Barthel), y un ICh medio de $4,2 \pm 3,3$ puntos. Se prescribió NED debido a alteraciones mecánicas de la deglución/tránsito (42,1 %), y situaciones clínicas con desnutrición grave (35,1 %), entre otros motivos. El 59,7 % recibió nutrición vía oral, y el 40,3 % por sonda. Se obtuvo media de $70,9 \pm 12,4$ puntos en el NutriQoL[®], representando buena o excelente CVRS en el 86,0 %, y aceptable en el 14,0 %. Se obtuvo media de $76,5 \pm 10,3$ puntos en pacientes con nutrición oral frente a $62,6 \pm 10,6$ con sonda, indicando menor CVRS en estos pacientes ($p = 0,0001$).

Conclusión: Los pacientes que recibían NED mostraban buena o excelente CVRS durante el primer mes, con menor puntuación en pacientes con sonda. NutriQoL[®] resulta adecuado para evaluar la CVRS de pacientes con NED tanto por vía oral como con sonda en la práctica clínica habitual.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el CEIm del Hospital de Bellvitge y realizado según la Declaración de Helsinki.

P-150. Gastrostomías quirúrgicas: técnicas, indicaciones y complicaciones en 26 años de experiencia en un hospital terciario

Ana Piñar Gutiérrez, Rocío Vázquez Gutiérrez, Silvia García Rey, María Socas, Pilar Serrano Aguayo, Dolores Tatay Domínguez, Pilar Garrancho Domínguez, María Dolores Giménez Andreu, Antonio J. Martínez Ortega, Irene González Navarro, José Luis Pereira Cunill, Pedro Pablo García Luna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos: Describir y analizar las técnicas de gastrostomía quirúrgica (SG), sus indicaciones y complicaciones asociadas en los últimos 26 años en un hospital de referencia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes adultos sometidos a gastrostomía quirúrgica en el Hospital Universitario Virgen del Rocío entre 1995-2021. Se realizó un análisis descriptivo obteniendo la frecuencia para las variables cualitativas (n [%]).

Resultados: $n = 118$. *Técnicas:* se realizó la técnica convencional (CSG) mediante laparotomía o laparoscopia por técnicas de Stamm y Janeway hasta 2009 ($n = 55$) y la técnica PLAG (gastrostomía percutánea asistida por laparoscopia) ($n = 63$) entre 2009 y 2021. *Indicaciones:* Las tres más frecuentes fueron los tumores gastroesofágicos (39,3 % y 34,9 %, respectivamente), el cáncer de cabeza y cuello (26,8 % y 25,4 %) y las enfermedades neurológicas (21,4 % y 27 %). *Complicaciones:* El porcentaje de pacientes que sufrió alguna complicación fue del 87,3 % frente al 41,26 % ($p < 0,001$). En el grupo CSG no hubo complicaciones mayores (peritonitis, necesidad de VMI tras procedimiento ni fistula gástrica). En el grupo PLAG hubo un caso de cada complicación mayor (1,5 %). El resto de complicaciones fueron de carácter menor, destacando el exudado (41,8 % frente al 23,8 %; $p = 0,037$), la irritación (81,8 % frente al 12,7 %; $p < 0,001$), la quemadura (18,2 % frente al 1,5 %; $p = 0,002$) y el granuloma (10,9 % frente al 14,2 %; $p = 0,538$).

Conclusiones: La SG ha evolucionado de manera considerable en los últimos 26 años en nuestro centro. Sus indicaciones más frecuentes coinciden con aquellas en las que las técnicas endoscópicas (PEG) y radiológicas (PRG) no se pueden realizar por dificultad para el paso de una guía. Las complicaciones totales se han reducido a la mitad tras la implantación de la técnica PLAG, con resultados similares a las PEG y PRG de nuestro centro. Además, podemos concluir que son técnicas seguras puesto que la mayoría de complicaciones fueron de carácter menor.

Aspectos éticos: el estudio siguió la Declaración de Helsinki.

P-152. Efecto sobre la composición corporal de la utilización de una suplementación artificial normocalórica hiperproteica tras cirugía bariátrica tipo manga gástrica

David Primo Martín^{1,2}, Juan José López Gómez^{1,2}, Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, Rebeca Jiménez Sahagún^{1,2}, Sara Cuenca Becerril^{1,2}, David Pacheco^{2,3}, Pilar Pinto¹, Daniel de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid. ²Instituto de Endocrinología y Nutrición (IEN). Valladolid. ³Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Objetivos: Evaluar el efecto sobre la composición corporal de un suplemento oral nutricional normocalórico hiperproteico en la dieta de progresión del posoperatorio temprano de cirugía bariátrica (CB).

Material y métodos: Estudio observacional de cohortes ambispectivo de dos ramas. Se incluyeron 44 pacientes intervenidos mediante CB tipo *Sleeve*: 30 pacientes recibieron un suplemento artificial nutricional normocalórico hiperproteico durante las dos primeras semanas poscirugía (Bi1 bicicare[®]) (GI) (820 kcal, 65,5 g proteínas); comparados una cohorte histórica (GC) de 14 pacientes tratados con una dieta de progresión sin dicho suplemento (220 kcal, 11,5 g proteínas). Se analizaron datos antropométricos, y composición corporal mediante bioimpedanciometría eléctrica antes de CB y 1 mes tras la misma.

Resultados: La edad media fue de 45,81 (7,8) años, 33 (75 %) eran mujeres y el Índice de Masa Corporal prequirúrgico de 47,29 (5,9) kg/m², sin diferencias entre ambas ramas de intervención. Al mes poscirugía, no se observaron diferencias porcentaje de exceso de pérdida de peso (% PSP) entre los pacientes que tomaron el suplemento y el grupo control (21,48 % [12,42-30,20] frente al 17,67% [11,73-27,06]). Se observó una menor pérdida de índice de masa muscular esquelética apendicular en el GI (GC: 9,55 % [5,29-14,12] frente al GI: 5,61 % [2,07-9,26]; $p = 0,04$) y de índice de masa libre de grasa (GC: 8,20 % [4,59-14,60] frente al GI: 4,76 % [0,94-7,45]; $p = 0,01$), mientras que se observó una mayor pérdida de masa grasa en el GI (GC: 6,19 % [-2,42-16,78] frente al GI: 13,61 [7,12-19,52]; $p = 0,03$).

Conclusión: En el paciente intervenido de manga-gástrica, la adición de una fórmula normocalórica hiperproteica con respecto a la dieta de progresión habitual consiguió enlentecer la pérdida de masa muscular e incrementar la pérdida de masa grasa sin tener efecto sobre la pérdida de peso total.

Aspectos éticos: el estudio cumple los estándares de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el CEIm (Área Este Valladolid): código PI 20-1710.

P-153. Tratamiento con teduglutida en pacientes con síndrome de intestino corto. Experiencia nacional año 2022

M. Núria Virgili Casas¹, Yaiza García Delgado², María Maíz Jiménez³, Samara Palma Milla⁴, Marta Bueno Díez⁵, José Joaquín Alfaro Martínez⁶, María Argente Pla⁷, Rosa Burgos Peláez⁸, Fernando Calvo Gracia⁹, Rocío Campos del Portillo¹⁰, Cristina Campos Martín¹¹, Luna Florencio Ojeda¹², José Antonio Irlés Rocamora¹³, Francisco Javier Vílchez López¹⁴

¹Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ²Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ⁶Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. ⁷Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁹Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ¹⁰Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ¹¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. ¹³Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ¹⁴Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El síndrome de intestino corto (SIC) es una causa de fallo intestinal crónico (FIC), que requiere nutrición parenteral a domicilio y/o fluidoterapia (NPD/FT). El tratamiento con teduglutida puede reducir las necesidades de NPD/FT.

Objetivo: Análisis de la experiencia en la práctica clínica del tratamiento con teduglutida en pacientes con FIC por SIC.

Material y métodos: Pacientes adultos con SIC tratados con NPD/FT y teduglutida hasta diciembre 2022 (2 pacientes iniciaron el tratamiento dentro de ensayo clínico). Se describen: etiología del SIC, tiempo de evolución, presencia de ostomía, necesidades de NPD basales, respuesta al tratamiento y motivo de suspensión si la hubo.

Resultados: Se han obtenido datos de 31 pacientes (20 H / 11 M) de edad media 51,2 años (18-77) con SIC de 7,9 años de evolución (0,5-29) de etiología isquémica 41,9 %, traumatismo abdominal y E. Crohn 16,1 %, complicaciones postquirúrgicas 12,9 %, pseudobstrucción intestinal y vólvulo 6,5 %. La longitud de intestino remanente fue 87,5 cm (15-230); 42 % con ostomía ($n = 13$). La duración media del tratamiento ha sido de 38 meses (3-150). Las necesidades de NPD basales fueron 10,9 L/semana (4,5-35,1) y la media de días de infusión 5 (3-7). El porcentaje de reducción medio fue del 49,1 %, 64,5 %, 66,2 %, 68,3 % y 70,3 % a los 6, 12, 24, 36, 48 meses, respectivamente. Durante el seguimiento el 35,5 % han suspendido la NPD/FT (6 con colon en continuidad y 5 con ostomía) en una media de 11,5 meses (6-24 meses), 5 a los 6 meses, 3 a los 12 meses, 2 a los 18 meses y 1 a los 24. Han suspendido el tratamiento 9 (2 por falta de respuesta, 6 por efectos adversos, 1 decisión del paciente), retomando NPD el 78 %.

Conclusión: La experiencia del tratamiento con teduglutida en vida real apoya a que es un tratamiento que permite reducir la dependencia de NPD y alcanzar la autonomía nutricional.

PACIENTE CRÍTICO

P-038. Análisis del estado nutricional de paciente crítico al alta de UCI basado en parámetros antropométricos

María Amparo Rubio Broseta, Begoña Balerdi Pérez, Eva María Gascó Santana, Ángela Durà de Miguel, Mónica Gordón Sahuquillo, Francisco Merino Torres, Álvaro Castellanos-Ortega

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción y objetivos: Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), sufren un estado de desnutrición calórico/proteica de diferente envergadura, a pesar de la nutrición artificial administrada durante su ingreso. Hacer una valoración del estado nutricional en planta de hospitalización es un indicador fundamental para ajustar los nuevos objetivos nutricionales y mejorar la recuperación del paciente. El objetivo de este estudio es analizar el estado nutricional de los pacientes tras su alta de UCI, basado en mediciones antropometría y fuerza muscular.

Material y método: Estudio prospectivo de cohortes. Se recogieron los pacientes ingresados UCI durante 9 meses con seguimiento en planta de hospitalización. Se midieron indicadores antropométricos, en las primeras 48 horas tras alta de UCI. Se analizan medianas y rango intercuartílico (RI) para las variables cuantitativas y frecuencias para variables discretas. Análisis estadístico mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se estudiaron 61 pacientes, 57 % hombres, edad: 64 años (RI: 58-68). El nivel de gravedad calculado por SAPS III: 57 puntos (RI: 49-66,25). La estancia en UCI fue de 22 días (9,5-43). Todos los pacientes recibieron nutrición enteral. Al 19,7 % se le administró nutrición parenteral complementaria. Máximas kilocalorías / kg 24,5 (RI: 19-28,7) y máximas proteínas 1,10 g/ kg (RI: 1,4-1,6). Depleción proteica en 40 pacientes (10 % leve, moderada 30 %, severa 60 %). El déficit calórico en 10 pacientes (40 % leves, 10 % moderada, 50 % severo). Todos presentaron pérdida de fuerza. No existen diferencias significativas en cuanto a edad, estancia, escalas de gravedad y aporte de máximo de proteínas y kilocalorías.

Conclusión: Un amplio porcentaje de nuestra serie presentaron algún grado de malnutrición proteica y en menor porcentaje calórica. Se deberían protocolizar la realización de antropometrías para seguimiento nutricional y ajuste de requerimientos en todos los pacientes que reciben nutrición artificial durante su estancia en UCI.

P-039. Análisis pronóstico y de correlación entre técnicas de valoración morfofuncional (ángulo de fase, área del músculo recto femoral y dinamométrica) con scores clínicos en pacientes críticos

Carmen Blanco Bermejo, Pilar Martínez López, Antonio Vallejo Báez, Rocío Fernández Jiménez, M. Antonia Estecha Foncea, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: En pacientes críticos (UCI) se producen cambios en composición y función corporal relacionados con un aumento de morbilidad y mortalidad. La evaluación morfofuncional integra: evaluación del ángulo de fase (Pha) por bioimpedancia, área transversal del recto femoral (RFCSA), dinamometría (HGS) y datos analíticos y metabólicos (PCR/prealbúmina). No existen muchos datos sobre el efecto pronóstico y las correlaciones entre estos parámetros en paciente de UCI.

Material y método: Evaluar las correlaciones entre Pha, RFCSA, HGS y *scores* clínicos (Charson, APACHE) en una cohorte de pacientes de UCI evaluado en las primeras 72 horas del ingreso. Estudio observacional y prospectivo en la práctica clínica habitual con evaluación morfofuncional: BIVA (akern® Nutrilab), ultrasonido (SonoSite SII®), HGS (Jammarm®).

Resultados: 73 pacientes, 61 ± 17,1 años, 57,5 % varones. 46,6 % ventilación mecánica y 53,4 % drogas vasoactivas. Apache 15,5 ± 8,22 Chalon: 4,18 ± 2,43. días de UCI 10,7 ± 8,55 y hospitalización 25,9 ± 26,4 días (Tabla I; Fig. 1).

Tabla I. Datos medios obtenidos y sus correlaciones

Parámetro	Mean	sd
Pha	3.49	1.211
BCM	19.36	7.619
Nutrition	576.44	223.228
Hydration*	83.85	7.466
NAK*	2.07	1.150
EcoM_Area	3.24	1.034
EcoM_Eje2	1.10	0.321
Din_med	11.20	13.404
PCR_B*	115.55	88.726
APACHE*	15.91	8.019
Chalon*	4.24	2.532

*Reverse scaled item. *p* < 0,005.

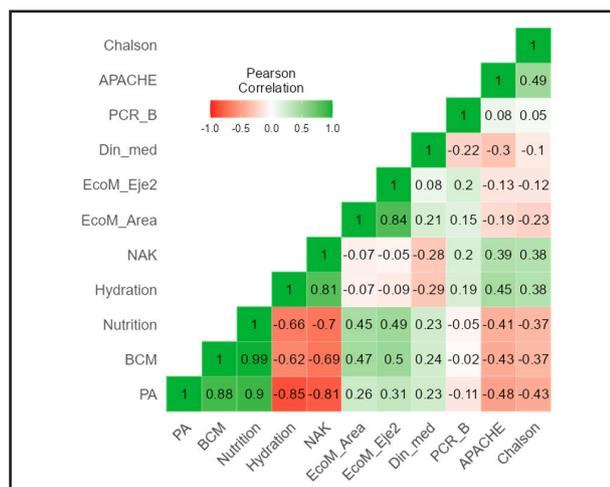


Figura 1.

Existen diferencias significativas entre supervivientes y no supervivientes en PHA, SPA, BCM, Nutrition, Hydration, NAK, ECWpct, HGS, Glucosa, APACHE y Chalon. Un PHA < 2,4 se asocia con una supervivencia a los 3 meses del 66,7 % (42,0-100 %, IC 95 %). Y un PHA > 2,4 del 97,2 % (92,0-100 %, IC 95 %).

Conclusión: la valoración morfofuncional muestra una adecuada correlación entre parámetros de masa celular e inflamación / hidratación con implicaciones pronósticas. Se evidencian diferencias significativas entre supervivientes y no supervivientes.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro.

P-042. Cumplimiento de la administración de nutrición artificial en la unidad de cuidados intensivos de un hospital comarcal

Manuel Cano Alonso, Rayden Iglesias Rodríguez, María Sagalés Torra, Nuria Almendros-Abad, Nuria Rudi Sola

Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona

Introducción y objetivos: Valorar el cumplimiento de la administración de nutrición artificial (NA) (nutrición parenteral (NP) o enteral (NE)) indicada en la prescripción médica de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital comarcal.

Material y método: Estudio observacional prospectivo realizado durante dos semanas (diciembre de 2022). Se incluyeron pacientes ingresados en UCI con NA durante el periodo de estudio. Variables registradas: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), diagnóstico, requerimientos energéticos (RREE), pauta nutricional y cantidad administrada. Los RREE se calcularon a razón de 25 kcal/kg diarias y en pacientes con IMC > 30 se calculó por peso ajustado. No se usó calorímetro por indisponibilidad. El cumplimiento se evaluó como un porcentaje del volumen administrado respecto al volumen pautado.

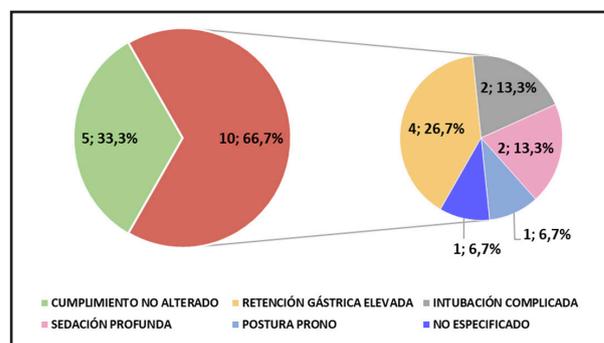


Figura 1. Causas de alteración del cumplimiento de la NE.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes (17 hombres y 9 mujeres), edad media de 66,5 (15,7) años e IMC medio de 27,41 (5,60), un 38,4 % con IMC > 30. Los diagnósticos más frecuentes: insuficiencia respiratoria (46,1 %) y *shock* séptico (15,38 %). Diez pacientes (38,4 %) recibieron NE y NP (complementaria), 11 (42,3 %) solo NP y 5 (19,3 %) únicamente NE. El cumplimiento

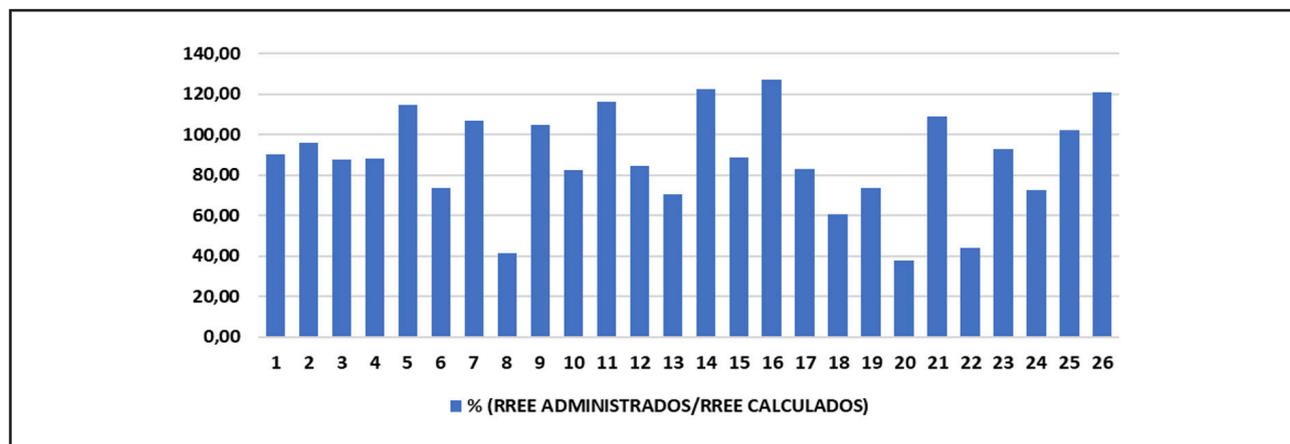


Figura 2.
Requerimientos energéticos aportados.

de la NP fue del 100 % en 9 (42,8 %) pacientes, ≥ 90 % en 10 (47,6 %) y ≥ 80 % en 2 (9,6 %). El principal motivo de no cumplimiento fue por el paso a NE deteniendo la NP. El cumplimiento de la NE se alteró debido a las causas descritas en la figura 1. En la figura 2 se muestran los RREE aportados por paciente.

Conclusión: El cumplimiento de la NP fue > 90 % en un 90,2 % de los pacientes. El no cumplimiento se debió a causas justificadas y un 69,2 % de los pacientes pudieron recibir > 80 % de sus RREE. El uso de la calorimetría indirecta, así como ajustarse a los protocolos vigentes, ayudaría a mejorar los resultados.

P-043. Detección precoz de los pacientes con alto riesgo de síndrome de realimentación. Protocolo de actuación

Verónica Díaz de Antoñana Sáenz¹, Sara Aldunate Calvo², Ainhoa Zabalza Goya, Ana Zugasti Murillo¹, Elisa Sanz Granado¹, Amaia Egües Lugea¹, José María Prat Mora¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra

Objetivo: Análisis y evaluación de resultados tras la implantación de un protocolo de seguimiento a los pacientes con riesgo de Síndrome de Realimentación. Protocolo de actuación: equipo multidisciplinar (nutrición, psiquiatría y medicina intensiva).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Datos recogidos desde la implantación del protocolo en Hospital Universitario de Navarra, de agosto de 2020 a diciembre de 2022. Protocolo de seguimiento de los pacientes con índice de masa corporal (IMC) menor de 18 kg/m² por alto riesgo de síndrome de realimentación (SR). Se define riesgo de sufrir SR en tres grupos:

- Riesgo moderado: IMC 16-18 kg/m².
- Riesgo alto: IMC < 16 kg/m².
- Riesgo muy alto: IMC < 14 kg/m².

Variables recogidas: edad, sexo, IMC, patología que produce la desnutrición, soporte nutricional, necesidad de ingreso en UCI.

Resultados: Recogidos, 60 pacientes. 88,33 % mujeres. Mediana de edad, 21,5 años. Valor medio de IMC en el momento de activación del protocolo, 14,01 kg/m², con una DS de 1,77. Patología más frecuente, 78,33 %. Diagnóstico: trastorno de la conducta alimentaria, tipo anorexia nerviosa. Patología intestinal: 8,33 %. Enfermedad oncológica: 3,33 %. Fueron diagnosticados 2 pacientes de enfermedad de sida durante el estudio de la desnutrición. Protocolo de seguimiento en observación o en planta de hospitalización aplicado al 100 % de los pacientes de forma multidisciplinar con nutrición. En el caso de la patología TCA, seguimiento conjunto con psiquiatría. Todos recibieron tiamina. Terapia nutricional: dieta oral exclusiva, 55 %. Mixta dieta oral y nutrición enteral, 40 %. Nutrición parenteral, 5 %.

El 10 % de los pacientes ($n = 6$) ingresaron de forma precoz en la UCI para monitorización y tratamiento de SR. *Exitus*: 2 pacientes. Enfermedad oncológica en fase paliativa.

Conclusión: La implantación de un protocolo que permite detectar los pacientes con riesgo de desarrollar Síndrome de Realimentación es de vital importancia para evitar las complicaciones de esta patología.

P-044. Análisis de la correlación entre bioimpedanciometría, ecografía nutricional y dinamometría en la valoración de la masa muscular en pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos por COVID-19

Andrea Fernández Valero, Isabel María Vegas Aguilar, Víctor José Simón Frapolli, Ana María Sánchez García, Beatriz Fernández Medina, Patricia Guirado Peláez, Rocío Fernández Jiménez, Natalia Montero Madrid, María Ángeles Martín Fontalba, Francisco José Tinahones Madueño, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: Evaluar la correlación existente entre los datos obtenidos mediante ecografía nutricional, bioim-

pendaciometría y dinamometría de mano, a la hora de evaluar la masa muscular y su funcionalidad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se recogieron datos de 76 pacientes que precisaron ingreso en UCI por neumonía grave COVID-19, en una visita basal y a los 3 meses del alta hospitalaria. Se realizó BIA, ecografía nutricional y dinamometría de mano y se determinó el grado de correlación lineal mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Se presentan los datos de 76 pacientes (78,9 % varones), con una edad media de $61,2 \pm 12,6$ años. El peso medio en la visita basal era de $90,5 \pm 21,1$ kg con una pérdida de peso media tras el ingreso de un 10,9 %. En cuanto a los datos obtenidos por BIA: presentaban un FFM de $60 \pm 11,7$ kg, un ASMM de $23,7 \pm 5,93$ kg y una dinamometría media de 26,9 kg. En la segunda visita presentaban un peso de $90,9 \pm 19,8$ kg, un FFM de $60,5 \pm 10,7$ kg, un ASMM de $24 \text{ kg} \pm 5,63$ y una dinamometría media de 28,1 kg. Tanto en la visita basal como a los 3 meses se objetiva una correlación fuerte estadísticamente significativa entre los diferentes parámetros empleados para la valoración de la masa muscular (Tabla I).

Conclusión: Se confirma la correlación entre las diferentes técnicas de valoración morfofuncional, incluyendo la ecografía del recto anterior del cuádriceps, a la hora de evaluar la masa muscular.

P-047. Relación entre niveles séricos de cobre y proteína C reactiva en paciente crítico con COVID a su ingreso en UCI

Lourdes Herrera-Quintana¹, Héctor Vázquez-Lorente¹, Yennifer Gamarra-Morales¹, Jorge Molina López², Gabriela Lobo Tamer³, Elena Planells del Pozo¹

¹Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos José Mataix. Universidad de Granada. Granada. ²Departamento de Educación Física y Deporte. Facultad de Ciencias de la Educación, Psicología y Ciencias del Deporte. Universidad de Huelva. Huelva. ³Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Nutrición Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Granada

Introducción: Dentro de los distintos procesos multisistémicos a los que se ve sometido el organismo y que comprometen

la supervivencia del paciente crítico con COVID, se encuentra la aparición de procesos inflamatorios. Dichos procesos pueden afectar a la distribución de micronutrientes como el cobre (Cu), dificultando enormemente la valoración de su estatus.

Objetivo: Evaluar los niveles séricos de Cu y su relación con la proteína C reactiva en paciente crítico al ingreso en UCI.

Métodos: La muestra estuvo constituida por 76 pacientes (23 % mujeres) con edades comprendidas entre 36 y 92 años. Los niveles de Cu sérico se determinaron mediante espectrometría de masas (ICP-MS).

Resultados: Los niveles de Cu y de proteína C reactiva al ingreso en UCI fueron de $0,66 \pm 0,38$ mg/L y $120,3 \pm 86,4$ mg/L, respectivamente, existiendo una relación directa entre ambas variables ($r = 0,405$; $p < 0,001$) y observándose una alteración de los niveles medios de ambos parámetros (niveles incrementados de proteína C reactiva y niveles disminuidos de Cu).

Conclusión: Los niveles séricos de Cu en paciente crítico con COVID se encuentran disminuidos a su ingreso en UCI, relacionándose de forma directa con los niveles de proteína C reactiva, cuyos niveles se encuentran incrementados. Son necesarios más estudios que evalúen las posibles implicaciones de esta asociación.

P-048. ¿Cómo nutrimos al paciente crítico obeso? Resultados preliminares del estudio ENPIC

Juan Carlos López Delgado¹, Esther Mor Marco², Esther Portugal Rodríguez³, M.^a Luisa Bordejé Laguna², Itziar Martínez de Lagrán⁴, Maravillas de las Nieves Alcázar Espín⁵, Carlos González Iglesias⁶, Beatriz Nieto Martino⁷, Lidón Mateu Campos⁸, Teodoro Grau Carmona⁹, Lluís Servià Goixart¹⁰

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ³Hospital Clínic de Valladolid. Valladolid. ⁴Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ⁵Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ⁶Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca. ⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ⁸Hospital Universitario de Castellón. Castelló de la Plana. ⁹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹⁰Hospital Arnau de Vilanova. Lleida

Tabla I. Matriz de Correlaciones a los 3 meses

		FFM2	ASMM2	Dinamo media 2	Eje Y 2	Área Eco 2
FFM2	R de Pearson	—				
	p	—				
ASMM2	R de Pearson	0,940	—			
	p	<,001	—			
Dinamo media 2	R de Pearson	0,599	0,541	—		
	p	<,001	<,001	—		
Eje Y 2	R de Pearson	0,713	0,708	0,705	—	
	p	<,001	<,001	<,001	—	
Área Eco 2	R de Pearson	0,685	0,620	0,752	0,910	—
	p	<,001	<,001	<,001	<,001	—

Introducción y objetivos: Los requerimientos de terapia médica nutricional (TMN) en el paciente obeso crítico son diferentes debido a sus características antropométricas. El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de adecuación del aporte calórico-proteico en el paciente obeso, así como el número de complicaciones asociadas a la TMN en estos pacientes.

Métodos: Este estudio observacional prospectivo multicéntrico ($n = 38$) (NCT: 03634943). Se incluyeron pacientes adultos que requirieron TMN. Los pacientes se clasificaron según el índice de masa corporal (IMC) en: normal (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25-29,9 kg/m²) y obeso (≥ 30 kg/m²). Los datos demográficos, las comorbilidades, el estado nutricional, la TMN y sus complicaciones, así como los resultados, se registraron en una base de datos (RedCAP®). El análisis uni- y multivariante se realizó mediante SPSS 25.0.

Resultados: Se incluyeron 525 pacientes, de los cuales 165 (31,4 %) tenían un IMC normal, 210 (40 %) sobrepeso, y 150 (28,6 %) eran obesos. La mayoría fueron pacientes médicos (63,8 %), recibieron TMN precoz (74,9 %) y una gran proporción se encontraban en riesgo de nutricional (mNUTRIC $> 4 = 44,4$ %). Los obesos presentaron mayor incidencia de hipertensión (normal: 33,9 %, sobrepeso: 41,9 %, obeso: 56,7 %; $p < 0,001$) y diabetes (normal: 21,2 %, sobrepeso: 20 %, obeso: 36 %; $p = 0,001$). El aporte calórico y proteico medio fue de $19 \pm 5,6$ kcal/kg diarias y $1 \pm 0,4$ g/kg diarias, respectivamente, en toda la muestra. Se objetivó un menor aporte calórico (normal: $20,7 \pm 4,8$, sobrepeso: $18,1 \pm 3,6$, obeso: $14,2 \pm 4,3$; kcal/kg al día; $p < 0,001$) y proteico (normal: $1,1 \pm 0,3$, sobrepeso: $1 \pm 0,3$, obeso: $0,7 \pm 0,2$ g/kg al día; $p < 0,001$) con el incremento de IMC. Sin embargo, los pacientes obesos fueron los que recibieron una mejor adecuación (> 70 % requerimientos administrados) del aporte calórico (normal: 80 %, sobrepeso: 61,4 %, obeso: 86 %) en relación con el paciente con sobrepeso ($p = 0,001$), mientras que el aporte proteico fue claramente inferior (normal: 81,8 %, sobrepeso: 60 %, obeso: 43,3 %; $p < 0,001$). No hubo diferencias respecto a las complicaciones relacionadas con la terapia nutricional, si bien la incidencia de complicaciones fue baja (11,6 %), ni con las necesidades de soporte vital y mortalidad en la UCI. El análisis multivariable objetivó que los pacientes obesos tenían una peor adecuación del aporte proteico en comparación con los pacientes con normales (HR: 0,72; IC 95 %: 0,65-0,85; $p = 0,007$) o con sobrepeso (HR: 0,86; IC 95 %: 0,72-0,96; $p = 0,01$).

Conclusión: En nuestro estudio se objetivó un aporte proteico insuficiente en la TMN del paciente obeso crítico. Deberían desarrollarse estrategias para optimizar el aporte proteico en estos pacientes.

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.

P-049. Destino al alta de UCI: ¿existen parámetros determinantes durante el ingreso?

M.^a Luisa Bordejé Laguna¹, Pilar Marcos Neira¹, Esther Mor Marco¹, Juan Carlos López Delgado², Esther Portugal Rodríguez³, Itziar Martínez de Lagrán⁴, Teodoro Grau Carmona⁵, Lluís Servià Goixart⁶, Belén Vila García⁷, María Gero Escapa⁸, Rayden Iglesias Rodríguez⁹, Maravillas de las Nieves Alcázar Espín¹⁰, Beatriz Nieto Martino¹¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

²Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ³Hospital Clínic de Valladolid. Valladolid. ⁴Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ⁷Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid. ⁸Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ⁹Hospital General de Granollers. Granollers. ¹⁰Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ¹¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ²Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. ³Hospital Clínic de Valladolid. Valladolid. ⁴Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ⁷Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid. ⁸Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ⁹Hospital General de Granollers. Granollers. ¹⁰Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ¹¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

Introducción y objetivos: Más allá de mortalidad en UCI, también preocupa la situación del paciente al alta de UCI. El tratamiento médico nutricional (TMN) en el paciente crítico puede ser determinante en la recuperación y destino al alta. Este estudio evalúa los factores nutro-metabólicos que pueden determinar su destino al alta.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional prospectivo (NCT: 03634943). Se seleccionaron pacientes con ingreso en UCI $>$ de 7 días que recibieron TMN. Se definió como mejor nutrición si recibían > 20 kcal/kg al día y $> 1,3$ g/kg al día de proteínas y una peor nutrición si recibían < 20 kcal/kg al día y $< 1,3$ g/kg al día de proteínas. Se registraron variables epidemiológicas, evolutivas durante 14 días y desenlace a los 28 días, con destino al alta. Análisis estadístico mediante Stata® v.16.

Resultados: De 631 pacientes, ingresados en UCI > 7 días = 509. Excluimos los que a los 28 días seguían en UCI (80) y los que murieron (128). De 301 pacientes, seguían ingresados en el hospital/centro de rehabilitación (CR) 183 y fueron alta a domicilio 118. 151 (50,2%) recibieron una peor nutrición $16,6 + 5,9$ kcal/kg al día y $0,8 + 0,32$ g/kg al día de proteínas frente a 150 (49,8 %) que recibieron una mejor nutrición $26,4 + 5$ kcal/kg al día y $1,5 + 0,23$ g/kg al día, $p 0,04$. Los dos grupos resultaron comparables. En el análisis bivariante para alta a domicilio: NUTRISCORE bajo RR 0,5 (IC 95 %: 0,3-0,9), albúmina RR 3,1 (IC 95 %: 1,8-5,4), colesterol RR 1,01 (IC 95 %: 1-1,02), Hb RR 1,3 (IC 95 %: 1,1-1,49), días sin nutrición RR 0,91 (IC 95 %: 0,8-0,9) y PCR RR 0,98 (IC 95 %: 0,9-0,99) obtuvieron significación estadística. En el análisis multivariante, estar en casa o seguir ingresado en el hospital/CR a los 28 días dependía de recibir una mejor nutrición con un RR 1,9 (IC 95 %: 1,04-3,6), $p 0,037$.

Conclusiones: Los pacientes críticos que a los 28 días están de alta a domicilio han recibido un mejor TMN.

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

P-050. Monitorización bioquímica de la evolución del soporte nutricional especializado en el paciente obeso crítico con neumonía SARS-CoV-2

Laura Macaya Redín, Renata García-Gigorro, Covadonga Rodríguez Ruiz, M.^a Paz Escuela Gericó, Amalia Martínez de la Gándara, Gloria Gonzalo Somoza, Eduardo Palencia Herrejón

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción: Los parámetros analíticos junto con la evolución clínica permite valorar la evolución nutrometabólica de los pacientes críticos. En el caso del paciente obeso coexiste una depleción proteica y muscular. Estudiamos variables analíticas en el paciente obeso crítico con neumonía SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional que analiza, durante 17 meses (septiembre 2020-enero 2022), pacientes con obesidad mórbida o superior (IMC > 40 kg/m²) y SDRA por neumonía SARS-CoV-2 que reciben SNE. Se recogen variables analíticas (linfocitos, albúmina, Proteína C Reactiva, ferritina, prealbúmina y proteína fijadora del retinol) y su evolución dinámica al ingreso, 7.º, 14.º, 21.º, 28.º día y alta de UCI. La comparación de medianas (ingreso frente a alta) se realizó con U-Mann Whitney (significación estadística $p < 0,05$).

Resultados: Se analizan 16 pacientes con obesidad mórbida y extrema (13, tipo III y 3, tipo IV) y SDRA/neumonía SARS-CoV-2 que ingresan en UCI para soporte respiratorio invasivo. Todos los pacientes recibieron SNE enteral alcanzando objetivo de > 20 kcal/kg PA y > 2 g/kg PI a partir del 4.º día de ingreso. Se recogen parámetros de seguimiento nutricional e inflamación (linfocitos, albúmina, PCR, ferritina, prealbúmina y proteína fijadora del retinol) al ingreso, 7.º día, 14.º día, 21.º día, 28.º día y alta. Se objetiva un incremento significativo de linfocitos (650 frente a 1300; $p = 0,001$), prealbúmina (10 frente a 27,65; $p = 0,016$) y p. fijadora del retinol (3,1 frente a 5,65; $p = 0,016$) con reducción no significativa de PCR (153 frente a 5,8; $p = 0,06$) y ferritina (463 frente a 389; $p = 0,3$). La albúmina se reduce y no alcanza el mismo valor al alta (2,65 frente a 2,5; $p = 0,2$).

Conclusiones: Los marcadores nutricionales y de inflamación aportan información sobre la evolución clínica y nutrometabólica de los pacientes críticos.

P-161. Monitorización del soporte nutricional especializado en el paciente con obesidad mórbida y neumonía SARS-CoV-2

Laura Macaya Redín, Renata García-Gigorro, Covadonga Rodríguez Ruiz, Gloria Gonzalo Somoza, Amalia Martínez de la Gándara, Gloria Andrade Vivero, Lorenzo López Pérez, Eduardo Palencia Herrejón

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción: Es evidente que el paciente obeso crítico necesita un SNE en UCI. Analizamos la monitorización del SNE en el paciente obeso crítico con neumonía SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional que analiza, durante 17 meses (septiembre 2020-enero 2022), pacientes con obesidad mórbida o superior (IMC > 40 kg/m²) y SDRA por neumonía SARS-CoV-2 que reciben SNE. Se recogen datos relacionados con SNE, tipo de nutrición, aportes calóricos (kcal/kg p. ajustado), proteicos (g/ kg p. ideal) y eficacia nutricional durante los primeros 7 días, día 10, 14, 21 y 28/alta. Los resultados se expresan como % o mediana (RIC).

Resultados: Del total de 199 pacientes con SDRA/neumonía SARS-CoV-2 y VMI, se seleccionan 16 pacientes con obesidad mórbida y extrema (8 %). 87,5 % recibieron BNM y 75 % precisó pronó. 100 % pacientes recibió SNE enteral en UCI con una mediana de inicio de 20 horas (13,5-33,5). Los aportes calóricos (kcal/ kg pA) recibidos fueron: día 1: 6,85; día 2: 9; día 3: 11,8; día 4: 21,7; día 5: 22,8; día 6: 22,4; día 7: 23,8; día 10: 24,3; día 14: 18,6; día 21: 19,1 y día 28: 25 (media 22,25 a partir del 4.º día). Los aportes proteicos (g/ kg PI) recibidos fueron: día 1: 0; día 2: 0,89; día 3: 1,27; día 4: 1,91; día 5: 1,98; día 6: 1,91; día 7: 2,03; día 10: 2,19; día 14: 1,70; día 21: 2 y día 28: 2,03 (media 1,96 a partir del 4º día). La eficacia nutricional (%) fue: día 1: 100; día 2: 100; día 3: 89; día 4: 92; día 5: 97; día 6: 94 %; día 7: 98; día 10: 96; día 14: 93; día 21: 95 y día 28: 95.

Conclusiones: Es posible realizar un óptimo SNE en el paciente crítico con obesidad mórbida a pesar de la complejidad del manejo bajo VMI, BNM y decúbito pronó.

P-162. Soporte nutricional en el paciente obeso crítico con SDRA/neumonía SARS-CoV-2

Laura Macaya Redín, Covadonga Rodríguez Ruiz, Renata García-Gigorro, Gloria Gonzalo Somoza, Isabel Alexandra de Sousa Moura, Amalia Martínez de la Gándara, Domingo Díaz Díaz, Begoña Bueno García, Eduardo Palencia Herrejón

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción: En el año 2020, la EES en España indicó que el 16 % de la población padece obesidad (IMC > 30 kg/m²). Analizamos el impacto del SNE en el paciente obeso crítico con neumonía SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional que analiza, durante 17 meses (septiembre 2020-enero 2022), pacientes con obesidad mórbida o superior (IMC > 40 kg/m²) y SDRA por neumonía SARS-CoV-2, con VMI en UCI. Se recogen variables demográficas, características del SNE: requerimientos calóricos (kcal/kg peso ajustado) y proteicos (g/kg peso ideal), complicaciones, estancias y mortalidad. Los resultados se expresan como % o mediana (RIC).

Resultados: Ingresaron 199 pacientes con SDRA/neumonía SARS-CoV-2 y VMI, 34 (17 %) eran obesos tipo II o superior: 18, tipo II; 13, tipo III o mórbida y 3, tipo IV o extrema. Analizamos 16 pacientes con obesidad mórbida y extrema (8 %). El 56 % hombres, edad media 58 años (46-66). El APACHE 12 (8-16) y el SAPS II 31 (27-35). 75 % tiene comorbilidad, siendo HTA (56 %), SAOS (50 %) y DM (37,5 %). 75 % precisó pronó (mediana 4 [2-9]), con BNM en el 87,5 % y una duración de 11 días.

La duración de la VMI fue 16 días (11-31). 100 % recibió SNE enteral con una mediana de inicio de 20 horas (13,5-33,5). Se consiguen aportes calóricos de 22-25 kcal/kg pA y proteicos > 2 g/kg pl a partir del cuarto día, manteniéndose hasta el día 28/alta. La eficacia de la NE es > 90 % desde el día 2, 80 % presenta complicaciones: estreñimiento (68,8 %), residuo gástrico elevado (50 %), regurgitación/vómitos (18,8 %) y diarrea (12,5 %). La hiperglucemia se presenta en el 80 %. La estancia en UCI y hospitalaria fue 18 (13-40) y 31 (18-86) días, respectivamente. 4 pacientes fallecieron (25 %), un 66 % de los pacientes con obesidad extrema.

Conclusiones: En nuestra serie, se alcanzan los aportes calóricos y proteicos recomendados en las Guías Nacionales e Internacionales a pesar del BNM y la posición prona.

P-163. Validación de la estrategia NUTRITRAUMA

Jordi Parisi Rodríguez, Itziar Martínez de Lagrán Zurbano, Fernando Casadiego Monachello, Daniel Pérez Cortizo, Marcelo Garbett Duarte, Juan Carlos Yébenes Reyes

Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

Introducción: El tratamiento nutricional no está exento de efectos adversos. El concepto NUTRITRAUMA agrupa las principales complicaciones metabólicas de este tratamiento en el paciente crítico.

Objetivo: Evaluar la aplicabilidad de la estrategia NUTRITRAUMA.

Material y método: Estudio realizado en una UCI polivalente de 14 camas entre enero y marzo de 2020. Se incluyeron 28 pacientes consecutivos mayores de 18 años, con dos o más disfunciones orgánicas, que requirieron > 48 horas de tratamiento nutricional. Los requerimientos nutricionales se estimaron mediante fórmulas basadas en el peso. Se realizaron analíticas seriadas el primer, segundo y quinto día de tratamiento, así como periódicas los martes. Se evaluó la adecuación del tratamiento en una reunión multidisciplinar semanal con dietistas, farmacéuticos e intensivistas.

Resultados: $n = 28$. Edad media: $69,7 \pm 11,3$ años, 50 % mujeres; con APACHE II $18,1 \pm 8,1$, SOFA $7,5 \pm 3,7$ y Nutriscore modificado $4,3 \pm 2,01$ a la admisión. IMC medio: $27,2 \pm 3,8$. El 14,4 % presenta riesgo de síndrome de realimentación. Patologías al ingreso más frecuentes: sepsis (46,4 %), cardiovascular (21,4 %) y respiratoria (17,8 %). Vía de administración más frecuente: enteral (82,1 %). Estancia media: $20,6 \pm 15,1$ días; mortalidad: 39,1 %. Se realizan 54 determinaciones analíticas. Alteración metabólica más frecuente: hiperglicemia (83,3 %). Alteraciones electrolíticas más frecuentes: hipocalcemia (50 %), hipofosfatemia (29,6 %) e hipocalcemia (27,8 %). Alteración lipídica más frecuente: hipocolesterolemia (64,8 %). Las alteraciones de la función hepática son frecuentes, pero no están asociadas al tratamiento nutricional. Se modifica la dieta al 53,6 % de los pacientes. Todos tienen una modificación durante su evolución, pero el 3,6 % tienen dos o más. Las modificaciones más frecuentes son: aumento del aporte proteico (25 %) y calórico (21,4 %) y el cambio a dieta órgano-específica (17,8 %).

Conclusión: La aplicación del concepto NUTRITRAUMA permite valorar la prescripción, detectar y tratar las complicaciones metabólicas del tratamiento nutricional.

P-164. Implantación de un protocolo de calorimetría indirecta

José María Prat Mora¹, Amaya Ochoa Fernández¹, Amaia Egües Lugea¹, Irati Irigoyen Rodríguez, Sara Aldunate Calvo², Verónica Díaz de Antuña Sáenz¹, Miriam Ciriza Aramburu¹, Yolanda Zudaire Basterra¹, Aitor Ansotegui Hernández¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital García Orcoyen. Estella, Navarra

Introducción y objetivo: Evaluar el impacto de la implantación de un protocolo de Calorimetría Indirecta (CI) en pacientes críticos, determinando la necesidad de ajuste de la terapia nutricional tras medir el Gasto Energético en Reposo (GER) mediante CI.

Material y métodos: Implantación de protocolo de medición de la CI durante el año 2022, en la UCI del Hospital Universitario de Navarra. Hospital Terciario con 36 camas de UCI. Formación de un grupo multidisciplinar: (FEA en Medicina Intensiva y en Farmacia Hospitalaria y DUE,) responsables de dicho protocolo. Sesiones formativas al personal de la UCI. *Criterios de inclusión:* pacientes conectados a VMI superior a 48 h, $\text{FiO}_2 < 0,8$ %, $\text{Vtidal} > 200$ ml. *Criterios de exclusión:* pacientes con terapia ECMO, uso de gases anestésicos, fugas aéreas / fistulas. Medición del gasto energético en reposo (GER), mediante la realización de CI con el monitor Q-NRG+ de la casa comercial Baxter. Se consideró que los pacientes recibían el aporte calórico correcto, cuando las kilocalorías recibidas, estaban entre el 80-120 % del GER determinado mediante la CI.

Resultados: Formación del personal del servicio en los 2 primeros meses tras la presentación y adquisición del monitor y fungible. Medición de 95 calorimetrías. Pacientes: 56: 36 varones y 20 mujeres. Mediana de edad es de 63 años (23-81). Normonutridos: 47 (49,4 %); infranutridos: 19 (20 %); supranutridos: 29 (30,6 %).

Conclusión: La aplicación de un protocolo para la realización de medición de calorimetría indirecta por un equipo multidisciplinar, aumenta el cumplimiento de realizar la técnica, y la estrecha monitorización de la terapia nutricional de los pacientes.

P-165. Estudio Nutritropohic: nutrición trófica en pacientes sometidos a oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva

Sergio Ruiz Santana¹, Olivia Reta Pérez¹, Manuel Colmenero Ruiz², Silmary Maichle Febrianny³, Esther Portugal Rodríguez⁴, Mariola Cerezo Arias⁵, Laura Sánchez Amo⁶, Juan F. Martínez⁷, Lidón Mateu Campos⁸, Carol Lorencio Cárdenas⁹, Ana García Miguélez¹⁰

¹Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ³Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ⁵Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz. ⁶Hospital Universitari Mútua Terrassa. Terrassa, Barcelona. ⁷Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ⁸Hospital Universitario

de Castellón. Castellón de la Plana. ⁹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona. ¹⁰Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción y objetivos: Estudio prospectivo observacional, multicéntrico, para analizar: mortalidad a 90 días, tolerancia y efectos secundarios de una nutrición enteral trófica (NET) en una cohorte de pacientes críticos con oxígeno de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

Material y métodos: Pacientes con necesidad 24 o más horas de oxigenoterapia con gafas alto flujo o VMNI con estancia y supervivencia esperada en UCI mayor 72 horas. Se excluyeron IMC < 18 y contraindicación absoluta inicio NET o tracto GI no funcionante. Objetivo energético: 20-30 % necesidades calóricas (vía oral: dieta saborizada café descafeinado o SNG); aporte proteico: correspondiente dieta utilizada: hiperproteica (100 g / 1000 ml); aporte calórico 1.2 kcal/ml y relación Kcal no proteicas / g nitrógeno: 52:1. Variables: edad, sexo, peso, talla, IMC, escalas gravedad, motivo ingreso, tipo paciente, días VMNI / alto flujo; días estancia y mortalidad UCI/hospital: 28, 60, 90 días. Niveles proteínas y bioquímica hepática: ingreso / semanales / máximos /alta. Complicaciones infecciosas nosocomiales. Variables relacionadas con eficacia y seguridad de NET. Seguimiento: desde el inicio de oxigenoterapia hasta 3 días tras finalización de NET. El tamaño muestral se estimó en 254 pacientes y las variables categóricas y continuas se analizaron según distribución. Los porcentajes se compararon con test de medias o medianas, según procediera. Los datos se analizaron: paquete R, versión 4.2.1.

Resultados: Preliminares (Tabla I).

Conclusión: Preliminar: la NET parece segura en esta cohorte de pacientes críticos. (clinicaltrials.gov: NCT03728452).

P-166. Análisis de la recuperación morfofuncional en pacientes ingresados en cuidados intensivos por neumonía grave COVID-19 en función del grado de desnutrición al alta en un programa de seguimiento multidimensional de seis meses

Víctor José Simón Frapolli, Isabel Vegas Aguilar, Ana María Sánchez García, Rocío Fernández Jiménez, Patricia Guirado Peláez, Beatriz Fernández Medina, Andrea Fernández Valero, Natalia Montero Madrid, María Ángeles Martín Fontalba, Francisco José Tinahones Madueño, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: El paciente crítico por neumonía grave COVID-19 presenta un elevado riesgo de desnutrición, así como una importante carga proinflamatoria. El objetivo del presente trabajo es analizar la recuperación morfofuncional (nutrición, hidratación e inflamación) durante un programa de seguimiento de 6 meses en pacientes que precisaron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por neumonía grave COVID-19, de manera global y en función del grado de desnutrición al alta.

Tabla I.

	Total (n = 107)	Vivos (n = 91)	Exitus (n = 16)	p
Edad (años)	61,3 ± 14,5	59,7 ± 14,5	70,7 ± 11,0	0,004
Sexo, varón	79 (73,8)	68 (74,7)	11 (68,8)	0,758
IMC (kg/m ²)	28,5 ± 5,1	28,9 ± 5,1	26,1 ± 4,6	0,038
Apache-II	14 (10; 19)	13 (9; 18)	18 (13,5; 24,8)	0,01
Sofa (ingreso)	3 (2; 6)	3 (2; 5,5)	6 (3; 8)	0,025
Traqueobronquitis	8 (10,5)	4 (6,3)	4 (30,8)	0,025
NAV (neumonías)	6 (7,9)	5 (7,9)	1 (7,7)	1
Bacteriemia	8 (10,5)	5 (7,9)	3 (23,1)	0,132
ITU	6 (7,9)	2 (3,2)	4 (30,8)	0,007
Antibióticos	47 (49,0)	32 (40,0)	15 (93,8)	< ,001
Alto flujo (días)	4 (2; 6)	4 (2,8; 6)	4 (2; 6)	0,585
DDS (descontaminación)	20 (20,8)	14 (17,5)	6 (37,5)	0,093
Mortalidad 90 (días)	7 (6,5)	0	7 (43,8)	
UCI (días)	10 (7; 16)	9 (7; 14,5)	16,5 (6,8; 29,2)	0,187
Hospital (días)	15 (8; 23)	15,5 (9,2; 23)	13 (6; 20)	0,404
Gasto energético (kcal)	1850 (1600; 2288)	1875 (1600; 2288)	1775 (1515; 2182)	0,387
Residuo gástrico (ml)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0 (0; 0)	0,305
Volumen aportado (ml)	450 (250; 500)	475 (284; 500)	306 (248; 452)	0,065
Kcal enteral	456 (300; 600)	504 (300; 600)	355 (283; 435)	0,058
Proteínas enteral (g)	45 (24,9; 50)	50 (25; 50)	27,5 (22,9; 41,4)	0,031

Datos: medias SD, frecuencias (%) y medianas (RIQ); IMC: índice de masa corporal; ITU: infección urinaria.

Material y método: Estudio observacional prospectivo con 76 pacientes que superaron ingreso en UCI tras neumonía grave COVID-19. Se clasifican inicialmente según la Valoración Subjetiva Global (VSG) en categorías de riesgo nutricional (A, B y C). Se miden múltiples variables bioeléctricas, ecográficas y funcionales en las tres visitas y se comparan mediante ANOVA para datos apareados (corregido mediante

el test de Bonferroni), tanto de manera global como en función del VSG al alta.

Resultados: Inicialmente, 35 pacientes fueron clasificados como VSG-B (desnutrición moderada o riesgo nutricional) y 41 como VSG-C (desnutrición severa). Según criterios GLIM, 16 normonutridos, 22 presentaban desnutrición moderada y 38 desnutrición severa (Tabla I).

Tabla I.

	VSG-B (al alta)			VSG-C (al alta)			p (t de Student) (a, b, c)	p (ANOVA datos apareados) (d, e)
	Basal	3 meses	6 meses	Basal	3 meses	6 meses		
Peso (kg)	99,1 (23,0)	97,5 (21,5)	98,6 (19,3)	82,3 (16,2)	84,3 (25,6)	81,9 (19,4)	< 0,001, 0,013, 0,057	0,132, 0,054
IMC (kg/m ²)	34,1 (7,0)	34,4 (7,3)	35,4 (6,1)	28,0 (4,1)	28,8 (4,7)	29,1 (7,2)	< 0,001, 0,002, 0,040	0,067, 0,062
AF	5,34 (1,0) [*]	5,66 (1,0) [†]	5,79 (0,9)	4,20 (0,7) [*]	4,89 (1,0) [†]	5,01 (1,4)	< 0,000, 0,031, 0,158	< ,001, 0,039
AF/h	-0,76 (0,6) [*]	-0,51 (0,7) [†]	-0,2 (0,7)	-1,69 (0,7) [*]	-1,0 (0,7) [†]	-0,9 (0,7)	< 0,000, 0,018, 0,110,	< 0,001, 0,067
Hidratación (%)	75,67 (4,3)	76,4 (4,5)	75,0 (4,3)	77,0 (5,0)	76,0 (4,5)	75,4 (2,7)	0,223, 0,938, 0,451	0,005, 0,404
TBW (L)	48,7 (11,2) [*]	48,8 (12,1)	48,8 (12,9)	42,9 (9,7) [*]	44,9 (8,6)	44,2 (10,7)	0,019, 0,237, 0,578	0,044, 0,375
ECW (L)	23,8 (6,6)	23,2 (5,7)	34,0 (4,5)	23,3 (5,3)	23,1 (4,2)	22,9 (4,0)	0,837, 0,992, 0,937	0,102, 0,986
ICW (L)	24,9 (6,2) [*]	25,1 (6,7)	26,4 (7,6)	19,3 (5,4) [*]	22,0 (6,2)	21,5 (7,6)	< 0,000, 0,226, 0,195	< 0,001, 0,131
FFM (kg)	63,5 (12,6) [*]	64,3 (13,5)	64,5 (13,3)	55,7 (10,1) [*]	58,8 (11,3)	58,2 (13,2)	0,003, 0,209, 0,423	0,002, 0,225
FM (kg)	35,4 (19,5) [*]	33,5 (19,7) [†]	34,1 (17,2)	25,8 (10,0) [*]	24,4 (8,3) [†]	25,1 (10,1)	0,009, 0,011, 0,053	0,480, 0,090
BCM (kg)	31,9 (7,9) [*]	33 (8,5)	33,9 (7,2)	24 (6,6) [*]	28,1 (8,3)	28,2 (10,1)	< 0,000, 0,073, 0,258	< 0,001, 0,076
BCM/h (kg)	18,7 (4,1) [*]	19,4 (4,4) [†]	20,2 (3,7)	14,0 (3,4) [*]	16,4 (4,3) [†]	16,6 (5,8)	< 0,000, 0,029, 0,190	< 0,001, 0,044
BCM/h H (kg)	19,3 (4,21) [*]	20,4 (3,3) [†]	20,4 (4,1)	14,7 (2,8) [*]	17,2 (4,0) [†]	18,1 (4,4)	< 0,000, 0,031, 0,480	0,129, 0,163
BCM/h M (kg)	16,9 (3,2) [*]	16,9 (3,3) [†]	19,8 (2,9)	9,82 (4,1) [*]	12,2 (3,5) [†]	13,1 (5,6)	0,005, 0,033, 0,069	0,002, 0,006
ASMM (kg)	25,1 (6,3) [*]	25,6 (6,8)	26 (6,5)	20,9 (5,1) [*]	22,7 (5,6)	23,1 (6,7)	0,006, 0,071, 0,391	0,026, 0,240
SMI (%)	10,5 (2,1) [*]	11,9 (2,3) [*]	10,8 (2,1)	9,31 (2,1)	9,84 (1,9)	9,87 (2,7)	0,003, 0,058, 0,682	0,069, 0,346
Cociente Na/K	1,05 (0,2)	1,03 (0,2)	1,01 (0,2)	1,26 (0,2)	1,20 (0,2)	1,27 (0,3)	< 0,000, 0,007, 0,009	0,002, 0,007
PCR (mg/L)	19,2 (25,0)	7,90 (11,6)	6,73 (6,0)	34,95 (69,1)	6,68 (4,6)	5,86 (4,1)	0,217, 0,670, 0,739	0,047, 0,451
Albumina (g/dL)	3,24 (0,6)	3,88 (0,4)	3,24 (0,2)	3,72 (0,8)	3,81 (0,5)	3,96 (0,3)	0,978, 0,239, 0,284	< 0,001, 0,451
Prealbúmina (mg/dL)	28,5 (14,6)	28,4 (4,7)	26,5 (5,7)	25,4 (4,7)	26,1 (7,8)	27,7 (6,0)	0,616, 0,206, 0,741	0,849, 0,624
Área (cm ²)	5,06 (1,5) [*]	4,96 (1,5) [†]	4,49 (1,2)	3,72 (1,1) [*]	4,41 (1,4) [†]	4,63 (1,5)	0,003, 0,037, 0,500	0,005, 0,338
Área/h (cm ²)	2,72 (0,9) [*]	2,74 (0,8) [†]	2,76 (0,6)	2,14 (0,6) [*]	2,49 (0,8) [†]	2,51 (0,8)	0,002, 0,025, 0,450	0,281, 0,315
Área/h H (cm ²)	2,93 (0,9) [*]	2,90 (0,9) [†]	2,90 (0,8)	2,23 (0,6) [*]	2,56 (0,8) [†]	2,57 (0,8)	0,003, 0,018, 0,456	0,023, 0,509
Área/h M (cm ²)	2,03 (0,5)	2,39 (0,9)	2,41 (0,7)	1,75 (0,2)	2,12 (0,8)	2,14 (0,9)	0,145, 0,405, 0,096	0,281, 0,097
Eje X (cm)	3,9 (0,3)	3,76 (0,4)	3,65 (0,2)	3,6 (0,5)	3,8 (0,5)	3,34 (0,9)	0,678, 0,770, 0,533	0,580, 0,433
Eje Y (cm)	1,5 (0,5) [*]	1,54 (0,5)	1,58 (0,5)	1,23 (0,3) [*]	1,36 (0,4)	1,41 (0,5)	0,013, 0,427, 0,597	0,021, 0,397
Grasa abdominal sc (cm)	2,11 (1,0)	2,06 (0,9)	1,97 (1,0)	1,64 (0,6)	1,59 (0,7)	1,37 (0,4)	0,060, 0,036, 0,183	0,296, 0,557
Grasa pre-peritoneal (cm)	0,812 (0,5)	0,737 (0,6)	0,448 (0,3)	0,597 (0,3)	0,535 (0,3)	0,570 (0,2)	0,117, 0,133, 0,337	0,097, 0,793
Din D (kg)	29,8 (14)	31,9 (13,3)	32,1 (4,1)	24,5 (7,3)	25,4 (8,4)	25,3 (4,1)	0,802, 0,749, 0,848	0,651, 0,748
Din I (kg)	27,9 (13,5)	29,8 (12,7)	30,0 (5,0)	22,6 (7,8)	23,7 (9,9)	26,5 (11,1)	0,490, 0,815, 0,638	0,271, 0,608

*significación estadística VSG-B frente a VSG-C, visita basal ($p < 0,05$); [†]Significación estadística VSG-B frente a VSG-C, a los 3 meses ($p < 0,05$); c: significación estadística VSG-B frente a VSG-C, a los 6 meses ($p < 0,05$); d: significación estadística, durante todo el seguimiento (global) ($p < 0,05$); e: significación estadística, durante todo el seguimiento (según VSG) ($p < 0,05$). TBW: total body water; ECW: extracelular water; ICW: intracelular water; FFM: fat free mass; FM: fat mass; ASMM: appendicular skeletal muscle mass; SMI: skeletal muscle index; Circunf: circunferencia; Din D: dinamometría derecha; Din I: dinamometría izquierda; /h: estandarizado por altura.

Conclusiones:

1. De forma global, en nuestra cohorte es evidente la mejoría en parámetros de función, masa muscular e inflamación.
2. Cabe destacar que esta mejoría no se traduce en un aumento estadísticamente significativo de peso ni IMC. Además, en función del VSG, la mejoría en AF y BCM/h es también significativa, siendo de mayor magnitud en los VSG-C.
3. Esto también se evidencia en el análisis descriptivo: en la visita inicial se aprecian diferencias estadísticamente significativas en múltiples variables, pero no en la visita final, en la que ambos grupos han recuperado su estado nutricional, y los resultados tienden a igualarse

P-167. Correlación entre parámetros proinflamatorios analíticos, bioeléctricos y ecográficos en un programa de seguimiento multidimensional de seis meses en pacientes que precisaron ingreso en cuidados intensivos por neumonía grave COVID-19

Víctor José Simón Frapolli, Isabel Vegas Aguilar, Andrea Fernández Valero, Rocío Fernández Jiménez, Patricia Guirado Peláez, Beatriz Fernández Medina, Natalia Montero Madrid, María Ángeles Martín Fontalba, Ana María Sánchez García, Francisco José Tinahones Madoño, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: Determinar la correlación entre variables relacionadas con el estado hídrico e inflamatorio en visitas basal, a los 3 meses y a los 6 meses del alta hospitalaria en pacientes que precisaron ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por neumonía grave COVID-19.

Material y método: Estudio observacional prospectivo incluyendo 76 pacientes que superaron ingreso en UCI por neumonía grave COVID-19. Se realiza evaluación morfofuncional y se miden parámetros nutricionales antropométricos (IMC), analíticos (PCR, PCR/prealbúmina) bioeléctricos (cociente Na/K, FFM/TBW, FMI) y mediante ecografía nutricional (grasa preperitoneal, abdominal subcutánea y cuadrípital) y se determina su grado de correlación lineal mediante el coeficiente de Pearson, en los 3 momentos temporales previamente señalados.

Resultados: Véanse tablas I, II y III y figura 1.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la grasa preperitoneal presenta una correlación positiva moderada con la PCR y PCR/prealbúmina al alta, así como con la PCR a los 6 meses, lo que refuerza su valor como posible marcador proinflamatorio al tratarse de un tejido adiposo visceral ectópico con importante impacto metabólico.

Tabla I. Al alta

	PA	Na / K	FFM / TBW	IMC	FMI	PCR	PCR / prealb	Cuádriceps	Grasa abdominal subcutánea	Grasa preperitoneal
PA										
Na/K	-0,817 (<,001)									
FFM/TBW (%)	-0,543 (<,001)	0,704 (<,0001)								
IMC (kg/m ²)	0,299 (0,009)	-0,451 (<,001)	0,199 (0,088)							
FMI (kg)	0,046 (0,694)	-0,353 (0,002)	0,209 (0,072)	0,911 (<,0001)						
PCR (mg/L)	-0,203 (0,122)	0,046 (0,732)	-0,112 (0,396)	-0,180 (0,172)	-0,080 (0,546)					
PCR / prealbumina	-0,280 (0,231)	0,107 (0,653)	-0,005 (0,984)	-0,112 (0,638)	0,008 (0,974)	0,971 (<,0001)				
Grasa del cuádriceps (cm)	0,094 (0,485)	-0,323 (0,003)	0,175 (0,189)	0,770 (<,0001)	0,838 (<,0001)	-0,068 (0,653)	0,422 (0,092)			
Grasa abdominal subcutánea (cm)	0,310 (0,018)	-0,384 (0,003)	0,065 (0,630)	0,600 (<,0001)	0,623 (<,0001)	-0,142 (0,345)	0,409 (0,103)	0,605 (<,0001)		
Grasa preperitoneal (cm)	0,357 (0,008)	-0,327 (0,015)	-0,197 (0,150)	0,135 (0,327)	0,070 (0,609)	0,323 (0,017)	0,308 (0,031)	0,176 (0,202)	0,344 (0,011)	
Grasa preperitoneal / h	0,341 (0,011)	-0,324 (0,016)	-0,211 (0,123)	0,118 (0,391)	0,077 (0,574)	0,294 (0,030)	0,256 (0,061)	0,194 (0,161)	0,345 (0,011)	0,996 (<,001)
Grasa preperitoneal/abdominal subcutánea	0,223 (0,105)	-0,087 (0,487)	-0,167 (0,227)	-0,201 (0,145)	-0,297 (0,029)	0,265 (0,053)	-0,038 (0,880)	-0,286 (0,036)	-0,345 (0,011)	0,615 (<,001)
Grasa preperitoneal / FMI	0,307 (0,024)	-0,089 (0,524)	-0,303 (0,026)	-0,402 (0,003)	-0,402 (0,003)	0,136 (0,326)	-0,168 (0,530)	-0,261 (0,059)	-0,057 (0,685)	0,764 (<,001)

Tabla II. Tres meses

	PA	Na / K	FFM / TBW	IMC	FMI	PCR	PCR / prealb	Cuádriceps	Grasa abdominal subcutánea	Grasa preperitoneal
PA										
Na/K	-0,833 (< 0,002)									
FFM / TBW (%)	-0,572 (< 0,001)	0,588 (< 0,001)								
IMC (kg/m ²)	0,149 (0,273)	-0,399 (0,002)	0,420 (< 0,001)							
FMI (kg)	-0,082 (0,540)	-0,284 (0,032)	0,468 (< 0,001)	0,891 (< 0,001)						
PCR (mg/L)	-0,138 (0,359)	0,049 (0,747)	-0,135 (0,373)	-181 (0,228)	0,230 (0,124)					
PCR / prealbumina	-0,139 (0,457)	0,022 (0,905)	-0,030 (0,875)	-0,082 (0,662)	0,114 (0,542)	0,988 (< 0,001)				
Grasa del cuádriceps (cm)	0,025 (0,852)	-0,277 (0,041)	0,265 (0,048)	0,681 (< 0,001)	0,831 (< 0,001)	-0,162 (0,294)	0,046 (0,810)			
Grasa abdominal subcutánea (cm)	0,060 (0,662)	-0,228 (0,094)	0,075 (0,585)	0,459 (< 0,001)	0,524 (< 0,001)	-0,042 (0,787)	-0,144 (0,447)	0,596 (< 0,001)		
Grasa preperitoneal (cm)	0,319 (0,027)	-0,336 (0,021)	-0,251 (0,085)	0,232 (0,117)	0,176 (0,232)	-0,096 (0,573)	-0,135 (0,503)	0,308 (0,031)	0,387 (0,006)	
Grasa preperitoneal / h	0,299 (0,039)	-0,328 (0,024)	-0,240 (0,101)	0,250 (0,090)	0,203 (0,166)	-0,090 (0,595)	-0,129 (0,523)	0,352 (0,013)	0,395 (0,005)	0,996 (< ,001)
Grasa preperitoneal / abdominal subcutánea	0,241 (0,099)	-0,159 (0,284)	-0,155 (0,292)	-0,040 (0,788)	-0,122 (0,407)	0,026 (0,880)	-0,062 (0,759)	-0,172 (0,238)	-0,316 (0,027)	0,625 (< ,001)
Grasa preperitoneal / FMI	0,204 (0,160)	-0,099 (0,503)	-0,365 (0,010)	-0,193 (0,189)	-0,275 (0,056)	-0,149 (0,380)	-0,207 (0,300)	-0,081 (0,581)	0,188 (0,195)	0,788 (< ,001)

Tabla III. Seis meses

	PA	Na / K	FFM / TBW	IMC	FMI	PCR	PCR / prealb	Cuádriceps	Grasa abdominal subcutánea	Grasa preperitoneal
PA										
Na / K	-0,858 (< ,001)									
FFM / TBW (%)	-0,634 (< ,001)	0,636 (< 0,001)								
IMC (kg/m ²)	0,223 (0,296)	-0,432 (0,035)	0,318 (0,130)							
FMI (kg)	-0,089 (0,658)	-0,315 (0,134)	0,434 (0,024)	0,861 (< 0,001)						
PCR (mg/L)	0,170 (0,450)	-0,310 (0,160)	-0,077 (0,734)	0,235 (0,292)	0,274 (0,218)					
PCR / prealbumina	0,248 (0,373)	-0,335 (0,222)	-0,136 (0,628)	0,179 (0,524)	0,162 (0,563)	0,989 (< 0,001)				
Grasa del cuádriceps (cm)	0,014 (0,949)	-0,347 (0,123)	0,173 (0,418)	0,426 (0,054)	0,638 (< 0,001)	0,448 (0,054)	0,355 (0,234)			
Grasa abdominal subcutánea (cm)	-0,100 (0,642)	-0,167 (0,470)	0,292 (0,166)	0,334 (0,139)	0,585 (0,003)	0,142 (0,561)	0,103 (0,727)	0,605 (< 0,001)		
Grasa preperitoneal (cm)	-0,204 (0,362)	0,303 (0,208)	0,205 (0,360)	-0,334 (0,162)	-0,064 (0,777)	0,493 (0,045)	0,639 (0,019)	0,176 (0,202)	0,344 (0,011)	
Grasa preperitoneal / h	-0,182 (0,418)	0,271 (0,262)	0,159 (0,481)	-0,354 (0,137)	-0,063 (0,782)	0,504 (0,039)	0,662 (0,014)	0,101 (0,662)	0,111 (0,624)	0,996 (< ,001)
Grasa preperitoneal / abdominal subcutánea	0,145 (0,519)	0,204 (0,403)	-0,088 (0,697)	-0,307 (0,200)	-0,383 (0,078)	0,202 (0,437)	0,122 (0,437)	0,122 (0,691)	-0,237 (0,300)	-0,533 (0,011)
Grasa preperitoneal / FMI	-0,092 (0,685)	0,427 (0,068)	-0,090 (0,692)	-0,705 (< ,001)	-0,536 (0,010)	0,138 (0,596)	0,200 (0,511)	-0,277 (0,224)	-0,169 (0,452)	0,781 (< ,001)

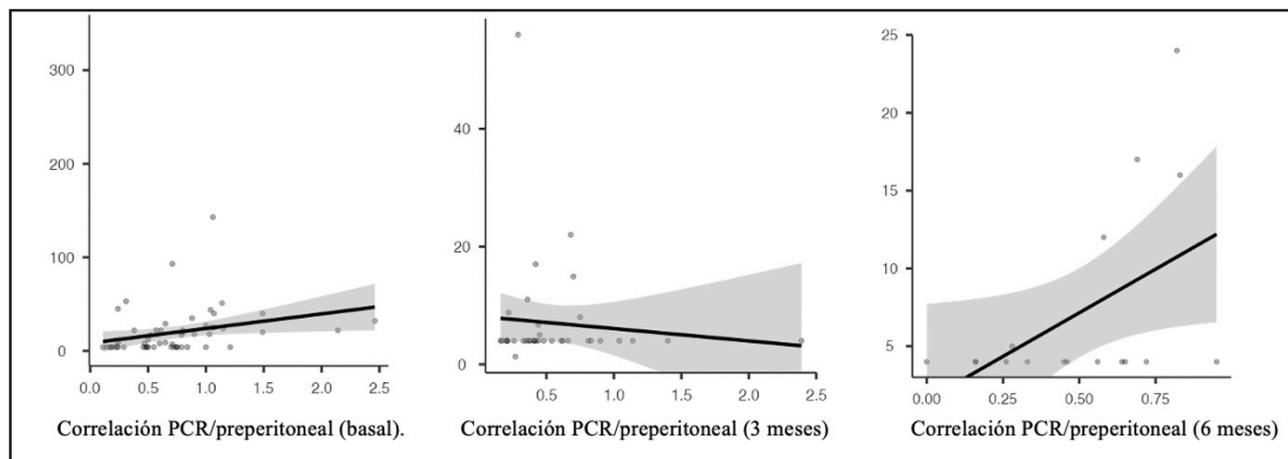


Figura 1.

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS

P-033. Evaluación de la masa grasa corporal en pacientes con obesidad: comparación de una ecuación predictiva basada en antropometría y ecografía frente a DXA

Sandra Amores Alandí^{1,2}, Blanca Alabadí^{1,2}, Raúl Larriba Salinas^{1,2}, Sergio Martínez Hervás^{2,3}, Miguel Civera^{2,3}, José Tomás Real^{2,3}

¹Incliva. Valencia. ²Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia

Introducción: La determinación de la masa grasa tiene un papel relevante en el diagnóstico y el seguimiento de patologías como la obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, etc. La absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) es considerada el gold standard en la determinación de la masa grasa corporal. A su vez, la ecografía nutricional permite una evaluación cuantitativa y cualitativa tanto del tejido graso como del tejido muscular, siendo además una herramienta portátil y no invasiva. Recientemente se ha propuesto una ecuación predictiva de la masa grasa corporal basada en antropometría y ecografía.

Objetivos: Estudiar la correlación entre el porcentaje de masa grasa corporal obtenido mediante una ecuación de regresión lineal múltiple y el porcentaje de masa grasa corporal obtenido mediante DXA.

Material y métodos: Se determinó el porcentaje de masa grasa corporal mediante DXA a todos los pacientes del estudio y se investigó su correlación con la estimación del porcentaje de grasa corporal obtenido mediante una ecuación de regresión lineal múltiple que utiliza como variables el grosor del tejido graso en el punto medio del cuádriceps mediante ecografía y medidas antropométricas (peso, altura y perímetro abdominal). Se incluyeron 36 pacientes adultos con obesidad, 47,3 % mujeres y 52,7 %

hombres de 59 ± 18 años, con un IMC de $34,2 \pm 4,0$ kg/m², un perímetro abdominal de $110,6 \pm 10,7$ cm y un grosor de tejido adiposo medido por ecografía de $15,6 \pm 7,7$ mm.

Resultados: Existe una correlación directa muy fuerte ($r = 0,82$, $p < 0,001$) entre el porcentaje de masa grasa corporal obtenido mediante DXA y el estimado mediante la ecuación lineal múltiple.

Conclusiones: La utilización de la ecografía nutricional asociada a la antropometría como variables de una ecuación predictiva, nos permite obtener el porcentaje de masa grasa corporal de una manera precisa.

P-034. Más allá de la pérdida de peso: evolución de la composición corporal en pacientes con neoplasia de cabeza y cuello (CCC) en tratamiento oncológico activo

Laura Andurell Ferrándiz, Marta Gómez Muñoz, Fernanda Mucarzel Suárez, Fiorella Palmas Candía, Marta Ricart Viles, Amador Lluch Romero, Alba Zabalegui Eguinoa, Hego Seguro Gurrutxaga, Rosa Burgos Peláez

Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La antropometría simple resulta insuficiente para conocer el estado nutricional de los pacientes con CCC durante el tratamiento oncoespecífico (TTO). Se requieren técnicas que registren la evolución de la composición corporal (BC) y el riesgo de sarcopenia con más precisión.

Objetivos: Describir los cambios en la BC y conocer el riesgo de sarcopenia en pacientes con CCC en TTO.

Metodología: Estudio observacional longitudinal prospectivo, incluyendo pacientes con CCC que realizan radioterapia (RT) entre abril-octubre 2022. Variables recogidas: fuerza muscular (FM) mediante dinamómetro, Bioimpedancia Bodystat 4000 (masa grasa [MG, %, kg], masa magra [MM, %, kg], ángulo de fase [°] [AF]) y % pérdida de peso. Las mediciones se realizaron previo

inicio RT (v0), sesiones 1-5RT (v1), 15-18RT (v2), 30-35 RT (v3), 1 y 3 meses fin RT (v4-v5).

Resultados: Reclutamos 27 pacientes, edad media $64 \pm 13,7$ años, 66,7 % hombres y un 59,6 % con estadios tumorales 3-4. Un 59,2 % realizaron tratamiento concomitante a RT y un 59,3 % había realizado IQ. Al inicio un 55,6 % presentaban desnutrición según GLIM y un 22,2 % sarcopenia. En v1 la MM aumenta un $1,49 \% \pm 4,2$ tras el inicio de la intervención nutricional y MG disminuye $1,4 \% \pm 4,5$, el peso aumenta $0,2 \% \pm 2,1$. En v2 la MM disminuye $1,12 \% \pm 4,9$ y MG aumenta $1,7 \pm 5,5$ %, el peso disminuye $2,4 \% \pm 3,5$ ($p = 0,019$) y el AF aumenta $0,4^\circ \pm 1,2$ ($p = 0,00$). En v3 la MM aumenta $1,08 \% \pm 3,1$ ($p = 0,031$) y MG disminuye $1,73 \pm 3,8$ % ($p = 0,093$) y el AF disminuye $0,5^\circ \pm 1,1$ ($p = 0,008$). Al final RT, presentan ganancia ponderal $+ 3,3 \% \pm 3,1$ ($p = 0,01$) y a pesar del soporte nutricional, observamos 70,4 % desnutrición y 20,8 % sarcopenia. De v0 a v5, recuperan $3,79 \% \pm 7,5$ de MM ($p = 0,012$), pierden $1,84 \pm 3,3$ % MG, perdiendo $9,9 \% \pm 10$ de peso y aquellos que reciben QT pierden un 3,2 % más. La diferencia de AF es de $-0,4^\circ \pm 0,9$ ($p = 0,2$) asociado a menor FM, $-1,37 \pm 4,67$ kg ($p = 0,049$).

Conclusiones:

1. Existe riesgo de sarcopenia en pacientes con CCC en TTO.
2. Existen cambios en MG y MM, más allá de la pérdida de peso en pacientes con CCC en TTO.
3. La aplicación de técnicas de BC es necesaria en pacientes afectados de CCC en TTO.

P-035. Cambios nutricionales y de composición corporal en pacientes con carcinoma escamoso de cabeza y cuello (CECC) recurrente o metastásico (R/M): estudio Inmuno-Nutri

Lorena Arribas Hortigüela, Zara Vidales, Marta Bellver, Sara Castro, Natalia Pallarés, Sandra Llop, Carolina Godino, Jesús Brenes, María Plana, Marc Oliva

Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: La desnutrición es común en pacientes con tumores de cabeza y cuello e impacta en la supervivencia y la toxicidad de los tratamientos. La inmunoterapia (IT) mejora resultados oncológicos en pacientes con tumores RM. El estudio Inmuno-Nutri (NCT04721184) tiene como objetivo evaluar el impacto de la composición corporal y el estado nutricional durante la IT. Presentamos datos preliminares.

Métodos: Estudio prospectivo que incluye pacientes con CECC R/M tratados con IT \pm otros agentes. Reclutamiento previsto = 120 pacientes. Se recogen datos clínicos, de composición corporal y nutricionales. Todos los pacientes tienen una valoración nutricional completa antes de iniciar IT y a la valoración de respuesta implementando el soporte nutricional según las necesidades del paciente. El análisis de composición corporal se realiza a partir del PET-TC a nivel de L3 para cuantificar la masa muscular y tejido adiposo.

Resultados: Se recogieron 41 pacientes entre enero 2021 y septiembre 2022. Edad media 68,6 años (DE42,5), principal-

mente hombres (31; 75,6 %), exfumadores (21; 51,2 %) y con consumo de alcohol (22; 53,7 %). Antes de la IT, 28 (68,3 %) estaban desnutridos (12; 29,3 % con desnutrición severa), 14 de ellos requirieron gastrostomía. La suplementación nutricional oral se indicó en 13 (31,7 %) pacientes, 3 de ellos con dieta líquida completa. Hubo una pérdida significativa de peso durante la IT ($p = 0,014$), aunque la pérdida de peso fue principalmente a expensas de tejido adiposo ($p = 0,035$) y no de músculo ($p = 0,516$). A la valoración de respuesta ($n = 37$), 16 requirieron gastrostomía, 1 SNG y 3 pacientes mantuvieron una dieta líquida completa vía oral con suplementación nutricional.

Conclusiones:

1. Más de la mitad de pacientes con CECC R/M están desnutridos antes de iniciar la IT.
2. Se produce una pérdida de peso significativa a lo largo de la IT a expensas de tejido adiposo.

P-036. Valor predictivo de los parámetros de composición corporal en pacientes con cáncer de cuello recurrente/metastásico tratados con inmunoterapia

Lorena Arribas Hortigüela, Zara Vidales Sepúlveda, Marta Bellver, Sara Castro, Natalia Pallarés, Sandra Llop, Jesús Brenes, María Plana, Esther Vilajosana, Marc Oliva

Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción y objetivo: Un bajo índice musculoesquelético (IME) previo al uso de immune checkpoint inhibitors (ICI) en cáncer escamoso de cabeza y cuello recurrente metastásico (CECC R/M) se ha relacionado con una menor supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP). El estudio Inmuno-Nutri (NCT04721184) pretende evaluar prospectivamente el impacto de parámetros de composición corporal en esta población. Se presenta los resultados del primer análisis interino.

Métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo y observacional en pacientes con CECC R/M tratados con ICI. Reclutamiento planeado de 120 pacientes. Se recogen variables demográficas, clínicas y analíticas. Se realiza un TC en L3 para el cálculo del IME y el índice de tejido adiposo total (ITAT). La toxicidad es reportada usando el CTCAE v5 y la tasa de respuesta objetiva (TRO) se evalúa usando Recist1.1. Se estima la SLP y OS mediante el método de Kaplan-Meier y el impacto del IME y la ITAT sobre ambas se evalúa mediante un análisis univariante.

Resultados: Se han reclutado 41 pacientes hasta el momento. La TRO evaluada en 37/41 pacientes fue 27 %. 22 pacientes (52,4 %) presentaron toxicidad inmunorrelacionada y 16 (39 %) requirieron corticoterapia. 21 pacientes (51,2 %) discontinuaron el tratamiento por progresión y 4 (9,8 %) por toxicidad. Con una mediana de seguimiento de 7 meses, la mediana de SLP es 2,4 meses (IC 95 % 2,04-4,38) y la de SG es 11,68 meses (IC 95 % 8,96-NR). En el análisis univariado, un IME elevado

se asocia con mejor SLP (HR 0,96 [IC 95 %, 0,91-1], $p = 0,049$), sin impacto del estado funcional, número de líneas, tipo de recurrencia, LDH o ITAT. El tipo de recurrencia y la LDH se relacionan con peor SG con HR 3.10 (IC 95 % [1,07-9,03], $p = 0,038$) y HR 1,01 (IC 95 %, 1-1,01; $p = 0,021$), respectivamente.

Conclusión: El IME pretratamiento podría impactar en la SLP de los pacientes con CECC R/M tratados con ICI.

P-037. Valoración morfofuncional en pacientes de rehabilitación cardíaca

Xabier Ayarza-Marién Arrizabalaga, Ana Zugasti Murillo, Leyre Úcar Rodríguez, Henry Rendón Barragán, Isabel Escuer Núñez, Sonsoles Botella Hernández, Amelia Marí Sanchis, Ana Hernández Moreno, Maite Yeregui Balda, Miren Compains Layana

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Introducción: La valoración morfofuncional (VMF) engloba una serie de técnicas avanzadas de valoración nutricional clínica que incluyen el estudio de la composición corporal y de la función muscular. La utilización de estas técnicas en distintas poblaciones nos permitirá establecer puntos de referencia y de corte, para unificar protocolos asistenciales y plantear objetivos terapéuticos. Existen pocos estudios llevados a cabo en pacientes con esta patología.

Material y métodos: Se revisaron los datos de la VMF realizadas en consultas de Nutrición, en 47 pacientes derivados desde Rehabilitación Cardíaca, entre 2021-2022. Se midieron los siguientes parámetros: edad, peso, talla, composición corporal (BIA Inbody 770), fuerza (dinamómetro Jamar), FRCV clásicos (edad, sexo, tabaquismo, diabetes-glicada, dislipemia, SAHS) y el score REGICOR.

Resultados: Muestra 47 pacientes (38 varones/9 mujeres), edad $56,45 \pm 7,73$ años, IMC $35,34 \pm 3,90$ kg/m², glicada $6,01 \pm 0,75$, %grasa $38,83 \pm 7,16$, área grasa visceral $189,89 \pm 48,13$, IMME $8,84 \pm 0,96$, dinamometría $36,47 \pm 12,26$ kg, ángulo de fase (AF) $5,83 \pm 0,69^\circ$. El 87,2 % eran fumadores o exfumadores, 80,85 % dislipemia, 76,55 % alteración metabolismo glucosa (42,55 % preDM, 34 % DM), 72,34 % hipertensión, 55,31 % sobrepeso u obesidad tipo 1 y 12,8 % SAHS. Se realizó análisis estadístico de correlación entre el AF y diferentes variables, utilizando la prueba de Spearman, destacando una correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el porcentaje de grasa (-0,47), área de grasa visceral (-0,41), IMME (0,34) y edad (-0,56), pero no con IMC ($p = 0,1$). Además, se observó una asociación entre las medias AF y el sexo (varón 6,03; mujer 4,97; $p = 0,003$). No se observó correlación entre el score REGICOR y el AF. Solo se detectaron 4 casos de obesidad sarcopénica.

Conclusiones: En la población estudiada se evidencia correlación significativa entre el AF y la composición corporal, más que con el IMC. Sería interesante plantearse como obligatorio el estudio detallado de la composición corporal en pacientes de alto RCV e incluirlo en el diagnóstico.

P-040. Prevalencia de desnutrición y disfagia orofaríngea en población anciana ingresada por fractura de cadera en un hospital terciario

Neus Bosch Sierra, Christian Salom Vendrell, Alba Durbá Lacruz, Rosa Simó Sanchis, Silvia Veses Martín, Celia Bañuls Morant, Cristina Conejos Bono, Emilio Garijo Gómez, Carles Martínez Pérez, Carlos Morillas Ariño

Hospital Universitari Doctor Peset. Fisabio. Valencia

Introducción y objetivos: La prevalencia de desnutrición y sarcopenia es elevada en pacientes geriátricos con fractura de cadera y se asocian a una mayor mortalidad y dependencia funcional. Sin embargo, desconocemos la prevalencia de disfagia orofaríngea (DOF) en esta población. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia e impacto del estado nutricional y la DOF en el estado funcional de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes ingresados por fractura de cadera e intervenidos quirúrgicamente desde noviembre de 2020 a marzo 2021. Se les realizó una valoración nutricional (realizando el diagnóstico de desnutrición acorde a los criterios GLIM), dinamometría (clasificación de dinapenia según el Consenso Europeo de Sarcopenia), escala para el estado funcional (Barthel), y valoración de la DOF mediante MECV-V.

Resultados: Se analizaron 110 pacientes (74,5 % mujeres), con una media de edad de $84,6 \pm 7,4$ años. El 34 % presentaba normonutrición, el 24 % riesgo de desnutrición y el 42 % desnutrición. El 57 % presentaba dinapenia (media de $17,2 \pm 7,5$ kg). Al 23 % se les diagnosticó DOF durante el ingreso. El diagnóstico de desnutrición no se asoció significativamente al diagnóstico de DOF ni dinapenia, al estado funcional ni a los días de ingreso ni reingresos al año. Sin embargo, el diagnóstico de dinapenia se asoció significativamente a la edad ($p < 0,01$, $r = -0,338$), días de ingreso ($p < 0,05$), Barthel ($p < 0,01$) y al diagnóstico de DOF ($p < 0,01$). Por otro lado, la presencia de DOF se asoció significativamente al Barthel ($p < 0,01$), los días de ingreso ($p < 0,01$), y la tasa de reingresos al año ($p < 0,01$).

Conclusiones: La desnutrición establecida y la DOF son muy prevalentes en la población anciana fracturada de cadera. Tanto la presencia de DOF como la dinapenia se asocian a peor estado funcional y mayor duración del ingreso.

Aspectos éticos: proyecto aprobado por el CEIC del hospital; CI firmado siguiendo la declaración de Helsinki.

P-041. Evolución clínica y complicaciones al año de la cirugía bariátrica en pacientes de siete hospitales públicos de Castilla y León

Ester Caballero¹, Javier Castañón¹, Laura de la Maza¹, Pilar Álvarez¹, Juan José López², Emilia Gómez², Daniel de Luis², Cristina Crespo³, Luis Cuéllar³, Antonio López-Guzmán⁴, Alfonso Maldonado⁵, Cristina Abreu⁶, Cristina Serrano⁷

¹Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ³Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ⁴Complejo Asistencial de Ávila. Ávila. ⁵Hospital General Río Carrión. Palencia. ⁶Complejo Asistencial de Segovia. Segovia. ⁷Hospital Santa Bárbara. Soria

Introducción y objetivos: Analizar las características de las cirugías bariátricas de Castilla y León; características de los pacientes, evolución del IMC, mejoría de comorbilidades y aparición de efectos adversos, durante el primer año poscirugía.

Material y métodos: Estudio multicéntrico descriptivo longitudinal en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica del Proyecto Multicéntrico de Cirugía Bariátrica SCLEDYN de siete hospitales de Castilla y León (Ávila, Burgos, Palencia, Segovia, Soria, Hospital Clínico y Río Hortega de Valladolid).

Resultados: Se han reclutado 243 pacientes, 72 % mujeres y 28 % hombres. La edad media es de 45,0 años y el IMC de 46,4 kg/m². La cirugía más frecuente es el *bypass* gástrico (88 pacientes), seguido del *sleeve* y el scopinero, (82 y 66 pacientes). La media del IMC prequirúrgico mediante *sleeve* fue de 46,1 kg/m², 49,2 kg/m² en scopinero y 46,8 kg/m² en *bypass*. Al año, el porcentaje perdido de exceso de IMC fue de 70,96 %, 59,00 % y 65,08 %, respectivamente. Presentaron complicaciones quirúrgicas 36 pacientes (15,3 %), siendo las más frecuentes estenosis de la anastomosis e hipoglucemias (6 pacientes cada una (16,7 %)). Presentaron obstrucciones/pseudo oclusiones 5 pacientes. En cuanto a comorbilidades, se redujo el uso de antidiabéticos orales del 24,4 % al 3,8 %; insulina del 6,5 % al 2,0 %; antihipertensivos del 35,8 % al 18,1 %; e hipolipemiantes del 13,7 % al 7,1 %. Respecto a suplementación, el 5,2 % tomaban multivitamínicos precirugía, ascendiendo al año al 89,1 % (Multicentrum, 75,5 %; Barimix y Supradyn 7,1 % ambos). También se incrementó la suplementación de otros micronutrientes (Tabla I).

Tabla I.

	Precirugía	Revisión 1 año
Vitamina D	40,6 %	81,3 %
Vitamina B ₁₂	0,0 %	3,0 %
Hierro	7,0 %	50,0 %
Micronutrientes	2,4 %	25,9 %

Conclusiones: La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados siendo el *sleeve* más efectiva en pérdida de IMC en nuestra muestra. La evolución de comorbilidades poscirugía fue favorable, requiriéndose mayor suplementación de vitaminas y minerales.

Aspectos éticos: estudio aprobado por comité ético y aplicado consentimiento informado.

P-045. Papel de la microbiota intestinal en la enfermedad celíaca

Miriam Sánchez-Palazón, Pilar Hernández Sánchez, Ana Serrano-Martínez, Desirée Victoria-Montesinos, Pablo M. Barcina-Pérez, María Teresa Mercader-Ros, Carmen Lucas-Abellán

Universidad Católica de Murcia. Murcia

Introducción y objetivos: La alimentación es un factor influyente fundamental en el estado de la microbiota intestinal (MI). En el caso de la enfermedad celíaca (EC), se ha observado una mayor prevalencia de disbiosis intestinal, provocando inflamación crónica en el sujeto que la padece. El objetivo de la investigación fue evaluar el papel de la microbiota en la enfermedad celíaca, la relación e implicación entre ambos estados patológicos, el efecto de la dieta sin gluten (DSG) y la eficacia de otros tratamientos.

Material y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Scielo y Scopus, estableciendo como fecha límite el intervalo entre enero de 2015 y mayo de 2022. Los términos de búsqueda utilizados fueron: "*celiac disease*", "*gluten*", "*gut microbiota*" y "*gluten free diet*". Después de identificar los estudios mediante las bases de datos, se eliminaron los duplicados a través del gestor de referencias Mendeley (Versión para Windows 10; Elsevier, Ámsterdam, Países Bajos), se leyeron los títulos y resúmenes y se identificaron aquellos artículos potencialmente relevantes para su revisión completa. Finalmente, se realizó una extracción de los datos más relevantes para la revisión.

Resultados: La MI juega un papel importante en la EC, ya que un desequilibrio sobre esta podría ser, no solo una consecuencia secundaria al estado inflamatorio que se produce cuando la EC está activa, sino también un factor predisponente para desarrollar la enfermedad. Se ha observado que los pacientes con una DSG estricta que presentan molestias digestivas, podrían utilizar estrategias como una dieta baja en FODMAP para disminuir dichas molestias, o el uso simultáneo de probióticos y prebióticos, ayudando así a la regeneración de la MI natural, disminuyendo la posible disbiosis presente.

Conclusiones: Los pacientes con EC presentan un desequilibrio de la MI, con predominio de bacterias patógenas. No existe un único perfil de disbiosis intestinal para esta enfermedad, debido a que se han identificado diferentes tipos de disbiosis según la alteración previa. La DSG influye en la MI, produciendo su modulación y dando lugar a efectos beneficiosos y perjudiciales en el sujeto, dependiendo del tipo de dieta llevada a cabo. La DSG es, actualmente, el único tratamiento para la EC. El resto de posibles tratamientos continúan en estudio, sin una evidencia clara (Tabla I).

Tabla I. Otros tratamientos en EC

Tratamiento	Resultados
Alternativas de sustitución de la dieta sin gluten (DSG)	Necesidad de mayor investigación
Probióticos + DSG	Posible reducción de la inflamación
Dieta baja en FODMAP + DSG	Mejora de los síntomas digestivos

P-046. Papel de la dieta y la microbiota intestinal en la depresión

Pilar Hernández Sánchez, Francisco Javier Bermejo Izquierdo, Carmen Lucas Abellán, Desirée Victoria Montesinos, Pablo Barcina Pérez, Ana Serrano Martínez, María Teresa Mercader Ros

Universidad Católica San Antonio de Murcia. Guadalupe de Maciascoque, Murcia

Introducción y objetivos: La prevalencia mundial de depresión oscila alrededor de los 280 millones de personas. El tratamiento actual mediante antidepresivos provoca efectos secundarios como el incremento del apetito o peso, insomnio o adicción, por lo que se ha puesto el foco en el tratamiento nutricional y la interacción de los nutrientes con el organismo. Por ello, el objetivo de la investigación ha sido evaluar el papel de la dieta en la depresión, su relación con la microbiota intestinal y su efecto.

Material y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Scielo y Scopus, estableciendo como fecha límite el intervalo entre enero de 2012 y mayo de 2022. Los términos de búsqueda utilizados fueron: “depression”, “dietary approach”, “gut microbiota” y “gut-brain axis”.

Resultados: Se ha demostrado que las intervenciones nutricionales normalizan la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y el estado de salud mental, aunque queda por determinar si esto es debido o no a la microbiota. Sin embargo, se ha observado que esta se encuentra involucrada en la modulación nutricional de las respuestas al estrés. Los patrones dietéticos pueden influir en el riesgo de padecer depresión, además de ser predictores de síntomas depresivos de mayor o menor gravedad, por lo que es apropiado proponer un enfoque nutricional de salud centrado en la prevención y tratamiento de los síntomas (Tabla I).

Conclusiones: En los últimos años, se ha producido un incremento del número de artículos que evidencian el efecto de la dieta en la microbiota intestinal, y su papel regulando la función y comportamiento del cerebro y del sistema nervioso central, por lo que el tratamiento nutricional enfocado en mejorar la microbiota intestinal del paciente podría beneficiar también su estado de salud.

Tabla I. Recomendaciones nutricionales preventivas

Recomendaciones
Patrones dietéticos tradicionales (dieta mediterránea y japonesa)
↑ Fruta, verdura, legumbre, cereal integral, frutos secos y semillas
↑ Ácidos grasos ω-3 de pescado
↓ Ultraprocesados, ácidos grasos transaturados y azúcares
Cambio de alimentos poco saludables por aquellos más nutritivos

P-051. Evaluación del impacto en la glucemia intersticial de una fórmula específica para diabetes: estudio DIACARE

Alicia Calleja Fernández¹, Isabel M.ª Vegas Aguilar², Cristina Porca Fernández³, Tamara Casañas Quintana, Cristina Tejera Pérez, Diego Bellido Guerrero³, José Manuel García Almeida²

¹Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre la utilidad de fórmulas específicas en personas con diabetes y desnutrición. El objetivo fue comparar la respuesta glucémica intersticial en DM tipo 2 (DM2) tras la administración de un suplemento nutricional específico para DM y uno estándar.

Material y método: Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego, cruzado y multicéntrico, en pacientes con DM2 y desnutrición (VGS B y C). Los pacientes fueron aleatorizados para recibir fórmula específica para DM con AOVE (Bi1 diacare® hp/hc) o estándar, isocalórica e isoproteica, en semanas alternas. Se realizó una curva de glucemia intersticial con FreeStyle® Libre PRO (tiempos -15, 0, 15, 30, 45, 60, 75, 90, 105, 120, 135, 150, 165 y 180 minutos). Se analizaron: área bajo la curva (AUC 0-t), concentración máxima (Cmax), variabilidad glucémica y concentraciones de glucosa intersticial ajustadas con la basal en cada período del estudio.

Resultados: Se reclutaron 29 pacientes y finalizaron la intervención 24; 51 % mujeres, edad 69,27 (DE 11,43) años. Los pacientes presentaron: media menor de AUC 0-t (-3069,47 mg/min/dl [IC 95 %: -4979,21 a -1159,30; p = 0,003], menor Cmax -32,74 mg/dl [IC 95 %, -53,99 a -11,49; p = 0,005] y menor variabilidad glucémica [-27,42 mg/dl; IC 95 %, -50,97 a -3,87; p = 0,025]), cuando recibían Bi1 diacare® hp/hc frente a la fórmula control. Se presentaron diferencias en la glucemia ajustada en 60 minutos (-21,2 [IC 95 %, -41,6 a -0,9; p = 0,042]) y en 75 minutos (-20,5 [IC 95 %, -39,5 a -1,5; p = 0,036]) (Fig. 1).

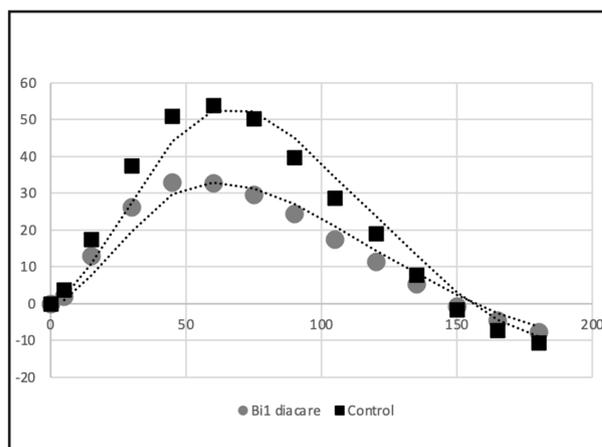


Figura 1. Curva de glucemia intersticial ajustada.

Conclusión: La ingesta de una fórmula específica para DM con AOVE favorece una mejor respuesta glucémica en pacientes con DM2 y desnutrición, respecto a una fórmula estándar.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro principal (JGA-DIACARE-2018-01), todos los pacientes aceptaron participar tras firmar consentimiento informado y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-052. Eficacia de una dieta peptídica enriquecida en glutamina en el estado nutricional y la capacidad de desarrollo de actividades diarias en el paciente con cáncer colorrectal en tratamiento con radioterapia

Johanna C. Peña Vivas¹, Alicia Calleja Fernández², Carolina Orduz Arenas¹, Sonia Blanco Parajón¹, Carlos Carrascal Gordillo¹, Cristina Rodríguez-Acosta Caballero¹, Ignacio Fernández Freije¹, Germán Juan Rijo¹

¹Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El tratamiento oncológico puede condicionar el estado nutricional y la calidad de vida del paciente oncológico. El objetivo del estudio fue conocer el impacto de la suplementación con una dieta peptídica enriquecida en glutamina en el estado nutricional y en la calidad de vida de pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento con radioterapia.

Material y métodos: Estudio clínico, aleatorizado, abierto, realizado en riesgo de desnutrición con cáncer de recto y sometidos a tratamiento radioterápico. Los pacientes fueron aleatorizados a grupo tratamiento (dieta peptídica [Bi1 peptidic[®]]) o grupo control (dieta polimérica [Bi1 hp-hc[®]]) en proporción 1:1. Ambas dietas fueron isocalóricas e isoproteicas y se pautaron 2 envases/día, desde el inicio de la radioterapia hasta 30 días después de su finalización. Se evaluó el estado nutricional con VGS, peso, albumina, prealbúmina y PCR, y la capacidad de desarrollo de actividades de la vida diaria con la escala ECOG.

Resultados: Fueron reclutados 80 pacientes; el 28,8 % fueron mujeres y su media de edad fue de 67,6 (11,5) años. Se observó una mejoría significativa en el estado nutricional al final del estudio ($p < 0,001$): VSG-A 82,5 % frente a 20,0 % a favor de la dieta peptídica; una disminución de la PCR, un aumento de la albúmina y de la prealbúmina en el grupo de la dieta peptídica respecto a la dieta polimérica. No existieron diferencias entre grupos en la evolución del peso. Se observó una evolución favorable en la capacidad de desarrollo de las actividades diarias en relación al ECOG final: 62,5 % ECOG 1 y 20 % ECOG2 en la dieta peptídica frente a 30 % ECOG1 y 70,0 % ECOG2 con dieta polimérica ($p < 0,001$).

Conclusiones: La dieta peptídica enriquecida en glutamina resulta más eficaz en la recuperación del estado nutricional y de la capacidad de desarrollo de las actividades de la

vida diaria, en pacientes con cáncer de recto en tratamiento con radioterapia, respecto a una dieta polimérica.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro, todos los pacientes aceptaron participar tras la firma del consentimiento informado y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-053. Impacto de una dieta peptídica enriquecida con glutamina en la toxicidad digestiva asociada al tratamiento neoadyuvante con radioquimioterapia en el cáncer de recto localmente avanzado

Bárbara Salas Salas¹, Laura Ferrera-Alayón¹, Eva Nogués-Ramía², Anaïs Ramos Ortiz¹, Rodolfo Chicas-Sett^{3,4}, Juan Zafrá Martín⁵, Alicia Calleja Fernández⁶, Marta Lloret¹

Servicios de ¹Oncología Radioterápica y de ²Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Las Palmas de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ⁴Grupo Biomédico Ascires. Valencia. ⁵Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁶Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción y objetivos: La radioquimioterapia (RTQT) neoadyuvante es tratamiento estándar en pacientes con cáncer de recto localmente avanzado (CRLA). Las toxicidades agudas y crónicas gastrointestinales asociadas pueden alcanzar una incidencia >30 %, pudiendo impactar en el estado nutricional y cumplimiento terapéutico del paciente. El objetivo del estudio fue analizar si el uso de una dieta oligomérica con ingredientes bioactivos reducía la toxicidad gastrointestinal aguda secundaria al tratamiento neoadyuvante de recto.

Material y método: Estudio de cohortes de seguimiento prospectivo realizado entre enero 2020 hasta diciembre 2022. Se incluyeron pacientes con CRLA tratados con RTQT neoadyuvante. Se dividieron en dos grupos: intervención [suplemento oligomérico Bi1 peptidic[®] + consejo dietético (CD)] durante 3 meses vs. CD exclusivo. La evaluación de la toxicidad digestiva se realizó empleando la escala CTCAE v.5: náuseas, vómitos, dolor abdominal, mucositis intestinal y diarrea.

Resultados: Fueron reclutados 54 pacientes y finalizaron el periodo de intervención 51; el 66,7 % ($n = 34$) fueron varones, de 64,6 (DE 10,7) años. El 51 % ($n = 26$) recibió radioterapia hipofraccionada (25Gy) y el resto ($n = 25$) normofraccionada (50Gy). El tratamiento de quimioterapia recibido fue: Capecitabina 54 % ($n = 27$), Folfox 34 % ($n = 17$) y Xelox 12 % ($n = 6$). Se observó una menor incidencia y menor gravedad de la mucositis intestinal y de la diarrea en el grupo tratado con el suplemento oligomérico (Tabla I).

Conclusión: La ingesta de un suplemento nutricional oligomérico con ingredientes bioactivos resulta eficaz en la reducción de la toxicidad intestinal derivada del tratamiento neoadyuvante con RTQT: mucositis intestinal y diarrea.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro, todos los pacientes aceptaron participar tras la firma del consentimiento informado y se siguió la Declaración de Helsinki.

Tabla I. Toxicidad gastrointestinal final

		Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	P
Náuseas	Bi1 peptidic® + CD	24 (96 %)	1 (4 %)	-	-	0,600
	CD	23 (92 %)	1 (4 %)	1 (4 %)	-	
Vómitos	Bi1 peptidic® + CD	25 (100 %)	-	-	-	0,312
	CD	24 (96 %)	-	1 (4 %)	-	
Dolor abdominal	Bi1 peptidic® + CD	22 (88 %)	3 (12 %)	-	-	0,600
	CD	21 (84 %)	3 (12 %)	1 (4 %)	-	
Mucositis intestinal	Bi1 peptidic® + CD	24 (96 %)	1 (4 %)	-	-	0,009
	CD	14 (56 %)	3 (12 %)	7 (28 %)	1 (4 %)	
Diarrea	Bi1 peptidic® + CD	22 (88 %)	1 (4 %)	2 (8 %)	-	<0,001
	CD	7 (29,2 %)	6 (25 %)	9 (37,5 %)	2 (8,3 %)	

P-054. Multimorbilidad, adherencia al tratamiento nutricional y mortalidad

Fernanda Mucarzel Suárez, Victoria Avilés Parra, Guillermo Cardenas Lagranja, Adriana Alcaraz Soler, Nuria García Barrasa, Marta Ricart Viles, Amador Lluch Romero, Belén Sarto Guerri, Clara Viñas Torne, Fiorella Palmas Candia, Rosa Burgos Peláez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La presencia de multimorbilidad se asocia a mayor consumo de recursos asistenciales. Los grupos de morbilidad ajustados (GMA) permiten asignar valores únicos de complejidad a cada individuo y ha demostrado ser una herramienta predictiva-eficaz en nuestro sistema sanitario.

Objetivos: Valorar la relación del GMA con mortalidad y persistencia (P) al Soporte Nutricional Oral (SNO).

Material y métodos: Estudio transversal unicéntrico retrospectivo de pacientes activos en programa nutrición enteral domiciliar (NED) durante 2022. Variables: sexo, edad, tipo de patología oncológica, GMA, persistencia al SNO. Se clasifica GMA según: población sin patología crónica, de bajo riesgo, riesgo moderado, alto riesgo. Utilizamos P para determinar la adherencia al SNO, calculando. Consideramos P > 80 % óptima, P 60-80 % adecuada y P < 60 % inadecuada adherencia. Análisis mediante SPSS versión 25.0.

Resultados: Se analizaron datos de 798 pacientes introducidos en nuestro programa NED, 57,5 % hombres. Edad 69 años (R: 22-97). Patologías oncológicas más frecuentes: colon (20,3 %), hepatobiliar (15,7 %), pulmón (14,9 %), gastroesofágicos (12,2 %). Un 53,5 % presentó adherencia inadecuada al SNO (P < 60 %), con peor persistencia si bajo riesgo GMA (r = -0,022, P < 60 %, = 68,3 %). Se registró un 80 % de pacientes con presencia de desnutrición como motivo de consulta. El 71,3 %, patologías crónicas de riesgo moderado-alto según GMA, mayoritariamente hombres (p = 0,052), con 1,7 ± 1,6 in-

gresos anuales. Se observa correlación negativa entre edad-GMA (r = -0,23; p = 0,000). Permanecieron 142 ± 92 días activos en NED, durando la mitad aquellos con desenlace *exitus* (p = 0,000). El RR de *exitus* con GMA riesgo moderado-alto es 1,33 (IC 95 %, 0,99-1,79).

Conclusión: El GMA podría utilizarse en el paciente oncológico como herramienta para valorar el grado de persistencia al SNO, desnutrición y mortalidad. Se debería establecer cribado de riesgo nutricional para mejorar el pronóstico.

P-055. Soporte nutricional artificial en una cohorte de pacientes ingresados con SARS-CoV-2 (COVID-19)

Coral Sauret, Laia Casamitjana, Isabel Mazarico-Altisent, Amelia Espallargas, Lara Albert, Ana Romero

Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Introducción y objetivos: Los pacientes con SARS-CoV-2 son propensos a necesitar apoyo nutricional debido a las dificultades de alimentación (por la ventilación mecánica y la hiporexia extrema) y a las elevadas necesidades nutricionales por la alta tasa de inflamación.

Material y métodos: Se analizaron 53 pacientes (67,9 % hombres) con una mediana de edad de 74 años (69-80; p25-p75) ingresados por SARS-CoV-2 en nuestro centro durante el período de marzo a mayo de 2020.

Resultados: El 71,7 % precisó nutrición enteral (NE) y el 28,3 % nutrición parenteral. El motivo más frecuente para iniciar la NE fueron las limitaciones de la alimentación debidas a la ventilación mecánica (73,7 %) y, en el caso de la NP, la intolerancia a la sonda de alimentación (26,7 %) y el íleo paralítico (33,3 %). El 75 % de los pacientes iniciaron la NE en los primeros cinco días de ingreso, mientras que la NP se inició más tarde (mediana

8 días, 6-10; p25-p75). La prevalencia de diabetes (DM) y obesidad (34 % y 52 %) fue similar a la de datos recientes, mientras que la prevalencia de HTA (68 %) y de sexo masculino fue superior. La tasa de mortalidad fue del 52 %. En nuestro grupo, la mortalidad no se vio afectada significativamente por la DM y la HTA. Los hombres presentaron una tasa de mortalidad más elevada, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: El apoyo nutricional desempeña un papel importante en la enfermedad por SARS-CoV-2. Los pacientes que requieren nutrición artificial tienen una alta tasa de mortalidad. Hemos encontrado una mayor prevalencia de sexo masculino y de HTA entre los pacientes de nuestra cohorte en comparación con los datos publicados recientemente.

Bibliografía recomendada:

1. Garg S, et al. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020.

P-056. Ángulo de fase como factor predictor de mal pronóstico en la infección por SARS-CoV2: revisión sistemática

Isabel Cornejo-pareja, Isabel María Vegas-Aguilar, Víctor José Simón-Frapolli, Rocío Fernández-Jiménez, Patricia Guirado-Peláez, José Manuel García-Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 es un síndrome respiratorio agudo grave, que conduce a un fuerte estado inflamatorio y potenciales complicaciones. El ángulo de fase (PhA) se ha relacionado con la mortalidad y la gravedad de la enfermedad en pacientes con COVID-19.

Objetivo: El objetivo de este estudio era realizar una revisión sistemática para analizar el papel potencial del PhA como marcador pronóstico de los resultados clínicos negativos (mortalidad, estancia hospitalaria, severidad de la enfermedad y sus complicaciones) en pacientes con COVID-19; así como, establecer la fuerza de las recomendaciones para su uso.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura con meta-análisis en las principales bases de datos hasta enero de 2023. Los artículos seleccionados debían investigar los resultados clínicos negativos en COVID-19 junto a análisis de los parámetros bioeléctricos crudos como PhA. La calidad de la metodología se evaluó mediante el método GRADE y el protocolo siguió las directrices de PRISMA.

Resultados: Solo ocho estudios, de un total de 483, fueron incluidos para el análisis. En general, se observaron diferencias en el PhA entre los grupos comparativos de los artículos revisados. Un PhA bajo se relacionó con mala evolución clínica, mortalidad, enfermedad grave o desarrollo de complicaciones. Los resultados mostraron que el descenso del PhA se relacionó significativamente con mayor riesgo de mortalidad (RR: 2,44; IC 95 %, 1,20-4,99, $p = 0,01$; $I^2 = 79$ % [$p = 0,0008$]) y mayor riesgo de complicaciones (OR: 3,47; IC 95 %, 1,16-10,37, $p = 0,03$; $I^2 = 82$ % [$p = 0,004$]) en los pacientes COVID-19.

Se realizaron 4 recomendaciones basadas en la evidencia sobre el PhA; 2 recomendaciones fuertes: una con calidad moderada y otra de calidad baja-moderada para predecir mortalidad y complicaciones, respectivamente.

Conclusión: Con los datos actualmente, podemos recomendar el uso de PhA como marcador pronóstico de mortalidad y complicaciones en esta población. Aunque los resultados son prometedores, se necesitan estudios futuros para identificar puntos de corte que permitan guiar las decisiones terapéuticas con mayor precisión.

P-057. Alteración del estado nutricional en pacientes con alteraciones gastrointestinales asociadas a abemaciclib

Carmen María Cuadros Martínez

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

Introducción y objetivos: Abemaciclib es un inhibidor de proteína-quinasa, produce alteraciones gastrointestinales muy frecuentes ($\geq 1/10$), empeorando el estado nutricional (EN) en cáncer de mama (CM). El objetivo del trabajo es determinar el grado de empeoramiento del EN y si es necesario emplear suplementos nutricionales.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo, incluye todas las pacientes con abemaciclib para CM durante 2022. Variables revisadas: edad, estadio, escala Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG), número de ciclos, grado de reacciones adversas (RA) gastrointestinales, reducciones de dosis, suspensiones temporales/definitivas, modificaciones en peso, proteínas y albúmina desde el inicio hasta la última analítica disponible durante el tratamiento y necesidad de suplementos nutricionales.

Resultados: Reclutamos 46 pacientes, seleccionadas de Farnis Oncofarm®. Mediana de edad, 57,5 años (34-76). 82,6 % estadio IV, 13 % estadio III, 4,34 % estadio II. 80,3 % ECOG 0, 15,22 % ECOG 1, el resto, ECOG 2. Mediana de ciclos, 17 ciclos (2-38). 16 diarrea grado 1 (G1), 11 grado 2 (G2) y 8 grado 3 (G3); 16 náuseas G1, otra G2, y dos G3; una presentó vómitos G1. Por toxicidad gastrointestinal, 19,6 % redujeron dosis de fármaco 1 nivel, y 2,17 %, dos niveles; 21,73 % suspendieron temporalmente una vez y 4,35 %, dos veces; 3 suspendieron definitivamente. 32,61 % redujeron peso una mediana de 8 kg (1,4-18); 34,78 % redujeron niveles de proteínas una mediana de 0,8 puntos (0,1-1,2); se midió albúmina en 8 pacientes, 3 bajaron niveles una mediana de 0,5 puntos (0,3-0,7). 5 necesitaron suplementos nutricionales orales, 2 con fibra soluble, 3 soluble e insoluble, y 1 suplemento con proteínas.

Conclusiones: Abemaciclib es un fármaco que puede afectar al EN de numerosas mujeres debido a RA, pudiendo complicar el desarrollo de su enfermedad, de ahí que se deba llevar un estrecho control del perfil analítico nutricional y peso para actuar lo antes posible y mejorar su calidad de vida.

P-058. Análisis de la relación entre la composición corporal y la estancia hospitalaria en pacientes sometidos a trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos

Francesc Febrer Pons, Blanca Alabadí Pardiñes, Amores Alandí Sandra, Ning Yun Wu Xiong, Abdelrahman Khaled Salah, Beatriz Martínez López, Miguel Civera Andrés, José T. Real Collado

Hospital Clínico de Valencia. Valencia

Introducción: El trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) es un tratamiento potencialmente curativo para determinadas enfermedades hematológicas que, a pesar de los avances terapéuticos en el procedimiento, sigue siendo un tratamiento de alto riesgo. Existen diferentes factores pretrasplante, algunos no modificables y otros modificables, como el estado nutricional. Conocer estos factores modificables ofrece la posibilidad de optimizar el estado del paciente antes del ingreso y así mejorar su pronóstico clínico.

Objetivos: Determinar qué parámetros de composición corporal se correlacionan con una mayor estancia hospitalaria en pacientes sometidos a un trasplante de precursores hematopoyéticos.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal prospectivo. Se estudiaron 19 pacientes, 11 hombres y 8 mujeres con patología hematológica candidatos a un TPH aproximadamente una semana antes del ingreso. A todos ellos se les realizó una valoración de la composición corporal tras un mínimo de 4 horas de ayuno mediante diferentes técnicas: bioimpedancia para la determinación del porcentaje de masa libre de grasa (FFM), densitometría de cuerpo entero para determinación del porcentaje de masa grasa (FM) e índice de masa grasa (FMI) y ecografía muscular a nivel del cuádriceps para valorar el grosor del tejido adiposo subcutáneo

Resultados: La cohorte estaba formada por 8 mujeres y 11 hombres de 53,7 ± 14,7 años de edad media. La media del IMC es de 24,25 kg/m² en mujeres y 26,94 kg/m² en hombres. En global, se obtuvieron los siguientes datos (Tabla I):

Tabla I.

	Días de ingreso
FFM (%)	r = -0,537*
FM (%)	r = 0,555*
FMI (kg/m ²)	r = 0,633†
Tejido adiposo en cuádriceps (cm)	r = 0,608†

*Correlación significativa con p < 0,05; †Correlación significativa con p < 0,01.

Y estratificado por género: mujeres (Tabla II):

Tabla II.

	Días de ingreso
IMC	24,25 ± -6,1
FFM (%)	r = -0,978**
FM (%)	r = 0,954**
FMI (kg/m ²)	r = 0,957**
Tejido adiposo en cuádriceps (cm)	r = 0,885**

Hombres (Tabla III):

Tabla III.

	Días de ingreso
IMC	26,9 ± 4,03
FFM (%)	r = 0,181
FM (%)	r = -0,017
FMI (kg/ m ²)	r = 0,619
Tejido adiposo en cuádriceps (cm)	r = 0,995

Conclusiones:

1. Las pacientes de sexo femenino candidatas a TPH con menor porcentaje de masa libre de grasa antes del ingreso presentan una estancia hospitalaria más larga.
2. Los pacientes de sexo femenino candidatas a TPH con mayor masa grasa medida mediante diferentes técnicas de composición corporal presentan una estancia hospitalaria más larga

P-059. Análisis de factores de hidratación y nutrición a través de bioimpedancia vectorial en una consulta endocardiorrenal

Isabel María Vegas Aguilar, Manuel Jiménez Villodres, Clara Jiménez Rubio, Rocío Fernández Jiménez, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: La unidad endocardiorrenal surge como modelo asistencial y se define como el conjunto de intervenciones coordinadas y multidisciplinares diseñadas para estabilizar la progresión del síndrome cardiorenal con una perspectiva de atención personalizada. La presencia de euvolemia o hipervolemia, y la determinación de perfiles fenotípicos según los parámetros estudiados, permitirán ajuste de tratamiento y estratificación pronóstica. La bioimpedanciometría se utiliza como herramienta que permite obtener datos que ayudan a una mejor comprensión del estado nutricional del paciente

Material y método: Estudio prospectivo observacional de una cohorte de paciente atendidos en la unidad con valoración morfofuncional: BIVA (akern® Nutrilab), ultrasonido (Mindray® Z60), HGS (Jammarm®).

Resultados: 37 pacientes, 60 ± 14 años, 70.3 % varones. Se valoran parámetros de composición corporal clásica: altura: 164,38 ± 8,96 cm; peso: 73,31 ± 1,44 kg; BMI: 27,20 ± 4,29 kg/m²; FFM (*fat free mass*): 51,48 ± 7,39 kg; FM (*fat mass*): 21,83 ± 8,09 kg. Datos bioelectricos: PA (ángulo de fase): 4,49 ± 0,911°, SPA (PA estandarizados) -1,13 ± 0,90. Parámetros de hidratación/congestión: *Hydration*: 76,14 ± 4,092, ECWpct (% agua extracelular): 54,44 ± 5,618, NAK (intercambio Na/K): 1,30 ± 0,293. Parámetros de masa celular: *Nutrition*: 701,90 ± 166,59; BCM (*body cell mass*): 23,08 ± 5,55 kg. Y también parámetros de sarcopenia: SMI (*skeletal mass index*) 8,94 ± 1,36 kg/m², SMM (*skeletal muscle mass*) 24,32 ± 4,93 kg, ASMM (*apendicular skeletal muscle mass*):

19,07 ± 3,30 kg, FFMI (índice FFM) 19,04 ± 2,23 kg/m². Existen fuertes correlaciones negativas entre los parámetros de hidratación y nutrición (Fig. 1) (HEATMAP).

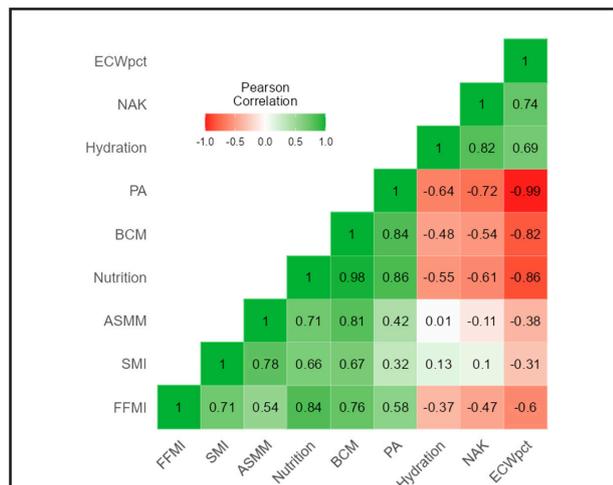


Figura 1.

Conclusión: Se evidencia una población de pacientes con alteraciones de la composición corporal que afectan principalmente el estado de hidratación y de forma relacionada a las situación nutricional y de la masa celular.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro.

P-060. Enfermedad hepática metabólica. SAF score y algoritmo FLIP en pacientes sometidos a cirugía bariátrica

María García Duque¹, Miguel Marcos Martín², Cristina Puente Martín³

¹Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ³Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción y objetivos: La enfermedad hepática metabólica se relaciona con la obesidad, aumentando la morbimortalidad de estos pacientes. El espectro varía desde esteatosis hepática, esteatohepatitis hasta incluso cirrosis. El objetivo principal de este trabajo es analizar la correlación entre el grado de obesidad y el estadije histopatológico objetivado mediante biopsia hepática intraoperatoria de pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Material y método: Realizamos un estudio transversal con 104 pacientes obesos operados de cirugía bariátrica y analizamos la correlación entre el grado de obesidad determinado mediante el índice de masa corporal y el estadije histopatológico mediante biopsia hepática. Utilizamos el algoritmo FLIP (*fatty liver inhibition of progression*) basado en la SAF score (*Steatosis, Activity and Fibrosis*).

Resultados: Del total de pacientes con obesidad grado II, 6 pacientes (75 %) presentaban esteatosis. En el grupo de pacientes con obesidad grado III 36 pacientes (60 %) presentaban esteatosis y 6 pacientes (10 %) esteatohepatitis. En el grupo de pacientes con obesidad extrema, 24 pacientes (70 %) presentaban esteatosis y 4 pacientes (11,7 %) esteatohepatitis.

Conclusión: Utilizando el algoritmo FLIP, clasificamos a un mayor porcentaje de los pacientes como enfermedad hepática metabólica respecto al score SAF. Se necesita investigar en el desarrollo de pruebas no invasivas para poder obtener una alternativa a la biopsia hepática.

Aspectos éticos: este estudio se ha llevado a cabo de conformidad a los principios éticos internacionales, fundamentalmente la Declaración de Helsinki y las normas de Buena Práctica Clínica de la ICH (International Conference of Harmonization). Todas las muestras fueron obtenidas previa información y firma del consentimiento para participar en el estudio.

P-061. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en una cohorte de pacientes oncológicos (Estudio AnyVIDA): EORTC-QLQ-C30 y NutriQoL®

Cristina García García, Rosalía Rioja Vázquez, Isabel María Vegas Aguilar, Isabel María Cornejo Pareja, Francisco J. Tinahones Madueño, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Málaga

Introducción y objetivo: El inicio del plan terapéutico antineoplásico es un momento decisivo que afecta al estado nutricional y es habitual que esté asociado a un elevado riesgo de malnutrición. La calidad de vida ha sido poco estudiada y es un aspecto clave ya que condiciona la recuperación nutricional y funcional del paciente. El objetivo fue monitorizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes oncológicos desnutridos en un programa global de soporte nutricional.

Material y método: Estudio observacional prospectivo (3 meses). Evaluación de CVRS con EORTC-QLQ-C30 y NutriQoL® en pacientes que inician el tratamiento antineoplásico y que son derivados a la Unidad de Nutrición.

Resultados: 55 pacientes de 60,9 ± 11,9 años (61,8 % varones). Nutriscore 72,2 % basal frente a 36,8 % final (*p* < 0,05). Valoración subjetiva global (VSG)-C 64,8 % basal frente a 21,1 % final (*p* < 0,05). Peso medio 64,8 ± 14,1 kg, IMC 23,0 ± 4,0 kg/m². Pérdida de peso media 11,3 %. Ingesta dietética ≤ 50 % (24,1 %). Puntuación total de NutriQoL®: 86,7 ± 11,4 %. La vida social (VS) y la función física y actividades de la vida diaria (FF-AVD) fueron 15,9 ± 2,9 % y 70,8 ± 7,9 %. Se encontró aumento significativo (*p* < 0,05) en la puntuación total (+2,9 %) y FF-AVD (2,5 %). EORTC-QLQ-C30 informaron mejoras significativas en salud global (+8,9 %), funcionamiento emocional (+10,1 %), fatiga (-10,7 %), náuseas/vómitos (-11,3 %), dolor (-9,7 %) y pérdida de apetito (+13,4 %) (Tabla I).

Tabla I. Evaluación de la calidad de vida

NutriQoL®	V. Basal	V1	V2
Score total	_____	86,7 ± 11,4*	89,6 ± 11,1*
Vida social(VS)	_____	15,9 ± 2,9	16,3 ± 3,0
Actividades físicas de la vida diaria (FF-AVD)	_____	70,8 ± 9,7*	73,3 ± 9,3*
EORTC QLQ-C30			
Escala funcional			
Función física	90,9 ± 9,4	92,4 ± 8,0	92,7 ± 10,3
Función de rol	93,6 ± 12,2	93,0 ± 12,7	94,5 ± 12,4
Función emocional	72,9 ± 22,9*	81,7 ± 20,1*	83,0 ± 19,5*
Función cognitiva	91,8 ± 16,0	92,1 ± 14,6	91,5 ± 17,5
Función social	77,8 ± 24,3	81,2 ± 23,6	80,9 ± 21,9
Estado global de salud / calidad de Vida	60,8 ± 27,0*	69,7 ± 23,8*	63,3 ± 25,6*
Escala de síntomas			
Fatiga	34,5 ± 25,5*	23,8 ± 23,8*	27,9 ± 24,3*
Dolor	23,9 ± 27,0*	19,7 ± 22,9*	14,2 ± 18,5*
Náuseas y vómitos	15,8 ± 26,1*	8,5 ± 18,4*	4,5 ± 10,9*
Disnea	17,6 ± 27,1	12,7 ± 22,7	20,6 ± 29,4
Insomnio	30,9 ± 32,0	33,9 ± 31,8	21,8 ± 27,4
Pérdida de apetito	28,5 ± 32,3*	13,3 ± 22,8*	15,1 ± 25,5*
Estreñimiento	25,5 ± 32,1	20,0 ± 32,5	18,8 ± 31,3
Diarrea	14,0 ± 24,6	8,5 ± 20,5	7,3 ± 20,0
Dificultades financieras	9,7 ± 21,0	9,1 ± 19,7	4,2 ± 12,9

* $p < 0,05$.

Conclusiones: La calidad de vida es uno de los objetivos de la recuperación nutricional y es importante que sea evaluada con herramientas específicas. Los resultados de CVRS pueden mejorarse con un programa de seguimiento a la terapia.

Aspectos éticos: este estudio y el consentimiento informado utilizado fue aprobado por el Comité de Ética del centro y cumple con los aspectos éticos descritos en la Declaración de Helsinki.

P-062. Importancia de la monitorización analítica al iniciar tratamiento con nutrición parenteral para evitar el síndrome de realimentación

Celia García González, Francisca Fuentes Hidalgo, Gabriel Martínez Orea, Nieves Cano Cuenca, Francisco José Rodríguez Lucena, José Manuel del Moral Sánchez

Servicio de Farmacia. Hospital Vega Baja. Orihuela, Alicante

Introducción: El síndrome de realimentación (SR) es un conjunto de alteraciones metabólicas que ocurre al reintroducir la nutrición en pacientes desnutridos. Para su prevención, es importante realizar una valoración nutricional, adecuar los requerimientos nutricionales al estado del paciente y realizar una monitorización analítica antes y durante la realimentación. Tiene

especial importancia la determinación sérica de fosfato (P), magnesio (Mg) y potasio (K), electrolitos implicados en el SR.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de pacientes que son monitorizados analíticamente antes de iniciar tratamiento con nutrición parenteral (NP); analizar P, Mg y K; ver si existen diferencias entre los pacientes que tienen analíticas previas frente a los que no.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo con pacientes que iniciaron NP desde septiembre hasta diciembre de 2022. Se consultó: historias clínicas y el programa de elaboración de NP. Se registró: fecha inicio nutrición, existencia de analítica previa y durante el tratamiento. Se evaluó la aparición de hipofosfatemia, hipomagnesemia e hipopotasemia al iniciar la nutrición.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes: 21 (46,7 %) tenían analítica previa y de seguimiento, 14 (31,1 %) solo disponían de analíticas de seguimiento, 10 (22,2%) no fueron monitorizados en ningún momento. De los 21 pacientes con analítica previa, 6 (28,6 %) mostraron reducción sérica de los mencionados electrolitos tras la introducción de NP; de los 14 sin analítica previa pero sí de seguimiento, 2 (14,3 %) presentaron dicha reducción.

Conclusiones: Se observa un mayor porcentaje de casos (53,3 %) sin monitorización analítica inicial. Además, se detectaron más pacientes con reducción sérica de dichos electrolitos

en el grupo con analítica previa (28,6 % frente 14,3 % del grupo sin monitorización previa). Para prevenir el SR es importante realizar una valoración analítica antes de reintroducir la alimentación. Sería necesaria la implantación de protocolos en los hospitales para así disponer de perfiles nutricionales tanto previos al inicio de una NP como de seguimiento.

P-063. Detección de desnutrición y sarcopenia en pacientes con cáncer de colon previo a la cirugía

Katherine García Malpartida, Andrea Micó García, Eva Gascó Santana, Ángela Durá de Miguel, Giselle Girón Cerrato, María Argente Pla, Lorena Hernández Rienda, Silvia Martín Sanchís, Paolo Rossetti, Juan Francisco Merino Torres

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción y objetivos: El pronóstico de los pacientes con cáncer colorrectal depende principalmente del estadio tumoral y la posibilidad de resección, sin embargo, la desnutrición y sarcopenia pueden influir en la evolución. El objetivo fue la detección de desnutrición y sarcopenia en pacientes >65 años con cáncer colorrectal previo a cirugía.

Material y método: Estudio unicéntrico, transversal de pacientes > 65 años con cáncer colorrectal pendientes de cirugía. Se determinó edad, sexo, diabetes, estadio tumoral, administración de quimioterapia y/o radioterapia, criterios GLIM, SARC-F, pliegues y circunferencias, dinamometría (Jamar), impedanciometría (InBody770) y SPPB. Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (65 % hombres), edad 77,2 (6,2) años, 35 % diabetes y el 25 % recibió quimioterapia o radioterapia precirugía por presentar estadios avanzados. El 65 % perdió peso, siendo el porcentaje del 6,4 (4,1) %. El IMC fue 27,8 (3,9) kg/m² y el 20 % presentó obesidad. Se diagnosticó desnutrición en el 90 % según criterios GLIM. El *screening* de sarcopenia mediante SARC-F fue positivo en el 30 %. La frecuencia de sarcopenia fue del 25 % según CMB y del 55 % según CP corregido por IMC. La frecuencia de sarcopenia mediante índice de masa musculoesquelética (IMME) determinado por impedanciometría varió según el criterio utilizado: EWGSOP2 0 %, IMME ajustado por masa grasa 70 % e IMME ajustado por peso 50 %. Respecto a la funcionalidad, el 55 % presentó una fuerza de prensión según edad y sexo < p5 y el SPPB fue < 8 puntos en el 80 %. El AF normalizado fue bajo en el 75 %.

Conclusión: Es importante realizar una valoración de desnutrición y sarcopenia en pacientes > 65 años con cáncer colorrectal previo a la cirugía debido a la elevada prevalencia encontrada tanto de desnutrición como de sarcopenia. La prevalencia de sarcopenia presentó una alta variabilidad según el criterio diagnóstico utilizado, por lo que son necesarios estudios de validación que permitan establecer criterios homogéneos.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro de trabajo. A los sujetos del estudio se les aplicó un consentimiento informado. Se siguió la Declaración de Helsinki.

P-064. Correlación entre la ecografía nutricional y otros elementos de la valoración morfofuncional. Estudio transversal en pacientes oncológicos

Rosa María García Moreno, Sime Rogic Valencia, Mary Gaby Llaro Casas, Gonzalo Miñón Sánchez, Laura Mola Reyes, Samara Palma Milla

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción y objetivos: Estudiar la correlación entre las medidas de valoración de masa muscular con ecografía nutricional, y otros parámetros de masa, fuerza y funcionalidad muscular.

Material y método: Estudio transversal en pacientes oncológicos en los que se realizó valoración morfofuncional en consultas de la Unidad de Nutrición del Hospital Universitario La Paz. Se analizó la correlación entre las medidas del recto anterior del cuádriceps (RAC) en corte ecográfico transversal (ejes X, Y, Y en contracción, área y circunferencia) y el índice de masa muscular esquelética apendicular (ASMI), índice de masa libre de grasa (FFMI) e índice masa muscular esquelética (SMI) en bioimpedanciometría (BIA), fuerza según dinamometría manual, y funcionalidad según test de *Up and Go* (TUG). En el análisis estadístico se utilizó coeficiente de correlación de Pearson (r).

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, con media de edad 67,86 ± 12,48 años (22 M/20 V). El 33,3 % presentaban tumores esófago-gástricos, 23,8 % colorrectales, 7,1 % pancreáticos, 11,9 % vía biliar, 4,8 % cabeza y cuello, 7,1 % ginecológicos, 7,1 % hematológicos y 4,8 % otras localizaciones. El 73,8 % presentaba desnutrición. Los resultados de correlación entre los distintos parámetros de valoración muscular se recogen en la tabla I.

Tabla I.

	BIA-ASMI	BIA-FFMI	BIA-SMI	Dinamometría	TUG
Eje X	$r = 0,584$	$r = 0,630$	$r = 0,300$	$r = 0,763$	$r = -0,778$
Eje Y	$r = 0,303$	$r = 0,209$	$r = -0,034$	$r = 0,447$	$r = -0,705$
Eje Y en contracción	$r = 0,478$	$r = 0,338$	$r = 0,172$	$r = 0,480$	$r = -0,649$
Área	$r = 0,350$	$r = 0,192$	$r = 0,055$	$r = 0,504$	$r = -0,767$
Circunferencia	$r = 0,460$	$r = 0,402$	$r = 0,194$	$r = 0,599$	$r = -0,893$

Conclusión: Los resultados de este trabajo sugieren que, en un corte trasversal del RAC, el eje X es el parámetro que mejor se correlaciona con la masa muscular valorada mediante BIA y fuerza según dinamometría, mientras que la circunferencia es el más correlacionado con la funcionalidad muscular (TUG). Diversos factores pueden afectar a la valoración muscular en ecografía, siendo necesarios estudios de mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados y corregir sesgos.

P-065. Valoración morfofuncional en pacientes con cáncer ORL en tratamiento con radioterapia. Grupo VALOR

María García Olivares¹, Rocío Fernández Jiménez², María González Pacheco³, M.^a Luisa Fernández Soto⁴, Araceli Muñoz Garach⁵, Montserrat Gonzalo Marín¹, Inmaculada Prior Sánchez⁶, Manuel Cayón Blanco⁷, M.^a Carmen Roque Cuéllar⁸, Sonia Chica Palomino⁹, Fátima Torres Flores¹⁰, José Manuel García Almeida²

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ⁴Hospital Universitario San Cecilio. Granada. ⁵Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁶Hospital Universitario de Jaén. Jaén. ⁷Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁸Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ¹⁰Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (ORL), debido a la localización del tumor y al tratamiento con radioterapia, puede llegar a tener efectos secundarios negativos. La valoración del estado nutricional y el diagnóstico de la patología se puede realizar con técnicas avanzadas (BIA, ecografía nutricional, dinamometría y test funcionales).

Objetivos: Realizar una valoración morfofuncional completa de los pacientes con cáncer ORL en tratamiento con radioterapia para un adecuado diagnóstico y tratamiento individualizado.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con cáncer ORL en tratamiento radioterápico en diferentes hospitales andaluces.

Resultados: Una muestra de 612 pacientes, 140 mujeres (22,8 %) y 472 hombres (77,1 %) con una edad media de 64,0 ± 10,5 años. Peso medio 70,2 (14,7) kg e IMC 25,2 (4,59). En cuanto al estadio de la enfermedad, con estadio I tenemos 41 (7,31 %) pacientes, EII 43 (7,66 %), EIII 122 (21,7 %), EIVA 78 (13,9 %), EIVB 171 (30,5 %) y EIVC 106 (18,9 %). Presentaron complicaciones 324 (63,0 %) pacientes. En hombres, los datos de BIA muestran un PA (°) 5,23 (0,93) y BCM (kg) 26,8 (5,62), con la ecografía nutricional obtenemos RF-CSA (cm²) 3,75 (1,36) y RF-Y axis (cm²) 1,13 (0,36) y VAT (cm²) 0,66 (0,74). Los datos funcionales muestran una HGS (media, kg) 33,5 (8,79) y TUG (s) 7,99 (2,63). En mujeres, los datos de BIA muestran un PA (°) 4,87 (0,82) y BCM (kg) 19,5 (3,90), con la ecografía nutricional obtenemos RF-CSA (cm²) 2,87 (1,06) y RF-Y axis (cm²) 0,90 (0,29) y VAT (cm²) 1,13 (5,79). Los datos funcionales muestran una HGS (media, kg) 21,6 (6,03) y TUG (s) 8,74 (3,02).

Conclusión: Una valoración morfofuncional completa (BIA, ecografía nutricional y pruebas funcionales) en pacientes ORL en

tratamiento de radioterapia es fundamental para poder conocer la composición corporal y funcionalidad de estos pacientes y así ofrecer un tratamiento individualizado.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Málaga, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-074. Evolución del estado nutricional en pacientes afectos de cáncer de cabeza y cuello (CCC) durante tratamiento oncológico activo

Marta Gómez Muñoz, Laura Andurell Ferrándiz, Fernanda Mucarzel Suárez, Fiorella Palmas Candia, Victoria Avilés Parra, Guillermo Cárdenas Lagranja, Hego Seguro Gurrutxaga, Rosa Burgos Peláez

Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: Las recomendaciones de requerimientos nutricionales actuales podrían no ser suficientes para asegurar un correcto estado nutricional del paciente durante tratamiento oncospecífico (TTO).

Objetivo: a) Determinar la presencia de desnutrición en pacientes afectos CCC que reciben TTO, y b) describir si las recomendaciones dietéticas actuales son suficientes para prevenir la pérdida de peso (pp).

Métodos: Se trata de un estudio observacional longitudinal prospectivo, se incluyeron pacientes adultos afectos de CCC previo al inicio de RT entre los meses de abril-octubre de 2022. Se recogieron recordatorios 72 h, efectos secundarios (EF) (disfagia, odinofagia, xerostomía, disgeusia) y evolución del peso corporal. Se utilizan criterios GLIM para la desnutrición y guías ESPEN y EFSA para cálculos requerimientos. Las mediciones se realizaron al inicio del tratamiento RT (v0), entre sesiones 1-5 (v1), sesiones 15-18 (v2), sesiones 30-35 (v3), 1 y 3 meses tras finalizar el tratamiento (v4-v5).

Resultados: Se reclutaron 27 pacientes con una media de 64 ± 13,7 años, 66,7 % hombres y 59,6 % con estadio 3-4. El 55,6 % presentaron desnutrición en la v0, aumentando al 70,4 % en la v3 pese al soporte nutricional pautado según protocolo, que incluye consejo dietético, suplementación nutrición oral, enteral y parenteral si es preciso. Se observa una pp v3-v0 del 5,7 ± 5,1 %. Siendo mayor (-3,6 %) si IMC > 25-29,9 en comparación a IMC < 24,9 preinicio. El 66,7 % cubren requerimientos energéticos, 88,9 % proteicos en v0. En v3 aumenta un 13,3 % de energía y disminuye de proteína un 18,9 %. Respecto a las recomendaciones de omega 3 diarias todos los pacientes cubren requerimientos. No se observaron diferencias significativas de EF comparando con pérdida de peso y requerimientos según guías.

Conclusiones:

1. Los pacientes afectos de CCC presentan desnutrición previa al inicio del TTO.
2. A pesar de cumplir requerimientos establecidos por las guías persiste una pérdida de peso a lo largo del TTO, por lo que se deberían reevaluar las estimaciones o deberían medirse mediante calorimetría indirecta.

P-075. Prevalencia de obesidad sarcopénica a lo largo de un año de seguimiento

Elena González Arnáiz¹, Beatriz Ramos Bachiller¹, Mario Saavedra Vázquez¹, María Antequera González¹, David Barajas Galindo¹, María José Cuevas González², María Ballesteros Pomar¹

¹Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Universidad de León. León

Introducción: La obesidad sarcopénica (OS) se caracteriza por un exceso de masa grasa (MG) y baja masa y función muscular (sarcopenia), supone un factor de riesgo demostrado en cuanto a fragilidad, complicaciones metabólicas y mortalidad.

Objetivos: Determinar la prevalencia de OS en un grupo de pacientes con obesidad de alto riesgo al inicio y tras un año de seguimiento.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de individuos en seguimiento por la unidad de obesidad de alto riesgo del CAULE. Se incluyeron inicialmente 124 pacientes con IMC ≥ 35 kg/m², pero el seguimiento anual se ha completado en 74 de ellos. Se recogieron variables demográficas, de bioimpedanciometría (BIA, TANITA[®] MC_780_MA; TANITA, Tokio, Japón) y de fuerza muscular mediante dinamometría (Dyner[®], Fabrication Enterprises, DynExgrip). La OS se diagnosticó exclusivamente en los pacientes que tenían completado el seguimiento, siguiendo los criterios ESPEN/EASO (Donini, et al. ClinNutr2022(1); según los puntos de corte de dinamometría por edad según Torralvo (2) o correspondientes a ≤ 2 DE, procedentes de un grupo de voluntarios sanos (mujeres $< 16,8$ kg y hombres $< 25,1$ kg) y masa muscular total (SMM) / peso según fórmula de Janssen (3) (hombres $< 31,5$ % y mujeres $< 22,1$ %) o correspondientes a ≤ 2 DE procedentes de un grupo de voluntarios sanos (hombres $< 32,05$ % y mujeres $< 24,15$ %).

Resultados: 74 sujetos fueron incluidos; 74,3 % mujeres, edad media inicial 43,5 (DE8,4) años, IMC medio inicial 45,9 (DE 5,1) kg/m² y al año 45,4 (DE5,1) kg/m². La prevalencia de OS aparece recogida en la siguiente tabla I.

Tabla I.

Criterios diagnósticos	OS inicial	OS al año	p
ESPEN/EASO	13/74 17,6 %	15/74 20,3 %	0,791
≤ 2 DE	13/74 17,6 %	12/74 16,2 %	1,0

Conclusiones: La prevalencia de OS en personas con IMC ≥ 35 kg/m² es elevada y se mantiene a lo largo de un año de seguimiento, aunque con una tendencia no significativa al aumento, cuando se diagnostica con criterios ESPEN/EASO, que se deberá confirmar en mayor tiempo de seguimiento.

Bibliografía:

1. Donini, et al. Clin Nutr 2022.
2. Torralvo, et al. Nutr Hosp 2018.
3. Janssen I, et al. J Appl Physiol 2000.

P-076. Cambio en parámetros morfofuncionales en pacientes con obesidad sarcopénica después de un año de seguimiento

Elena González Arnaiz¹, Beatriz Ramos Bachiller¹, Mario Saavedra Vázquez¹, María Antequera González¹, David Barajas Galindo¹, María José Cuevas González², María Ballesteros Pomar¹

¹Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Universidad de León. León

Introducción: La obesidad sarcopénica (OS) se caracteriza por un exceso de masa grasa (MG) y baja masa y función muscular (sarcopenia); supone un factor de riesgo demostrado en cuanto a fragilidad, complicaciones metabólicas y mortalidad.

Objetivos: Determinar la prevalencia de OS en un grupo de pacientes tras un año de seguimiento. Evaluar diferencias en parámetros morfofuncionales entre estos periodos de tiempo, según la presencia o no de OS.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de individuos en seguimiento durante un año por la unidad de obesidad del CAULE. Se recogieron variables antropométricas, rendimiento físico (TUG: *Timed Up and Go*), bioimpedanciometría (TANITA[®]MC780A), fuerza muscular de extremidades superiores e inferiores mediante dinamometría (Dyner[®], Fabrication Enterprises, DynExgrip) y plataforma de fuerza (TANITA[®]BM220) respectivamente. La OS se diagnosticó siguiendo los criterios ESPEN/EASO (Donini, et al. Clin Nutr 2022).

Resultados: 74 pacientes incluidos; 74 % eran mujeres, edad media 44,9 (DE 8,6) años, IMC medio de 45,4 (DE5,1) kg/m². La prevalencia de OS fue del 20,3 %. Los cambios en parámetros morfofuncionales se recogen en la tabla I.

Tabla I.

	No OS (n = 59)	p	OS (n = 15)	p
Dinamometría basal/año	n = 59/59 26,7 (DE8,8) / 29,2 (DE9,1)	0,002	n = 15/15 23,4 (DE8,4) / 20,5 (DE7,9)	0,233
TUG basal / año	n = 59/54 9,4 (DE3,7) / 8,4 (DE2,4)	0,070	n = 15/14 9,4 (DE1,7) / 9,9 (DE3,3)	0,826
Circunferencia pantorrilla (CP) basal / año	n = 11/52 48,6 (DE4,2) / 47,0 (DE4,8)	0,722	n = 2/11 49,3(DE3,2)/47,9(DE5,5)	0,655

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (Cont.).

	No OS (n = 59)	p	OS (n = 15)	p
Fuerza extremidades inferiores basal / año	n = 15/57 1,1 (DE0,1) / 1,2 (DE0,1)	0,304	n = 3/15 1,1 (DE0,1) / 1,1 (DE0,1)	0,655
Fuerza muscular global basal/año	n = 9/9 32,9 (DE8,5) / 31,7 (DE7,2)	0,625	n = 2/2 21,5 (DE4,9) / 17,5 (DE6,4)	0,705
Potencia basal / año	n = 15/57 6,8 (DE1,6) / 6,9 (DE1,4)	0,889	n = 3/15 6,5 (DE2,3) / 5,6 (DE1,9)	0,285
Estabilidad basal / año	n = 15/57 49,3 (DE6,4) / 49,8 (DE9,1)	0,139	n = 3/15 38,7(DE27,0)/49,3(DE7,5)	0,285
IMC basal / año	n = 58/58 45,8 (DE3,4) / 45,1 (DE4,5)	0,107	n = 15/15 46,9 (DE6,2) / 46,9 (DE6,9)	0,860
Masa grasa basal / año	n = 58/58 57,8 (DE8,4) / 56,2 (DE10,9)	0,093	n = 15/15 55,8 (DE10,3) / 56,1 (DE11,0)	0,848
Masa muscular apendicular basal / año	n = 59/58 28,2 (DE6,3) / 27,8 (DE6,0)	0,075	n = 15/15 31,5 (DE8,2) / 31,3 (DE9,1)	0,861
Ángulo fase basal / año	n = 59/58 6,0 (DE0,6) / 6,0 (DE0,7)	0,621	n = 15/15 6,2 (DE0,5) / 6,1 (DE0,5)	0,586

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con OS al año presentan valores más bajos de dinamometría, fuerza muscular global, potencia y CP; sin embargo, el grupo sin OS presenta valores más elevados de dinamometría con un mejor rendimiento físico.

P-077. Desnutrición y formas graves de hipomagnesemia

Tomás González Vidal¹, Carlos Vázquez Fernández², Sara Rodríguez Suárez², Rubén Díaz Díaz², Elena Vaquero López², Claudia Morán Castaño², Gema Martínez Tamés¹, Alba Gutiérrez Hurtado¹, Diego Rivas Otero¹, Lorena Suárez Gutiérrez¹, Carlota Argüello Martín², Edelmiro Menéndez Torre^{1,3,4}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición y ²Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Grupo de Investigación en Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad. Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. ⁴Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. Oviedo

Introducción y objetivos: Estudiar, en pacientes hospitalizados con hipomagnesemia, el impacto de la desnutrición y otros factores etiológicos en la presencia de formas graves de hipomagnesemia.

Métodos: Serie de 95 pacientes (edad mediana 76 años, 56 hombres) ingresados entre marzo de 2020 y marzo de 2022 en un hospital universitario con diagnóstico de hipomagnesemia, definida como valores de magnesio sérico < 0,66 mmol/L. Se recogieron

las siguientes variables: edad, sexo, niveles séricos de magnesio, pérdidas digestivas (diarrea, vómitos) recientes, consumo perjudicial de alcohol, toma de inhibidores de la bomba de protones (IBP) o diuréticos, índice de masa corporal (IMC) al ingreso, kilogramos de peso perdidos en los 6 meses previos al ingreso, utilización de soporte nutricional durante el ingreso (suplementos orales, nutrición enteral no oral, nutrición parenteral) y valoración por el servicio de Nutrición durante el ingreso. Se clasificaron operativamente como desnutrición a los pacientes que cumplieren alguno de los siguientes criterios: IMC ≤ 18,5 kg/m², pérdida de más del 5 % del peso corporal en 6 meses, utilización de soporte nutricional durante el ingreso o emisión de diagnóstico de desnutrición tras valoración por Nutrición. La hipomagnesemia grave se definió como niveles de magnesio sérico < 0,5 mmol/L.

Resultados: Los pacientes con desnutrición (n = 37) tuvieron mayor frecuencia de hipomagnesemia grave (70,3 %) que aquellos sin desnutrición (43,1 %; p = 0,01). En un análisis multivariante las causas más relevantes de hipomagnesemia grave fueron las pérdidas digestivas y la desnutrición; por encima de consumo perjudicial de alcohol y uso de IBP o diuréticos, tras ajustar por edad y sexo (Tabla I). No hubo correlación entre el IMC y los niveles de magnesio (p = 0,867), ni entre los kilogramos de peso perdidos en los últimos 6 meses y los niveles de magnesio (p = 0,23).

Tabla I. Factores asociados con hipomagnesemia grave. Análisis multivariante (regresión logística)

	Odds ratio	IC 95 %	p
Edad (años)	1,027	0,99-1,07	0,164
Sexo (varón)	0,438	0,16-1,20	0,107

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (Cont.). Factores asociados con hipomagnesemia grave. Análisis multivariante (regresión logística)

	Odds ratio	IC 95 %	p
Pérdidas digestivas	6,140	1,16-32,42	0,033
Desnutrición	4,577	1,68-12,50	0,003
Consumo perjudicial de alcohol	2,608	0,70-10,16	0,167
IBP	1,428	0,48-4,29	0,526
Diuréticos	0,759	0,28-2,04	0,585

Conclusión: En pacientes ingresados con hipomagnesemia, la desnutrición y las pérdidas digestivas son los factores etiológicos que asocian hipomagnesemias más graves.

P-078. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH): evolución nutricional

Alba Gutiérrez Hurtado, Gema Martínez Tamés, Tomás González Vidal, Diego Rivas Otero, Inés Masid Sánchez, Lorena Suárez Gutiérrez, Francisco Villazón González, Ceferino Martínez Faedo

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción y objetivo: Valorar la evolución nutricional en un grupo de pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) que recibieron soporte nutricional por vía oral.

Material y métodos: Serie de 19 pacientes (10 mujeres [52,63 %]; edad media 53,58 años [rango 23-70]) sometidos a TPH (14 autólogos [73,68 %], 5 alogénicos [26,32 %]; se excluyeron previamente 2 pacientes que recibieron nutrición parenteral) en un hospital de tercer nivel por los que se interconsultó al servicio de nutrición entre octubre y diciembre

2022. Análisis estadístico: t de Student, ANOVA; Fisher; correlación Pearson.

Resultados: 3 pacientes (15,79 %) presentaron desnutrición al ingreso y 15 (78,95 %) durante el ingreso, siendo el porcentaje de pérdida de peso (% PP) global 6,44 % \pm 2,99 % (rango 1,56-12,08 %). El 100 % de pacientes presentó mucositis [grado 1 31,58 %; grado 2, 42,11 %; grado 3, 26,32 %; grado 4, 0 %] y el 100 % recibieron suplementos orales (SO), media 17,11 \pm 14,52 días. Estancia media: 25,95 \pm 12,09 días. Relación significativa entre adherencia a SO y porcentaje de requerimientos cubiertos (% GEC) en día +6 pos-TPH (buena [$>$ 75 % del SO pautado] 80,61 % \pm 22,47 % frente al rechazo [$<$ 25 %] 32,61 % \pm 19,99 %; $p = 0,009$). No relación significativa entre aparición de desnutrición y tipo de tumor ($p = 0,43$) o tipo de TPH ($p = 0,262$) o grado de mucositis ($p = 0,847$) (Tablas I y II).

Conclusiones: Los pacientes trasplantados por los que se interconsultó a Nutrición presentaron una elevada incidencia de desnutrición durante el ingreso, pero sin diferencias significativas según el grado de mucositis, el tipo de TPH o el tipo de tumor. Se relacionaron con mayor %PP la mayor estancia hospitalaria y el mayor número de días entre TPH-interconsulta nutrición.

Tabla I.

	% PP
Duración ingreso	$r = 0,549$; $p = 0,015$
Días entre TPH-interconsulta de nutrición	$r = 0,601$; $p = 0,007$
IMC al ingreso	$r = 0,243$; $p = 0,317$
Edad	$r = -0,296$; $p = 0,218$
% GEC día +6	$r = 0,133$; $p = 0,587$
% GEC día +12	$r = -0,112$; $p = 0,647$
Índice PCR / albúmina mínima (IPA)	$r = 0,086$; $p = 0,736$

Tabla II.

Grado mucositis	% PP	% GEC día +6	% GEC día +12
1	5,48 \pm 2,33	59,77 \pm 30,49	81,15 \pm 34,97
2	7,94 \pm 3,72	63,08 \pm 30,41	84,40 \pm 17,55
3	5,80 \pm 2,27	65,16 \pm 15,60	80,00 \pm 19,57
	$p = 0,279$	$p = 0,947$	$p = 0,945$

P-081. Puntos de corte de variables morfofuncionales asociados a desnutrición en pacientes con cáncer colorrectal

María Teresa Zarco Martín, María Berrio Miranda, Javier García Sánchez, Carmen Yeste Doblas, María del Carmen Andreo López, María Luisa Fernández Soto

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: La desnutrición (DN) en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) que van a ser intervenidos es prevalente y se asocia a peor resultado y pronóstico clínico.

Objetivos: Discriminar, en función del sexo y de la presencia de DN, los distintos puntos de corte de las nuevas herramientas de valoración morfofuncional.

Material y métodos: Estudio observacional transversal en pacientes con CCR que acuden a la consulta de Nutrición incluidos en el protocolo ERAS desde septiembre 2021-diciembre 2022. Se realiza impedanciometría bioeléctrica vectorial (BIVA), ecografía nutricional y dinamometría.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con CCR (62 % varones, 38 % mujeres) con edad media de 68 ± 12 años. El 49 % presentaban diagnóstico de DN aplicando los criterios GLIM. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, con aumento en hombres respecto a las mujeres del AF $5,6 \pm 0,7^\circ$ frente a $5,1 \pm 0,5^\circ$ ($p < 0,05$), dinamometría 34 ± 8 frente a 20 ± 7 kg ($p < 0,001$), área recto anterior del cuádriceps (RAC) $4,2 \pm 1,5$ vs $2,7 \pm 1,1$ cm² ($p < 0,001$), eje Y del RAC $1,3 \pm 0,4$ frente a $1 \pm 0,3$ cm ($p < 0,05$) excepto en el tejido adiposo total (TAT) mediante técnica de ultrasonido que fue menor en varones que mujeres $1,1 \pm 0,5$ frente a $1,8 \pm 0,8$ cm ($p < 0,05$). Los pacientes con diagnóstico de DN mostraron puntos de corte para el AF de $5,3^\circ$ (sensibilidad: 86,7 %, especificidad: 62,1 %, área bajo la curva (AUC): 0,78), de dinamometría 26 kg (S: 80 %, E: 63 %, AUC: 0,74), área del RAC de $3,4$ cm² (S: 78,6 %, E: 70,4 %, AUC: 0,75), eje Y del RAC de $1,1$ cm (S: 77,8 %, E: 63 %, AUC: 0,73) y no discrimina para TAT (AUC < 0,5) (Figs. 1 y 2).

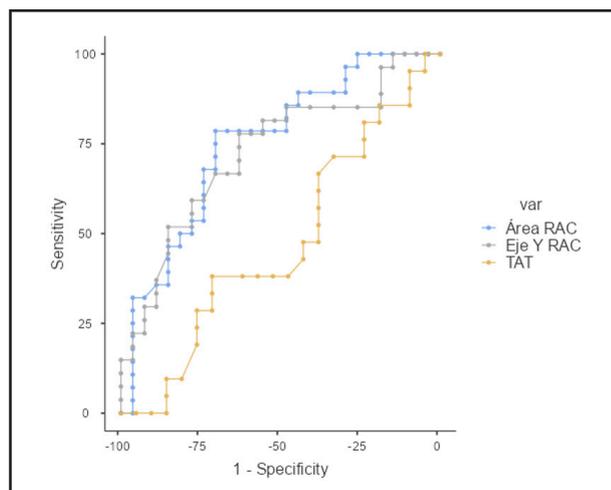


Figura 1.
Curva ROC en variables.

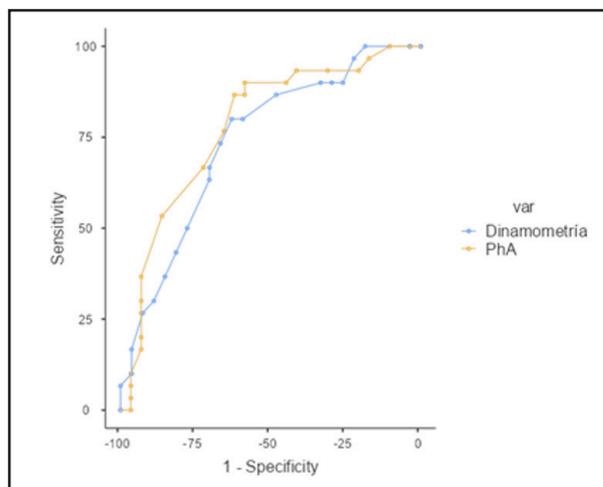


Figura 2.
Curva ROC en AF y dinamometría de ecografía nutricional.

Conclusión: En este estudio disponemos de los puntos de corte de ángulo de fase, ecografía nutricional y dinamometría relacionados con la presencia de DN en pacientes con CCR en la evaluación previa a la intervención.

P-154. Impacto de la suplementación nutricional con compuestos bioactivos en la mejora de la ingesta del paciente con cáncer: estudio Alisenoc®

Samara Palma Milla¹, Ana Villarrubia², Alfonso Vidal Casariego³, Francisco Villazón González⁴, Tomás Martín Folgueras⁵, David Primo Martín⁶, Pilar Garrancho², Uxía Rodríguez Lavandeira³, Bricia López Plaza¹, Tamara Casañas Quintana⁷, Alicia Calleja Fernández⁷, Daniel de Luis Román⁶

¹Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ⁷Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción y objetivos: La desnutrición es un problema frecuente en el paciente con cáncer que puede verse potenciada al disminuirse la ingesta y no lograr cubrirse las necesidades nutricionales del individuo. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de un suplemento nutricional oral, con ingredientes bioactivos, sobre la ingesta dietética global en pacientes ambulatorios oncológicos.

Material y método: Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego, paralelo, controlado y multicéntrico, realizado en pacientes con cáncer y desnutrición. Se administraron 2 envases al día, durante 8 semanas, de un suplemento hipercalórico (400 kcal)

Tabla I. Cumplimiento del consumo del suplemento nutricional oral

	Total	Bi1 Alisenoc®	Control	p
SNO entregados n	58,96 ± 1,75	58,77 ± 1,88	59,13 ± 1,63	0,481
SNO diario n	48,1 ± 11,43	47,63 ± 11,27	48,61 ± 12	0,808
SNO consumido %	80,87 ± 19,26	80,08 ± 18,59	81,94 ± 20,62	0,706

SNO: suplemento nutricional oral.

e hiperproteico (20 g / envase) con fibra con ingredientes bioactivos: AOVE, EPA y DHA, betaglucanos y leucina (Bi1 Alisenoc®); frente a una fórmula isocalórica e isoproteica. Se evaluó la ingesta del paciente refiriendo si comía más, lo mismo o menor cantidad respecto a la visita inicial. Además, se evaluó la adherencia a la ingesta del suplemento, midiendo el volumen de producto no ingerido en cada envase, y su tolerancia, a través de una escala dicotómica, referida por el paciente, que evaluó la presencia de náuseas, vómitos, diarrea.

Resultados: Fueron reclutados 57 pacientes y finalizaron el periodo de intervención 37 (19 en el grupo Bi1 Alisenoc® y 18 en el grupo control); el 64,9 % fueron varones, de 63,9 (10,5) años, sin diferencias por grupo de tratamiento. Las principales localizaciones del tumor fueron gastrointestinales y de pulmón. Tras la intervención nutricional, se detectó una ingesta del suplemento pautado superior al 80 % (Tabla I), realizada a media mañana y en la merienda, con adecuada tolerancia. Los pacientes que ingirieron Bi1 Alisenoc® declararon consumir más cantidad de alimentos que al inicio del estudio (30,9 %), lo que no se produjo en el grupo control ($p < 0,05$). Tras finalizar la intervención, ningún paciente presentó problemas de tolerancia de Bi1 Alisenoc®, pero sí en el grupo control (náuseas y diarrea).

Conclusión: La ingesta de un suplemento nutricional oral con ingredientes bioactivos presenta una elevada adherencia, una adecuada tolerancia y un impacto positivo incrementando la ingesta de alimentos del paciente con cáncer y desnutrición.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro principal, todos los pacientes aceptaron participar tras la firma del consentimiento informado y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-155. Evaluación de la eficacia de una dieta peptídica enriquecida en glutamina en la reducción de la diarrea asociada a la toxicidad por radioterapia en pacientes con cáncer colorrectal

Johanna C. Peña Vivas¹, Alicia Calleja Fernández², Carolina Orduz Arenas¹, Sonia Blanco Pajarón¹, Carlos Carrascal Gordillo¹, Cristina Rodríguez-Acosta Caballero¹, Ignacio Fernández Freije¹, Germán Juan Rijo¹

¹Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción y objetivos: La radioterapia en la zona abdominopélvica puede originar efectos secundarios relacionados con la toxicidad digestiva, como es la enteritis rádica. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de la suplementación con una dieta peptídica enriquecida en glutamina en el desarrollo de diarrea asociada a la toxicidad por radioterapia en pacientes con cáncer colorrectal.

Material y método: Estudio clínico, aleatorizado, abierto, realizado en riesgo de desnutrición con cáncer de recto y sometidos a tratamiento radioterápico. Los pacientes fueron aleatorizados a grupo tratamiento (dieta peptídica [Bi1 peptidic®]) o grupo control (dieta polimérica [Bi1 hp-hc®]) en proporción 1:1. Ambas dietas fueron isocalóricas e isoproteicas y se pautaron 2 envases/día, desde el inicio de la radioterapia hasta 30 días después de su finalización. Se evaluó la presencia de diarrea con la escala de Bristol, la CTCAE 5.0 y el número de deposiciones.

Resultados: Fueron reclutados 80 pacientes; el 28,8 % fueron mujeres y su media de edad fue de 67,6 (11,5) años. Se observaron diferencias favorables a la dieta peptídica a partir de la visita intermedia (Tabla I).

Tabla I.

	Inicial			Intermedia			Final			Revisión		
	Bi1 peptidic®	Bi1 hp/hc®	p	Bi1 peptidic®	Bi1 hp/hc®	p	Bi1 peptidic®	Bi1 hp/hc®	p	Bi1 peptidic®	Bi1 hp/hc®	p
Bristol	6,068 (1,10)	6,48 (1,09)	0,105	5,95 (1,06)	6,70 (0,52)	< 0,001	4,68 (1,02)	6,58 (0,68)	< 0,001	3,14 (0,80)	6,15 (0,77)	< 0,001
Número de deposiciones	8,65 (2,57)	8,80 (2,38)	0,787	7,85 (2,09)	9,03 (2,30)	0,019	5,48 (1,43)	8,83 (2,27)	< 0,001	3,15 (1,12)	7,78 (1,86)	< 0,001
Diarrea	97,5 %	97,5 %	1,000	100 %	100 %	-	72,5 %	97,5 %	0,002	5,0 %	85,0 %	< 0,001

Conclusión: La dieta peptídica enriquecida en glutamina previene el desarrollo de diarrea asociada a la toxicidad por la radioterapia, respecto a una fórmula polimérica.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro, todos los pacientes aceptaron participar tras la firma del consentimiento informado y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-156. Efectos del tratamiento oncológico sobre el estado nutricional en el paciente con cáncer gástrico

Asya Rodigari, Julia Navarro-Marroco, Pilar Hernandez Sánchez, Pilar Hernández-Sánchez, Pablo Barcina-Pérez, Desirée Victoria-Montesinos, María Teresa Mercader-Ros, Ana Serrano-Martínez, Carmen Lucas-Abellán

Universidad Católica de Murcia. Murcia

Introducción y objetivos: El cáncer gástrico (CG) presenta una de las mayores tasas de desnutrición. A nivel nutricional, el manejo resulta complejo debido a la agresividad resultante del tratamiento quimioterápico, radioterápico y cirugía resultando en un fuerte impacto sobre el estado nutricional del paciente. Por todo ello, el objetivo de la investigación fue evaluar el impacto y alteraciones provocados por los tratamientos quimioterápicos además de valorar posibles estrategias nutricionales que ayuden en prevención y mejora del estado nutricional y la calidad del paciente.

Material y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos PubMed, Scielo y Scopus, estableciendo como fecha límite el intervalo entre enero de 2012 y mayo de 2022. Los términos de búsqueda utilizados fueron: “gastric cancer”, “nutritional impact”, “cancer treatments”, “nutritional intervention” y “malnutrition”. Después de identificar los estudios mediante las bases de datos, se eliminaron los duplicados a través del gestor de referencias Mendeley (versión para Windows 10; Elsevier, Ámsterdam, Países Bajos), se leyeron los títulos y resúmenes y se identificaron aquellos artículos potencialmente relevantes para su revisión completa. Finalmente, se realizó una extracción de los datos más relevantes para la revisión.

Resultados: Los estudios demostraron que cualquier intervención antineoplásica tiene efectos adversos nutricionales (Tabla I),

empeorando el pronóstico y aumentando las comorbilidades. La cirugía gástrica asociada al tratamiento provoca malabsorción e incapacidad para lograr un balance energético positivo por lo que se necesita una terapia dietética personalizada previa y tras la intervención. La ingesta calórica suficiente se considera como el factor más importante para la rápida recuperación del paciente gastrectomizado, así como para asegurar una buena tolerancia a los tratamientos como la quimioterapia. Así, el apoyo nutricional durante la radioterapia y quimioterapia es fundamental ya que puede actuar interfiriendo con la ingestión, digestión o absorción de nutrientes.

Conclusiones: El paciente con CG es un claro caso de alto riesgo de desnutrición. El propio tratamiento provoca alteraciones digestivas que limitan la ingesta de alimentos exacerbando la anorexia y caquexia presentes. Así, la correcta identificación de los efectos adversos permite un abordaje nutricional temprano y específico que permite mejorar el estado nutricional y la calidad de vida del paciente.

P-157. El ángulo de fase como marcador de desnutrición en el paciente oncológico

Julia Navarro Marroco, Pilar Hernández Sánchez, Maite Mercader Ros, Carmen Lucas Abellán, Pablo Barcina Pérez, Ana Serrano Martínez

Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Murcia

Introducción y objetivos: El ángulo de fase es un parámetro asociado a cambios en la integridad celular y alteraciones del contenido hídrico del organismo. Conociendo el AF de los pacientes con cáncer, se pueden observar los cambios que existen en la calidad y cantidad de los tejidos blandos, el estado de la membrana celular y la hidratación (1). Por ello, el objetivo de este trabajo fue estudiar la relación del AF con otros marcadores para conocer su especificidad y sensibilidad y evaluar su eficacia e implementación como marcador de desnutrición.

Material y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos PubMed, Scielo y Scopus, estableciendo como fecha límite el intervalo entre enero de 2012 y mayo de 2022. Los términos de búsqueda utilizados fueron: “Desnutrition”, “cancer”, “phase angle”, “nutritional markers” y “cachexia”.

Tabla I. Efectos secundarios del tratamiento antineoplásico que afectan al estadio nutricional

Efecto	Tratamiento			
	Quimioterapia	Radioterapia	Bioterapia / Inmunoterapia	Cirugía
Disfagia	X	X		
Xerostomía	X	X		
Mucositis	X	X		
Cambios en el gusto	X	X		
Saciedad precoz	X			
Náuseas y vómitos	X	X	X	X
Diarrea	X	X	X	X
Estreñimiento	X	X	X	
Anorexia o pérdida de peso	X		X	

Resultados: Los estudios demuestran que AF es buen indicador de cambios en la calidad muscular, composición corporal y estado nutricional (Fig. 1), un predictor de supervivencia y un factor de riesgo de muerte (1-3). AF presenta correlaciones positivas y negativas, aumentando o disminuyendo de forma directa e indirecta según el parámetro estudiado (Tabla I).

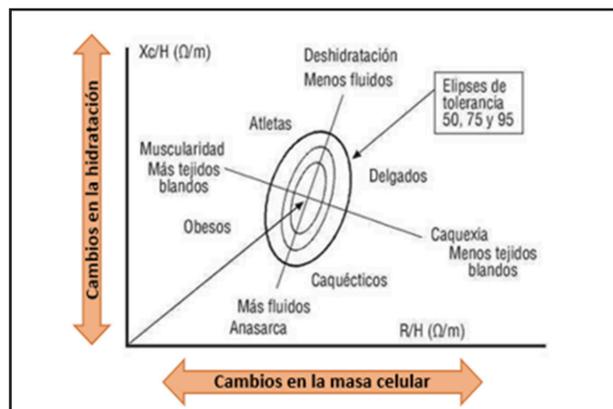


Figura 1. Cambios de la masa celular e hidratación en función del AF (2).

Tabla I. Parámetros relacionados con el AF y correlación

Parámetros relacionados con AF	Correlación
Herramientas de cribado (VGS, VGS-GP, NRS, CONUT)	+
Albúmina	+
Hemoglobina	+
Transferrina	+
Colesterol	+
IMC	+
Pérdida de peso	+
Masa muscular esquelética	+
Índice musculoesquelético	+
Índice de la función muscular	+
Recuento de linfocitos totales	+
Índice de neutrófilos leucocitos	+
Índice de pronóstico nutricional	+
Circunferencia del brazo	+
Circunferencia de la pantorrilla	+
Área muscular del brazo medio superior	+
Masa magra	+
Índice de masa libre de grasa	+
Índice de Karnofsky	+
Edad	-
PCR	-
Interleucinas 6	-
Líquido intra- y extracelular	-
Correlación:	
+: ↓/↑ Parámetro clínico y AF	
-: ↑/↓ Parámetro clínico, ↓/↑ AF	

Conclusiones: AF puede ser una herramienta complementaria eficaz al presentar fuertes correlaciones positivas con marcadores objetivos y subjetivos por lo que su implementación puede ser útil para ayudar a reducir sesgos y mejorar la sensibilidad y especificidad de la valoración nutricional del paciente oncológico. Complementar herramientas de cribado o criterios diagnósticos para la sarcopenia es una de las intervenciones que más fiabilidad han presentado. Obtener estas complementariedades ayuda a mejorar la precisión de la detección de alguna alteración del estado nutricional en las primeras etapas de la enfermedad (4-11).

Bibliografía:

- Molina Vega M, García Almeida JM, Aguilar IV, et al. Revisión sobre los fundamentos teóricoprácticos del ángulo de fase y su valor pronóstico en la práctica clínica. *Nutr Clin Med* 2017.
- Alvero-Cruz JR, Correas Gómez L, Ronconi M, Fernández Vázquez R, Porta i Manzañedo J. La bioimpedancia eléctrica como método de estimación de la composición corporal, normas prácticas de utilización. *Rev Andal Med Deport* 2011;4(4):167-74.
- Sat-Muñoz D, Martínez-Herrera BE, González-Rodríguez JA, Gutiérrez-Rodríguez LX, Trujillo-Hernández B, Quiroga-Morales LA, et al. (2022). Ángulo de fase, una piedra angular del resultado en el cáncer de cabeza y cuello. *Nutrients* 2022;14(15):3030. DOI: 10.3390/nu14153030
- Han SR, Bae JH, Lee CS, Al-Sawat A, Park SJ, Lee HJ, et al. Mediciones en serie de la composición corporal usando impedancia bioeléctrica y utilidad clínica del ángulo de fase en el cáncer colorrectal. *Nutr Clin Pract* 2022;37(1):153-66. DOI: 10.1002/ncp.10754
- León-Idougourram S, Pérez-Gómez JM, Muñoz Jiménez C, L-López F, Manzano García G, Molina Puertas MJ, et al. Morphofunctional and molecular assessment of nutritional status in head and neck cancer patients undergoing systemic treatment: Role of inflammasome in clinical nutrition. *Cancers (Basel)* 2022;14(3):494. DOI: 10.3390/cancers14030494
- Grundmann O, Yoon SL, Williams JJ. The value of bioelectrical impedance analysis and phase angle in the evaluation of malnutrition and quality of life in cancer patients--a comprehensive review. *Eur J Clin Nutr* 2015;69(12):1290-7. DOI: 10.1038/ejcn.2015.126
- Zhang X, Zhao W, Du Y, Zhang J, Zhang Y, Li W, et al. A simple assessment model based on phase angle for malnutrition and prognosis in hospitalized cancer patients. *Clin Nutr* 2022;41(6):1320-7. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.04.018
- López-Gómez JJ, Benito-Sendín Plaar K, Izaola-Jauregui O, Primo-Martín D, Gómez-Hoyos E, Torres-Torres B, et al. Muscular ultrasonography in morphofunctional assessment of patients with oncological pathology at risk of malnutrition. *Nutrients* 2022;14(8):1573. DOI: 10.3390/nu14081573
- Ji W, Liu X, Zheng K, Yang H, Cui J, Li W. Correlación del ángulo de fase con sarcopenia y su valor diagnóstico en hombres mayores con cáncer. *Nutrición* 2021;84(111110):111110. DOI: 10.1016/j.nut.2020.111110
- Norman K, Stobäus N, Pirllich M, Bösy-Westphal A. Bioelectrical phase angle and impedance vector analysis--clinical relevance and applicability of impedance parameters. *Clin Nutr* 2012;31(6):854-61. DOI: 10.1016/j.clnu.2012.05.008
- Player EL, Morris P, Thomas T, Chan WY, Vyas R, Dutton J, et al. Bioelectrical impedance analysis (BIA)-derived phase angle (PA) is a practical aid to nutritional assessment in hospital in-patients. *Clin Nutr* 2019;38(4):1700-6. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.003

P-158. Utilidad del cuestionario SARC-F para identificar pacientes oncológicos con posible sarcopenia

Mario Huelves Delgado, M.^a Ángeles Valero Zanuy, Marta Ruiz Aguado, María Irene Maiz Jiménez, Silvia Jurado Granada, Miguel León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción y objetivo: Evaluar la utilidad del cuestionario SARC-F para el cribado de sarcopenia en el paciente oncológico que recibe inmunoterapia.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal de pacientes con diferentes tipos de cáncer que inician tratamiento con inmunoterapia. Se evaluó la presencia de sarcopenia según los criterios EWGSOP2 utilizando el cuestionario SARC-F como *screening*, dinamometría para determinar la fuerza muscular, bioimpedancia eléctrica para determinar la masa muscular y velocidad de la marcha para el medir el rendimiento físico. Estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 73 pacientes. 41 (56,2 %) hombres. $64,8 \pm 12,9$ años. IMC $24,0 \pm 4,4$ kg/m². Según el cuestionario SARC-F 19 (26,0 %) presentaban riesgo de sarcopenia. Según los criterios EWGSOP2, 5 (6,8 %) tienen sarcopenia probable, 3 (4,1 %) sarcopenia confirmada y 5 (6,8 %) sarcopenia severa. De los 54 (74,0 %) de los pacientes que no presentaban riesgo de sarcopenia según el SARC-F, 9(16,6 %) tienen una fuerza muscular disminuida, 25 (46,2 %) masa muscular reducida (FFMI < 17 kg en hombres y < 15 kg en mujeres) y 20 (38,8 %) velocidad de la marcha reducida (< 0,8m/s). A pesar de tener un resultado normal del SARC-F, utilizando la definición de sarcopenia según EWGSOP2, 8 (14,8 %) tendrían sarcopenia confirmada y 5 (9,2 %) tendrían sarcopenia severa.

Conclusiones:

1. Aproximadamente un 25 % de los pacientes oncológicos que inician tratamiento con inmunoterapia presentan riesgo de sarcopenia al diagnóstico.
2. El cuestionario SARC-F en los pacientes oncológicos no permite identificar a todos los casos de sarcopenia, de ahí la necesidad de utilizar otros métodos como la sospecha clínica para cribar a estos pacientes.

Aspectos éticos: estudio aprobado por Comité de Ética con consentimiento informado y siguiendo Declaración de Helsinki.

P-159. Estudio sobre los parámetros de impedanciometría en pacientes con obesidad y artropatía

Rebeca Jiménez Sahagún^{1,2}, Juan José López Gómez^{1,2}, Katia Benito Sendín Plaar^{1,2}, Paloma Pérez López^{1,2}, Pablo Fernández Velasco^{1,2}, David Primo Martín^{1,2}, Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, Jaime González Gutiérrez^{1,2}, Beatriz Torres Torres^{1,2}, Ana Ortolá Buigues^{1,2}, Daniel A. de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición. Valladolid

Introducción y objetivos: Comparar los parámetros de impedanciometría en pacientes con obesidad y artropatía en función de la presencia de diabetes y obesidad central (OC).

Material y métodos: Estudio de una serie de casos de pacientes con obesidad y artropatía. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de impedanciometría: resistencia y reactancia (ohmios), ángulo de fase (°), agua corporal total, extracelular e intracelular (L), masa magra, grasa y muscular (kg). Se realizó un análisis estratificado en función de la historia de diabetes y de OC (perímetro de cintura > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres).

Resultados: Se incluyeron 719 pacientes, 533 (74,1 %) mujeres, edad 61 (53-68) años. El IMC fue de 39,5 kg/m² (36,5-43,7). Los pacientes padecían HTA en 523 (72,7 %), OC en 342 (47,6 %), hipertrigliceridemia en 223 (31,0 %), y diabetes en 187 (26,0 %) casos. En la impedanciometría, los valores basales fueron: resistencia 448 (403-500) ohm, reactancia 46,5 (42-53) ohm, ángulo de fase 6° (5,4°-6,7°); agua corporal total 40,1 (36,1-47,2) L, agua extracelular 18,6 (16,8-21,6) L, agua intracelular 21,5 (19,1-26,9) L; masa magra 52 (46,5-62,5) kg, masa grasa 45,6 (39,3-52,9) kg, masa muscular 33,2 (28,7-40,2) kg. Los pacientes diabéticos tenían menos resistencia (442 frente a 450 ohm; $p < 0,01$) y más agua intracelular (22,1 frente a 21,2 L; $p = 0,03$) que los no diabéticos. Los pacientes con OC, presentaron menos resistencia (435 frente a 461 ohm; $p < 0,01$); reactancia (45 frente a 48 ohm; $p < 0,01$) y masa muscular (33 frente a 33,5 kg; $p < 0,01$) y más agua corporal total (41,5 frente a 39; $p < 0,01$), extracelular (19,7 frente a 18,1 L; $p < 0,01$), intracelular (22,1 frente a 21,1 L; $p = 0,01$), masa magra (53,5 frente a 50,8 kg; $p < 0,01$) y grasa (47,8 frente a 44,2 kg; $p < 0,01$).

Conclusión: Los pacientes con obesidad y artropatía mostraron más diferencias en los parámetros de impedanciometría en función de la presencia de OC que en relación con la diabetes.

P-160. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados por COVID-19 y su relación con el estado nutricional y morfofuncional: estudio NutriECOMuscle

Clara Joaquín Ortiz¹, José Manuel García-Almeida², M. Júlia Ocon-Breton³, Alba Zabalegui⁴, Angélica Larrad Sainz⁵, Ana Sánchez Bao⁶, Antía Fernández Pombo⁷, Henry Rendón Barragán⁸, Lucía Díaz Naya⁹, Paco Botella¹⁰, Irene Bretón¹¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁴Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ⁶Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. ⁷Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña. ⁸Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ⁹Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ¹⁰Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Madrid. ¹¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción y objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes COVID-19 con ingreso en UCI y su relación con el estado nutricional, la composición corporal y la fuerza muscular.

Métodos: Subanálisis del estudio prospectivo multicéntrico NutriECOMuscle. Se incluyeron pacientes COVID-19 con ingreso en UCI ≥ 72 horas. Se evaluó al alta hospitalaria: CVRS(SF-12), estado nutricional (VGS), fuerza muscular(dinamometría) y composición corporal (BIA y ecografía).

Resultados: 95 pacientes, 72,6 % hombres, edad $58,8 \pm 8,5$ años, estancia en UCI: 16 (9,5-42) días. La mayoría de los pacientes presentó una CVRS disminuida respecto a la media

poblacional sobre todo en la dimensión física (PCS) del SF-12, pero también en la dimensión mental (MCS) (Tabla I), sin diferencias en ningún dominio entre hombres y mujeres. La dinamometría se correlacionó positivamente con la PCS en mujeres ($\rho = 0,5985$; $p = 0,0012$). En la BIA hubo correlación positiva de PCS con ángulo de fase ($\rho = 0,2431$; $p = 0,0241$), índice de masa libre de grasa (IMLG) [$\rho = 0,2327$; $p = 0,0285$], e índice de masa muscular esquelética (IMME) ($\rho = 0,2860$; $p = 0,0199$). Al considerar el género, la correlación sólo fue significativa en mujeres para IMLG ($\rho = 0,4701$; $p = 0,0258$) y IMME ($\rho = 0,5771$; $p = 0,0097$). No se observó relación entre PCS con parámetros de la ecografía nutricional ni con VGS.

Conclusiones:

1. La mayoría de pacientes con COVID-19 e ingreso en UCI presentan una CVRS disminuida al alta hospitalaria, especialmente en su dimensión física.
2. El descenso de la CVRS se relaciona con una menor fuerza muscular, menor ángulo de fase y menor masa muscular en mujeres.

P-168. Utilidad de la ecografía nutricional para la evaluación morfofuncional en el paciente con patología neurodegenerativa

Juan José López Gómez^{1,2}, Laura Almansa Ruiz², Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, David Primo Martín^{1,2}, Paloma Pérez López^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, Rebeca Jiménez Sahagún^{1,2}, Beatriz Torres Torres^{1,2}, Sara Cuenca Becerril¹, Daniel A. de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación en Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: El uso de la ecografía nutricional en la patología neurodegenerativa puede ser útil en la monitorización del tratamiento. El objetivo fue comparar la utilidad de la ecografía en la evaluación morfofuncional respecto a otras técnicas de composición y función.

Métodos: Estudio observacional transversal en pacientes con patología neurodegenerativa en la consulta de nutrición. Se determinó antropometría, bioimpedanciometría eléctrica y dinamometría. Se realizó ecografía del recto anterior del cuádriceps en la que se registraron parámetros de cantidad (índice de área muscular (cm^2/m^2) (IAMRA) y parámetros de calidad (índice X/Y [relaciona el eje X y eje Y del corte transversal]); ecointensidad

(porcentaje dentro de la escala de grises de la media de los píxeles del corte transversal [ROI] teniendo en cuenta que el 0 es negro (hipoecogénico) y el 255 es blanco [hiperecogénico]).

Resultados: Se analizaron 66 pacientes (enfermedad de motoneurona [57,6 %]). La edad media fue 61,91 (15,46) años y el índice de masa corporal fue 25,17 (5,9) kg/m^2 . El ángulo de fase fue 5,03° (1,38) y el ASMI estimado 10,31 (2,28) kg/m^2 . La dinamometría fue 16,35 (11,38) kg. El IAMRA fue 1,36 (0,53) cm^2/m^2 ; el CMRA fue 3,2 (0,62) cm/m^2 ; el X/Y fue 2,98 (0,95). La ecointensidad fue de 37,60 (8,26) %. Al realizar el análisis de correlación se observó que el ángulo de fase tiene una correlación positiva con IAMRA ($r = 0,46$; $p = 0,01$) y correlación negativa con el eje X/Y ($r = -0,48$; $p < 0,01$). El ASMI tiene una correlación positiva con el IAMRA ($r = 0,60$; $p < 0,01$) y negativa con la ecointensidad ($r = -0,32$; $p = 0,03$) y con el eje X/Y ($r = -0,48$; $p < 0,01$). La dinamometría se correlaciona de manera positiva con el IAMRA ($r = 0,51$; $p < 0,01$) y de manera negativa con la ecointensidad ($r = -0,38$; $p = 0,01$) y con el eje X/Y ($r = -0,45$; $p < 0,01$).

Conclusiones: En pacientes con patología neurodegenerativa, la ecografía muscular tiene una buena correlación tanto con parámetros de composición corporal (bioimpedanciometría) como parámetros de funcionalidad (dinamometría).

Ética: el CEIm Valladolid Oeste aprobó el estudio con código PI 22-2910, según declaración Helsinki y se firmó CI.

P-169. Correlación entre el estado nutricional y gravedad de la insuficiencia cardíaca

Regina López Guillén, Andrea Micó García, Ángela Dura de Miguel, Eva Gascó Santana, Silvia Martín Sanchis, María Argente Pla, Katherine García Malpartida, Giselle Girón Cerrato, Lorena Hernández Rienda, Ignacio Sánchez Lázaro, Juan Francisco Merino Torres

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción y objetivo: Los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) presentan alteración en la composición corporal y desnutrición debido a ingesta insuficiente de alimentos, estado inflamatorio y gasto energético aumentado, entre otras. El objetivo es describir el estado nutricional en pacientes ambulatorios con IC y relacionarlo con la gravedad de la IC.

Material y método: Se recogieron variables clínicas y antropométricas. Como cribado de desnutrición se utilizaron MNA,

Tabla I. Dimensiones física y mental SF-12

	Total	Varones	Mujeres	p
PCS*	25 (15-40)	25 (15-40)	25 (15-35)	ns
PCS < 50 p. n (%)	79 (83,2 %)	59 (85,5 %)	20 (76,9 %)	ns
PCS < 40 p. n (%)	71 (74,7 %)	51 (73,9 %)	20 (76,9 %)	ns
MCS*	40,0 ± 17,5	38,3 ± 17,6	44,4 ± 16,8	ns
MCS < 50 p. n (%)	64 (67,4 %)	48 (69,6 %)	16 (61,5 %)	ns
MCS < 40 p. n (%)	50 (52,6 %)	39 (56,5 %)	11 (42,3 %)	ns

PCS: physical scale summary score; MCS: mental scale summary score. *Media (DS) de población de referencia: 50 (10) puntos (p).

MUST, VGS y se aplicaron criterios GLIM. Se realizó bioimpedanciometría (NUTRILAB®). La gravedad de IC se definió según NYHA. Los resultados se muestran como media (DE), porcentaje y mediana (RI). Se realizó análisis estadístico (Kruskall-Wallis, χ^2) con SPSS®-25.0.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (64,4 % hombres), edad mediana 65 (RI 57-73) años con IMC mediano 26,7 (RI 23,4-29,8) kg/m². El 57,1 %, 35 % y 42,1 % estaban desnutridos según MNA, MUST, y VGS, respectivamente. El 40,3 % estaban desnutridos según GLIM, siendo grave en 19,2 %. La tabla I muestra comparación entre gravedad IC y valoración morfofuncional.

Conclusiones: La desnutrición es frecuente en la IC. Los pacientes en NYHA III/IV presentan mayor probabilidad de sarcopenia, menor capacidad funcional y peor resultado en las pruebas de composición corporal. Por ello, la valoración morfofuncional es imprescindible en la IC.

Aspectos éticos: el estudio cumple aprobación de comité ético, se firmó consentimiento informado. Se siguió la declaración de Helsinki.

P-170. Diferencias en el diagnóstico de desnutrición según los criterios GLIM utilizando diferentes parámetros en pacientes oncológicos

María Irene Maíz Jiménez, Mario Huelves Delgado, Marta Ruiz Aguado, Laura Príncipe Mellado, Noemí Jiménez López, María Ángeles Valero Zanuy, Miguel León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción y objetivos: Evaluar la utilidad de los criterios fenotípicos GLIM para el diagnóstico de desnutrición en pacientes oncológicos que reciben inmunoterapia.

Material y Método: Estudio descriptivo, observacional y transversal de pacientes con diferentes tipos de cáncer al inicio del tratamiento con inmunoterapia. Se evaluó el riesgo de desnutrición (MNA, MUST, NRS 2002 y VSG) y diagnóstico de desnutrición según criterios GLIM, realizándose bioimpedancia eléctrica

para determinar la masa muscular. Estadística descriptiva. Comparación de porcentajes. Significación $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 73 pacientes. 41 (56,2 %) hombres. Edad $64,8 \pm 12,9$ años. IMC $24,0 \pm 4,4$ kg/m². Al inicio del tratamiento tenían riesgo de desnutrición 52 (71,1 %) según MNA, 36 (49,3 %) según MUST y 5 (16,1 %) según VGS. 31 (57,5 %) tenían desnutrición según criterios GLIM. Todos los pacientes cumplían al menos un criterio etiológico. En relación al criterio fenotípico, de los pacientes con desnutrición, 18 (42,9 %) cumplían el criterio de IMC bajo, 30 (71,4 %) el criterio de pérdida de peso y 40 (95,2 %) el criterio de baja masa muscular. La disminución de la masa muscular es el criterio fenotípico más frecuente comparado con el IMC bajo ($p < 0,05$) o la pérdida de peso ($p < 0,05$).

Conclusiones:

1. Los pacientes que inician tratamiento con inmunoterapia presentan frecuentemente desnutrición.
2. El IMC es normal en más del 50 % de los pacientes al inicio del tratamiento.
3. La disminución de la masa muscular es el criterio fenotípico más frecuente, por lo que nos puede ayudar a detectar casos de desnutrición en estos pacientes.

Aspectos éticos: estudio aprobado por comité de ética, firmado consentimiento informado y la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-171. Estado nutricional de pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca

Andrea Micó García¹, Regina López Guillén¹, Eva María Gascó Santana¹, Ángela Durá de Miguel¹, Silvia Martín Sanchis¹, María Argente Pla¹, Erika Vieira Maroun¹, Lorena Hernández Rienda¹, Katherine Eloise García Malpartida¹, Ignacio Sánchez Lázaro², Juan Francisco Merino Torres¹

Servicios de ¹Endocrinología y Nutrición y ²Cardiología. Hospital Universitario i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción y objetivo: La insuficiencia cardíaca (IC) es un importante problema de salud por su elevada prevalencia,

Tabla I. Comparación entre gravedad IC y valoración morfofuncional

	NYHA I (n = 24)	NYHA II (n = 17)	NYHA III (n = 13)	NYHA IV (n = 3)	p
Ángulo fase (°)	5,5 (0,9)	5 (0,9)	4,8 (0,8)	3,6 (0,4)	0,061
Relación AEC	0,43 (0,05)	0,44 (0,06)	0,41 (0,05)	0,6 (0,04)	0,070
Grasa corporal (%)	25,4 (9,7)	28,3 (5,4)	32,5 (10,7)	43,2 (10,1)	0,052
Masa celular corporal (kg)	32,9 (8,6)	28,5 (7,2)	33 (15,2)	16,5 (0,3)	0,078
IMME (kg/m ²)	8,8 (1,6)	7,5 (1,3)	7,5 (1,2)	9 (2,6)	0,059
FFMI (kg/m ²)	18,6 (3,7)	15,8 (5,1)	17,1 (4,5)	19,2 (3)	0,460
SARC-F: baja probabilidad sarcopenia	52,2	31,8	15,9	0	0,000
Test SPPB: autónomo	28,5	12,5	1,7	0	0,000

gravedad y pobre pronóstico, dado que favorece el deterioro general del paciente. La desnutrición en IC supone un factor de mal pronóstico comprometiendo la salud del paciente pudiendo ocasionar la muerte. El objetivo fue describir el estado nutricional de los pacientes con IC.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal y unicéntrico de 54 pacientes con IC, remitidos desde Cardiología. Se recogieron parámetros clínicos y antropométricos. Se realizó bioimpedanciometría (NUTRILAB®) y dinamometría (Jamar®). Se definió desnutrición según criterios GLIM. El análisis estadístico se realizó con SPSS®. Los resultados se muestran como media (DE), mediana (RIQ) y porcentaje (%).

Resultados: Treinta y ocho eran hombres de 65 (RQI 57,7-72) años. El peso actual fue de 76,9 (17,6) kg, IMC de 27,2 (5,6) kg/m². La pérdida de peso fue de 3,6 % en 3,8 (RIQ 0-3) meses. El 56,4 % de los hombres presentó pérdida de fuerza muscular con dinamometría de 29,9 (10,6) kg, circunferencia pantorrilla (CP) de 35,7 (4,3) cm y según perímetro muscular del brazo (PMB) un 7,7 % presentó depleción proteica (DP) leve (p 25-35), un 20,5 % moderada (p 10-25), un 28,2 % severa (< p 10) y un 41 % normonutrido (> P35). El 43,8 % de las mujeres presentó pérdida de fuerza muscular con dinamometría de 8,6 (6,9) kg, CP de 33,7 (5,4) cm y según PMB un 12,5 % presentó DP leve, un 25 % DP moderada (p 10-25), un 12,5 % severa (< p 10) y un 50 % normonutrido (> P35). Se realizó bioimpedanciometría en 41 pacientes (75,9 %) alcanzando un 25 % de mujeres y un 25,6 % de hombres con sarcopenia mediante IMME y 18,8 % de mujeres y 5,1 % hombres presentó desnutrición según FFMI. El ángulo de fase fue de 4,9° en mujeres y 5,3° en hombres. Según criterios GLIM, el 37,9 % presentaba desnutrición, siendo moderada en 20,3 % y grave en 17,6 %.

Conclusión: La desnutrición y la sarcopenia son complicaciones frecuentes en IC. Una adecuada valoración morfofuncional es imprescindible y debe formar parte de la valoración integral de estos pacientes.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética del centro de trabajo. A los sujetos del estudio se les aplicó un consentimiento informado. Se siguió la Declaración de Helsinki.

P-172. Análisis de la prescripción de nutrición parenteral en pacientes oncológicos en un hospital de tercer nivel

Álvaro Morales García, Manuel David Gil Sierra, Marta González Martínez, Miguel Vázquez Real, Manuel Jerónimo López Muñoz

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

Introducción y objetivos: La desnutrición en pacientes oncológicos hospitalizados es un factor de mal pronóstico. En ocasiones, la nutrición parenteral (NP) es necesaria para un adecuado aporte calórico, de macro y micronutrientes, de vitaminas y minerales. El objetivo es revisar y analizar la prescripción de NP en estos pacientes.

Material y método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en un hospital de tercer nivel desde el 1 de enero

al 31 de diciembre de 2022. Mediante el software informático Kabisoft® de prescripción de NP se registraron los datos de prescripción de NP en pacientes oncológicos. Mediante el módulo de estación clínica de Diraya® se registraron datos demográficos (sexo, edad), diagnóstico principal y pronóstico.

Resultados: Durante este periodo, se elaboraron 446 NP para 38 pacientes (12 NP/paciente): 11 (29 %) fueron mujeres y el 27 (71 %) varones. La mediana de edad fue 66 años (26-90). Los diagnósticos más frecuentes fueron el cáncer gástrico (18 %), cáncer de esófago (18 %), cáncer colorrectal (13 %) y cáncer de lengua (3 %). Se prescribieron NP individualizadas para 10 pacientes y fórmula estándar tricameral para 28. La administración en 7 pacientes fue vía central y en 31 fue vía periférica. La duración media con NP fue 13 días. La NP individualizada tuvo una duración media de 25 días, siendo 8 en el caso de NP estándar tricameral. Se registraron 18 *exitus* por su enfermedad oncológica de base, 16 portaban NP periférica y 2 vía central. Por otra parte, 13 pacientes tuvieron NP estándar tricameral y 5 NP individualizada.

Conclusión: Nuestros pacientes oncológicos requirieron un considerable número de NP. Las neoplásicas más frecuentes fueron el cáncer de esófago y el gástrico. Las NP tricamerales fueron las más frecuentes, siendo la vía periférica la preferida. La duración media de la NP individualizada fue superior a la duración media de las NP tricamerales.

P-173. Validez del cuestionario SARC-F en pacientes con cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado

Miriam Moriana Hernández¹, Eva María Fort Crespo², Blanca Alabadí Parodiñes³, Sandra Amores Alandí³, Gema Bruixola Campos⁴, María Maroñas Martín⁵, Miguel Civera Andrés¹, José Tomás Real Collado^{1,3,6}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Facultad de Farmacia. Universidad de Valencia. Valencia. ³INCLIVA. Instituto de Investigación Sanitaria. Valencia. ⁴Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ⁵Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ⁶Departamento de Medicina. Universidad de Valencia. Valencia.

Introducción: Los pacientes con sarcopenia presentan mayor toxicidad a los tratamientos antineoplásicos. El SARC-F es una herramienta de cribado de sarcopenia de fácil integración en la práctica clínica diaria.

Objetivo: El objetivo principal fue analizar la validez del SARC-F en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC) en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Material y método: Estudio observacional transversal retrospectivo de 19 pacientes diagnosticados de CCC localmente avanzado, pendientes de iniciar tratamiento con quimiorradioterapia (QRT). Un 74 % de los sujetos eran hombres y la edad más frecuente fue entre 60 y 69 años. Las localizaciones tumorales fueron cavidad oral (52,6 %), orofaringe (15,8 %), y nasofaringe e hipofaringe (ambos con un 10,5 %). El 5,3 % restante era de laringe. A todos los pacientes se les realizó antropometría, dinamometría, bioimpedancia multifrecuencia (BIA) y el cribado SARC-F. Además, se recogieron datos clínico-dietéticos.

Resultados: Los resultados de la dinamometría mostraron que el 47,4 % tenían baja fuerza muscular, de los cuales el 37 % presentaban sarcopenia según el consenso del grupo europeo (European Working Group on Sarcopenia in Older People [EWGSOP2] publicado en el año 2019. Se observó una correlación significativa ($r = 0,54$, $p < 0,05$) entre el riesgo de sarcopenia medido por SARC-F y la fuerza medida por dinamometría. También se observó una correlación significativa entre el SARC-F y la masa muscular esquelética estimada por BIA ($r = 0,47$; $p < 0,05$).

Conclusiones: El cuestionario SARC-F es un instrumento sencillo que se puede emplear en consulta en la práctica clínica habitual para detectar sarcopenia en pacientes con CCC, ya que se hallaron correlaciones significativas con la funcionalidad muscular medida por dinamometría y la masa muscular esquelética medida por BIA.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética del centro. El consentimiento informado fue aplicado a los sujetos. Fue seguida la Declaración de Helsinki.

P-174. Sarcopenia y complicaciones asociadas en paciente hospitalizado

Ainhoa Niño González, Montserrat Casado Amigo, Pilar García Pérez, Diana Ariadel Cobo, Ana Urioste Fondo, Elena González Arnaiz, María Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La sarcopenia es una entidad caracterizada por la pérdida progresiva y generalizada de masa y fuerza muscular, con incremento del riesgo de discapacidad física, mala calidad de vida y mortalidad. La coexistencia con desnutrición supone un peor pronóstico.

Objetivos: Determinar las características y complicaciones en pacientes con desnutrición en función de la coexistencia o no de sarcopenia.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de pacientes hospitalizados valorados por enfermería de la unidad de Nutrición del CAULE desde octubre a diciembre de 2022. Se determinó la fuerza muscular mediante dinamometría (Jamar®) utilizando los puntos de corte de < 27 kg y < 16 kg para hombres y mujeres respectivamente. La masa muscular se determinó mediante circunferencia de la pantorrilla (CP) ajustada por IMC y usando los puntos de corte de < 32 cm y < 31 cm en hombres

y mujeres respectivamente. Se diagnosticó sarcopenia en aquellos pacientes con baja fuerza muscular y baja masa muscular. Se evaluó la tasa de reingresos dentro de los 30 días posteriores al alta y la mortalidad intra y extrahospitalaria.

Resultados: 50 pacientes incluidos, 70 % varones, edad media 66,5 (DE 11,1) años. El 64,3 % presentaba baja fuerza muscular, el 55,3 % baja masa muscular y el 46,2 % sarcopenia (Tabla I).

Conclusiones: En nuestra muestra los pacientes con sarcopenia presentan significativamente menor IMC y una tendencia a mayor porcentaje de pérdida de peso, mayor edad y morbimortalidad, que deberá confirmarse aumentando el tamaño muestral.

P-175. Prevalencia de sarcopenia en paciente hospitalizado

Ainhoa Niño González, Montserrat Casado Amigo, Pilar García Pérez, Diana Ariadel Cobo, Ana Urioste Fondo, Elena González Arnaiz, María Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La sarcopenia es una entidad caracterizada por la pérdida progresiva y generalizada de masa y fuerza muscular, con incremento del riesgo de discapacidad física, mala calidad de vida y mortalidad. A menudo coexiste con desnutrición, empeorando el pronóstico.

Objetivo: Determinar la prevalencia de sarcopenia en pacientes ingresados y con desnutrición.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de pacientes hospitalizados valorados por enfermería de la unidad de Nutrición del Complejo Asistencial Universitario de León desde octubre a diciembre de 2022. Se determinó la fuerza muscular mediante dinamometría (Jamar®) utilizando los puntos de corte de < 27 kg y < 16 kg para hombres y mujeres respectivamente. La masa muscular se determinó mediante circunferencia de la pantorrilla (CP) ajustada por IMC y usando los puntos de corte de < 32 cm y < 31 cm en hombres y mujeres respectivamente. Se diagnosticó sarcopenia en aquellos pacientes con baja fuerza muscular y baja masa muscular.

Resultados: 50 pacientes incluidos, 70 % varones, edad media 66,5 (DE 11,0) años, IMC medio 23,7 (DE 4,1) kg/m², porcentaje de pérdida de peso medio 7,1 (DE 7,1) %, dinamometría media 20,4 (DE 9,56) kg, CP media 30,6 (DE 3,9) cm. La estancia media hospitalaria fue de 22,2 (DE 15,28) días. El 26 % tenía tratamiento nutri-

Tabla I.

Variables	Sarcopenia (n = 18)	No sarcopenia (n = 21)	p
Estancia hospitalaria (días)	23,1 (DE 19,6)	24,5 (DE 12,6)	0,787
Edad (años)	69,8 (DE 11,7)	63,9 (DE 9,0)	0,082
IMC (kg/m ²)	21,6 (DE 3,9)	24,9 (DE 3,0)	0,006
PPP (%)	8,9 (DE 8,4)	5,0 (DE 6,0)	0,126
Morbimortalidad (%)	33,3 %	19,0 %	0,308

cional previo al ingreso. El 14 % de los pacientes reingresaron dentro de los 30 días siguientes al alta y el 12 % fallecieron durante el ingreso. El 64,3 % presentaba baja fuerza muscular, el 55,3 % baja masa muscular y el 46,2 % sarcopenia.

Conclusión: En nuestra muestra la prevalencia de baja masa/ fuerza muscular y sarcopenia es elevada.

P-176. El agua intracelular como predictor de mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica

Ángel Nogueira Perez¹, Graciela Álvarez García¹, Mar Ruperto López², Guillermina Barril Cuadrado¹

¹Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ²Universidad San Pablo CEU. Madrid

Introducción: Las alteraciones del agua intracelular (AIC) son frecuentes en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). El objetivo del estudio fue evaluar el patrón de hidratación y el AIC como factor predictivo de mortalidad en ERCA.

Método: Estudio observacional transversal en 225 pacientes ERCA. Análisis del patrón de hidratación y de composición corporal mediante bioimpedancia eléctrica (BIA-101-Akern). Valoración funcional mediante dinamometría y el test Short Physical Performance Battery (SPPB). Clasificación según la edad en 4 grupos (Gn): G1: < 65 años; G2: 65-74 años; G3: 75-84 años y G4: ≥ 85 años. Los puntos de corte se evaluaron mediante el área bajo la curva (ABC) con curvas COR y la supervivencia por Kaplan-Meier estratificando el % AIC en 3 grupos: < 40,57 %; 40,57-44,26 % y > 44,26 %.

Resultados: En los 225 pacientes, el agua corporal total (% ACT) fue $53,31 \pm 7,39$ y agua intracelular (% AIC) de

$42,65 \pm 7,09$. Según la edad, se encontraron diferencias significativas con % AIC (< 65 años frente a otros grupos de edad; $p < 0,001$), no observándose con % ACT (Tabla I). Solo el % AIC (punto de corte: 40,8 %; sensibilidad: 71 %; especificidad: 50 %) mostró un ABC de 0,623 (IC 95 %: 0,535-0,710; $p = 0,008$). El 22,2 % ($n = 50$) fallecieron. Se encontraron diferencias significativas con % AIC, ángulo de fase (AF) e índice de masa celular (BCMI) entre supervivientes y no supervivientes (al menos, $p < 0,01$). La valoración funcional mostró menores valores de masa muscular apendicular (MM-apendicular), índice de masa muscular apendicular (IMM-apendicular), fuerza de prensión manual y test SPBB en no supervivientes (al menos, $p < 0,05$). El % AIC < 40,57 % era un predictor de mortalidad.

Conclusiones: Además de conocer el estado de hidratación a través del % ACT, es necesario conocer la distribución, estudiando el % AIC. Se observaron menores valores de % AIC, MM apendicular, IMM apendicular, AF, BCMI, fuerza muscular, y test SPPB en no supervivientes. El % AIC < 40,57 % era un predictor de mortalidad.

P-177. ¿Podría la metabolómica evitar la curva de glucemia anual para cribado de diabetes en personas con fibrosis quística?

Gabriel Oliveira Fuster¹, Jessica Álvarez², Nuria Porras¹, María García Olivares¹, María Victoria Girón¹, Ignacio Ruiz García¹, Casilda Oliveira¹, Joshua Chandler², Thomas Ziegler², Jonathan Batross², Dean Jones², Eva García Escobar¹

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, España. ²Emory University School of Medicine. Atlanta, Estados Unidos

Tabla I. Resultados

Variables	Grupos de edad				
	< 65 años	65-74 años	75-84 años	≥ 85 años	
ACT (%)	53,39 ± 8,00	53,37 ± 7,01	53,35 ± 7,44	52,74 ± 6,77	
AIC (%)	46,45 ± 6,54	43,02 ± 6,15	40,28 ± 6,88	38,99 ± 6,87	
	No supervivientes n = 50		Supervivientes n = 175		p
ACT (%)	53,90 ± 8,68		53,15 ± 7,00		
AIC (%)	40,19 ± 7,20		43,36 ± 6,29		0,005
AF (°)	3,81 ± 0,96		4,35 ± 1,10		0,002
Masa magra (%)	68,55 ± 10,51		68,83 ± 8,59		ns
MM (%)	32,08 ± 9,02		32,99 ± 7,32		ns
BCMI (kg/m ²)	7,18 ± 2,00		8,11 ± 1,97		0,004
IMM (kg/m ²)	8,45 ± 2,13		8,96 ± 1,98		ns
MM apendicular (kg)	17,14 ± 4,28		19,55 ± 4,74		0,001
IMM apendicular (kg/m ²)	6,60 ± 1,34		7,08 ± 1,22		0,004
IM magra (kg/m ²)	18,15 ± 2,52		18,75 ± 2,29		ns
Fuerza prensión manual (kg)	20,56 ± 7,77		28,12 ± 10,71		< 0,001
SPPB (puntos)	6,80 ± 2,24		8,99 ± 2,77		< 0,001

Introducción: Los consensos de atención a las personas con fibrosis quística (FQ) recomiendan la realización de una curva de glucemia anual para despistaje de la diabetes relacionada con la FQ (DRFQ). No obstante, es una prueba engorrosa poco reproducible y la HbA1c tampoco es útil en esta población.

Objetivos: Valorar si existe una huella metabólica en pacientes con DRFQ que podría diferenciarlos respecto a los que tienen prediabetes o un metabolismo de la glucemia normal (MGN).

Material y métodos: Se obtuvieron muestras de plasma de pacientes con FQ aprovechando la extracción para su estudio anual en situación de estabilidad. Se realizó espectrometría de masas de cromatografía líquida (cromatógrafo C18 con ionización por electropulverización (IEP) negativa y cromatógrafo HILIC con IEP positiva). Se realizó un análisis estadístico de alto rendimiento discriminante de mínimos cuadrados parciales. Una vez detectadas las diferencias significativas utilizamos programas de análisis de las vías metabólicas que pueden verse afectadas.

Resultados: Se estudiaron 25 pacientes con MGN, 7 con prediabetes y 14 con CFTR. Edad media 31 ± 8 años; 45,7 % hombres; FEV1 % $58,5 \pm 22,5$; reagudizaciones anuales $2,33 \pm 1,8$. No hubo diferencias en edad, sexo o IMC entre grupos. Con C18 se detectaron 8.260 metabolitos de los cuales 9 alcanzaron significación estadística entre los grupos. Para HILIC se detectaron 10.109 metabolitos de los que 26 alcanzaron significación. Las vías metabólicas más afectadas fueron el metabolismo de carnitina, vitamina A, ácidos biliares, pentosa, fosfato, fructosa, manosa, galactosa, leucotrienos, purinas, pirimidinas, cafeína, síntesis de esteroides c21 y relacionadas con la glucolisis y la gluconeogénesis.

Conclusiones: Hemos observado una huella metabólica plasmática que podría diferenciar pacientes con CRFQ respecto a metabolismo normal y prediabetes. Futuros estudios podrían confirmar si la selección de algunos de ellos en un análisis simple puede reemplazar la realización de la sobrecarga glucémica anual.

Aspectos éticos: este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación provincial de Málaga. Se siguieron los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado para participar en el estudio.

P-178. Impacto de un programa de educación nutricional en la calidad de vida y el estado morfofuncional en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. Datos preliminares del ensayo clínico aleatorizado ERCANUT

Marina Padial Barranco^{1,2}, Ana Rebollo Rubio¹, Laura Fuentes Sánchez¹, Tamara Jiménez Salcedo¹, Gabriel Oliveira Fuster^{1,2}

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²IBIMA. Universidad de Málaga. Málaga

Introducción: El estado nutricional tiene una enorme importancia en la progresión de la ERC y en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Evaluar los cambios a los 3 meses en la calidad de vida y el estado morfofuncional en pacientes con ERCA tras una intervención nutricional.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado con grupo control (seguimiento habitual) y grupo intervención (dieta + talleres de coaching nutricional) de pacientes incidentes en la consulta ERCA. Se recogen datos basales y a los 3 meses de calidad de vida (KDQOL-36), antropometría, dinamometría y funcionalidad (IPAQ y SPPB).

Resultados: Se reclutaron 29 sujetos en grupo control y 29 en el grupo de intervención. No hubo diferencias basales entre grupos. A los tres meses, en el grupo de intervención se observó una reducción estadísticamente significativa del peso ($82,5 \pm 16,03$ kg frente a $80,0 \pm 15,81$ kg), IMC ($28,8 \pm 4,63$ frente a $27,8 \pm 4,59$), perímetro braquial ($29 \pm 3,78$ cm frente a $27,7 \pm 3,40$ cm), pliegue tricípital ($16,4 \pm 9,51$ mm frente a $14,7 \pm 8,73$ mm) y masa grasa ($26,2 \pm 8,7$ kg frente a $24,3 \pm 8,11$ kg), sin cambios en la masa magra. La puntuación del test SPPB ($9,93 \pm 3,01$ frente a $10,79 \pm 2,18$) y del IPAQ ($1512,5 \pm 3038,56$ frente a $1849,39 \pm 2925,06$) se elevaron significativamente. La calidad de vida aumentó significativamente en las dimensiones: efectos de la enfermedad ($70,0 \pm 18,8$ frente a $77,3 \pm 17,63$), sobrecarga ($51,2 \pm 19,84$ frente a $60,2 \pm 26,30$), dimensión física ($39,8 \pm 10,03$ frente a $43,8 \pm 10,17$) y mental ($45,7 \pm 9,68$ frente a $50,0 \pm 10,63$). En el grupo control hubo diferencias significativas en peso ($76,4 \pm 15,55$ kg frente a $74,4 \pm 15,05$ kg), perímetro braquial ($28,1 \pm 3,26$ cm frente a $27,6 \pm 2,77$ cm), pliegue tricípital ($14,9 \pm 7,43$ mm frente a $14,1 \pm 6,97$ mm) y masa grasa ($23,8 \pm 7,67$ kg frente a $22,5 \pm 7,15$ kg), pero no en la funcionalidad ni en la calidad de vida.

Conclusiones: La implantación de un programa de educación nutricional parece mejorar la calidad de vida y el estado morfofuncional de pacientes con ERCA.

Aspectos éticos: aprobación del Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga, cumplimiento con la Declaración de Helsinki y obtención de consentimiento informado de los sujetos participantes.

P-179. Papel pronóstico de la valoración morfofuncional en pacientes con tumor de cabeza y cuello sometidos a radioterapia

Inmaculada Prior Sánchez, Macarena Moreno Martínez, María de Damas Medina, Jesús Cobo Molinos, Roberto Carlos Romo Remigio, María José Martínez Ramírez

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es un factor constante en los pacientes con tumor de CyC que implica un peor pronóstico.

Objetivo: Explorar la utilidad de las nuevas técnicas de valoración morfofuncional en los pacientes con tumor de CyC.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de tumor de cabeza y cuello

presentados en el comité oncológico multidisciplinar que fueran a recibir RT. La fecha de reclutamiento se inició en abril del 2021 hasta mayo 2022. Se excluyeron los pacientes que no fueran a recibir RT. Se recogieron parámetros antropométricos, y analíticos clásicos, y se incluyeron nuevas técnicas de valoración morfofuncional: bioimpedancia eléctrica (BIA), ecografía nutricional (EN), dinamometría (DIN) o funcionalidad (TUG). El análisis estadístico descriptivo se realizó con SPSS v.15.0.

Resultados: 65 pacientes fueron incluidos. La edad media fue de $62,88 \pm 10,58$ años (76,9 % hombres). Los subtipos más frecuentes fueron: y orofaringe y cavidad oral (38,5 %) laringe e hipofaringe (36,9 %). La gran mayoría presentaba un estadio local avanzado (T3: 23,1 % y T4: 47,7 %), recibiendo en 48 casos (73,8 %) quimioterapia adyuvante. Todos recibieron RT adyuvante (de 5 a 63 sesiones, 1,8-2 Gy por sesión). Atendiendo a los criterios los nuevos criterios GLIM, el porcentaje de desnutrición fue 69,2 % ($n = 45$). El porcentaje de exitus fue 26,2 % (media de seguimiento hasta el *exitus*: $7,18 \pm 4,8$ meses). 30 pacientes presentaron progresión de la enfermedad, mientras que un 53,8 % ($n = 35$) pueden considerarse libres de enfermedad. Con respecto a la BIA: El ángulo de fase (AF), la masa celular activa (BCM), la masa muscular apendicular (ASMM), la masa libre de grasa (FFM) y el metabolismo basal, fueron estadísticamente significativos como factores asociados al *exitus*. Los pacientes con un AF menor ($5,38 \pm 0,86^\circ$

frente a $4,51 \pm 0,65^\circ$) presentaron un mayor porcentaje de exitus: diferencia de medias 087, IC 95 % (041-133), $p < 0,001$. En lo relativo a la ecografía del recto anterior (RA), tanto el eje anteroposterior como el área fueron factores pronósticos de exitus, objetivándose una asociación inversa: $1,13 \pm 0,35$ frente a $0,90 \pm 0,24$ cm en los pacientes con exitus, $p = 0,014$; $3,57 \pm 1,41$ frente a $2,8 \pm 0,91$ cm, $p = 0,042$, respectivamente. Los valores de fuerza prensil (*exitus* no: 32,42 frente a *exitus* sí: 23,61, $p < 0,001$), y la duración del test *get up and go* (*exitus* no: 8,02 us *exitus* sí: 11,83, $p = 0,002$) también se asociaron estadísticamente con el *exitus*. Con respecto a los parámetros clásicos objetivamos una asociación, con el porcentaje de pérdida de peso ($p = 0,001$), el colesterol total ($p = 0,032$), la albúmina ($p = 0,002$), la prealbumina ($p = 0,025$) y la PCR ($p = 0,017$). El 100 % de los pacientes con *exitus* cumplían criterios GLIM de DRE ($p = 0,001$ (Tabla I).

Conclusiones: Las nuevas técnicas de valoración morfofuncional pueden ser empleadas como herramientas pronósticas en los pacientes con tumor de CyC que vayan a recibir RT permitiendo seleccionar precozmente los pacientes de mayor riesgo.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Complejo Hospitalario de Jaén y se entregó un consentimiento informado a los sujetos del estudio y se siguieron las directrices de la Declaración de Helsinki.

Tabla I.

		AF	p	AF estandarizado	p	ASMI	p	FFMI	p
Edad		$\beta = -0,025$	ns	$\beta = 0,011$	ns	$\beta = -0,008$	ns	$\beta = 0,019$	ns
Sexo	M	$3,9 \pm 0,8$	0,02*	$-1,54 \pm 1,32$	ns	$5,56 \pm 0,91$	0,002	$15,98 \pm 1,73$	ns
	V			$-1,18 \pm 0,71$		$6,55 \pm 0,61$		$16,43 \pm 3,21$	
IMC		$\beta = 0,042$	ns	$\beta = 0,113$	ns	$\beta = 0,092$	0,046	$\beta = 0,317$	0,009
Pérdida de peso (%)		$\beta = -0,028$	ns	$\beta = -0,004$	ns	$\beta = -0,022$	ns	$\beta = -0,044$	ns
Desnutrición GLIM	No	$4,86 \pm 1,37$	ns	$-1,32 \pm 2,2$	ns	$6,13 \pm 1,06$	ns	$16,89 \pm 1,93$	ns
	Moderada	$4,34 \pm 0,92$		$-1,24 \pm 0,75$		$6,34 \pm 0,91$		$16,82 \pm 1,44$	
	Severa	$4,06 \pm 0,9$		$-1,49 \pm 0,67$		$5,73 \pm 0,85$		$15,43 \pm 3,16$	
Localización	Esofagagástrico	$4,29 \pm 1,2$	ns	$-1,53 \pm 1,43$	ns	$6,06 \pm 0,8$	ns	$16,17 \pm 2,07$	ns
	Colon	$4,85 \pm 1,27$		$-1,27 \pm 0,64$		$6,65 \pm 1,09$		$18,04 \pm 1,3$	
	Pancreatobiliar	$4 \pm 0,58$		$-1,42 \pm 0,86$		$5,41 \pm 0,78$		$15,39 \pm 1,44$	
	Otros	$4,32 \pm 0,67$		$-0,95 \pm 0,47$		$6,31 \pm 1,08$		$15,8 \pm 5,14$	
Estadio	I/II	$4,25 \pm 1,16$	ns	$-1,48 \pm 1,58$	ns	$5,77 \pm 0,98$	ns	$15,5 \pm 3,07$	ns
	III	$4,96 \pm 0,91$		$-1,2 \pm 0,29$		$6,07 \pm 1,07$		$17,07 \pm 1,64$	
	IV	$4,08 \pm 0,9$		$-1,42 \pm 0,9$		$6,19 \pm 0,89$		$16,16 \pm 2,24$	
Quimioterapia	No	$4,4 \pm 1,3$	ns	$-1,23 \pm 1,11$	ns	$6,05 \pm 1,12$	ns	$16,51 \pm 2,29$	ns
	Si	$4,24 \pm 0,93$		$-1,44 \pm 1,12$		$6,04 \pm 0,89$		$16,47 \pm 1,92$	
Radioterapia	No	$4,24 \pm 1,02$	ns	$-1,38 \pm 1,14$	ns	$6,12 \pm 0,92$	ns	$16,78 \pm 1,73$	0,02
	Si	$4,63 \pm 1,11$		$-1,5 \pm 0,14$		$5,42 \pm 0,91$		$14,09 \pm 2,56$	
Duración del tratamiento oncológico		$\beta = -0,057$	ns	$\beta = -0,047$	ns	$\beta = -0,073$	ns	$\beta = -0,096$	ns

ns = no significativo.

P-180. Bioimpedanciometría en la valoración morfofuncional del paciente oncológico

Sime Rogic Valencia, Rosa María García Moreno, Gonzalo Miñón Sánchez, Mary Gaby Llaro Casas, Laura Mola Reyes, Isabella Mantellini Gonzáles, Samara Palma Milla

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción y objetivos: Estudiar qué factores en el paciente oncológico pueden influir en la masa muscular y ángulo de fase (AF) recogidos a partir de bioimpedanciometría eléctrica.

Material y método: Estudio transversal en pacientes oncológicos en los que se realizó bioimpedanciometría en la unidad de nutrición del Hospital Universitario la Paz. Análisis estadístico mediante regresión lineal.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, con media de edad $67,86 \pm 12,48$ años. Los resultados de la biopedanciometría (media \pm DE) fueron: AF $4,30 \pm 1,00^\circ$, AF estandarizado $-1,37 \pm 1,08$, índice de masa muscular esquelética apendicular (ASMI) $6,02 \pm 0,92$ kg/m², índice de masa libre de grasa (FFMI) $16,19 \pm 2,49$ kg/m². No se encontró diferencias significativas en cuanto a edad, pérdida de peso, localización del tumor, estadio, desnutrición según criterios GLIM, quimioterapia, tratamiento activo en el momento de la evaluación o duración del tratamiento oncológico. Los varones presentaban mayor AF ($3,9 \pm 0,8$ frente a $4,77 \pm 1,04$, $p < 0,05$) y ASMI ($6,55 \pm 0,61$ frente a $5,56 \pm 0,91$, $p < 0,05$). El IMC se relacionó con mayor ASMI ($\beta = 0,092$, $p < 0,05$) y FFMI ($\beta = 0,317$, $p < 0,05$). Haber recibido radioterapia se asoció a un menor FFMI ($14,09 \pm 2,56$ frente a $16,78 \pm 1,73$).

Conclusiones: El sexo masculino fue la única característica que se asoció significativamente a mayor AF, si bien esta diferencia desaparece al analizar el AF estandarizado. El IMC mostró una correlación directa con la masa muscular valorada mediante

ASMI y FFMI. La radioterapia fue el único factor oncológico que se asoció a disminución de masa muscular valorada mediante el parámetro FFMI, sin embargo, su efecto sobre el ASMI no fue significativo. Son necesarios estudios de mayor tamaño muestral para identificar adecuadamente los factores que afectan a la composición corporal en los pacientes oncológicos (Tabla I).

P-181. Evolución del estado nutricional en pacientes oncológicos tratados con inmunoterapia

Marta Ruiz Aguado, María Irene Maíz Jiménez, M.ª Ángeles Valero Zanuy, Mario Huelves Delgado, Raquel de Diego Muñoz, Miguel León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción y objetivo: Evaluar la presencia de desnutrición y cambios en la composición corporal en el paciente oncológico que recibe inmunoterapia y su evolución a los 3 meses.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo de pacientes con diferentes tipos de cáncer sometidos a inmunoterapia. Se evaluó el riesgo de desnutrición (VGS, NRS 2002 y MUST), desnutrición según criterios GLIM, ángulo de fase mediante bioimpedancia y fuerza muscular mediante dinamometría al inicio del tratamiento y a los 3 meses (3 m). Estadística descriptiva. Comparación de medias para muestras dependientes. Significación $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 73 pacientes. 41 (56,2 %) hombres. $64,8 \pm 12,9$ años. IMC $24,0 \pm 4,4$ % kg/m². La localización tumoral más frecuente fue pulmón 30 (41,1 %) seguido de renal 11 (15,1 %). 32 (43,8 %) al diagnóstico y 22 (30,1 %) a los 3 m presentaban desnutrición según criterios GLIM. La evolución de los diferentes parámetros nutricionales y de composición corporal se señala en la tabla. 73 (100 %) recibieron recomendaciones nutricionales y 33 (45,2 %) requirieron suplementos nutricionales orales (Tabla I).

Tabla I.

	Basal	3 meses	p
IMC (kg/m ²)	24,0 \pm 4,4	20,7 \pm 9,2	$p < 0,05$
Dinamometría (kg)	25,7 \pm 8,5	20,4 \pm 15,0	$p < 0,05$
AF	4,3 \pm 1,1	3,5 \pm 2,2	$p < 0,05$
BCM (kg)	20,5 \pm 6,7	22,4 \pm 6,7	$p < 0,05$
BCMI (kg/ m ²)	7,5 \pm 2,1	8,0 \pm 2,0	$p < 0,05$
ASMM (kg)	17,6 \pm 4,2	13,8 \pm 8,7	$p < 0,05$
ASMMI (kg/ m ²)	6,3 \pm 1,1	6,3 \pm 1,4	ns
FFM (kg)	47,7 \pm 8,7	48,8 \pm 8,7	$p < 0,05$
FFMI (kg/m ²)	17,2 \pm 2,4	17,5 \pm 2,2	$p < 0,05$
FMI (kg/m ²)	6,6 \pm 3,1	6,6 \pm 3,5	ns
SMM (kg)	22,9 \pm 6,0	23,1 \pm 6,5	ns
SMI (kg/m ²)	8,0 \pm 1,6	8,2 \pm 1,7	ns
TBW (kg)	36,3 \pm 7	26,3 \pm 17,9	$p < 0,05$
ECW (kg)	20,1 \pm 4,6	14,1 \pm 9,8	$p < 0,05$

Conclusiones:

1. Los pacientes que reciben tratamiento con inmunoterapia presentan frecuentemente desnutrición.
2. Durante el tratamiento presentan deterioro del IMC, fuerza muscular y ángulo de fase, a pesar de ello presentan mejoría de la masa muscular, BCM y masa libre de grasa.
3. Los métodos de composición corporal suponen una ayuda para determinar el estado nutricional.

Aspectos éticos: estudio aprobado por comité de ético, con consentimiento informado y siguiendo declaración de Helsinki.

P-182. Evaluación de la disgeusia, estado nutricional y calidad de vida en pacientes con cáncer de colon que reciben quimioterapia adyuvante

Ignacio Ruiz García¹, Nuria Porras Pérez¹, Francisco José Sánchez Torralvo¹, Julia Alcaide García², Gabriel Olveira Fuster¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición y ²Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: Los pacientes que reciben quimioterapia pueden experimentar alteraciones en percepción del gusto, que se han asociado a desnutrición y empeoramiento en calidad de vida.

Objetivos: Estudiar, en pacientes con cáncer de colon que reciben quimioterapia adyuvante, la presencia de disgeusia (objetivo primario), desnutrición y afectación de calidad de vida (objetivos secundarios).

Metodología: Estudio transversal realizado en Hospital Regional de Málaga. Iniciado en julio 2021. Pendiente de completar reclutamiento. Se incluyeron personas con neoplasia de colon estadio II-III que recibían quimioterapia adyuvante con oxaliplatino desde hacía 3-6 meses. Se evaluó disgeusia con "Chemotherapy induced Taste Alteration Scale" (CiTAS), que incluye subescalas: hipogeusia, molestias, fantogeusia y parageusia, y alteraciones del sabor generales. Cada subescala puntuada de 1 (nada alterado) a 5 (totalmente alterado); estado nutricional con criterios GLIM (sarcopenia determinada según perímetro de pantorrilla); calidad de vida con EORTC QLQ-C30, comprendido por subescalas con puntuación máxima de 100 cada una.

Resultados: Reclutados hasta ahora 15 pacientes: 7 hombres, IMC (media \pm desviación estándar) $29,4 \pm 5,39$ kg/m², porcentaje perdido de peso últimos 6 meses $6,37 \pm 3,08$, circunferencia pantorrilla $38,4 \pm 3,55$ cm. Resultado en CiTAS: hipogeusia $1,2 \pm 0,43$, molestias $1,38 \pm 0,57$, fantogeusia y parageusia $1,48 \pm 0,99$, alteraciones generales del sabor $1,38 \pm 0,59$. 8 pacientes desnutrición moderada y 3 grave. Resultado EORTC QLQ-C30: estatus de salud global $73,3 \pm 20,5$, funcionamiento físico $82,7 \pm 16,5$, funcionamiento emocional $73,9 \pm 27,3$, funcionamiento social $77,8 \pm 23,3$. La alteración general del sabor se correlacionó con fun-

cionamiento físico (Rho Spearman, valor p): $-0,71$, $0,002$; y tuvo indicios de significación con estatus de salud: $-0,54$, $0,058$; y con funcionamiento social: $-0,53$, $0,06$.

Conclusiones: Los pacientes con cáncer de colon que reciben quimioterapia con oxaliplatino tienen alteraciones leves en percepción del gusto, elevada prevalencia de desnutrición y moderada afectación en calidad de vida.

P-183. Intervención nutricional en el paciente oncológico de alto riesgo nutricional

Esther Tortosa Caparrós, Rosario Rubiato Aragón, María Sol Talaya Alarcón, José Alfonso Cruz Conde, Margarita Casado Jiménez, Laura Zaragoza Cocedero, Sara Carroceda González, Alexandra Elena Stoica Rosciupchin, María Teresa Murillo González

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción y objetivos: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es muy habitual en pacientes oncológicos. La etiología de la desnutrición es multifactorial y puede deberse al propio proceso tumoral y su localización, al tratamiento recibido o a las características y situación clínica previa de cada paciente. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de estos factores y su repercusión clínica y analítica en pacientes clasificados como alto riesgo nutricional en el servicio de oncología radioterápica, así como comprobar el beneficio de una intervención nutricional dirigida.

Métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo. Los pacientes fueron clasificados según el riesgo nutricional en función de la localización del tumor en riesgo alto, medio o bajo. Los pacientes de alto riesgo nutricional fueron cribados (VGS-GP) y evaluados antes del inicio del tratamiento, durante el tratamiento, al finalizar el mismo y a los 3 meses de la finalización del tratamiento, recogiendo datos clínicos, analíticos y antropométricos.

Resultados: Del total de los pacientes (918), 629 cumplieron criterios de inclusión, de los cuales 89 fueron clasificados con alto riesgo nutricional. De ese total, 68 pacientes fueron tumores de cabeza y cuello, 12 ginecológicos (cérvix) y 6 digestivos. Tras la intervención nutricional realizada, en la que se incluyó recomendaciones dietéticas enfocadas a paliar la sintomatología asociada al tratamiento, en los pacientes de alto riesgo se observó que la pérdida de peso y la disminución del perímetro braquial se mantenía a los 3 meses, pero se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mejoría en los parámetros analíticos (albumina, *linfocitos* y colesterol) (Tabla I; Fig. 1).

Conclusiones: La intervención nutricional precoz en pacientes con cáncer pretende minimizar o prevenir la pérdida de peso que acompaña a la enfermedad, así como reducir las complicaciones clínicas derivadas del proceso oncológico y de su tratamiento.

Tabla I.

		n	Media	Desviación	p
Par 1	Peso	29	65,731	17,28	0,019
	Peso 3 meses pos	29	63,148	14,89	
Par 2	Perímetro del brazo	27	26,241	3,38	0,002
	Perímetro del brazo 3 meses pos	27	25,111	3,37	
Par 3	Perímetro de la pantorrilla	26	33,827	3,44	0,032
	Perímetro de la pantorrilla 3 meses pos	26	33,135	3,28	
Par 4	Albúmina	22	3,890	,614	0,023
	Albúmina 3 meses pos	22	4,127	,495	
Par 5	Linfocitos	23	11,617	,693	0,818
	Linfocitos 3 meses pos	23	11,943	,558	
Par 6	Colesterol	28	176,22	35,63	0,010
	Colesterol 3 meses pos	28	192,56	36,72	

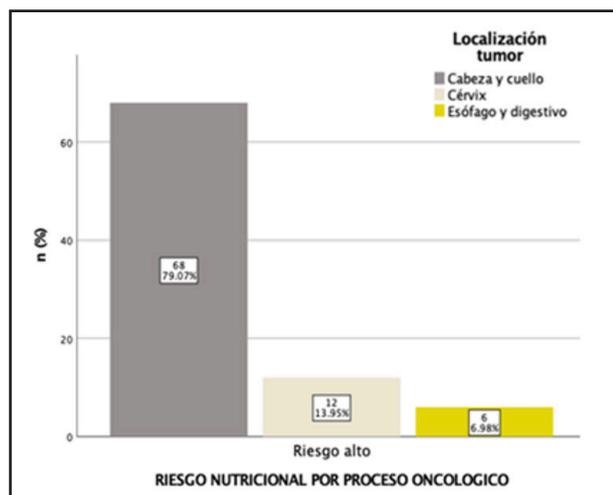


Figura 1.

P-193. Nutrición en el paciente oncológico: cribado y detección precoz de la malnutrición

Esther Tortosa Caparrós, Rosario Rubiato Aragón, María Sol Talaya Alarcón, José Alfonso Cruz Conde, Margarita Casado Jiménez, Laura Zaragoza Cocedero, Sara Carroceda González, Alexandra Elena Stoica Rosciupchin, María Teresa Murillo González

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción y objetivos: La desnutrición es una entidad altamente prevalente en el paciente oncológico, que influye en el pronóstico y calidad de vida del paciente. El objetivo de este estudio fue realizar una detección precoz de desnutrición en paciente oncológico en función del riesgo nutricional según localización del tumor. A su vez, se pretende administrar un plan de tratamiento nutricional individualizado para reducir la pérdida de peso relacionada con la enfermedad, mejorando así el estado nutricional, la calidad de vida y la supervivencia del paciente.

Métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se realizó un cribado nutricional a todos los pacientes subsidiarios de recibir tratamiento con radioterapia, con intención radical, durante un año. A los pacientes en riesgo de desnutrición se les realizó una valoración nutricional detallada mediante historia dietética, recuerdo de alimentos de 24 horas, valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP), así como variables antropométricas y analíticas (Fig. 1).

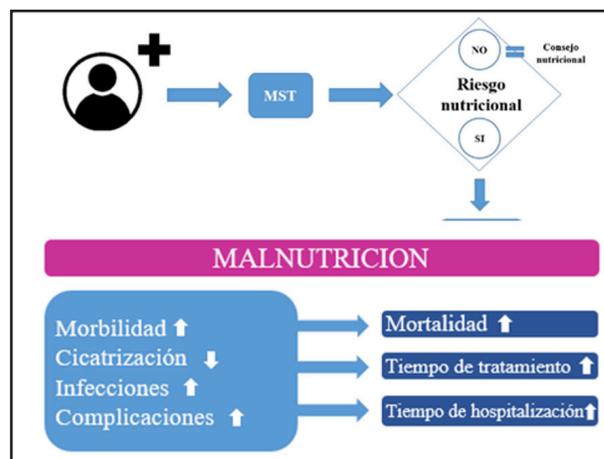


Figura 1.

Resultados: Se valoraron un total de 918 pacientes, de los que se excluyeron 289 por recibir tratamiento paliativo o no tener indicación de tratamiento. Finalmente se analizaron 629 pacientes, que según la localización del tumor se dividieron en tres grupos: 89 con riesgo nutricional alto (14 %), 384 en riesgo medio (61 %) y 158 en riesgo bajo (25 %). Los planes de atención nutricional se adaptaron al riesgo nutricional del paciente, con reevaluaciones periódicas. Tanto los síntomas analizados como los datos antropométricos y analíticos resultaron estadísticamente significativos en pacientes de alto y medio riesgo.

Conclusiones: La prevalencia de la desnutrición en los pacientes con cáncer evaluados en nuestra consulta es elevada, coincidiendo con resultados de estudios previos. La detección activa de los pacientes desnutridos y su abordaje nutricional ayudaría a reducir la morbi-mortalidad y disminuiría las complicaciones y las interrupciones durante el tratamiento del cáncer.

P-195. Impacto de un programa de intervención nutricional personalizado en el estado nutricional de pacientes en hemodiálisis

Lucía Visiedo Rodas, Francisco Rivas Ruiz, Francisca López Rodríguez, Begoña Tortajada, Jimena Abiles

Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción y objetivos: Evaluar el impacto de un programa de intervención nutricional (PIN) personalizado en el estado nutricional de pacientes en hemodiálisis (HD).

Material y método: Estudio de intervención de 12 meses de duración en el que se incluyeron a 75 pacientes incluidos en programa de HD. Se utilizó el cuestionario de malnutrición-inflamación (MIS) para detectar el riesgo nutricional.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 71 ± 13 años con un tiempo medio en diálisis de 3 ± 3,8 años, el 66 % eran hombres. La puntuación de la escala MIS fue 2 puntos más baja al final del estudio (7,8 ± 3,2 frente a 5,8 ± 2,3, $p < 0,001$). Todos los parámetros bioquímicos del perfil nutricional mejoraron tras el PIN (Tabla I). El porcentaje de pacientes con desnutrición calórico-proteica severa se redujo en un 19 % suponiendo un 5 % de la población final ($p < 0,001$), mientras que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de bien nutridos aumentó en un 30 % ($p < 0,001$), representando los pacientes bien nutridos un 59% de la población total al final del estudio (Fig. 1).

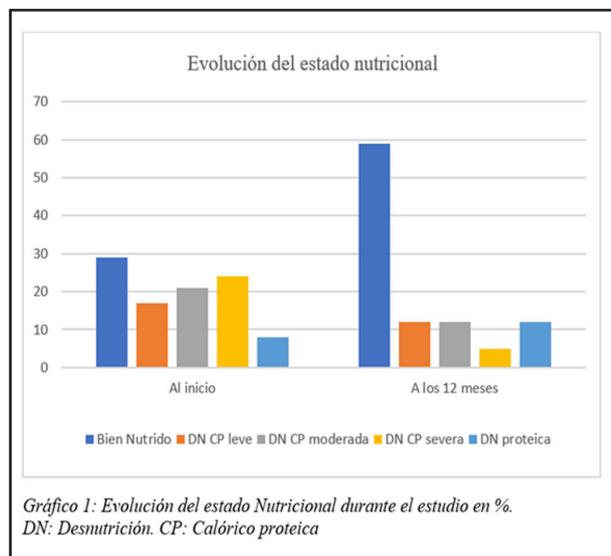


Figura 1. Evolución del estado nutricional.

Tabla I. Cambios en los parámetros nutricionales bioquímicos tras el PIN

	Baseline	12.º mes	p
Colesterol (mg/dl), M (SD)	148,4 ± 36,58	136,4 ± 29,54	0,027
Albúmina (g/dl), M (SD)	3,11 ± 0,62	3,51 ± 0,48	< 0,001
Proteínas totales (g/dl), M (SD)	5,89 ± 0,86	6,48 ± 0,64	< 0,001
Transferrina (mg/dl), M (SD)	156,5 ± 32,1	170,5 ± 37,0	0,002
Prealbúmina (mg/dl), M (SD)	20,8 ± 7,89	27,9 ± 8,0	< 0,001
Sodio (mEq/L), M (SD)	141,7 ± 3,22	136,4 ± 2,8	0,048
Potasio (mEq/L), M (SD)	5,3 ± 0,84	4,8 ± 0,55	< 0,001
Fósforo (mg/dl), M (SD)	4,9 ± 1,51	4,0 ± 0,88	< 0,001

Los datos se expresan como media ± desviación estándar para datos normales.

Conclusión: Este estudio sugiere que un PIN personalizado contribuye a una mejora del estado nutricional en pacientes en HD.

Aspectos éticos: aprobado en Comité Ético. Se cumplió la Declaración de Helsinki.

P-196. Valoración morfofuncional y su relación con variables de resultado clínico en pacientes con cáncer colorrectal

María Berrio Miranda, María Teresa Zarco Martín, María del Carmen Andreo López, María Socorro Leyva-Martínez, Javier García Sánchez, María Luisa Fernández Soto

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: El estudio de las variables morfofuncionales en el diagnóstico del estado nutricional permite la optimización y mejora de resultados clínicos pacientes con cáncer colorrectal (CCR).

Objetivos: Estudiar qué variables de valoración morfofuncional son predictores de resultados clínicos en pacientes que son sometidos a cirugía coloproctológica.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo, pacientes con CCR que acuden a la consulta de Nutrición incluidos en el protocolo ERAS desde septiembre de 2021 hasta diciembre de 2022. Se recogen variables de resultados clínicos (complicaciones pos quirúrgicas, días de estancia hospitalaria y exitus), se realiza impedanciometría bioeléctrica vectorial (BIVA), ecografía nutricional y dinamometría.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con CCR (62 % varones, 38 % mujeres) con edad media de 68 ± 12 años. El 26 % recibieron QT-RT previa a la intervención. La media de días de estancia hospitalaria media fueron 10 ± 8 , el 18 % sufrieron complicaciones postquirúrgicas y el 5 % fallecieron. Hubo diferencias significativas entre los que tuvieron complicaciones tras la cirugía respecto a los que no en el valor de AF ($4,9 \pm 0,5^\circ$ frente a $5,5 \pm 0,7^\circ$, $p < 0,05$), AF estandarizado (AFE) ($-0,4 \pm 0,5$ frente a $0,5 \pm 0,7$, $p < 0,001$), tejido adiposo total mediante técnica de ultrasonido ($0,8 \pm 0,3$ cm frente a $1,5 \pm 0,7$ cm, $p = 0,04$) y tejido adiposo superficial ($0,3 \pm 0,1$ cm frente a $0,6 \pm 0,3$ cm, $p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en los valores de la ecografía del recto anterior del cuádriceps (RAC), dinamometría y tejido adiposo preperitoneal. Se asoció, significativamente, una mayor estancia hospitalaria con valores más bajos de AF ($r = -0,4$, $p < 0,05$), AFE ($r = -0,4$, $p < 0,05$), eje Y del RAC ($r = -0,3$, $p < 0,05$). No hubo resultados significativos en el caso de la supervivencia.

Conclusión: El AF y AFE, en este estudio ha confirmado su valor pronóstico a la presencia de complicaciones postquirúrgicas y días de estancia hospitalaria, aunque no ha discriminado otros resultados clínicos como la supervivencia en pacientes con CCR intervenidos.

P-197. Recto femoral del cuádriceps como valor predictivo de la malnutrición según los criterios GLIM. Proyecto VALOR

María Teresa Zarco Martín¹, Rocío Fernández², María Luisa Fernández Soto¹, Gabriel Oliveira³, Araceli Muñoz Garach⁴, María González Pacheco⁵, Jesús Cobo Molinos⁶, Alba Carmona Llanos⁷, Silvia García Rey⁸, Sonia Chica Palomino⁹, Fátima Torres Flores¹⁰, José Manuel García Almeida²

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ⁵Hospital Puerta del Mar. Cádiz. ⁶Hospital Universitario de Jaén. ⁷Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁸Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ¹⁰Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (ORL) debido a la localización del tumor y del tratamiento con radioterapia pueden llegar a tener efectos secundarios negativos. La valoración del estado nutricional y el diagnóstico de la patología se puede realizar con técnicas avanzadas (BIA, ecografía nutricional, dinamometría y test funcionales).

Objetivos: Evaluar las variables de la ecografía nutricional como predictores de desnutrición determinado por los criterios GLIM.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con cáncer ORL en tratamiento radioterápico en diferentes hospitales andaluces realizando valoración morfofuncional. Estudio estadístico de regresión logística ajustado por sexo, edad e IMC (IMC < 22 kg/m² en > 70 años, IMC < 20 kg/m² en ≤ 70 años).

Resultados: Se incluyeron 612 pacientes, 140 mujeres (22,8 %) y 472 hombres (77,1 %) con una edad media de

$64,0 \pm 10,5$ años. Las medias de las variables ecográficas estudiadas fueron: área del recto anterior del cuádriceps (RF-CSA) $3,52 \pm 1,36$ cm², circunferencia del recto anterior del cuádriceps (CIR) $8,72 \pm 1,37$ cm, eje Y del recto anterior del cuádriceps (RF-Y axis) $1,08 \pm 0,36$ cm y tejido adiposo subcutáneo de la pierna (L-SAT) $0,6 \pm 0,31$ cm. Se encontró que niveles más elevados de RF-CSA (OR = 0,71 [0,60-0,83], $p < 0,001$), -CIR (OR = 0,83 [0,71-0,96], $p < 0,05$), eje Y (OR = 0,21 [0,11-0,39], $p < 0,0019$), y L-SAT (OR = 0,33 [0,15-0,71], $p < 0,01$) se asoció a disminución del riesgo de desnutrición. No se encontraron correlaciones significativas con las variables de la ecografía abdominal.

Conclusión: Las variables del recto anterior del cuádriceps obtenidas mediante ecografía nutricional en pacientes ORL con tratamiento de radioterapia se presenta como un buen diagnóstico a la hora de la predicción de desnutrición en base a los criterios GLIM.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Málaga, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-198. Influencia de la presencia de desnutrición y de sarcopenia en la evolución clínica de personas con diabetes

Ana Zugasti Murillo¹, Estrella Petrina Jáuregui¹, Lorena Suárez Gutiérrez², Sara Valle Rodríguez Navas³, Carmen Ripa Ciáurriz⁴, María Jesús Chinchetru Ranedo⁵, María Riestra Fernández⁶, Laura Calles Romero⁷, Rebeca Sánchez Sánchez⁸, Josefa Rengel Jiménez⁹, Margarita Díez Muñiz¹⁰, Iñintza Larrañaga Unanue¹¹, Amada Guimón Bardesi¹², José Luis Salsamendi Pérez¹³, Sara Laguna Muro¹⁴, Ivana Paola Zubillaga¹⁵, María Magdalena Arteaga Ossa¹⁶, Javier Agorreta Ruiz¹⁷, Olatz Olariaga Sarasola¹⁸, Juan José de la Cruz Troca¹⁹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Galdakao, Bizkaia. ⁴Hospital Universitario de Donostia. Donostia. ⁵Hospital de San Pedro. Logroño. ⁶Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ⁷Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁸Hospital Universitario de Cruces. Bilbao. ⁹Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias. ¹⁰Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. ¹¹Hospital de Mendaro. Mendaro, Guipúzcoa. ¹²Hospital de Urduliz. Urduliz, Bizkaia. ¹³Hospital de Zumárraga. Zumárraga, Guipúzcoa. ¹⁴Hospital de Calahorra. Calahorra, La Rioja. ¹⁵Hospital de Bidasoa. Hondarribia, Guipúzcoa. ¹⁶Hospital Alto Deba. Arrasate, Guipúzcoa. ¹⁷Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. ¹⁸Hospital Oncológico Donostia. Donostia. ¹⁹Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid

Introducción: La presencia de diabetes (DM) se asocia a un riesgo 40 % superior de presentar desnutrición (DRE). Y la sarcopenia, más allá de las complicaciones macro y microvasculares, se ha descrito como una complicación más de la DM y se considera un factor predictor de mortalidad cardiovascular. El objetivo de este estudio es valorar la presencia de DRE y de sarcopenia en personas con DM y su asociación a los dos años con distintas variables clínicas.

Material y métodos: Se evalúa en 2022 datos sobre complicaciones, ingresos y muerte de pacientes con DM del estudio SeDREno-2 (2020). Estudio transversal, observacional, multicéntrico, 19 hospitales, 5-7 días, en el que se evaluó DRE (GLIM) y sarcopenia (fuerza EWGSOP-2).

Resultados: Valoración de 415 pacientes (98,34 % de la muestra de 2020), 398 DM de tipo 2 y 17 DM de tipo 1, 64,3 % varones, 74,5 ± 11,7 años (67,7 % ≥ 70 años), IMC 28,7 ± 6,3 kg/m².

Datos de 2020:

- DRE: 41,5 % (moderada 21,0 %, severa 20,5 %). En > 70 años 43,4 %.
- Tipo 1: 52,9 %.
- Tipo 2: 41,0 %.
- Sarcopenia: 54,0 % (n = 215/398). En > 70 años 65,4 %.
- Tipo 1: 52,9 %.
- Tipo 2: 54,1 %.
- DRE y sarcopenia: 24,9 % (n = 99/398). En > 70 años 30,5 %.
- Tipo 1: 23,5 %.
- Tipo 2: 24,9 %.

Datos de 2022:

- Ingresos más prolongados: pacientes con DRE (ns), con sarcopenia ($p = 0,005$) o DRE + sarcopenia ($p = 0,070$).
- Reingresos: pacientes con sarcopenia ($p = 0,012$).
- Mayor mortalidad: pacientes con DRE ($p = 0,02$), con sarcopenia ($p < 0,01$) o con DRE + sarcopenia ($p < 0,001$).
- Enfermedad cerebrovascular: pacientes con sarcopenia ($p = 0,016$).
- Retinopatía: pacientes con peor control glucémico (HbA1c ≥ 6,5, $p = 0,007$, HbA1c ≥ 7, $p = 0,002$).
- No se detectaron diferencias significativas en la prevalencia de COVID, aunque sí hubo más ingresos por COVID en pacientes con DRE ($p < 0,1$).

Conclusiones:

1. La prevalencia de DRE y de sarcopenia en pacientes ingresados con DM es muy elevada y siguen siendo comorbilidades no incluidas en vías clínicas "clásicas" de esta patología.
2. Tanto la DRE como la sarcopenia tienen efecto a corto como a medio-largo plazo.

Introducción y objetivos: La obesidad infantil se asocia a numerosas patologías, tanto en la propia infancia como la edad adulta. España, según el estudio ALADINO, encabeza los rankings mundiales con un 23,3 % de niños y niñas con sobrepeso y un 17,3 % con obesidad. En la Comunidad Valenciana no se dispone de datos específicos. Por ello, ENPIV tiene como objetivo llevar a cabo un mapeo de la composición corporal y sus determinantes sociales en la ciudad de Valencia, mediante el estudio de distintos indicadores sociales, económicos, educacionales y su relación con el estado nutricional.

Material y método: Estudio observacional multicéntrico de carácter descriptivo. Dentro del área urbana del Departamento de Salud de València - Doctor Peset, se seleccionaron tres zonas con niveles de poder adquisitivo distinto. La población de estudio fueron los niños/as y adolescentes atendidos en atención primaria y escolarizados en la zona. Se llevó a cabo un reclutamiento universal cuyos criterios de inclusión fueron: edad de 5 a 14 años, consentimiento informado por parte de progenitores o tutores a cargo; y los de exclusión: edad fuera de rango, niñas o adolescentes embarazadas, niños/as y adolescentes con diagnósticos o tratamientos que puedan alterar la composición corporal.

Resultados: Han participado un total de 400 familias. El análisis de datos muestra que un 80 % tenían exceso de masa grasa. En cuanto a los datos sobre alimentación, un 63 % de la muestra tomaba menos de 2 piezas de fruta al día y, únicamente, el 27 % tomaba verdura más de 1 vez/día, mientras que un 28 % no pudo comer ni elegir alimentos nutritivos y saludables en alguna ocasión por falta de recursos económicos. Además, el 48 % no practicaban actividad deportiva.

Conclusiones: Este estudio muestra que la hay una alta prevalencia de exceso de masa grasa en la población infantil de Valencia, sobre todo en familias vulnerables.

Aspectos éticos: ENPIV fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. Cumple los preceptos éticos formulados (Orden SAS 3470/2009 y Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial), así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio. El estudio cuenta con hojas de consentimiento informado por parte de todos los participantes.

PEDIATRÍA

P-066. Evaluación nutricional de la población infantil en la ciudad de Valencia (Proyecto ENPIV)

Ruth García Barajas¹, Blanca Seguí Solanes¹, Elena Rocher Vicedo², Luis Cabañas Alite¹

¹Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunitat Valenciana (CODiNuCoVa). Valencia. ²Centro de Innovación Social y Urbana de la Ciudad de València Las Naves. Valencia

P-068. Evolución nutricional de pacientes pediátricos con fibrosis quística en tratamiento con ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor

Jonathan Benito Patón, Elena Crehuá Gaudiza, José Vicente Arcos Marchancoses, Silvia Castillo Corullón, M.^a Ángeles Montal Navarro, Cecilia Martínez Costa

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Introducción y objetivo: El tratamiento con la triple terapia ivacaftor/tezacaftor/elexacaftor (IVA/TEZ/ELX) está disponible para pacientes con FQ mayores de 6 años y portadores de al menos una mutación F508del. Esta terapia actúa mejorando la

cantidad y la función de la proteína CFTR dañada, por lo que se observa mejoría clínica tanto a nivel respiratorio como a nivel digestivo y nutricional.

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue revisar la evolución nutricional de los pacientes pediátricos con FQ de nuestro centro tratados con IVA/TEZ/ELX.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes menores de 18 años con FQ que iniciaron tratamiento con IVA/TEZ/ELX durante al menos 6 meses. Los datos de antropometría se expresaron en z scores según los patrones de referencia de la OMS. Para ver si existían diferencias estadísticamente significativas entre el inicio del tratamiento y el momento del último control se aplicó la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Los datos descriptivos se describen como porcentajes o medias y desviaciones estándar.

Resultados: Se incluyeron un total de 18 pacientes (72 % mujeres). La media de edad al inicio del tratamiento fue de 15,1 años (DE 3,7). La media de meses con tratamiento fue de 9,8 meses (DE 1,5). El z score de IMC previo al tratamiento fue de -0,33 (DE 0,67) y en el último control de -0,24 (DE 0,73), no observando diferencias estadísticamente significativas en los z scores de IMC y de talla pre y postratamiento. Ningún paciente ha presentado exacerbaciones respiratorias ni efectos adversos tras el inicio del tratamiento.

Conclusiones: En nuestra muestra, no hemos observado mejoría antropométrica significativa, probablemente porque partían de un estado nutricional normal. Sin embargo, la mejoría clínica apreciada por los pacientes es sustancial, por lo que es de esperar que en muestras más amplias y con mayor tiempo de seguimiento se podrá objetivar la mejoría nutricional.

P-069. Experiencia tras la creación de una consulta de lactancia especializada en el Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa

Elena Cubells García, Laura Martínez Rodríguez, Amparo Genovés Casquete, Teresa Pérez Sanz, Raquel Pérez Suárez, Agustín Molina Merino

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Introducción: La lactancia materna (LM) proporciona grandes beneficios al niño/a amamantado y a la madre lactante. Los profesionales del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV) llevamos muchos años trabajando para aumentar las tasas de LM del departamento y mejorar el apoyo que reciben las madres lactantes. Como consecuencia de ello, nos planteamos como objetivo la creación de una consulta de lactancia especializada para mejorar el proceso de la lactancia de las familias del Departamento. En abril del 2021 se crea oficialmente la agenda de la consulta. Nuestro objetivo fundamental es contribuir a la correcta instauración y mantenimiento de la lactancia de los recién nacidos (RN) del Departamento, especialmente los RN de riesgo ingresados en las unidades neonatales al nacimiento.

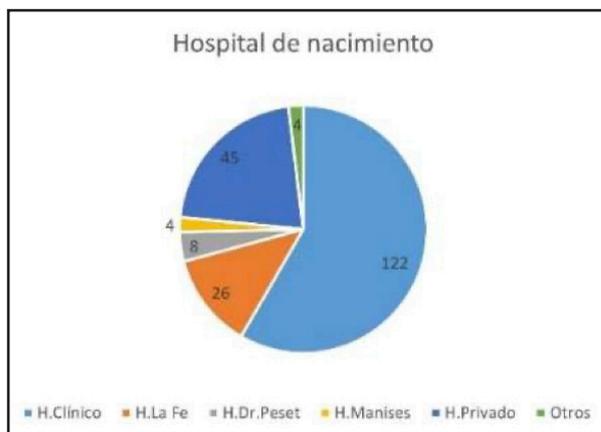


Figura 1. Hospital de nacimiento.

Resultados: Desde abril del 2021 hasta julio del 2022 se han citado 210 RN (Fig. 1). La mayoría de los RN atendidos pertenece al Departamento, aunque solo el 58 % han nacido en nuestro hospital. La tabla I muestra la diferencia de la demora en días de la consulta en función del hospital de nacimiento y la procedencia de la derivación. Se está realizando además una encuesta telefónica con el objetivo de conocer la experiencia de las familias atendidas. La valoración de ellas es muy buena (el 84 % dan una valoración excelente, el 14 % buena).

Conclusión: La creación de la consulta de lactancia ha sido una evolución lógica en la trayectoria de la LM en el HCUV. Se ha creado desde la convicción de que la promoción de la LM de todos los RN constituye una medida fundamental para mejorar la salud actual y futura de los niños/as.

Tabla I. Demora de la consulta de lactancia (días)

Demora	Media	Desviación típica	p
Demora general (días) n = 151	7	5	
Demora (días) según el hospital de nacimiento	Nacidos HCUV (n = 84)	7	0,036
	Nacidos en otros hospitales (n = 42)	9	
Demora (días) según procedencia	Maternidad HCUV (n = 44)	6	0,03
	Otros (n = 82)	8	

HCUV: Hospital Clínico Universitario de Valencia.

P-070. Ángulo de fase en pacientes pediátricos: revisión sistemática GRADE

Rocío Fernández Jiménez, Isabel Vegas Aguilar, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: El ángulo de fase (Pha) se considera una herramienta útil para evaluar el estado nutricional y la eficacia de las intervenciones dietéticas en pacientes desnutridos. Se ha visto que los pacientes pediátricos podrían beneficiarse de esta técnica para detectar un estado nutricional deficiente o riesgo de morbi-mortalidad.

Objetivos: Esta revisión tiene como objetivo analizar la evidencia publicada sobre el pha en pacientes pediátricos para predecir la morbi-mortalidad.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática en la que se compararon estudios basados en la pregunta PICO (*Patient, Intervention, Comparison, Outcome*). Se realizó una búsqueda MESH aplicando los filtros adecuados en pubmed y además se consultaron los siguientes sitios web: MEDLINE o PubMed, Scopus, Embase y Web of Science (todas las publicaciones hasta enero de 2023). De dicha búsqueda se obtuvieron 182 resultados, donde tan solo 26 cumplían los campos de título, resumen y palabras clave. Y de esta última selección tan solo 4 artículos respondían a la pregunta PICO de nuestra revisión. La evidencia se evaluó utilizando los parámetros o recomendaciones del método GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), que define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto es adecuada para hacer una recomendación.

Resultados: Véase la tabla I.

Conclusión: El Pha podría considerarse una herramienta interesante y valiosa para evaluar el riesgo de morbimortalidad en pacientes pediátricos. Sin embargo, la evidencia es escasa y se necesitan más estudios para determinar la eficacia del Pha en este grupo de pacientes.

Bibliografía:

1. Marino LV, Meyer R, Johnson M, et al. Bioimpedance spectroscopy measurements of phase angle and height for age are predictive of outcome in children following surgery for congenital heart disease. *Clin Nutr* 2018;37(4):1430-6.
2. Zamberlan P, Feferbaum R, Doria Filho U, et al. Bioelectrical Impedance Phase Angle and Morbidity and Mortality in Critically Ill Children. *Nutrition in Clinical Practice* 2019;34(1):163-71.
3. Azevedo ZMA de, Santos Junior BD, Ramos EG, et al. The importance of bioelectrical impedance in the critical pediatric patient. *Clin Nutr* 2020;39(4):1188-94.
4. Xiong ZH, Zheng XM, Zhang GY, et al. The Use of Bioelectrical Impedance Analysis Measures for Predicting Clinical Outcomes in Critically Ill Children. *Front Nutr* 2022;9:847480.

P-071. Dieta cetogénica en el tratamiento de la epilepsia refractaria en pediatría: experiencia en un hospital de tercer nivel

Julia Fernández Vela, Pedro Andrés Cortés Mora, Ana María Cayuela García, Ignacio Javier Tamboleo Sánchez, Antonio Asensí Cantó, Amelia María Chica Marchal

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Introducción y objetivos: Evaluar eficacia clínica (EC), tolerancia y efectos secundarios (ES) de dieta cetogénica (DC) como coadyuvante en pacientes pediátricos con epilepsia refractaria (ER) a fármacos antiepilépticos convencionales (FAE).

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyen niños con ER a FAE tratados con DC durante $8,66 \pm 6,06$ meses (m). Se valora: patología basal, adherencia, EC, tolerancia, ES y motivos de finalización. La adherencia se mide con niveles de cuerpos cetónicos (CC), referencias: sangre (2,5-5 mmol/L) y orina (> 80 mg/dL). La EC de DC se evalúa mediante porcentaje de reducción de frecuencia de crisis (> 75 %, 75-50 %, < 50 %, no respuesta (NR)). Se consideran variables como: reducción en número de FAE previos, disminución de duración de crisis, tipo de crisis, dieta, rango, estado cognitivo, creatina cinasa (CK), Nt-proBNP y transaminasas. Respuestas positivas: reducción de crisis basales > 50 %, disminución del tiempo de duración, modificación del tipo de crisis, menor número de FAE, reducción de dosis, mejora en reactividad y evolución de marcadores favorable.

Tabla I.

Outcomes	Marino (1)	Zamberlan (25)	Azevedo (3)	Zi Hong Xiong (4)
Mortalidad		HR = 0,66 (IC 95 %, 0,48-0,89) $p = 0,0073$		OR = 1,51, IC: 1,10-2,07, $p = 0,01$,
Estancia en UCI pediátrica (UCIP)	OR 7,8, IC 95 %, (2,7-22) $p < 0,001$,	HR = 1,84 (1,23-2,77) 0,0013 1,64	OR = 2,36, IC 95 %, (0,98-5,69)	
Sepsis-UCIP			OR = 2,36, IC 95 %, (0,98-5,69) Día antes del shock OR = 9,58 (1,29-71,47)	
			Día del shock: OR = 14,2 (4,47-45,1)	

Resultados: Se evaluaron 9 pacientes (P1-P9) (50 % varones) entre $6,40 \pm 4,39$ años(a). Edad de debut de ER < 6 m. Diagnósticos: P1: síndrome (S) pseudo-Torch; P2: hipoplasia del cuerpo calloso; P3: glucogenosis iii; P4: S. Rett; P5: S. Koolen-Vries; P6: lesión gliótica; P7: delección 15q213q22.31; P8: mutación-PTAN1; P9: déficit-SLC2A1. Reducción de crisis: > 75 % (33,33 %); 75-50 % (11,11 %); < 50 % (11,11 %) y SR (44,44 %). Abandonaron DC por aumento de ES y NR (33,33 %). El 88,88 % recibieron entre 2-5 FAE previos a DC. El 55,55 % redujeron número de FAE y optimizaron dosificación. Dentro del objetivo, todos lograron cetonecias y ceturias solamente (33,33 %). P8 disminuye duración y gravedad de crisis. P5 desaparece status epiléptico. Ratio 3:1 excepto: P3:DC bajo índice glucémico(DBIG) y P8 inició 3:1 seguido de 4:1. Mejor reactividad 33,33 %. P3: DC como uso compasivo, reducción de CK y NT-proBNP y elevación de transaminasas.

Conclusiones:

1. A pesar de ser un estudio retrospectivo, muestra limitada y difícil interpretación de variables, la DC es efectiva en ER disminuyendo número de crisis y FAE.
2. Mejores respuestas en pacientes con alteraciones genéticas e inicio temprano de DC.
3. Introducir en el equipo asistencial un nutricionista mejoraría el seguimiento.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética de un hospital de tercer nivel.

P-073. Efectividad del tratamiento con teduglutide en pacientes pediátricos con fracaso intestinal crónico. Datos procedentes del registro español de pacientes pediátricos con fracaso intestinal crónico (REPAFI)

Marta Germán Díaz¹, Alida Alcolea Sánchez², Vanessa Cabello Ruiz³, Javier Blasco Alonso⁴, Alejandro Rodríguez Martínez⁵, Rafael Galera Martínez⁶, Ruth García Romero⁷, Rocío González Sacristán², Pilar Serrano Fernández², Susana Redecillas Ferreiro³, Gerardo Prieto Bozano², José Manuel Moreno Villares⁸, Esther Ramos Boluda²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga. ⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁶Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ⁷Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁸Clínica Universitaria de Navarra. Madrid

Introducción y objetivos: Teduglutide es un fármaco que reduce la necesidad de nutrición parenteral (NP) en pacientes con síndrome de intestino corto (SIC). Los datos sobre su uso en niño, en vida real y a largo plazo son todavía escasos. *Objetivo:* describir la experiencia con Teduglutide en pacientes pediátricos con fracaso intestinal crónico (FIC) durante los últimos 5 años.

Material y método: Estudio descriptivo prospectivo multicéntrico de pacientes < 18 años con FIC y tratamiento con Teduglutide durante mínimo 3 meses. La tasa de respuesta se definió como reducción de NP > 20 %. Los datos fueron recogidos con RedCap y el análisis estadístico se hizo con Stata.

Resultados: 31 pacientes de 7 centros, con mediana de edad: 2,3 años (rango:1-16,2) al inicio del tratamiento; 64,5 % varones. Causa más frecuente de FIC: SIC (87,1 %) seguido de trastornos de motilidad (12,9 %). La causa más común de SIC fue enterocolitis necrotizante (40,7 %). Mediana de intestino residual: 29 cm (0-70). 18,5 % de los pacientes con válvula ileocecal. Duración mediana del tratamiento: 19 meses (3-63), con 23 pacientes (74,2 %) tratados durante > 1 año y 9 tratados > 3 años. 24 (83 %) redujeron aporte calórico semanal > 20 % y 28 (97 %) redujeron aporte de volumen. 10 pacientes se adaptaron, con mediana de tratamiento de 6 meses (3-24). 6 interrumpieron la terapia: 3 por trasplante intestinal, 1 por falta de respuesta y 2 por otros motivos. No hubo ningún efecto adverso grave. No se detectó ninguna asociación significativa ($p < 0,05$) entre la respuesta al tratamiento o la adaptación intestinal y las características clínicas de los pacientes.

Conclusión: La tasa de respuesta al Teduglutide en niños con FIC fue muy alta. Algunos requirieron un tratamiento prolongado para alcanzar la autonomía digestiva. No se identificó ningún factor predictor de respuesta.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de los centros participantes.

P-186. Perfil del paciente pediátrico español con nutrición parenteral domiciliaria. Características demográficas y clínicas. Datos procedentes del Registro Español de Pacientes Pediátricos con Fracaso Intestinal crónico (REPAFI)

Marta Germán Díaz¹, Alida Alcolea Sánchez², Vanessa Cabello Ruiz³, Javier Blasco Alonso⁴, Mariela Mercedes de los Santos de Pelegrín⁵, Alejandro Rodríguez Martínez⁶, Mercedes Murray Hurtado⁷, Ruth García Romero⁸, Rafael Galera Martínez⁹, Rocío González Sacristán², Pilar Serrano Fernández², Susana Redecillas Ferreiro³, Silvia Meavilla Olivas⁵, Raquel Núñez Ramos¹, Beatriz Mínguez Rodríguez⁵, Esperanza Castejón Ponce⁸, Gerardo Prieto Bozano², José Manuel Moreno Villares¹⁰, Esther Ramos Boluda²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario Vall D'Hebron. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Regional de Málaga. Málaga. ⁵Hospital Universitario Sant Joan de Deu. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁷Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Icod de los Vinos, Santa Cruz de Tenerife. ⁸Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁹Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ¹⁰Clínica Universitaria de Navarra. Madrid

Introducción y objetivos: El fracaso intestinal (FI) pediátrico ocurre cuando hay una reducción de la cantidad de intestino funcional que impide la absorción de nutrientes y líquidos necesaria para un adecuado crecimiento. *Objetivo:* describir la epidemiología del FI crónico pediátrico de nuestro país.

Material y método: Estudio descriptivo multicéntrico que incluye pacientes < 18 años que hayan recibido nutrición parenteral (NP) > 3 meses y que hubieran iniciado la NPD a partir de enero de 2015. Los datos fueron recogidos con la plataforma electrónica REDCap.

Resultados: 121 pacientes de 9 centros, con mediana de edad: 3,2 años (RIQ: 1,6-5,5); 54,5 % varones. La causa más frecuente de FI fue el síndrome de intestino corto (SIC) (74,4 %), seguido de los trastornos de motilidad (15,7 %) y las enteropatías congénitas (5 %). Las causas de SIC fueron: enterocolitis necrotizante (34,4 %), vólvulo (21,1 %), atresia intestinal (16,7 %), gastrosquisis (15,6 %), enfermedad de Hirschprung (4,4 %) y otras (7,8 %). El tipo de anatomía más común fue la 2 (anastomosis yeyuno-cólica) (56,7 %) y la mediana de longitud residual: 30 cm (RIQ: 12-50). El 30 % preservaban su válvula ileocecal. Al 10 % se le había realizado un STEP, como técnica de alargamiento intestinal. Mediana de peso al nacimiento: 2,31 kg (RIQ: 1,65-2,85), con una mediana de edad gestacional: 35 semanas (RIQ: 31,75-38). Mediana de edad de inicio de la NPD: 6,6 meses (RIQ: 4,1-14,2), con mediana de peso: 5,21 kg (-3,1 DE), talla: 62 cm (-2,9 DE) e IMC: 13,5 (-2,3 DE). El 64,7 % recibían NPD individualizada elaborada por una empresa de catering y el 35,3 % elaborada por la farmacia del hospital. Ningún paciente tenía NPD estándar.

Conclusión: La causa más frecuente de FI pediátrico en nuestro país es el SIC, siendo la enterocolitis necrotizante la causa más común y la anastomosis yeyuno-cólica el tipo de anatomía más común.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro coordinador del estudio.

P-187. Controversia en el uso de diferentes fórmulas de lípidos en pacientes neonatos con nutrición parenteral

Clara Jiménez Méndez, Pablo Aguado Barroso, Marta García Palomo, Elena Navas Armero, Manuel Alberto Toledo Davia, Laura Torralba Fernández, Rocío Prieto Galindo, Paloma Moya Gómez

Hospital Universitario de Toledo. Toledo

Introducción y objetivos: Analizar si el uso de fórmulas de lípidos enriquecidas con omega 3 (Smoflipid®) en las nutriciones parenterales (NP) disminuyen las alteraciones hepáticas y colestasis en pacientes neonatos.

Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes neonatos sometidos a NP durante más de 7 días en un periodo de un año (2022). Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad gestacional, peso al nacimiento, duración de la NP, fórmula de lípidos (Lipofundina MCT/LCT 20 %® frente a Smoflipid®), gramos de lípidos/kg peso en el primer y último día de NP y los parámetros de bilirrubina y transaminasas. Para ello se utilizó el programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y la historia clínica informatizada (Mambrino XXI®). Los datos se trataron en una hoja Excel®.

Resultados: Se analizaron 17 pacientes, 10 hombres (58,82 %). La mediana de edad gestacional fue de 27 semanas (RIQ = 23-40). El peso medio fue de 1,23 kg (DE = 0,63). La duración de tratamiento tuvo una mediana de 12 días (RIQ = 8-50). La fórmula de Smoflipid® se utilizó en el 35,3 % de las nutriciones desde el inicio, incrementándose hasta el 64,7 % por

modificaciones. La mediana de gramos de lípidos/kg peso al inicio de la nutrición fue de 1,25 (RIQ = 0,5-2,5), y el último día de nutrición del 3 (RIQ = 1,5-3,5). Se recogieron el 58,8 % de los datos de bilirrubina al inicio de la NP, y el 70,6 % al finalizar la NP. Ningún paciente, independientemente de la fórmula de lípidos, presentó hiperbilirrubinemia. Se registraron el 70,6 % de los datos de transaminasas al inicio y fin de la NP. Un paciente con Lipofundina MCT/LCT 20 %®, presentó hipertransaminasemia al inicio de la NP. Al finalizar la NP, ningún paciente superó los niveles de referencia.

Conclusiones: El uso de fórmulas enriquecidas con omega 3 no han supuesto una disminución de las alteraciones hepáticas y colestasis en nuestros pacientes, probablemente relacionado con el limitado número de pacientes en estudio.

P-190. Obesidad infantil: relación entre factores ambientales y comorbilidades

María Ángeles Montal Navarro^{1,2}, Francisco Núñez Gómez^{1,3}, Paula Gratarola¹, Elena Crehuà Gaudiza^{1,3}, Cecilia Martínez Costa^{1,3}

¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Departamentos de ²Enfermería y de ³Pediatría. Universitat de València. Valencia

Introducción y objetivo: La obesidad infantil se define como el exceso de grasa, que se traduce en mayor peso corporal. Es una enfermedad compleja y multifactorial. Los principales factores de riesgo de origen ambiental son patrón dietético desequilibrado y escasa actividad física. A esta patología se asocian diferentes comorbilidades desencadenadas por la resistencia a la insulina. El objetivo es evaluar la relación entre patrón dietético y de actividad física y la presencia de comorbilidades en una muestra de escolares y adolescentes con obesidad.

Metodología: Se seleccionaron 95 niños/as (7-18 años), 72 remitidos para seguimiento por obesidad o sobrepeso y 23 controles. Se clasificaron en 3 grupos (obesidad, sobrepeso, normopeso). Se analizó la dieta, perfil de ingesta grasa, gasto calórico y su relación con comorbilidades: resistencia a la insulina (índice HOMA), dislipemia (colesterol, triglicéridos) y afectación vascular (presión arterial, ecografía carotídea).

Resultados: Los grupos obesidad y sobrepeso mostraron una elevada ingesta de lípidos y proteínas y baja de hidratos de carbono, aunque no se han encontrado diferencias significativas respecto al grupo control ($p > 0,05$). El grupo de obesos muestra mayor consumo de ácidos grasos monoinsaturados y el grupo control mayor consumo de saturados ($p < 0,05$). Las diferencias del gasto energético no fueron significativas, pero sí para actividad física con diferencias en los METs promedio que fueron superiores en los controles respecto a niños con obesidad ($p < 0,05$). En las comorbilidades, se observó una relación significativa entre obesidad e índice HOMA ($p < 0,05$). La actividad física se relacionó con menores niveles de índice HOMA ($p < 0,05$).

Conclusiones: El patrón dietético en niños con obesidad es muy variable siendo mayor la influencia de la baja actividad física sobre el grado de obesidad y los cambios en la resistencia a la insulina.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité ético del centro, siguiendo la declaración de Helsinki.

P-194. Hipobetalipoproteinemia familiar: una entidad infradiagnosticada con importantes implicaciones en el desarrollo

Ángel Valls Arévalo¹, Vannina González², Arturo Carratalá¹, Cecilia Martínez-Costa¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Universitat de València. Valencia

Introducción y objetivo: Describir la prevalencia de hipobetalipoproteinemia familiar (FHBL) en la edad pediátrica y su expresión clínica y bioquímica.

Material y método: Seguimiento prospectivo de niños y adolescentes entre 5 y 15 años con colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) por debajo del percentil 5, en 16 centros de salud de Valencia (España) durante un período de 3 años. Se excluyeron los casos con enfermedades de base o problemas de malabsorción. Los estudios dietéticos, antropométricos, bioquímicos y vitamínicos de los pacientes se comparan con controles sanos.

Resultados: De 18 002 pacientes cribados, 29 fueron diagnosticados de hipobetalipoproteinemia familiar heterocigota (He-FHBL1) (prevalencia de 16,1/10 000) y 12 de hipolipidemia familiar combinada (FHBL2) (6,7/10 000). No se encontraron pacientes con abetalipoproteinemia (ABL), hipobetalipoproteinemia familiar homocigota (Ho-FHBL1), enfermedad de retención de quilomicrones (CMRD) o síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLOS). Ninguno de los casos presentó manifestaciones clínicas graves y se clasificaron como leves/moderados. La deficiencia vitamínica más común asociada con FHBL fue la vitamina E, encontrada en el 72 % de He-FHBL1 ($p < 0,001$), y no encontrada en ningún paciente con FHBL2.

Conclusiones: La prevalencia de FHBL observada en nuestro estudio es superior a la descrita en la literatura, probablemente a causa de la baja sospecha diagnóstica de este grupo de enfermedades. Todos los pacientes fueron clasificados como leves/moderados y el déficit más asociado fue el de vitamina E, que se encontró únicamente en He-FHBL1.

Aspectos éticos: este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valencia (INCLIVA) el 24 de noviembre de 2016, respetando los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas incluidas en este estudio.

ALIMENTACIÓN ORAL

P-067. Actividad asistencial del técnico en dietética y nutrición en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, años 2021-2022

Lourdes Cano Montero, M.^a Carmen Falcón Ruiz, Andrés Jiménez Sánchez, Pilar Rasero Abadín, Carmen Amelia Ruiz Trillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El técnico en dietética y nutrición puede realizar múltiples intervenciones para mejorar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados mediante cribado y diagnóstico nutricional a demanda, adaptación dietética y suplementación, así como educación nutricional al alta. En este trabajo, pretendemos resumir nuestra labor reciente en dichos ámbitos.

Objetivos: a) Cuantificar nuestra actividad asistencial en las diferentes plantas de hospitalización de nuestro centro, y b) describir el perfil de paciente atendido.

Material y métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo en personas ingresadas en del 1-10-2021 al 30-09-2022. Variables: centro solicitante, tiempo de intervención, número y tipo de dietas servidas, tipo de modificaciones dietéticas, diagnóstico de desnutrición mediante valoración global subjetiva (VGS) y recomendaciones nutricionales al alta. *Software:* Excel y R.

Resultados:

- Centros: Hospital General, 593 dietas (89,57 %); traumatología, 63 (9,52 %), y maternal, 6 (0,90 %).
- Tiempo de intervención: total: 8025 días; mediana: 7; IQR: 13; moda: 1 (122 dietas, 18,43 %).
- Dietas administradas: 662. Dietas personalizadas: 615 (92,90 %).
- Distribución: moda “menú selección” (525 dietas), con la siguiente distribución: 484 en General (81,62 % de su demanda), 39 en traumatología (61,90 %) y 2 maternal (33,33 %). Seguidos por “personalizada terapéutica” (56 dietas), con 41 en General (6,92 %), 13 en traumatología (20,63 %) y 2 en maternal (33,33 %), y “personalizada alergia” (21 dietas), con 19 en General (3,20 %).
- Dietas codificadas transformadas en personalizadas: 63.
- Las modificaciones más frecuentes fueron “sin sal” (97 casos) y “sin azúcares” (92 casos).
- Recuentos de ingesta: 45.
- VGS: 75.
- Recomendaciones nutricionales: 285.

Conclusiones:

1. Las dietas personalizadas y el “menú selección” han sido mayoritarios.
2. Deberíamos aumentar nuestra presencia en el hospital de traumatología y Maternal.
3. El elevado porcentaje de dietas de un día de duración nos plantea la necesidad de un contacto más precoz desde las diferentes plantas de hospitalización.

P-072. Evaluation of the activity of the DAO enzyme in marketed nutritional supplements

Patricia Gálvez-Martín¹, Elisa Gallego², Laura Solano-Romani², Daniel Martínez-Puig¹, Javier Velasco¹

¹Bioiberica SAU. Palafròlles, Barcelona. ²Biotechnology Department. AINIA. Paterna, Valencia

Background: Diamine oxidase (DAO) is an enzyme primarily responsible for catabolizing histamine. A deficit of DAO activity can lead to histamine intolerance, a clinical condition character-

ized by allergic-like symptoms. Histamine intolerance can be treated with exogenous DAO supplementation. The exogenous supply of DAO could help relieve these symptoms, counteracting the level of histamine. There are different products on the market with DAO, most of which are of porcine origin, but there are also products of vegetable origin.

Objective: The aim of the present study was to evaluate the enzymatic activity of the DAO enzyme in marketed nutritional supplements comparing different products that contain DAO (alone or in combination), either of animal or plant origin.

Materials and methods: Five products were selected: P1, P2, P3 with DAO of animal origin, P4 of vegetal origin and P5 with DAO and vit C. Enzymatic activity of samples was evaluated using as substrate histamine (10 mg/L). Histamine reduction was determined by HPLC-PDA using an in vitro system (sodium phosphate buffer, 20 mM; pH 8.0) in which DAO extract was incubated at 37 °C for 5 h.

Results: The ability to degrade histamine was greater in P5, showing 93 %. Samples P2, P3 and P4 showed similar results (49, 45 and 47 % respectively). Sample P1 showed a lower capacity to degrade histamine (21 %) (Fig. 1).

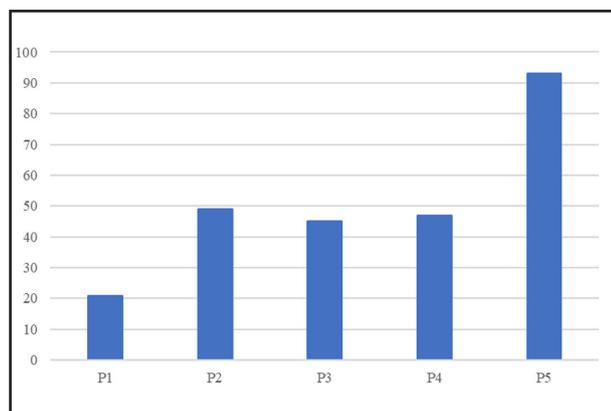


Figure 1.
Degraded histamine (%).

Conclusions: The supplementation of DAO extract with vitamin C increases the enzymatic activity of DAO. These results suggest that dietary supplementation with DAO from pig kidney and vitamin C could help reduce symptoms associated with histamine intolerance.

Founding: this study was supported by Bioiberica S.A.U., Barcelona, Spain.

P-142. Elección de edulcorantes para la elaboración de un postre para paciente diabético en menú de día especial

Verónica Gonzalez Abreu¹, Fernando Torres Imaz², José Rodríguez Marmol³, Fernando González Cuadrí²

¹Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: Es tradición en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, que para la celebración de días señalados en el año, se elaboren menús especiales para los pacientes ingresados.

Objetivos: a) Elección adecuada de edulcorantes para pacientes diabéticos ingresados, teniendo en cuenta los efectos secundarios tales como el efecto laxante; b) establecer dosis de uso según IDA admisible según recomendaciones científicas (EFSA) y agencias reguladoras (SCF, EFSA, AESAN, FDA), y c) elegir la combinación que presente mejor aceptación organoléptica dado que en ocasiones la sustitución de la sacarosa por edulcorantes no siempre consigue una palatabilidad adecuada.

Método: Se realizan ensayos de cocinado de bizcocho y crema, con sustitución del azúcar con varias combinaciones de edulcorantes. La cantidad de edulcorante es calculada de acuerdo a la IDA admisible para no presentar efectos secundarios laxantes. Los tipos de edulcorantes elegidos son aquellos que son aptos para la cocción (no se degradan o amargan), dan menos efectos secundarios y presentan mejores características organolépticas (sabor dulce similar a la sacarosa). Se realizan 4 pruebas con mezclas diferentes.

Resultados: La mezcla de edulcorante elegida es del compuesto comercial de Eritritol (E-968) al 99,5 % y Sucralosa (E-955) al 0,5 %. Dado que la IDA de Eritritol es de 0,25 g/ kg/pc/día en ancianos para no presentar efectos laxantes, estimamos un margen de seguridad de 0,20 g/ kg/día, dando como resultado un máximo de 13 grs por ración para una persona con peso medio de 65 kg.

Conclusiones: Elegir correctamente los edulcorantes sustitutos en postres de consumo ocasional para pacientes diabéticos, favorece la posibilidad de ampliar el abanico dietético en la oferta de la cocina hospitalaria.

P-143. Hábitos de consumo de pescado y adherencia a la dieta mediterránea en el Día Nacional de la Nutrición

Isabel Higuera Pulgar, Isabel Yagüe Lobo, Elena Sánchez Campayo, María Teresa Pérez Torres, Alba Domingo Martínez, Clara Aguado del Amo, Magdalena de la Higuera López-Frías, María Blanca Martínez-Barbeito

Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción: Según la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura la cantidad media de pescados y mariscos que consume un español es de 27 kg/año. Esta cifra está muy por encima de la media mundial, situada en 18,9 kg/año.

Objetivo: Conocer el consumo de pescado y adherencia a la dieta mediterránea en nuestro medio y su relación con factores antropométricos de riesgo cardiovascular (FARC).

Metodología: Estudio transversal descriptivo en Clínica Universidad de Navarra el Día Nacional de la Nutrición 2022. Los participantes cumplieron la encuesta de FESNAD sobre consumo de pescado-mariscos, el cuestionario adherencia a la dieta mediterránea (CADM) y se midieron datos antropométricos (peso, talla y circunferencia cintura (CC)). Las variables se expresan como frecuencias y media \pm DS. Pruebas estadísticas de chi-cuadrado con software SPSSv22.

Resultados: 73 participantes (68,1 % mujeres). El 95 % afirmaron que les gusta el pescado, el 90 % el marisco, el 58 % come algas marinas y al 27 % no les gustan. La frecuencia de consumo de pescado semanal es menor de lo recomendado por AESAN (3 veces/semana) en el 41,7 %. El 25 % consume 4 o más raciones/semana. La variedad media de pescado es $5,3 \pm 1,9$ tipos y mariscos $4,1 \pm 2,1$. El 42,5 % siempre congela el pescado, solo el 22 % si lo consume crudo o marinado. La puntuación media del CADM fue de 9 ± 2 (mínima 4 y máxima 13). La puntuación de CADM se correlaciona positivamente con el gusto por el pescado. El IMC se distribuye en 5,6 % ($\leq 18,5$ kg/m²), 37,3 % (18,5-25,5 kg/m²), 9,9 % (≥ 30 kg/m²). Hubo diferencias significativas en la CC por sexo ($p = 0,05$) y edad ($p = 0,039$), > 102 cm en el 22 % hombres y la CC > 88 cm en 37 % de mujeres.

Conclusiones: El consumo de pescado es inferior a lo recomendado, a pesar de que el 95 % declararon gustarles. Una peor adherencia a la dieta mediterránea no se relacionó con FARC.

Resultados: Obtuvimos una incidencia de sarcopenia del 73 %, en el 45 % esta era grave. Más de la mitad de los pacientes estaban desnutridos (53 %), todos aquellos con desnutrición grave también eran sarcopenicos. Los pacientes sarcopenicos presentaron mayor incidencia de complicaciones postoperatorias (63,6 frente a 37,5 % $p = 0,242$), la incidencia de complicaciones mayores fue menor en los enfermos con soporte nutricional preoperatorio, el 1/8 % de los pacientes que no recibieron QT adyuvante eran sarcopénicos.

Conclusión: Los pacientes con sarcopenia sufren más complicaciones y más graves, además de tener un peor pronóstico debido a la menor tolerancia a la quimioterapia.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, todos los pacientes dieron su consentimiento a participar en el estudio.

P-083. Índice de masa muscular apendicular como factor de riesgo en pacientes con cáncer gástrico intervenidos con intención curativa

Omar Abdel-lah Fernández^{1,2}, Manuel Torres Jurado¹, Laura Vicente-González³, Sebastián Vargas¹, Lourdes Hernández Cosido^{1,2}, Isidro Jiménez Vaquero, Felipe Parreño Manchado^{1,2}

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Instituto de Investigaciones Bioéticas de Salamanca. Salamanca. ³Departamento de Estadística. Universidad de Salamanca. Salamanca

Introducción: La pérdida de masa muscular esta relacionada con la pérdida de función y funcional, en pacientes oncológicos y/o quirúrgicos esta situación repercutirá en su evolución de forma negativa. Nuestro objetivo fue conocer la significación pronostica del Índice de músculo esquelético apendicular (ASMI) en pacientes con cáncer gástrico intervenidos.

Material y método: Estudio observacional en una serie de pacientes intervenidos de cáncer gástrico en un periodo de 2 años en el CAUSA. *Criterios de inclusión:* Pacientes adultos diagnosticados de adenocarcinoma gástrico, intervenidos. *Criterios de exclusión:* estadio IV al diagnóstico o recidiva previa de cáncer gástrico o intervenidos previamente de cirugía gastroesofágica. Se recogieron datos antropométricos, diámetro de la pantorrilla ajustado al IMC, se calculó el ASMI preoperatoriamente ajustado al IMC. Y se establecieron los puntos de corte recomendados EWGSO, ESPEN y GLIM. ASMI, kg/m² $< 7,26$ para varones y $< 5,25$ para mujeres. Se evaluó la supervivencia total (ST) y libre de enfermedad (SLE), así como la incidencia de complicaciones posoperatorias.

Resultados: Serie de 64 pacientes con una mediana de seguimiento de 8 meses. Mortalidad global del 17 % y 3 % durante el posoperatorio (90 días) por complicaciones postoperatorias. Con los criterios GLIM el 58 % de los pacientes estaban desnutridos y el 33 % de la muestra presentaban desnutrición grave (DG). El ASMI reducido en el 47 % frente al 57 % de los pacientes con valores normales. No hemos encontrado diferencias con relación a las complicaciones, ASMI normal implica mayor super-

PACIENTE QUIRÚRGICO

P-082. Experiencia inicial en la valoración morfofuncional de los pacientes con cáncer gástrico intervenido

Omar Abdel-lah Fernández^{1,2}, Julia Gonzalo Consuegra², Antón Sánchez Lobo¹, Manuel José Torres Jurado¹, Lourdes Hernández Cosido^{1,2}, Anggie Melina Rodríguez Rivas¹, Felipe Parreño Manchado^{1,2}

¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Departamento de Cirugía. Universidad de Salamanca. Salamanca

Introducción: La sarcopenia se caracteriza por una pérdida de músculo y su función además se relaciona con la aparición de complicaciones postoperatorias y una disminución de la supervivencia tras la gastrectomía por cáncer gástrico.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo ha sido valorar la aplicación inicial de la valoración nutricional, funcional y muscular en pacientes intervenidos de cáncer gástrico en nuestro medio y conocer la incidencia y repercusión de la sarcopenia en la evolución de estos enfermos.

Material y método: Estudio prospectivo de 30 pacientes diagnosticados de cáncer gástrico sometidos a cirugía resectiva. Se han excluido pacientes intervenidos previamente de cáncer gástrico y pacientes en estadio IV (metástasis). Valoración nutricional mediante cribado MUST y criterios GLIM, La valoración muscular a través del SARC-F y diámetro de la pantorrilla (DP), la valoración funcional con la Dinamometría (D) y test de la marcha. Consideramos sarcopenia: si la dinamometría y/o DP estaban alterados, también presentaban desnutrición con los criterios GLIM. Estadística: SPSS 26, Análisis univariante con test de Chi Cuadrado o Test Fisher

vivencia global, ASMI patológico, tienen una tendencia decreciente. Sin embargo, no son diferencias estadísticamente significativas. El tiempo medio SLE para ASMI patológico es de 371 días (DS 52 d) aquellos con un ASMI normal su tiempo medio SLE es de 472 días (DS: 38 d). Estas diferencias son significativas entre las curvas.

Conclusión: El ASMI tiene un valor pronostico negativo en la supervivencia libre de enfermedad y una tendencia a una menor supervivencia global.

P-084. Manejo perioperatorio de la duodenopancreatectomía cefálica: ¿qué nos ha aportado el ERAS?

Carmen Aragón Valera, Cristina Calderón Sánchez, Marta Crespo Yanguas, Pilar Barrio Dorado, Olga Sánchez-Vilar Burdiel, Carolina Dassen

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Introducción y objetivos: En 2019 se publicó la guía ERAS para el tratamiento perioperatorio de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) y en ella se hace se recomienda iniciar de forma precoz dieta oral o enteral. El objetivo principal de este trabajo es conocer cómo ha cambiado el tratamiento nutricional posoperatorio de la DPC y si hay diferencias en la evolución posoperatoria entre pacientes tratados tras la publicación de estas guías (grupo ERAS) y los atendidos anteriormente (grupo PRE).

Material y método: Se han revisado las historias clínicas de pacientes sometidos a DPC entre 2012 y 2016 y entre 2021 y 2022 para obtener datos sobre diagnóstico nutricional, tratamiento preoperatorio, tratamiento en el posoperatorio inmediato y desarrollo de complicaciones.

Resultados: Se han obtenido datos de 27 pacientes, 10 grupo ERAS y 17 PRE. En ambos grupos la mayoría de los pacientes tuvieron valoración nutricional previa a la cirugía (9/10 y 15/17, respectivamente). Todos los pacientes con valoración nutricional recibieron tratamiento nutricional, en su mayoría con suplementos orales nutricionales (SON). Todos, excepto un paciente del PRE, recibieron tratamiento nutricional posoperatorio. En PRE la mayoría (13/17) recibió nutrición enteral (NE), en cambio en ERAS 7/10 recibieron nutrición parenteral (NP) y 3/10 dieta y SON. El tiempo medio de inicio de dieta en ERAS fue de 3,8 días (1-18) frente a 7,47 (8-45) en PRE. Aparecieron complicaciones en 8/17 pacientes del PRE y en 7/10 de ERAS, la más frecuente fue la gastroparesia. La estancia media en ERAS fue de 14 días frente a 18 en PRE.

Conclusión: La aplicación de protocolo ERAS reduce el tiempo de ayuno posoperatorio y la estancia media, aunque las complicaciones de la DPC siguen siendo muy frecuentes, independientemente del tratamiento nutricional preoperatorio. A pesar de la aplicación de protocolo ERAS, en nuestra pequeña serie el tratamiento más empleado ha sido la NP, por falta de acceso para NE.

Aspectos éticos: la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-086. Impacto nutricional de la suplementación oral con β -hidroxi- β -metilbutirato en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica

Sonsoles Botella Martínez¹, Nerea Varo Cenarruzabeitia², María Jesús Ribelles Segura¹, Ana Zugasti Murillo¹, Amelia Mari Sanchís¹, Henry Rendón Barragan¹, Isabel Escuer Núñez¹, Ana Hernández Moreno¹, Estrella Petrina Jáuregui¹, María Teresa Yaregui Balda¹, Miren Compains Layana¹

¹Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ²Clinica Universidad de Navarra. Pamplona

Introducción y objetivo: Evaluar las mejoras en los parámetros nutricionales (antropométricos, de composición corporal, de funcionalidad muscular y analíticos) en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica tras suplementación con β -hidroxi- β -metilbutirato (HMB) durante los tres meses posteriores a la cirugía.

Metodología: Se ha realizado un estudio de intervención comparando dos tipos de suplementación proteica (una enriquecida con HMB y otra sin HMB) en los tres meses poscirugía. Se han incluido 24 pacientes candidatos a bypass gástrico laparoscópico como tratamiento de la obesidad (edad 52 ± 8 años; IMC: $43,7 \pm 3,8$ kg/m²) de los cuales 12 fueron incluidos en la rama control y 12 en la rama intervención. A todos se les realizó estudio basal y a los 3 meses de: composición corporal (con BIA y DXA), dinamometría y analítico con determinación habitual nutricional, marcadores de inflamación (PCR e IL-6), marcadores musculares (Irisina, CK) y MRO (CTX, P1NP, Esclerostina)

Resultados: No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre intervención vs control en la pérdida de peso ($17,5 \pm 1,3$ frente a $19,1 \pm 1,7$ kg), de MM ($4,6 \pm 0,8$ frente a $4,5 \pm 0,6$ kg), de MG ($12,9 \pm 0,8$ frente a $14,7 \pm 1,4$ kg), de VAT ($40,5 \pm 5,4$ frente a $46,7 \pm 6,8$ cm²), ni en la disminución del Baumgartner ($0,77 \pm 0,5$ frente a $0,84 \pm 0,3$ kg/m²) ni en la dinamometría. En sangre fueron significativamente mayores los niveles de prealbúmina en el grupo intervención (21 ± 1 frente a $18 \pm 0,8$ mg/dl $p = 0,04$) pero no hubo diferencias significativas ni en la disminución de IL6 ($0,1 \pm 0,6$ frente a $1,1 \pm 1,2$ pg/ml), ni en el aumento de CTX ($0,36 \pm 0,1$ frente a $0,26 \pm 0,2$ ng/ml) ni de P1NP ($23,12 \pm 7,4$ frente a $23,53 \pm 7,7$ ng/ml).

Conclusiones: Tras la cirugía bariátrica se ha objetivado una reducción significativa de peso tanto a expensas de masa grasa como de masa magra en todos los pacientes. La suplementación con HMB no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas frente a la suplementación proteica habitual para preservar la masa ni función muscular.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del centro de trabajo, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-087. Valoración morfofuncional de pacientes que van a ser sometidos a cirugía esofagogástrica: comparativa de situación basal y prequirúrgica

Carmen Carretero Marín, José Antonio Ariza Jiménez, Celia Gallego Díaz, Fátima Torres Flores, Estefanía Jiménez Licera, Felisa Pilar Zarco Rodríguez, José Antonio Irles Rocamora

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción y objetivo: Realizar un estudio piloto en pacientes con cirugía electiva por neoplasia esofagogastrica para determinar la prevalencia de sarcopenia.

Metodología: Estudio prospectivo descriptivo no aleatorizado en pacientes con neoplasias de esófago o gástricas que van a ser sometidos a cirugía electiva con neoadyuvancia. La inclusión de pacientes se realiza de forma consecutiva.

Material y método: Se estudiaron los pacientes al diagnóstico y tras la neoadyuvancia. Realizamos antropometría, ecografía muscular, bioimpedancia, test *up and go*, dinamometría y VSG. Como punto de corte de sarcopenia se utiliza la dinamometría igual o inferior a percentil 25.

Resultados: Evaluamos 15 pacientes, se seleccionan 10 pacientes con edad media de 66 años, IMC $28,2 \pm \text{kg/m}^2$ y pérdida de peso inicial de $8,9 \pm 5,14 \%$. Los datos más relevantes pueden verse en la tabla I. Se observó una tendencia a disminución del ángulo de fase, de masa muscular y de test funcionales siendo lo más destacado la disminución de la fuerza muscular por dinamometría con valores en p25 o inferior al diagnóstico (40 %) y tras neoadyuvancia (80 %).

Conclusiones:

1. En pacientes con neoplasias esofagogastricas, la pérdida de masa muscular y fuerza al diagnóstico se acentúa tras la quimioterapia neoadyuvante, siendo la prevalencia de sarcopenia muy elevada.
2. Posiblemente las medidas de nutrición y ejercicio que tenemos implementadas sean insuficientes para la preparación precirugía y sugieren el iniciar un programa de rehabilitación intensificado.

Tabla I.

	Diagnóstico	Tras neoadyuvancia
SMI: índice muscular esquelético (kg/m ²)	9,2 ± 0,96	10,4 ± 1,5
Ángulo de fase	5,00 ± 0,23	4,66 ± 0,38
Área muscular del recto anterior (cm ²)	3,37 ± 1,30	2,91 ± 1,39
Test <i>up and go</i> (segundos)	6,7 ± 0,98	6,6 ± 1,68
Dinamometría (percentiles)	p5 = 0	P5 = 1
	P10 = 1	P10 = 2
	P25 = 3	P25 = 5
	P50 = 3	p50 = 1
	P75 = 1	p75 = 1
	P90 = 1	p90 = 0

P-088. Efecto de una carga preoperatoria de carbohidratos en la incidencia de infecciones posquirúrgicas en cirugía colorrectal programada

Andrea Santos Fagundo¹, Jorge Esquivel Negrín¹, Amara Magdalena Pérez¹, Carmen Fraile Clemente¹, Teresa Candelaria León San Segundo², Cristo Yared Pérez Martín¹, Samuel Hernández González², Tatiana Betancor García¹, Javier Merino Alonso¹

Servicios de ¹Farmacia y ²Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: Los protocolos *fast-track* (PFT) persiguen reducir el estrés posoperatorio y los tiempos de recuperación. La administración preoperatoria de una solución oral carbohidratada (SOC) podría mejorar el control glucémico disminuyendo así el riesgo de infecciones.

Objetivo: Evaluar el impacto del empleo de una SOC sobre la incidencia de infecciones postquirúrgicas y la duración de ingreso en pacientes sometidos a cirugía colorrectal programada.

Métodos: estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y unicéntrico llevado a cabo en 114 pacientes (62,28 % hombres) de 63 ± 14 años, entre febrero y julio de 2022. Grupo 1 (n = 62, 54 %): recibió 1200 mL de solución oral hidrocarbonada (SOC) de maltodextrina (50 kcal/100 ml) desde el día antes hasta la mañana de la intervención. Grupo 2 (n = 52, 46 %): en ayuno prequirúrgico. El análisis se llevó a cabo a través del *software* estadístico Jamovi.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 2 y el 1 en la duración de estancia en reanimación (2,5 ± 6 frente a 1,3 ± 1,4 días, respectivamente) ni en cuanto a la adquisición de infecciones, reingresos y necesidad de reintervenciones (25 %, 12 %, 27 % frente a 11 %, 8 %, 13 %, respectivamente). Se observaron diferencias estadísticamente significativas (p = 0,034) en la duración del ingreso (14 ± 15,1 frente a 9,2 ± 6,6 días, respectivamente) (Tabla I).

Conclusión: En nuestro estudio, los pacientes que recibieron SOC prequirúrgica presentaron menor duración de ingreso hospitalario, sin reducciones significativas en el riesgo de infecciones (p = 0,055). Se necesitan estudios con muestras mayores que puedan corroborar la significancia estadística de estos resultados.

Tabla I.

	Muestra	Grupo 2	Grupo 1	p
Edad (años)		62,48 ± 14,81	63,00 ± 12,70	NA
Estancia en reanimación (días)	1,9 ± 4,2	2,5 ± 6	1,3 ± 1,4	0,176
Duración de ingreso (días)	11,4 ± 11,5	14 ± 15,1	9,2 ± 6,6	0,034
Infecciones*	20 (18 %)	13 (25 %)	7 (11 %)	0,055
Reingresos	11 (10 %)	6 (12 %)	5 (8 %)	0,532
Reintervenciones	22 (19 %)	14 (27 %)	8 (13 %)	0,059

*No secundarias a dehiscencias de anastomosis.

P-090. Valoración nutricional morfofuncional, metabolismo hidrocarbonado e insuficiencia pancreática exocrina en preoperatorio de cáncer de páncreas

Beatriz Fernández Medina, Patricia Guirado-Peláez, Víctor Simón-Frapolli, José Manuel García-Almeida, Francisco J. Tinahones-Madueño

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los pacientes con cáncer de páncreas presentan un alto riesgo nutricional. El alto consumo energético y la secreción de factores anorexígenos del tumor juegan un papel fundamental, aunque el impacto de diabetes e insuficiencia pancreática exocrina es desconocido.

Objetivos: Describir las características clínicas y analíticas basales previo a la cirugía de cáncer de páncreas, así como su valoración nutricional morfofuncional, y la frecuencia de diabetes y de insuficiencia pancreática exocrina prequirúrgica.

Material y métodos: Los pacientes fueron evaluados previamente a la cirugía mediante análisis de perfil nutricional y función pancreática, bioimpedanciometría con ángulo de fase, dinamometría, ecografía nutricional y test *Up And Go*.

Resultados: Un total de 34 pacientes con cáncer de páncreas fueron incluidos (edad media 61,6 años [45-79], 22/34 hombres [64 %]). Los datos clínicos y paraclínicos de la cohorte están presentados en la tabla I.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes con cáncer de páncreas precirugía presentan datos aceptables de IMC y perfil nutricional, sin embargo, presentan un AF estandarizado negativo para su edad y sexo y un percentil bajo de dinamometría. Destaca la elevada prevalencia de DM (a pesar de IMC normal) e IPE previa a la cirugía.

P-091. Mejora de la composición corporal mediante educación sanitaria, ejercicio físico y suplementación nutricional antes y después de la intervención quirúrgica

Natalia Mudarra García, Jesica Palenzuela Díaz, Almudena Nieto Ramos, Francisco García Sánchez

Hospital Universitario Infanta Cristina. Madrid

Introducción: Los pacientes sometidos a un acto quirúrgico pueden presentar alteraciones metabólicas y procesos inflamatorios que alteran la composición corporal.

Objetivo: Evaluar las complicaciones postquirúrgicas y los resultados obtenidos en dinamometría, ecografía nutricional e impedanciometría en el momento de ser incluido en LEQ, a los 15 días de tratamiento nutricional y un programa de funcionalidad (previo a cirugía) y al mes de la cirugía (bajo estas medidas).

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, comparativo (antes-después), prospectivo. Realizado en el Hospital Universitario Infanta Cristina (Parla), sobre pacientes programados para cirugía mayor con ingreso hospitalario. Las variables analizadas son: impedanciometría, ecografía nutricional y dinamometría; complicaciones y calidad de vida. Se ha realizado un análisis preliminar sobre 40 pacientes que acuden a la consulta

Tabla I.

Antropometría básica y VSG	-IMC medio: 25,3 kg/m ² (25 hombres) (25,7 mujeres) -VSG: A: 32,4 % B: 50 % C: 17,6 %	Perfil nutricional	-Albumina (g/dl) 3,2 -Prealbumina (mg/dl) 18 -PCR (mg/l) 26 -Cociente PCR/prealbumina 0,267 -Colesterol (mg/dl) 252	Bioimpedanciometría eléctrica-ángulo de fase	-AF: 5,45 (5,55 hombres) (5,25 mujeres) -AF estandarizado: -0,886 (-1,09 hombres) (-0,52 mujeres) -Hidratación: 74,3 % -FFM (kg/m ²): 19 (19,4 hombres) (18,3 mujeres)	Ecografía nutricional	-Área muscular (cm ²) 3,48 (3,76 hombres) (2,77 mujeres) -Adiposo sc (cm): (1,42 hombres) (2,1 mujeres) -Adiposo preperitoneal (cm): (0,7 hombres) (1,31 mujeres)	Dinamometría y Up and Go	-Dinamometría (kg): 19 Hombres: 34 (p15) Mujeres: 18,9 (p10) -Up and go: 7,47 seg	Metabolismo HC	-Diabetes: 33,3 % -Péptido C: 1,77 -Hb A1c: 5,91 %	Insuficiencia pancreática exocrina	-Elastasa promedio (µg/g): 217 -Elastasa < 200: 52 % -Digestión: Normal 89,5 % Positivo grasas 10,5 %
-----------------------------------	--	---------------------------	---	---	---	------------------------------	---	---------------------------------	--	-----------------------	--	---	---

de prehabilitación llevando a cabo una valoración nutricional. Según resultados, se prescribe la suplementación nutricional y se pauta actividad física. Posteriormente, se realiza un análisis de la composición corporal para ver los resultados obtenidos tras la intervención.

Resultados: Se han obtenido entre otros, los siguientes resultados estadísticamente significativos en la mejora de la composición corporal (masa muscular ($p = 0,047$), mejora de funcionalidad ($p = 0,048$), adherencia a ejercicio físico ($p < 0,001$) y tejido pre-peritoneal ($p = 0,040$). Un 20 % de pacientes padecieron alguna complicación quirúrgica.

Conclusión: Con un soporte nutricional quince días antes y después de la cirugía y un programa de ejercicio físico, hemos conseguido de manera preliminar una mejora en la funcionalidad, una disminución del RCV y metabólico evitando el empeoramiento de la calidad de vida y reduciendo complicaciones postquirúrgicas. Con datos y estudios previos obtenidos en este hospital, comparando los pacientes que se han sometido a prehabilitación (el citado estudio) con los que no, se evidencia reducción de las complicaciones (20 % frente a 53,6 %).

Aspectos éticos: estudio aprobado por el Comité de Investigación del HU. Puerta de Hierro. Los pacientes firmaron un C.I aceptando participar en el estudio.

P-092. Evolución de la composición corporal en pacientes trasplantados hepáticos durante el primer año

Eva María Gascó Santana, Ángela Durá de Miguel, Andrea Micó García, María Argente Pla, Katherine García Malpartida, Silvia Martín Sanchis, Juan Francisco Merino Torres

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción y objetivos: Los pacientes sometidos a trasplante hepático (TH) por diferentes causas, pueden presentar alteraciones en la composición corporal (CC). La mayoría de indicadores antropométricos del estado nutricional se encuentran alterados por condiciones inherentes a la enfermedad y no reflejan el estado nutricional real del paciente. El objetivo fue estudiar la CC durante el primer año pos-TH.

Material y método: Estudio prospectivo y longitudinal de 78 pacientes remitidos a consulta de Nutrición. Se recogieron datos antropométricos y analíticos. Se realizó bioimpedanciometría (BIA) con InBodyS10® en el posoperatorio inmediato, 1 mes, 6 meses y 1 año pos-TH. Se expresan los resultados como media (DE) y porcentaje (%).

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes (76,9 % hombres), edad 60,89 (8,09) años. En la tabla I se recoge la evolución de los parámetros de la BIA. Ningún paciente presentó sarcopenia (IMME) en ningún momento, aunque se produjo mayor pérdida de IMME en mujeres. El AF evolucionó favorablemente en todos los casos.

Conclusión: Las alteraciones en la composición corporal son frecuentes en pacientes sometidos a TH, y sufren modificaciones en el primer año postrasplante. Por ello, es fundamental la rehabilitación multimodal tanto previo como pos-TH.

P-093. Relación de la ecografía muscular de recto anterior con índice de psoas medido en TAC oportunistas en pacientes oncoquirúrgicos

Margarita González Boillos, Iciar Castro de la Vega, María Chiva Martínez, Pablo Abellán Galiana, Begoña Plá Peris, Esther Serisuelo Meneu, Agustín Ángel Merchante Alfaro

Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón

Introducción: El índice de psoas (PMI) medido por TAC es uno de los métodos de referencia para valoración de masa muscular. Se está usando el área en cm^2 en ecografía de recto anterior (ECO) como método alternativo.

Objetivo: Comparar los resultados de ecografía de recto anterior en pacientes oncoquirúrgicos con PMI medido en L3 (tercera vértebra lumbar) en TAC. Analizar el punto de corte más adecuado para detectar baja masa muscular con ecografía de recto anterior.

Material y métodos: Estudio observacional transversal-retrospectivo en pacientes oncoquirúrgicos remitidos a consulta de nutrición del HGUCS durante 2 años. Se realizó el diagnóstico de desnutrición con los criterios GLIM, la evaluación de masa mus-

Tabla I. Parámetros de BIA

	Posoperatorio TH		1 mes TH	6 meses TH	1 año TH
IMC (kg/m^2)	25,67 (3,76)		24,04 (3,46)	24,86 (3,64)	25,79 (3,97)
AGV (cm^2)	73,14 (30,75)		76,39 (31,23)	76,19 (43,50)	88,97 (46,32)
AEC	0,399 (0,01)		0,394 (0,01)	0,387 (0,01)	0,385 (0,01)
% GC	Hombres	21,34 (7,51) %	22,12 (7,54) %	22,89 (8,54) %	24,47 (7,46) %
	Mujeres	24,05 (8,72) %	25,47 (10) %	23,96 (12,64) %	31 (11,98) %
IMME (kg/m^2)	Hombres	8,54 (1,82)	8,02 (1,09)	8,47 (1)	8,17 (0,93)
	Mujeres	7,19 (1,25)	6,32 (0,86)	6,02 (0,57)	6,77 (0,71)
AF (°)	Hombres	4,40 (1,18)	4,52 (0,97)	5,29 (0,91)	5,31 (0,74)
	Mujeres	3,66 (0,86)	4,33 (0,79)	4,27 (0,76)	5,05 (0,59)

cular por ECO (ecógrafo Mindray) y PMI por TAC en L3. Se excluyeron pacientes sin TAC o con TAC > 1 mes desde ecografía.

Resultados: Se incluyen 34 pacientes (25 varones), edad $65 \pm 7,21$ años, realizándose 43 valoraciones. En la valoración nutricional (21 preoperatorias y 22 postoperatorias, con 25 cistectomías radicales, 20 cirugías hepáticas y 8 miscelánea), el 58,1 % presentaba desnutrición según criterios GLIM (68 % moderada, 32 % grave) con IMC 23.5 ± 4.66 kg/m², ECO con área $2,96$ cm² (2,47-4,2) y PMI con área $5,07$ cm² (3,76-6,71)*. *Mediana (rango intercuartílico). Coeficiente de correlación de Spearman entre ECO e PMI por TAC de 0,572 ($p < 0,001$). De acuerdo con los valores establecidos para baja masa muscular por PMI, se realizó un análisis de curvas ROC en ECO, con un punto de corte para baja masa muscular de $3,09$ cm², AUC 0.8540.059 (IC 0,74-0,969) sensibilidad 77,8 % y especificidad 84 %.

Conclusiones: En nuestra muestra, el punto de corte para la detección de baja muscular por ecografía de recto anterior fue de $3,09$ cm². Por tanto, la ECO podría ser una técnica válida para valoración de masa muscular.

P-094. Seguimiento nutricional en el paciente con obesidad mórbida sometido a cirugía bariátrica

María Gregori Navarro, María Amparo Pérez Benajas, Mónica Montero Hernández, Sonia Gea Navarrete, Cristina Sancho Moya, Raúl Cánovas de Lucas, Amando Mengual Sendra

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia

Introducción y objetivos: Evaluar el impacto del seguimiento nutricional a corto plazo en la calidad de vida, sarcopenia y disfagia de los pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una serie de casos de pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica durante el año 2022 y en seguimiento nutricional por la consulta de nutrición siguiendo un protocolo interdisciplinar de cirugía, psicología, endocrinología, farmacia y neumología. Mediante cuestionarios validados, se ha evaluado entre el primer y segundo mes posoperatorio, la calidad de vida (cuestionario BAROS), la sarcopenia (SARC-F) y la disfagia (EAT-10). Se han excluido aquellos casos con encuestas incompletas.

Resultados: Se ha incluido a 33 pacientes (79 % mujeres, 21 % hombres) de los 96 pacientes en seguimiento nutricional posoperatorio. La mediana de edad es de 47 años (33-69). La técnica quirúrgica realizada ha sido la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) en 10 pacientes y el *bypass* gástrico en Y de Roux laparoscópico (BPGYR) en 23. La pérdida de IMC entre la intervención y la realización de los cuestionarios ha sido de un 20 %. La puntuación media respecto a la calidad de vida ha sido de 1,5, es decir, regular-buena. Respecto a la sarcopenia, un 51 % de pacientes ha presentado sarcopenia y un 49 % ha presentado una alta probabilidad sarcopenia. El 100 % de los pacientes ha resultado negativo para disfagia, pero un 67 % ha

presentado en algún momento problemas ocasionales. De los pacientes con buena calidad de vida, solo el 20 % ha presentado alguna probabilidad de sarcopenia.

Conclusiones: En el seguimiento nutricional posoperatorio se aprecia una pérdida ponderal favorable con una disminución de IMC del 20 %. La mitad de los casos revisados han presentado sarcopenia entre el primer y segundo mes posoperatorio, con una calidad de vida mejor en los pacientes que no han presentado sarcopenia.

P-184. Estudio de correlación entre índice de masa corporal y grado de desnutrición calórico-proteica en pacientes críticos posquirúrgicos

Jorge Esquivel Negrín, Carmen Fraile Clemente, Paula Joy Carmona, Cristo Yared Pérez Martín, Ariana Martín López, Javier Merino Alonso

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: Un índice de masa corporal (IMC) elevado suele relacionarse con valores altos de colesterol total (CT). El CT y la prealbúmina son marcadores bioquímicos empleados aún en la práctica clínica habitual para valorar el grado y riesgo de desnutrición.

Objetivo: Determinar si existe correlación entre el IMC y los valores de CT y prealbúmina, y la prevalencia de desnutrición calórico-proteica durante la primera semana poscirugía en pacientes críticos posquirúrgicos.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y unicéntrico llevado a cabo en pacientes críticos posquirúrgicos entre febrero y diciembre de 2022 en un hospital de tercer nivel. Variables: edad, sexo, IMC, CT, prealbúmina. El análisis estadístico se realizó empleando el *software* Jamovi.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes, 67 % hombres, de $64 \pm 13,48$ años. Siguiendo la clasificación de la OMS en base al IMC, el 6,67 % de los pacientes se encontraba en infrapeso, el 21,67 % en normopeso, el 40 % en sobrepeso, el 15 % en obesidad grado I, el 10 % en grado-II y el 6,67 % en grado-III. Pese a que 43 pacientes presentaban IMC > 25 kg/m² (71,67 %), no se encontró en la muestra correlación lineal entre los valores de IMC y los de CT (r de Pearson = 0,175) o prealbúmina ($r = 0,084$). De hecho, 57 pacientes (95 %) presentaban desnutrición calórica (severa en 32 pacientes, con prealbúmina < 10 mg/dl) y 45 pacientes (75 %) desnutrición proteica (grave en 20 de ellos, con CT < 100 mg/dl). Sí se observó una relación lineal positiva entre los valores de CT y prealbúmina ($r = 0,725$).

El análisis por subgrupos de IMC no reveló ninguna correlación adicional.

Conclusión: La prealbúmina y el CT son marcadores prácticos para evaluar rápidamente el impacto de las intervenciones nutricionales, pero no se pueden predecir en el paciente quirúrgico empleando el IMC. La prevalencia de desnutrición muestra que el manejo nutricional continúa siendo un reto del periodo posoperatorio.

P-185. Efecto de una carga preoperatoria de carbohidratos en la insulinorresistencia e hiperglucemia posoperatoria en cirugía mayor colorrectal programada

Amara Magdalena Pérez¹, Jorge Esquivel Negrín¹, Andrea Santos Fagundo¹, Carmen Fraile Clemente¹, Teresa Candelaria León San Segundo², Josephine Peña Hernández¹, Ana Belén Fernández Pérez², Esther González Carrillo¹, Javier Merino Alonso¹

Servicios de ¹Farmacia y de ²Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: La resistencia a la insulina posoperatoria puede conllevar un aumento de las complicaciones postquirúrgicas. La administración de una carga hidrocarbonada oral (CHO) preoperatoria podría ayudar a reducir la insulinorresistencia, con mejor respuesta al estrés metabólico, y mejor recuperación postquirúrgica.

Objetivo: Evaluar el efecto de una CHO preoperatoria sobre la variabilidad glucémica postquirúrgica, la resistencia a la insulina y la duración de la estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y unicéntrico llevado a cabo en cirugía colorrectal programada entre febrero y julio de 2022 en un hospital de tercer nivel. La insulinorresistencia se evaluó mediante la glucemia posoperatoria (4, 8, 12 y 24 horas poscirugía) y necesidad de insulina exógena.

Los pacientes se asignaron a dos grupos: Grupo 1: recibió 1200 ml de CHO de maltodextrina (50 kcal / 100 ml) desde el día antes hasta la mañana de la intervención. Grupo 2: en ayuno prequirúrgico. El análisis se llevó a cabo a través del *software* estadístico Jamovi.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes, 62 en el grupo 1 (54 %), 52 en el grupo 2 (46 %). 62 % hombres, de una edad media de 63 años, homogéneamente distribuidos. La prevalencia de diabetes *mellitus* fue del 19 %, 22 pacientes (11 por grupo). Entre los grupos 1 y 2 no se observaron diferencias significativas en cuanto a la variabilidad glucémica postquirúrgica ($p = 0,9$) $44,2 \pm 24,1$ frente a $44,8 \pm 24,5$ mg/dL, respectivamente. Se administró insulina en 26 pacientes (23 %) ($p = 0,61$): 21 % y 25 % de los pacientes del grupo 1 y 2, respectivamente. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la duración del ingreso hospitalario ($p = 0,034$): $9,2 \pm 6,6$ frente a $14 \pm 15,1$ días, respectivamente.

Conclusión: Los resultados del estudio no muestran una relación clara entre el uso de CHO y una menor insulinorresistencia postquirúrgica, sin embargo, sí se ha observado una reducción de la estancia hospitalaria.

P-188. Estudio comparativo del estado nutricional y muscular preoperatorio de cirugía valvular frente a coronaria

Macarena Lacarta Benítez, Leticia Serrano Urzaiz, Wendy Valeria González Sacoto, Carlos Moreno Gálvez, Patricia de Diego García, Pablo Trincado Aznar, Alejandro Sanz Paris

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción y objetivos: La patología valvular y coronaria se asocia con un alto grado de afectación funcional por la disnea. La detección preoperatoria de desnutrición o sarcopenia puede ser un factor importante en la prevención de complicaciones postoperatorias. Su estudio es muy escaso en la literatura. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de malnutrición y sarcopenia en pacientes que van a ser intervenidos de valvulopatía o coronariopatía.

Material y método: Se realizó MNA para valoración nutricional, impedancia y fuerza de agarre de la mano para diagnóstico de sarcopenia y ecografía del bíceps y cuádriceps. Se utilizó un estudio estadístico de comparación de medias con T de Student y de proporciones con Chi cuadrado.

Resultados: Se valoraron 24 pacientes por coronariopatía y 78 con valvulopatía. NYHA 2 (RI: 1) frente a 2 (RI: 1) ($p: 0,8$), FE-VI $56,2 + 9,8$ frente a $61,5 + 11,3$ ($p: 0,1$), edad $69,6 + 8,5$ frente a $66,1 + 12,0$ ($p: 0,1$). Hombres 98 % frente a 50 % ($p: 0,0001$). Fuerza mano disminuida 14 % frente a 20 % ($p: 0,04$), FFMI disminuido 0 % frente a 61 % ($p: 0,04$). MNA normal 75 % frente a 78 %, riesgo 25 % frente a 21 %, desnutridos 0 % frente a 0 % ($p: 0,04$). Diabetes 47 % frente a 18 %, IMC $30,3 + 4,7$ frente a $27,3 + 5$ ($p: 0,014$), circunferencia abdominal $109,3 + 12,4$ frente a $97,9 + 13,8$ ($p: 0,001$); grosor bíceps $35,9 + 4,8$ frente a $30,6 + 6,7$ ($p: 0,0001$) y grosor de cuádriceps $33,2 + 10$ frente a $28,5 + 8,7$ ($p: 0,03$).

Conclusión: La prevalencia de malnutrición o sarcopenia es baja entre los pacientes en preoperatorio de valvulopatía o coronariopatía. El grosor del cuádriceps fue menor que el bíceps, probablemente como consecuencia de la claudicación intermitente.

Aspectos éticos: aprobado por el comité de ética local (PI22/062).

P-189. Índice pronóstico nutricional en pacientes ancianos sometidos a artroplastia total de rodilla

Pilar Laluzza-Broto, Nayana Joshi-Jubert, Rosa Burgos-Peláez, Mercedes Reverté-Vinaixa, Cristina Vaqué-Crusellas, Alberto Blanco-Grau, Carme García-Esquerda, Irene Portas Torres, Francisco Rodríguez-Frías, Joan Minguell-Monart

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción y objetivo: La desnutrición es un factor de riesgo para desarrollo de complicaciones tras artroplastia total de rodilla (ATR). Determinar si el índice pronóstico nutricional (IPN), como marcador de riesgo nutricional previo a cirugía, de los pacientes ancianos intervenidos de ATR se correlaciona con la estancia hospitalaria u otras características de los pacientes

Material y métodos: Estudio unicéntrico de cohortes retrospectivo observacional de pacientes ≥ 75 años intervenidos de ATR primaria durante 2016-2019 que dispusieran de albúmina y linfocitos, en un periodo inferior a 6 meses previos a cirugía. Se excluyeron pacientes con artrosis postraumática, artrosis secundaria a proceso séptico, artritis reumatoide y pacientes con en-

fermedades que dificulten cicatrización. Se recogen variables demográficas, antropométricas y bioquímicas preoperatorias relacionadas con estado nutricional y días de ingreso hospitalario. Extracción de datos realizada de manera codificada por departamento de sistemas de información y servicio de bioquímica. Análisis estadístico: paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados: Ciento diecisiete pacientes (61 % mujeres) cumplían los criterios de inclusión y ninguno de exclusión con una edad media de 79,6 (90-75) años (Tabla I). Los pacientes (29) con IPN < 40 presentaron estancia media superior (12,8 días) a los de IPN ≥ 40 con 6,6 días ($p < 0,001$). Asimismo, el valor del IPN en los pacientes que reingresaron (8 pacientes) fue inferior (37,3 [6,4]) que los que no reingresaron (40,8 [3,8]) ($p = 0,018$).

Tabla I.

Variable	N.º	Media
Albumina	117	4,05 (2,4-4,9)
Linfocitos	116	2 (0,79-5,8)
Albumina / linfos.	116	2,3 (0,7-4,3)
IPN	117	40,6 (24-49)
Fibrinógeno	82	4,1 (2,5-6,1)
Creatinina	113	0,9 (0,48-2,13)
IMC	113	30 (20,3-40,4)
Días de ingreso	117	8,14 (2-74)

$IPN = 10 \times \text{albúmina(g/dL)} + 0,005 \times \text{linfocitos (/mm}^3\text{)}; IMC = \text{kg/talla}^2$.

Conclusiones: El IPN de los pacientes ≥ 75 años intervenidos de ATG es capaz de identificar aquellos pacientes que tienen una mayor probabilidad de complicaciones y reingresos.

Aspectos éticos: aprobado 2021 por CEIm del hospital.

P-199. Consulta nutricional pretrasplante pulmonar en Valdecilla como otro pilar del estudio de inclusión en lista de espera. Nuestra experiencia

Patricia Mezerhane, Marta Martínez García, Víctor Mora Cuesta, Luis Vázquez Salvi, Sandra Tello, Sheila Izquierdo Cuervo, José Cifrián Martínez, Coral Montalban Carrasco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción y objetivo: El trasplante pulmonar es una alternativa terapéutica para la enfermedad respiratoria crónica en estado grave, que tras optimizar el tratamiento médico cursan con insuficiencia respiratoria grave siendo una cirugía de alto riesgo tiene un protocolo de estudio específico antes de incluir a los pacientes en lista de espera, en donde se valora la capacidad pulmonar, la morfología torácica, se realiza cateterismo cardiaco, pruebas bioquímicas e inmunológicas, aun así no esta protocolizada una valoración nutricional a los pacientes que serán sometidos a este tipo de cirugía.

Material y método: Se realiza un estudio prospectivo, en donde participan todos los pacientes que son sometidos a tras-

plante pulmonar en el hospital universitario marques de Valdecilla durante el año 2022, se han incluido 40 pacientes, con edad media de 62,4 años (DE 4,1), el 60 % varones, la patología de base mas frecuente el EPID, seguido de EPOC, se solicita consentimiento informado a todos los pacientes, y se realiza una valoración nutricional completa a todos los pacientes en el mismo día que se incluyen en lista de espera, se pasa el cuestionario NRS2002 a todos los pacientes, se realiza estudio de composición corporal, con un IMC medio 26,76 kg/m², y un ángulo de fase (AF) medio de 4,2 (DE 1,3), se realiza estudio de composición corporal TANITA MC 780MA segmental y ecografía muscular en todos los pacientes, con área muscular media de 3,49 cm (DE1,1) en el musculo recto anterior de la pierna.

Conclusiones: Los pacientes candidatos a trasplante pulmonar tienen sobrepeso, a pesar de lo cual el ángulo de fase medio esta cercano al limite inferior de la normalidad, y el área muscular indica riesgo elevado de sarcopenia, los pacientes con AF menor de 4 recibieron todos suplementos nutricionales enterales y todos los pacientes independiente de su IMC y AF recibieron consejo nutricional.

P-200. Manejo del soporte nutricional en pacientes quirúrgicos ingresados en hospitalización a domicilio (HaD): nuestra experiencia

Carmen Mias Carballal, Alfredo Escartín Arias, Rafael Villalobos Mori, Frank Vela, Ramón Ribalta, Nuria Riera, Noemí Martín, María Rufas, Yolanda Maestre, Jimmy Jara, Alberto González, Jorge Juan Olsina Kissler

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción y objetivos: Los pacientes quirúrgicos que ingresan en HaD son pacientes complejos (cirugías complicadas, sepsis, dehiscencias de heridas) que precisan un control nutricional. Revisar el manejo nutricional de los pacientes quirúrgicos ingresados en HaD.

Material y metodología: Se revisan los pacientes quirúrgicos ingresados en HaD durante el 2021, para valorar la necesidad y tipo de soporte nutricional (SN) durante su estancia en HaD. Se recogen las variables: edad, sexo, patología (quirúrgica, médica), SN al alta hospitalaria; estancia hospital, estancia HaD, tipo SN en HaD; dieta en HaD. Se realiza un estudio estadístico descriptivo de las variables recogidas y un análisis cualitativo de los resultados.

Resultados: En el 2021 se ingresaron 501 pacientes quirúrgicos en HaD, de los cuales 44 requirieron algún tipo de actuación nutricional (suplementación oral, aporte ev de nutrientes (magnesio, fósforo, hierro, NED o NPD). De los 31 pacientes precisaron suplementación oral (SO), esta fue indicada por el equipo de HaD, tras hacer cribado nutricional y comprobar malnutrición. En el 47 % por no tolerar la SO pautada al alta hospitalaria y el 53 % por no llevar SO (53 %). El 77 % eran pacientes con complicaciones postoperatorias: portadores de drenajes (43 %), antibiótico ev (20 %), y otras medicaciones ev (10 %). Un 13 % presentaban heridas o úlceras. El tipo de SO que se usó inicial-

mente en HaD fue proteína vegetal en polvo, reforzando la dieta oral hiperproteica. En el 43 % de los pacientes la dieta fue de fácil masticación y fraccionada. Posteriormente siguieron controles por la unidad de nutrición.

Conclusiones: En los pacientes quirúrgicos que ingresan en HaD con malnutrición, y que no toleran o no tienen soporte nutricional pautado al alta hospitalaria, la proteína vegetal en polvo añadida a la dieta hiperproteica de fácil masticación y fraccionada es una buena opción inicial.

Aspectos éticos: consentimiento informado HaD.

P-201. Diferentes enfoques en el diagnóstico diferencial de la malabsorción en pacientes tras cirugía bariátrica, ¿por dónde empezar?

Laura Mola Reyes, Pamela Benítez Valderrama, Rosa García Moreno, Samara Palma Milla

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La diarrea es una patología que afecta aproximadamente al 30 % de las personas con obesidad. Tras la cirugía bariátrica (CB) se ha documentado una prevalencia de hasta el 75 % principalmente en aquellos sometidos a anastomosis en Y de Roux.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedente de hipotiroidismo primario y obesidad extrema (peso inicial 150 kg) que fue sometida a dos procedimientos de CB: gastrectomía vertical (2002) y anastomosis en Y de Roux (2008) con una pérdida ponderal total de 60 kg. Consultó por deposiciones diarreicas de características esteatorreicas que no mejoraron luego de la prescripción de enzimas pancreáticas (elastasa inicialmente disminuida con recuperación posterior) y antidiarreicos. Precisó varios ingresos hospitalarios por déficits nutricionales e hipoproteïnemia con edemas en extremidades inferiores. Fue diagnosticada de miopatía mitocondrial por déficit del complejo III de la cadena respiratoria, malabsorción por enteropatía pierde proteínas y linfedema (linfogammagrafía normal) iniciándose tratamiento con módulos proteicos con escasa mejoría. Ante la persistencia del cuadro clínico que condicionaba una desnutrición mixta predominantemente proteica (BIVA: ángulo de fase estandarizado -2,3, BCMI: 9,1, ecografía cuádriceps: eje y 0,43 cm) se recomendó realizar el estudio de ácidos biliares en heces y la evaluación por imagen del asa común.

Discusión: La malabsorción de hidratos de carbono, proteínas, ácidos biliares, síndrome de dumping, entre otros son las principales causas de malabsorción y diarrea pos cirugía. El síndrome de intestino corto ocurre hasta en un 4 % de los casos. Encontrar la causa puede suponer un problema para dirigir el tratamiento.

Conclusiones:

1. El seguimiento tras la cirugía es uno de los pilares fundamentales para evitar los efectos colaterales como los déficits nutricionales y la diarrea.
2. Valorar el área de intestino remanente debe convertirse en un reto diario para enfocar el tratamiento nutricional.

P-204. Evolución antropométrica del paciente con obesidad tras cirugía bariátrica

Adrián Pastor Alcaraz, Antonio Javier Ríos Vergara, Patricia Palomero Entrenas, Alberto Flores Paños, Luis Marín Martínez, Georgios Kyriakos, María Chian Álvarez Martín, Irene Martín Pérez

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Introducción: En cirugía bariátrica hay series publicadas con reducciones ponderales muy variables por lo que es interesante disponer de los datos del centro de trabajo.

Objetivo: Describir las características antropométricas prequirúrgicas y postquirúrgicas en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio transversal. Se recogieron variables antropométricas en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena entre febrero de 2011 y febrero de 2019. *Criterios de inclusión:* obesidad grado 2 (índice de masa corporal IMC > 35 kg/m²) o más con comorbilidades mayores (diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia). *Criterios de exclusión:* IMC < 35 kg/m², pacientes sin comorbilidades mayores asociadas a la obesidad. Se analizaron parámetros antropométricos prequirúrgicos y al año, 3 años y 5 años tras la cirugía. Se analizaron los datos con el programa IBM SPSS statistics V25.

Resultados: Se analizaron 147 pacientes, 106 son mujeres (71,6 %). La media de edad es 45 años. 81 pacientes se han sometido a bypass gástrico (54,7 %) y 66 a gastrectomía tubular (44,6 %). La media de peso previo a la cirugía es de 119 kg, con una media de peso al año de la intervención de 79 kg, a los 3 años de 84 kg y a los 5 años de 87 kg. La media de IMC previo a intervención es 43,8 kg/m², con una media al año de 29,3 kg/m², a los 3 años de 31,2 kg/m² y a los 5 años de 33,2 kg/m².

Conclusión: Hay una gran reducción ponderal el primer año y tendencia a ganar de peso con el tiempo. La cirugía bariátrica es eficaz, aunque a largo plazo hay una alta tasa de fracasos quirúrgicos.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro.

P-205. Relación entre el índice nutricional pronóstico preoperatorio y las complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a cirugía colorrectal programada

Josephine Peña Hernández, Andrea Santos Fagundo, Jorge Esquivel Negrín, Amara Magdalena Pérez, Carmen Fraile Clemente, Teresa Candelaria León San Segundo, Javier Merino Alonso, Esther González Carrillo

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: El índice nutricional pronóstico (PNI) es una medida de la concentración de albúmina sérica junto con el recuento total de linfocitos, indica el estado nutricional e inmunológico del paciente. Existe una fuerte correlación entre el PNI preoperatorio y las complicaciones postoperatorias en pacientes intervenidos en cirugía colorrectal.

Objetivo: Evaluar la relación entre el PNI y la incidencia de infecciones postquirúrgicas, la duración de ingreso, el riesgo de reingreso y reintervenciones en pacientes sometidos a cirugía colorrectal programada.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y unicéntrico llevado a cabo en 103 pacientes (62,14 % hombres) de 63 ± 14 años, entre febrero y julio de 2022. Se utilizó la siguiente fórmula para calcular el PNI: $[10 \times \text{albúmina sérica (g/dL)}] + [0,005 \times \text{recuento total de linfocitos (mm}^3\text{)}]$. El análisis se llevó a cabo a través del *software* estadístico Jamovi.

Resultados: Se observó una mayor incidencia de complicaciones postquirúrgicas a valores más bajos de PNI, siendo esta relación estadísticamente significativa en el caso de la duración de ingreso ($p = 0,015$), reingresos ($p = 0,032$) y reintervenciones ($p = 0,010$) y no mostrando significación estadística en la adquisición de infecciones ($p = 0,059$) (Tabla I).

Tabla I.

	Complicación posquirúrgica	n	Número de pacientes	Media (PNI)
PNI	Reingreso	Sí	10	45,3
		No	93	49,4
	Infección	Sí	20	46,3
		No	33	49,7
	Reintervención	Sí	19	45,7
		No	84	49,8
Duración del ingreso	> 7 días	44	47,1	
	< 7 días	59	50,5	

Conclusión: Los pacientes con valores de PNI más bajos presentaron mayores complicaciones posquirúrgicas. El PNI es un factor predictivo para el desarrollo de complicaciones tras la cirugía, siendo una forma de evaluación nutricional sencilla y de fácil acceso. No obstante, el uso de un mayor número de herramientas de detección mejorará la evaluación del estado nutricional del paciente, para así garantizar una correcta intervención de la desnutrición previa a la cirugía.

P-206. Desarrollo de soporte nutricional de un protocolo RICA en carcinomatosis peritoneal

Amaya Peñalva-Arigit, María Lecha, Anna Sansano, Rosa Prats, Aida Vázquez, Sara Torrejón, Irela López, Gemma Francisco, Paula Sánchez, Irene Berges, Lluís Vila, Mercè Albareda

Hospital San Juan Despí Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Introducción: El posoperatorio de cirugía en carcinomatosis peritoneal (CP) es complejo. Normalmente todos los pacientes usan nutrición parenteral (NP) y después progresión dietética postquirúrgica. En nuestro hospital se ha adaptado para esta patología la guía RICA y una dieta específica.

Objetivo: Descripción de progresión dietética en posoperatorio CP.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (3 meses). Creación protocolo RICA-CP: 3 grupos según severidad cirugía: 1.º (R1): menor complejidad, sin uso NP; 2 y 3 (R2, R3): mayor complejidad, uso NP. Progresión dietética óptima antes del alta: mínimo de 3 cambios. En R1, dieta convencional posoperatoria(dC): líquido > semilíquida > blanda. En R2/R3 dieta adaptada sin líquidos iniciales (dCP): CP1; tostadas con jamón > CP2; triturado proteico > CP3;blanda. Posibilidad de uso de otras dietas (gastrectomía). *Variables:* días (D): ingreso, con NP, con dieta oral; D inicio oral desde cirugía (DidC), complicaciones generales, complicaciones dietéticas (no tolerancia / alteraciones progresión o stop), D absoluta por stop (D D stop), ingesta al alta, n.º cambios dieta.

Resultados: Descriptivo de resultados según clasificación en la tabla I. Hay 4(6,6 %) pacientes que no realizan la progresión dietética adecuada (<3 cambios). En R2/R3 hay un 48,8 % de pacientes que comienzan con dC y no hay diferencias significativas con los que inician con dCP.

Conclusiones:

1. Un protocolo RICA-CP discrimina bien entre pacientes complicados o no, y supone un ahorro de recursos hospitalarios ya que disminuye el uso NP.
2. La supervisión dietética ayuda una correcta progresión dietética posoperatoria antes del alta.
3. No parece haber diferencias entre el uso de dieta convencional versus dieta especial.

Tabla I.

	R1 (15)	R2 (33)	R3 (12)	Total (60)
D ingreso*	7,3 \pm 3,2	14 \pm 10	13,5 \pm 7,1	12,2 \pm 8,6
D NP†	4,4 \pm 0 (3)	5,8 \pm 2,5(28)	7,8 \pm 6,5(12)	4,9 \pm 4,6
DidC‡	2 \pm 0,7	5,3 \pm 2,4	6,5 \pm 2,2	4,7 \pm 2,6
D oral	5,1 \pm 3,0	7,7 \pm 8,5	6,2 \pm 4,8	6,7 \pm 6,8
Complicaciones G	20 % (3)	42,4 % (14)	16,6 % (2)	31,7 % (19)
Complicaciones D	13,3 % (2)	33,3 % (11)	16,6 % (2)	25 % (15)
D Dstop	4 (1)	3,7 \pm 4 (10)	5 \pm 4,2 (2)	3,9 \pm 3,7

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (Cont.).

		R1 (15)	R2 (33)	R3 (12)	Total (60)
Ingestas alta	0-25 %	26,6 % (4)	45,4 % (15)	33,3 % (4)	38,3 % (23)
	25-50 %	26,6 % (4)	24,2 % (8)	50 % (6)	30 % (18)
	≥ 50 %	46,7 % (7)	18,2 % (6)	16,7 % (2)	31,7 % (19)
Inicio dieta	dC	86,6 % (13)	48,5 % (16)	50 % (6)	58,3 % (35)
	dCP	6,7 % (1)	51,5 % (17)	41,7 % (5)	38,3 % (23)
	Otras	6,7 % (1)	0	8,3 % (1)	3,4 % (2)
N.º de cambios dieta (progresión)		3,3 ± 0,7	3,4 ± 1,5	3,7 ± 0,8	3,7 ± 3

* $p < 0,01$ (R1 frente a R2 + R3). † $p < 0,01$.

P-207. Evolución posoperatoria tras intervención quirúrgica pancreática en pacientes con desnutrición

Elena Pérez Galende, Rosana Urdaniz Borque, Gema González Fernández, Pablo Lozano Martínez, María Isabel Valero, María Julia Ocón Bretón

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Introducción y objetivos: El cáncer de páncreas se encuentra asociado a desnutrición. A su vez, el estado nutricional preoperatorio en pacientes sometidos a resección de tumores pancreáticos ha sido reconocido como variable significativa en mortalidad y morbilidad posoperatoria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo y analítico en pacientes intervenidos por cáncer de páncreas en 2021. Se determinaron características basales, estado nutricional y parámetros postoperatorios (mortalidad al mes y a los 3 meses, complicaciones, ingreso en UCI, readmisión hospitalaria al mes y estancia prolongada).

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes (52,4 % varones) con una edad media de 69 ± 9,61 años. El principal diagnóstico fue adenocarcinoma ductal de páncreas (52,3 %). Al 81 % de los pacientes se les realizó una duodenopancreatectomía cefálica. Un 42,86 % fallecieron y un 90,5 % sufrieron complicaciones, aunque, menos de la mitad (47,37 %) eran graves. El 81 % de los pacientes fueron diagnosticados de desnutrición según criterios GLIM, de los cuales, el 88,24 % presentaba desnutrición severa. El porcentaje de fallecidos al mes y los 3 meses de la intervención era superior en los pacientes con desnutrición (17,6 %; 7,1 %), aunque sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p = 0,736$; $p = 0,633$). Un 85,71 % de los pacientes con complicaciones presentaban desnutrición, pero sin significación estadística. El número de pacientes con desnutrición que requirió ingreso en UCI (82,4 %, $n = 14$) fue significativamente mayor que aquellos con normonutrición (25 %, $n = 1$) ($p = 0,022$). Un 9,5 % de los pacientes precisaron reingreso al mes de la intervención, presentando todos ellos previamente desnutrición, aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0,47$). El 41,2 % de los pacientes con desnutrición, requirió estancia hospitalaria prolongada.

Conclusiones: La prevalencia de ingreso en UCI en pacientes con desnutrición es significativamente mayor que en aquellos

con normonutrición, así como la mortalidad, complicaciones y reingreso tras la intervención, aunque sin significación estadística.

Aspectos éticos: se siguió la Declaración de Helsinki.

P-208. ¿Es el test *timed up and go* capaz de predecir baja masa muscular en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía por cáncer colorrectal?

Leticia Pérez Santiago¹, Luisa Paola Garzón Hernández¹, Stephanie Anne García Botello^{1,2}, Sandra Amores Alandí³, Vicente Pla Martí^{1,2}, David Moro-Valdezate^{1,2}, Ning Yun Wu Xiong⁴, José Martín Arévalo^{1,2}, Blanca Alabadi Pardiñes³, David Casado Rodrigo¹, Ana Izquierdo Moreno¹, Miriam Moriana Hernández³, Miguel Civera Andrés⁴, Alejandro Espí Macías^{1,2}

¹Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Biomedical Research Institute INCLIVA. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Departamento de Cirugía. Universidad de Valencia. Valencia. ³Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Biomedical Research Institute INCLIVA. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Biomedical Research Institute INCLIVA. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

Objetivos: Analizar si el test *timed up and go* (TUG) es válido en el diagnóstico de baja masa muscular en los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal (CCR).

Material y métodos: Estudio prospectivo entre enero y noviembre de 2022. Los pacientes que van a ser intervenidos de CCR son valorados en una consulta de rehabilitación 4 semanas antes de la intervención quirúrgica. Se les realizó el test TUG y se calculó la masa muscular a nivel de la tercera vértebra lumbar mediante TAC. Las variables estudio fueron: edad, sexo, comorbilidades, peso, talla, IMC, localización del tumor y las variables resultado: el test TUG y la masa muscular medida por TAC. Se calculó la sensibilidad, especificidad y precisión del test TUG para predecir baja masa muscular mediante curva ROC, además de un test de concordancia de ambas pruebas con el coeficiente Kappa de Cohen.

Resultados: Un total de 123 pacientes fueron analizados (58,5 % hombres) con una media de edad de 70,93 ± 10,15 años. El 44,7 % presentaban baja masa muscular por TAC. Una medida superior a 10,16 segundos en el test TUG predecía

el diagnóstico de baja masa muscular con una sensibilidad de 80 % y una especificidad de 73,5 %. La precisión fue moderada (0,77; IC 95 % = 0,68 - 0,85; $p < 0,001$) (Fig. 1) y la concordancia de ambas pruebas fue buena ($K = 0,63$; $p < 0,001$).

Conclusiones: El test TUG es una prueba válida en el diagnóstico de baja masa muscular en pacientes que van a ser sometidos a cirugía por CCR, lo que reduce la necesidad del cálculo de la masa muscular mediante TAC. Es una prueba sencilla, rápida de reproducir, sin necesidad de un equipo especial y que permite llegar al diagnóstico de sarcopenia en la primera visita del paciente con el cirujano general.

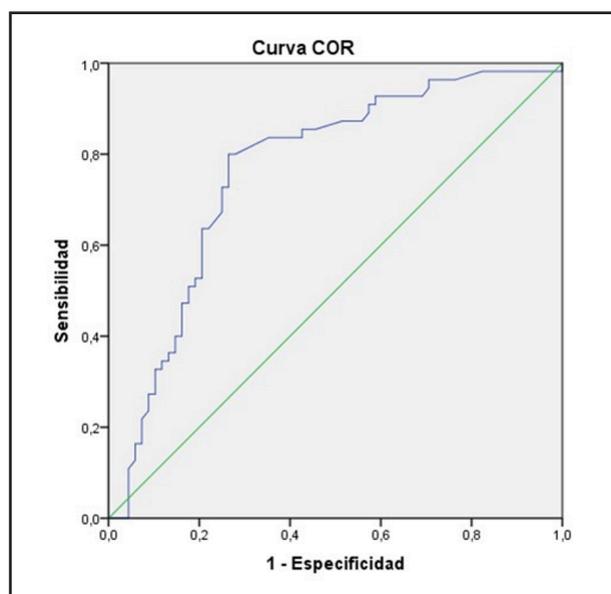


Figura 1.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro de trabajo, además, todos los pacientes participantes firmaron un consentimiento informado y la Declaración de Helsinki fue seguida.

P-209. Tratamiento con enzimas pancreáticas: ¿entienden nuestros pacientes las recomendaciones?

Marta Ricart Viles, Amador Lluch Romero, Fernanda Mucarzel, Marta Gómez Muñoz, Laura Andurell Ferrándiz, Guillermo Cárdenas Lagranja, Victoria Avilés Parra, Fiorella Palmas, Alba Zabalegui, Hego Seguro Gurrutxaga, Rosa Burgos Peláez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPEX) es muy prevalente tras la cirugía pancreática. El principal tratamiento es el reemplazo de enzimas pancreáticas (TREP). El tratamiento inadecuado con EP va a producir un cuadro malabsortivo que puede causar desnutrición. Por ello, es importante una correcta educación sanitaria para cumplir con la posología adecuada.

Objetivo: Describir el cumplimiento de los pacientes de las recomendaciones indicadas por el profesional sanitario en el TREP.

Metodología: Estudio transversal con cohorte de pacientes ambulatorios del servicio de cirugía pancreática con IPEX y con TREP, en seguimiento por el equipo de soporte nutricional. Se realizó un cuestionario estructurado con un total de 12 preguntas; 4 preguntas generales sobre pauta, suplementación nutricional oral (SNO) y duración de ingesta; 8 preguntas específicas relacionadas con la posología y forma de administración.

Resultados: Reclutamos 35 pacientes con IPEX, 54,3 % hombres, edad 65,43 años (R:48-84), el 40 % presentaban una resección parcial. Un total de 20 pacientes recibían SNO y el 70 % de ellos, tomaba EP con dicha suplementación. 6 pacientes presentaban una ingesta con una duración superior a 45min y 1 de ellos tomaba toda la dosis de EP antes de la ingesta; el resto lo fraccionaba a lo largo de la misma. El 11,4 % de los pacientes, cuando tomaban exclusivamente una pieza de fruta entre comidas, añadían EP por desconocimiento. El 5,7 % tomaba EP a pesar de no ingerir ningún alimento. El 40 % de los pacientes ajustaban la pauta de EP según la composición de la ingesta, es decir si incluían más o menos grasa en esa ingesta.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con IPEX que requieren de EP siguen adecuadamente las recomendaciones aportadas por personal sanitario entrenado. En muchos de ellos se han detectado puntos de mejora concretos por lo que se requiere revisión periódica de dichas pautas para asegurar un correcto estado nutricional.

P-211. Prevalencia de la composición corporal de los pacientes intervenidos de la cirugía bariátrica (sleeve) a los dos años tras el inicio de la pandemia: comorbilidades

María Victoria Sanz Lobo, María Nieves González San Martín, Raúl Sanchón González, Cristina Fernández Fernández, Elvira Barrio Escribano

Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid

Introducción: El análisis de la composición corporal mediante bioimpedancia (BIA) es un método generalizado para valorar la estimación de la grasa corporal y la masa libre de grasa. La dinamometría aplicada y su relación con la MLG es utilizada para valorar el estado nutricional, funcionalidad, sarcopenia y estado de salud.

Objetivos: Determinar la prevalencia de masa grasa y masa libre de grasa a los dos años tras CB. Valorar porcentaje de peso perdido, IMC, y alteraciones metabólicas.

Material y métodos: Estudio, retrospectivo observacional de 22 pacientes obesos operados mediante técnica *sleeve* desde el inicio de la pandemia hasta los dos años postcirugía mediante BIA, y recogida de datos de distintas variables (P. abdominal, TA, edad, peso, porcentaje de pérdida respecto IMC, y comorbilidades asociadas HTA, DM, dislipemia).

Resultados: Los pacientes incluidos en el estudio el 81,8 % fueron mujeres, edad media (34 ± 22) y el 18,1 % fueron hom-

bres de edad media (38 ± 12). Respecto la composición corporal la masa grasa media fue 36,7 % rango (26,5-47,8). El 27,2 % de los pacientes logró una composición corporal con IMC $< 24,9$ y masa grasa dentro de valores normales para su edad y sexo. La MLG para los 22 pacientes, con una media del 52,4 kg y la dinamometría media era 25,7 kg, no existiendo sarcopenia en ningún caso. El porcentaje de sobrepeso perdido 60,51 % y del exceso del IMC del 62,82 % corresponden a datos medios de la cirugía de la obesidad mediante técnica *sleeve* y no parece estar influenciados por la pandemia. Las comorbilidades asociadas a la obesidad mejoraron en el 72 % de los pacientes en dislipemia, esteatosis hepática, HTA, diabetes y SAHS y un 11 % de pacientes hubo una remisión completa en algunas de las patologías asociadas a la obesidad.

Conclusiones: El *sleeve* es una técnica quirúrgica segura y eficaz para el tratamiento de la obesidad. La composición corporal a los dos años no produce pérdida de masa libre de grasa que corresponda a sarcopenia y si pérdida de grasa corporal que mejora el estado de salud y disminuye las comorbilidades.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

P-101. Registro de cohorte de pacientes en seguimiento por la unidad de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Universitario Virgen de las Nieves

María García Lallave¹, María Novo Rodríguez², Isabel Herrera Montes², Jorge Monroy Sánchez², Cristina Novo Rodríguez², Araceli Muñoz Garrach², Carlos Martínez Hinojosa², Martín López de la Torre Casares²

¹Universidad de Granada. Granada. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción y objetivos: La bioimpedancia eléctrica vectorial (BIVA) permite la evaluación de la composición corporal de un individuo mediante la capacidad de sus tejidos para conducir la corriente eléctrica. El objetivo del estudio fue valorar el estado nutricional de individuos con trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en seguimiento por la unidad mediante BIVA, parámetros analíticos, antropométricos y de fuerza muscular.

Material y método: Estudio observacional descriptivo de 108 pacientes diagnosticados de TCA. Se recogen parámetros tradicionales como medidas antropométricas y analíticas y avanzados como BIVA y dinamometría.

Resultados: $n = 108$ pacientes, edad media $26,6 \pm 11,1$ años, 96,3 % mujeres. El 71,2 % con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN), 20,2 % bulimia nerviosa (BN). Un 25 % del total precisaron ingreso hospitalario. La media del IMC de pacientes menores de 20 años fue de $18,3 \pm 3,27$ kg/m² y mayores de 20 años, $18,2 \pm 4,9$ kg/m². El IMC medio en los pacientes con AN fue

de $17 \pm 2,50$ kg/m² y en pacientes con BN, $22,4$ kg/m² (mín. 17,8; máx. 42). La media del ángulo de fase es $5,13^\circ \pm 0,63^\circ$ (mujeres $5,15 \pm 0,63^\circ$, hombres $4,5^\circ$); masa grasa $7,28 \pm 9,7$ kg; masa muscular esquelética apendicular (ASMM) $14,3 \pm 7,8$ kg y masa muscular esquelética total (SMM) $19,9 \pm 12,4$ kg. La media de las medidas antropométricas y de fuerza muscular fueron CB: $20,1 \pm 3,3$ cm (mín. 16, máx. 32,8), CP: $28,9 \pm 3,8$ cm (mín. 20, máx. 42), PTC: $6,3 \pm 4,6$ mm (mín. 2,4, máx. 22], DIN: $24,6 \pm 7,14$ K (mín. 8, máx. 40).

Conclusión: Técnicas avanzadas como BIVA o dinamometría completan la valoración nutricional ayudando a determinar la gravedad de su situación clínica y evolución durante el proceso de recuperación. El abordaje de los TCA debe ser protocolizado y consensuado por el equipo multidisciplinar de la unidad específica.

P-102. Impedanciometría vectorial en la anorexia nerviosa: nueva herramienta necesaria para el diagnóstico nutricional

Javier García Sánchez, María Teresa Zarco Martín, María del Carmen Andreo López, Elena Martínez Silla, Raúl Rodríguez Juárez, María Luisa Fernández Soto

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: La relación entre desnutrición (DN) y anorexia nerviosa (AN) es altamente prevalente. La utilización de nuevas herramientas de valoración nutricional puede ser superior a indicadores nutricionales tradicionales en el diagnóstico y seguimiento clínico.

Objetivo: Evaluar las características clínicas y la composición corporal mediante análisis vectorial en pacientes con diagnóstico de AN.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo que analiza 21 pacientes diagnosticados de AN en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada entre el 01/01/2019 y el 31/12/2022. Se miden variables clínicas, analíticas y de composición corporal. Estudio estadístico realizado mediante SPSS25.0.

Resultados: Se incluyeron 19 mujeres y 2 hombres con una mediana de edad 24 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 6,62 años. El 71,4 % padecían de AN restrictiva y el 28,6 % de AN mixta. El peso medio fue de 45,32 kg con un IMC medio de $17,47$ kg/m² y un % de pérdida de peso medio de 13,34 %. El 64,7 % de las mujeres presentaban amenorrea con una media de 2,3 años de evolución. El análisis de las variables de la BIVA muestra niveles elevados de %TBW $62,1 \pm 6,3$ % (valores de referencia [VR]: 46-57 %), % ECW: $48,2 \pm 2,6$ % (VR: 39-45 %), % FFM: $85,2 \pm 7,3$ % (VR: 70,3-77 %) y disminuidos de % FM: $15,4 \pm 7,6$ % (VR: 23-29,7 %), BCM/altura: $12 \pm 1,8$ kg/h (VR: 10-17 kg/h). El AF está significativamente disminuido frente a una población control ($5,5 \pm 0,5^\circ$ frente a $6,6 \pm 0,9^\circ$, $p < 0,001$). Analíticamente no demostramos ninguna alteración bioquímica o hematológica sugerente de un estado carential.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de este estudio preliminar, el estudio de composición corporal mediante BIVA y el AF puede resultar clave para una identificación precoz de desnutrición y su seguimiento nutricional en pacientes con AN.

P-105. Análisis de composición corporal en pacientes con anorexia nerviosa durante el ingreso

Patricia Guirado Peláez, Beatriz Fernández Medina, Víctor Simón Frapolli, Francisco Tinahones Madueño, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivo: Describir la valoración nutricional morfofuncional de las pacientes ingresadas con el diagnóstico de anorexia nerviosa y desnutrición calórica grave, tanto al inicio como al final del ingreso.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en el que se pretende analizar las características de las pacientes ingresadas entre los meses de junio del 2021 a diciembre de 2022.

Resultados: Se han analizado un total de 15 pacientes, todas ellas mujeres. La mediana de edad en el momento del ingreso fue de 16 años. La media de días de ingreso fue de 26,6 días, con un mínimo de 2 y un máximo de 47 días. Se demuestra una relación entre BCM y área muscular medida mediante ecografía en el tercio inferior del músculo recto anterior con una $p = 0,002$ mediante un análisis de correlación de Pearson, además del área muscular y el eje Y con una $p < 0,001$. Existe un aumento de peso a lo largo del ingreso, principalmente dependiente de FM con una $p = 0,006$ (Tabla I).

Conclusión: Se trata principalmente de desnutrición de predominio calórico. La masa celular activa se encuentra relativamente conservada y el aumento de la grasa preperitoneal, en comparación con la grasa superficial, representa el estrés relacionado con la enfermedad.

P-107. Trastorno de la conducta alimentaria tipo evitación/restricción (ARFID): características clínicas y nutricionales

Francisco Girón Fernández-Crehuet, Ángel Morillas Mingorance, María Medina Martínez, Vega M.^a Garzón Hernández, Gabriela Lobo Tamer, Miguel Ángel López Casado

Hospital Materno Infantil-Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El término ARFID se utiliza para describir un grupo de pacientes con conductas alimentarias evitativas o restrictivas que no están motivadas por una alteración de la imagen

corporal o un deseo de adelgazar. Este trastorno puede manifestarse en una pérdida de peso significativa o deficiencia nutricional que puede interferir en el funcionamiento psicosocial.

Objetivo: Describir variables nutricionales y alimentarias los casos de ARFID de una consulta de nutrición pediátrica.

Material y métodos: Se incluyen pacientes que acuden a la consulta de Nutrición Pediátrica derivados por su médico especialista, una vez descartada patología orgánica. A todos ellos se les realiza antropometría básica (peso, talla, IMC, composición corporal mediante BIA) y una entrevista estructurada para un correcto diagnóstico, en su defecto a sus familiares/cuidadores. Los trastornos se agruparon según las siguientes características:

- ARFID de variedad limitada (selectivos): rechazan de forma selectiva algunos alimentos por sus características sensoriales (sabor, texturas, olor o forma).
- ARFID de ingesta limitada (falta de interés): presentan una escasa conciencia de apetito y poco interés en la comida.
- ARFID aversivo (postraumático): abruptamente dejan de aceptar todos o un grupo de alimentos por el miedo a tener consecuencias adversas al ingerirlos.

Resultados: Se incluyen 14 niños (42,8 % mujeres) de edades comprendidas entre los 2 y 14 años, provenientes de las consultas de endocrinología y gastroenterología. Según el diagnóstico de base:

- Trastorno del espectro autista (TEA) y Asperger: 3 (21,4 %).
- Inmunodeficiencia: 2 (14,3 %).
- Fibrosis quística: 2 (1 además con TEA) (14,3 %).
- Déficit de atención e hiperactividad: 2 (14,3 %).
- Otros (Esofagitis eosinofílica, neofobia, retraso psicomotor, reflujo gastroesofágico): 4 (28,6 %).
- Según características de ARFID:
 - Selectivos: 7 (50 %).
 - Falta de interés: 5 (35,7 %).
 - Postraumáticos: 2 (14,3 %).

Según el estado nutricional (IMC), el 50 % presentó un buen estado nutricional, la prevalencia de desnutrición fue del 14,3 % y el resto sobrepeso obesidad.

Conclusiones:

1. A pesar de haberse incorporado al DSM-5 en el año 2013, aún no hay consenso en la literatura de cuál es el tratamiento óptimo a seguir, el mismo debe ser realizado por un equipo multidisciplinar conformado por nutricionista, profesional médico y de salud mental, terapeuta ocupacional y fonoaudiología, con estrecha colaboración de los padres o cuidadores.
2. Establecer como objetivo prioritario disminuir los riesgos nutricionales, físicos y emocionales, manejar la ansiedad al alimentarse y ampliar su rango de alimentos.

Tabla I.

	Edad	IMC inicial	Días de ingreso	AF	SPA	BCM/H	Área	ADIP total	Preperitoneal	Cortisol
Media	19,5	13,6	26,6	4,77	-2,09	9,23	2,46	0,45	0,37	18,5
SD	6	2,13	13,8	0,78	1,02	1,86	0,75	0,35	0,2	6,78

P-108. Mi ayuda nutricional: talleres para el abordaje de pacientes con anorexia nerviosa

Eloísa Alférez Román¹, Antonio Mena Niebla¹, Lorena Valdivia Fuentes, Gabriela Lobo Tamer², Concepción Vallejo Muros³

¹Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. ²Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil-Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Unidad de Salud Mental Infantil. Hospital Materno Infantil-Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son muy frecuentes en la adolescencia, destaca por su carácter crónico e incapacitante la anorexia nerviosa (AN), aumentando su prevalencia tras la pandemia por COVID. El abordaje multidisciplinar resulta de vital importancia en el tratamiento de esta patología.

Objetivo: Describir la metodología empleada en los talleres impartidos a pacientes diagnosticadas de AN.

Material y métodos: Durante los meses de marzo a junio se han impartido talleres dirigidos a modificar y redirigir las prácticas y actitudes de las pacientes sobre el abordaje de su enfermedad. Antes de iniciar los talleres se les administró el cuestionario *Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel* (EAT-40) y posteriormente cada 2-3 días fueron pesadas, se midió además tensión arterial y frecuencia cardíaca, registrándose los valores obtenidos en planillas diseñadas para tal fin. Los talleres tuvieron una frecuencia semanal, de 2 horas de duración.

Los temas impartidos en los talleres fueron:

- Alimentación y salud.
- Macro- y micronutrientes, agua.
- Mitos y verdades sobre la alimentación.
- Uso de los 5 sentidos y percepción de sabores.
- Visita a la Facultad de Farmacia: aula de antropometría, planta de industrialización, laboratorios, biblioteca.

Finalmente, las pacientes han diseñado y escrito un libro de autoayuda titulado: Mi ayuda nutricional.

Resultados: Han participado en los talleres 6 adolescentes, todas mujeres, de edades comprendidas entre los 13 y 16 años, que acuden a la Unidad de Salud Mental Infantil de nuestro hospital (Tabla I). Dos pacientes precisaron hospitalización, acudiendo diariamente a hospital de día y talleres, el resto acudió de

Tabla I.

	Peso medio	Ganancia
1	49,9 kg	2,3 kg
2	45,5 kg	1,6 kg
3	48,9 kg	2,3 kg (buena evolución)
4	61,9 kg	2,1 kg
5	40,2 kg	3,3 kg (recaída posterior)
6	37,6 kg	Estable (recaída posterior)

forma ambulatoria a los mismos. El libro ha sido diseñado entre todas las pacientes con los siguientes apartados:

- Importancia de una buena alimentación.
- ¿Qué es una dieta?
- Buena relación con la comida.
- herramientas para aprender: nutripulsera, plato saludable, juego nutritivo.
- Desmintiendo mitos.
- Concienciación y experiencia personal.
- Libro abierto a otros pacientes.

Conclusiones:

1. Impartir talleres en donde los pacientes participen de forma activa es enriquecedor tanto para ellas mismas como para los profesionales implicados ya que permiten valorar día a día la evolución y realizar cambios de forma precoz.
2. Se recomienda la realización continua de los talleres a lo largo de todo el proceso para evitar recaídas o fracaso de las distintas terapias aplicadas.

P-202. Análisis de la correlación entre el aumento de vitamina B₁₂ y folato y transaminasas en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria

María Molina Martínez, María Teresa Martínez Lazcano, Laura Puente Romero, Anaís González López, Laia Pons Martínez, Manolo Bonete Sánchez, Marta Zayas Soriano, María José González Candela, María Carmen Ballesta Sánchez, María Teresa Aznar Saliente

Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante

Introducción y objetivos: Las alteraciones de la función hepática son una de las manifestaciones clínicas más conocidas de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). El objetivo es establecer, si existe, una correlación entre los niveles de vitamina B₁₂ y folato y los de enzimas hepáticas al ingreso en una unidad de trastornos alimentarios (UTA).

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes ingresados en la UTA de un hospital de tercer nivel desde 1/1/2022 hasta 21/12/2022. Se recogieron variables: demográficas, antropométricas, diagnóstico, peso, alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), vitamina B₁₂, folato.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, 100 % mujeres, con una media de edad de 23,62 ± 10,56 años. El diagnóstico principal fue anorexia nerviosa restrictiva (24; 83 %). Los resultados fueron: AST, 21,78 ± 5,6 U/L; ALT, 29,19 ± 37,22 U/L; vitamina B₁₂, 518,29 ± 192,02 pg/ml; ácido fólico, 7,84 ± 4,08 pg/ml. 2 pacientes (7 %) presentaron valores de vitamina B12 por encima del rango establecido (1084 y 951 pg/ml), sin embargo los valores de AST y ALT fueron normales en estas pacientes. Una paciente (3 %) presentó valores elevados de AST (61 U/L); una paciente (3 %) presentó valores elevados de AST y ALT (54 U/L y 206 U/L, respectivamente); no presentaron valores elevados de vitamina B₁₂. Ninguna presentó valores elevados de folato.

Conclusiones: Pese a estar descrita la asociación entre el TCA y el aumento de enzimas hepáticas, así como vitamina B₁₂ y folato, debidos al daño hepático en un 50 % de los pacientes, nuestros datos no muestran dicha relación. Puede deberse al pequeño tamaño muestral y duración del estudio. Son necesarios más estudios con un mayor número de población que haga posible establecer una relación entre estos parámetros, con el fin de definir marcadores tempranos de disfunción hepática que permitan a los profesionales sanitarios la prevención y manejo de complicaciones agudas.

P-203. Análisis del soporte nutricional empleado durante el ingreso en una unidad de trastorno alimentario

María Molina Martínez, María Teresa Martínez Lazcano, Laura Puente Romero, Laia Pons Martínez, María José González Candela, Anaís González López, Marta Zayas Soriano, Manolo Bonete Sánchez, María Carmen Ballesta Sánchez, María Teresa Aznar Saliente

Hospital Universitario San Juan de Alicante. Alicante

Introducción y objetivos: La rehabilitación nutricional es la parte más importante del tratamiento del trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Para restaurar el peso corporal y corregir las complicaciones físicas se pueden emplear tres estrategias: dieta oral, nutrición enteral (NE), nutrición parenteral (NP). El objetivo principal es analizar el soporte nutricional utilizado para conseguir el aumento de índice de masa corporal (IMC) durante el ingreso hospitalario. Como objetivos secundarios se evaluaron: aumento de IMC y mejora de parámetros analíticos.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes ingresados en la Unidad de trastornos de alimentación (UTA) de un hospital de tercer nivel desde el 1/01/2022 hasta 21/12/2022. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas y analíticas. Se analizó el uso de: *dieta oral*: primera elección. Basada en plan dietético individualizado para normalización del IMC. *NE*: administrada por sonda nasogástrica (SNG), indicada en desnutrición grave con negativa a ingerir alimentos vía oral *NP*: contraindicada vía oral.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, 100 % mujeres; media de edad: 23,62 ± 10,56 años. El diagnóstico principal fue anorexia nerviosa restrictiva (24; 83 %). El IMC al ingreso fue 15,11 ± 2,59 kg/m² considerándose enfermedad grave en un 21 % (IMC 15-15,99 kg/m²) y extrema en el 55 % (IMC < 15 kg/m²). La media del IMC al alta fue 17,69 ± 1,72 kg/m², descendiendo el porcentaje de enfermedad extrema al 3 %. Los valores de albúmina y prealbúmina al ingreso fueron: 4,07 ± 0,50 g/dl y 24,18 ± 4,10 mg/dl y al alta: 4,15 ± 0,32 g/dl y 27,28 ± 4 mg/dl, respectivamente. El soporte nutricional más empleado fue la vía oral (97 %). Una paciente (3 %) precisó SNG para administración de NE y no fue necesaria NP.

Conclusiones: Nuestros datos muestran que la mayoría de pacientes consigue un aumento del IMC utilizando la dieta oral como soporte nutricional, que se considera de elección por ser la vía más fisiológica y con mejor perfil de seguridad.

P-210. Diferencias entre un suplemento nutricional oligomérico y uno polimérico respecto a tolerancia gastrointestinal y percepción sensorial en pacientes con anorexia nerviosa. Ensayo clínico aleatorizado cruzado

Ignacio Ruiz García¹, Nuria Porras Pérez¹, Francisca García Muñoz¹, Margarita Pascual López², Gabriel Oliveira Fuster¹

Unidades de Gestión Clínica de ¹Endocrinología y Nutrición y ²Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La anorexia nerviosa se asocia con peor tolerancia digestiva.

Objetivos: Comparar, en sujetos con anorexia nerviosa, diferencias entre suplementos nutricionales oligoméricos y poliméricos en tolerancia digestiva (objetivo primario) y valoración sensorial (objetivo secundario).

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado, cruzado, doble ciego en Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital Regional de Málaga. Se aleatorizaron a recibir primero 1 envase del suplemento oligomérico (Bi1 peptidic) o polimérico (Bi1 control hp/hc). Tras periodo lavado de 7 días, tomaron 1 envase del otro suplemento. Antes y tras toma de cada suplemento, se pasó cuestionario de síntomas digestivos que evaluaba de 0 a 10: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, reflujo, dolor. Tras cada suplemento, se pasó cuestionario de características organolépticas que evaluaba de 0 a 10: sabor, dulzor, salinidad, amargor, acidez, regusto, saciedad, olor, aspecto, sensación tras toma y puntuación global.

Resultados: 20 personas reclutadas. Edad (media ± desviación estándar) 22,35 años ± 10,76, duración de anorexia nerviosa 6,63 años ± 8,89, sexo mujer 100 %, orden oligomérico-polimérico 9 personas, orden polimérico-oligomérico 11 personas, peso 45 kg ± 9,52, talla 1,59 m ± 0,07, IMC 17,84 kg/m² ± 3,54. Hubo empeoramiento en puntuación de síntomas gastrointestinales entre antes y tras suplemento oligomérico en (número de participantes con empeoramiento; valor *p* de la diferencia): náuseas (2; 0,18), reflujo (3; 0,11). Con el polimérico, en: dolor (3; 0,14). No hubo diferencias estadísticamente significativas en empeoramiento de síntomas entre suplementos. Hubo diferencias estadísticamente significativas en percepción sensorial entre suplementos en sabor (*p*: 0,03) y acidez (*p*: 0,01). Mediana, rango intercuartílico: para sabor: 6,5, 4 en oligomérico; 8, 3 en polimérico. Para acidez: 0, 1 en oligomérico; 0, 0 en polimérico.

Conclusión: En anorexia nerviosa, los suplementos oligoméricos tienen tolerancia digestiva similar, peor puntuación en sabor y mayor percepción en grado de acidez respecto a los poliméricos.

P-212. Evaluación de parámetros bioeléctricos y de riesgo de sarcopenia en pacientes con anorexia nerviosa que recibieron educación nutricional

Marlhyh Valero Pérez, Bricia López Plaza, Samara Palma Milla, Lucía Arcos Castellanos

Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción y objetivos: La bioimpedancia (BIA) es una técnica no invasiva, útil en la evaluación nutricional de pacientes con anorexia nerviosa (AN) que permite estimar resistencia (Rz), reactancia (Xc), ángulo de fase (AF), entre otros. El objetivo fue evaluar la evolución de los pacientes en educación nutricional en relación con sus cambios de impedancia.

Material y métodos: Se realizó BIA a pacientes con AN que recibieron educación nutricional con modificaciones en el estilo de vida como parte de su tratamiento, entre julio de 2018 y enero de 2020 (28,5 ± 22,94 meses). La educación nutricional recibida trataba diferentes tópicos de manera individual, adicionalmente se evaluaba la antropométrica y composición corporal: peso, talla, IMC, Rz, Xc, AF, ángulo de fase estandarizado (AFE), agua corporal total (ACT), agua extra (AEC) e intracelular (AIC), equilibrio Na/K. Además, parámetros relacionados con sarcopenia: masa esquelética apendicular (ASMM), masa celular corporal (BCM), entre otros. La significación se fijó en $p < 0,05$ bilateral. Todos los cálculos se realizaron con el *software* SPSSv.25.0.

Resultados: Se evaluaron 14 pacientes (78,6 % mujeres) de 27,07 ± 6,46 años con un IMC 17,13 ± 2,14 kg/m². Todos los pacientes mejoraron los parámetros evaluados: peso 4,95 ± 4,73 kg; $p = 0,002$, IMC 1,86 ± 1,72 kg/m²; $p = 0,001$, Rz -32,86 ± 53,410hm; $p = 0,039$, Xc 4,39 ± 8,24; $p = 0,068$, AF 0,68 ± 0,96°; $p = 0,02$, SPA 0,4 ± 0,87; $p = 0,035$, ACT -3,59 ± 4,23 %; $p = 0,07$, AEC -3,49 ± 5,11 %; $p = 0,024$, AIC 3,49 ± 5,11 %; $p = 0,024$, equilibrio Na/K -0,16 ± 0,16; $p = 0,002$. Además, también se observaron cambios significativos en datos relacionados con la sarcopenia (Tabla I). Los pacientes evaluados alcanzaron recuperación total (28,6 %), parcial (50 %) y en proceso (21,4 %) según criterios recogidos en el DSM-5.

Conclusiones: Estos resultados demuestran que la educación nutricional en pacientes con AN es útil para mejorar los parámetros morfofuncionales, así como la enfermedad de base.

Aspectos éticos: datos de la práctica clínica habitual, siguiendo las Buenas Prácticas Clínicas bajo el amparo de la Declaración de Helsinki, los pacientes dieron su consentimiento verbal.

P-213. A tan solo un BITE: identificación de trastornos alimentarios en una consulta externa endocrinológica

Gabriela Alexandra Zapata Maldonado, María González-Villa, Pedro Luis Talledo Madrid, Gabriela Inés Simbaña Aragón, Álex García Tellado, Valeria Alcántara-Aragón

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Introducción y objetivos: La prevalencia de TCA en España es del 0,2 al 11,6 % y se cree que un gran número de casos están infradiagnosticados. El BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh) es un instrumento usado habitualmente en el estudio de bulimia, avalado para la detección precoz de personas que puedan padecer algún TCA.

Material y método: Estudio descriptivo de las características clínicas y resultados del BITE en pacientes con sospecha de TCA en Endocrinología del HUMV, de enero de 2021 a diciembre de 2022.

Resultados: 60 pacientes respondieron a la encuesta. El 78,3 % mujeres, 34,38 años de edad media, el 79,3 % entre 19 a 64 años. El 91,7 % son obesos, con un IMC medio de 39,32. Según el BITE 35 % con posible bulimia nerviosa (BN) (> 20 puntos), 28,3 % con patrón anormal de alimentación (15-20 puntos) y 13,3 % con BN subclínica (10-15 puntos); con obesidad el 90 %, 75 % y 94 %, respectivamente ($p = 0,623$). Según conductas de riesgo el 36,7 % realizó ayuno alguna vez, el 10 % una sola vez y el 5 % semanal. El 11,7 % utilizó algún método purgativo para perder peso: pastillas para adelgazar (3,4 %), diuréticos (6,7 %), laxantes (5 %) o vómitos (5 %). Todos recibieron recomendaciones dietéticas. El 48,3 % fue derivado a Psiquiatría, 11,7 % se negó. El 15,4 % fue diagnosticado de depresión, el 30,7 % de TCA; de ellos 12,5 % de BN, 25 % TCA no especificada y 62,5 % TCA por atracones. El 29,09 % recibió tratamiento farmacológico psiquiátrico.

Conclusión: El BITE es un instrumento intuitivo, rápido y accesible en la práctica clínica diaria. Detectamos algún comportamiento alimentario anormal en la mayoría de pacientes con obesidad y confirmamos por un especialista en el 14,5 %. Se realizó estudio y tratamiento específico precoz posterior.

ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

P-085. Marcadores bioquímicos y moleculares en los pacientes con acidemia propiónica

Francisco Arrieta Blanco, Sinziana Stanescu, Beatriz Ugalde Abiega, Amaia Belanger Quintana, Mercedes Martínez Pardo

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La acidemia propiónica (AP, OMIM #606054) es una entidad metabólica hereditaria (autosómica recesiva) de

Tabla I. Cambios relacionados con la valoración del riesgo de sarcopenia

Parámetro	Inicio	Fin	Cambio	p cambio
BCM (kg)	20,28 ± 5,12	23,11 ± 5,10	2,83 ± 3,55	0,01
ASMM(kg)	13,61 ± 5,21	16,21 ± 3,59	2,6 ± 5,6	0,01
BCMI (kg/m ²)	7,45 ± 1,28	8,51 ± 1,26	1,06 ± 1,32	0,01
ASMMI (kg/m ²)	5,04 ± 1,66	5,96 ± 0,86	0,92 ± 1,89	0,013

los ácidos orgánicos, causado por la deficiencia de la enzima mitocondrial propionilCoA carboxilasa (PCC1). Esta enzima se encuentra involucrada en el metabolismo de los aminoácidos isoleucina (Ile), valina (Val), metionina (Met) y treonina (Thr). Otras fuentes de propionil-CoA incluyen ácidos grasos de cadena larga impares (OLCFA). El tratamiento es dieta baja en proteínas de alto valor proteico y el suplemento de productos libres de sustratos propiogénicos, y L-carnitina. El objetivos del estudio es analizar el efecto del tratamiento dietético en los marcadores bioquímicos y moleculares en la AP.

Materiales y métodos: Estudiamos pacientes con AP en seguimiento en el Hospital Ramón y Cajal (Madrid) ($n = 7$) analizamos los OLCFA junto con los niveles plasmáticos de aminoácidos de cadena ramificada (BCAA), Las muestras de sangre y plasma se recogieron con 4-6 h de ayuno. Los aminoácidos en plasma/suero se analizaron mediante cromatografía de intercambio iónico con inhidrina. Todas las mediciones de laboratorio se realizaron en nuestro laboratorio de referencia aprobado por ERNDIM.

Resultados: La prescripción de proteína natural estuvo por debajo de los niveles seguros de la OMS/FAO/UNU (2007), por lo que se prescribieron suplementos de SMAA para todos los pacientes incluidos. Todos recibieron tratamiento con suplementos de, carnitina. Todos pacientes tenían elevación de los niveles de OLFAS y C3 de manera significativa pese al tratamiento con carnitina y soporte nutricional personalizado.

Conclusiones: Nuestros resultados ponen de manifiesto la dificultad de normalizar molecular pese a la dieta, con niveles elevados de metabolitos tóxicos. Se necesita investigación futura para optimizar el soporte nutricional y poder evitar las complicaciones crónicas de la enfermedad.

P-089. Tratamiento enzimático sustitutivo para enfermedades de depósito lisosomal en el área de salud de Tenerife

Jorge Esquivel Negrín¹, Betel del Rosario García², Carmen Fraile Clemente¹, Jenifer González Chaves¹, José Aristides de León Gil¹, Karen Ilenia Álvarez Tosco¹, Alfredo Montero Delgado¹, Javier Merino Alonso¹

¹Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife

Introducción: Las enfermedades de depósito lisosomal (EDL) presentan baja prevalencia, infradiagnóstico, pronóstico sombrío y escasas opciones de tratamiento. El tratamiento enzimático sustitutivo (TES) disponible para algunas de ellas, no exento de limitaciones (bajo acceso a sistema nervioso central y tejidos poco vascularizados, generación de anticuerpos, coste...), ha supuesto un cambio en su curso.

Objetivo: Estudiar, a enero de 2023, la prevalencia de pacientes en TES en un área de salud de 900 000 habitantes y la seguridad/eficacia del TES.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional, transversal, y retrospectivo llevado a cabo en dos hospitales de tercer nivel. Variables: diagnóstico, TES, sexo, edad al diagnóstico, años en tratamiento, prevalencia.

Resultados: Entre 1995 y 2022 han iniciado TES 11 pacientes para 5 EDL. La prevalencia de pacientes de EDL en TES en el área de salud estudiada es de 1/80 000 habitantes. Todos los pacientes continúan en tratamiento y ninguno ha presentado efectos adversos graves (Tabla I).

Conclusiones:

1. Los TES son tratamientos eficaces y muy seguros, aunque presentan limitaciones.

Tabla I.

EDL	TES	Pacientes		Edad diagnóstico (años)	Años en TES (mínimo-máximo)	Prevalencia
		♀	♂			
Total	-	7	4	20,73	0,48-25	1/80 000
Pompe (glucogenosis- II) de inicio tardío	Alglucosidasa- α , 20 mg/kg 14 días	3		47,7 \pm 5,03	0,48-4,55	1/300 000
Hurler (mucopolisacaridosis-I)	Laronidasa, 100 UI/kg 7 días		2	2 \pm 1,41	11,86-12,01	1/450 000
Hunter (mucopolisacaridosis-II)	Idursulfasa, 0,5 mg/kg 7 días		2	4 \pm 1,41	1,54-9,42	1/450 000
Maroteaux-Lamy (mucopolisacaridosis-VI)	Galsulfasa, 1 mg/kg 7 días	2		3 \pm 1,41	12,67-13,42	1/450 000
Gaucher (esfingolipidosis)	Imiglicerasa, 30 U/kg 14 días	2		33,5 \pm 6,36	25	1/450 000

2. Las EDL siguen siendo enfermedades huérfanas donde el desarrollo de estrategias que permitan un diagnóstico y tratamiento precoz son claves para mejorar su curso.

P-095. Análisis de composición corporal y relación con el grado de control en pacientes con fenilcetonuria

Lorena Hernández Rienda, Andrea Micó García, María Argente Pla, Katherine García Malpartida, Eva Gascó Santana, Ángela Durá de Miguel, Silvia Martín Sanchís, Patricia Correcher Medina, Regina López Guillén, Juan Francisco Merino Torres

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Introducción y objetivos: El tratamiento de la fenilcetonuria es una dieta baja en proteínas naturales y sin restricción de grasas ni HC, por lo que se aprecia mayor prevalencia de obesidad respecto a la población general. El objetivo es describir parámetros de composición corporal y analizar la posible relación con el grado de control de enfermedad.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico de pacientes con fenilcetonuria en seguimiento por la Unidad de Metabolopatías. Se realizó bioimpedancia (InBody 770®). Se definió buen control cuando la fenilalanina era < 600 µmol/l (10 mg/dl). Los resultados se expresan como media (DE) y %. Se realizó análisis estadístico con SPSS® utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: 13 pacientes (69,3 % hombres) de 32,8 (8,3) años de edad. Entre los hombres, 5 pacientes presentaban niveles de fenilalanina < 10 mg/dl (55,6 %), sin embargo, todas las mujeres incluidas presentaban niveles por encima de > 10 mg/dl. El 67 % de los hombres realizan una media de 90 minutos de ejercicio aeróbico semanal. El 75 % de las mujeres realizan 60 min de ejercicio aeróbico semanal (Tablas I y II).

Tabla I. Análisis descriptivo de composición corporal y de los niveles de fenilalanina

	Hombres (n = 8)	Mujeres (n = 4)
Peso (kg)	71,7 (14,6)	77 (23,1)
IMC (kg/m ²)	26,2 (5,1)	30,8 (9,61)
Ángulo de fase (°)	6,2 (0,7)	5,3 (0,62)
MME (kg)	30,9 (5,3)	24,5 (2,2)
IMME (kg/m ²)	7,97 (1)	7,1 (0,8)
FFM (kg)	55,2 (8,7)	44,8 (3,8)
FFMI (kg/m ²)	19,8 (2,5)	17,9 (1,7)
FM (kg)	28,8 (18,2)	32,2 (19,5)
BCM (kg)	36,1 (5,8)	29,1 (2,4)
Ingesta proteica (g/kg)	0,96 (0,32)	1,19 (0,33)

Tabla II. Correlación entre los niveles de fenilalanina y parámetros de composición corporal

	Hombres	Mujeres
Phe (µmol/L)	740,11 (290,93)	774,24 (117,74)
Phe (mg/dL)	12,2 (4,8)	12,7 (1,9)
Coeficiente de correlación (Sig p)		
AF	-0,243 (0,52)	-0,800 (0,2)
MME	-0,750 (0,02)	0,400 (0,6)
IMME	-0,467 (0,2)	0,0 (1)
FFM	-0,750 (0,02)	-0,800 (0,2)
FFMI	-0,467 (0,2)	0,400 (0,6)
BCM	-0,750 (0,02)	0,400 (0,6)

Conclusiones: A igual ejercicio e ingesta proteica, los hombres con mayores niveles de fenilalanina asocian una peor composición corporal con una menor masa musculoesquelética.

Aspectos éticos: a los sujetos se les aplicó un consentimiento informado. Se siguió la Declaración de Helsinki.

P-191. Análisis de la ingesta dietética en pacientes con errores innatos del metabolismo de las proteínas

Isidro Robredo García^{1,2}, Isidro Vitoria Miñana¹, Paula Grattarola², Fátima Abu-Sharif Bohigas¹, Verónica Vélez García¹, Patricia Correcher Medina¹, Cecilia Martínez Costa²

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Hospital Clínico Universitario. Valencia

Introducción y objetivos: Los pacientes con errores innatos del metabolismo de las proteínas (EIMP) requieren una dieta con control proteico estricto, combinando la ingesta de alimentos naturales bajos en proteínas (ANBP) con alimentos especiales hipoproteicos (AEH) y suplementos específicos de aminoácidos sintéticos (SEAs). Nuestros objetivos son identificar el aporte de energía y macronutrientes que proviene de los ANBP, AEH y SEAs; y valorar las diferencias de su aporte según el tipo de enfermedad.

Material y método: Se han incluido 81 pacientes (40 varones) con edad media 12,94 ± 10,32 años, con EIMP clasificados en 3 grupos: fenilcetonuria (n = 42); trastornos del ciclo de la urea (TCU) (n = 11) y otras aminoacidopatías (n = 29), atendidos en una unidad de metabolopatías de referencia. Se analizó su dieta mediante un registro de alimentos de tres días. El cálculo de energía y nutrientes se ha realizado con el programa Odimet y el análisis de datos mediante SPSS.

Resultados: El 100 % de los pacientes consumen ANBP y SEAs, y el 82,9 % AEH. La energía aportada proviene de ANBP (55,33 ± 17,53 %), SEAs 25,97 ± 15,01 %, y AEH 18,68 ± 14,96 %. El aporte medio de proteína supone el 11,13 ± 5,18 % de las calorías, las grasas 28,70 ± 7,57 %, y los carbohidratos 60,19 ± 7,02 %. Al comparar los grupos, se observa que los pacientes con TCU ingieren menos proteína to-

tal, sin diferencias significativas en el resto de macronutrientes. Los pacientes con fenilcetonuria reciben más energía de los AEH, los TCU de los SEAs y otras aminoacidopatías de los ANBP.

Conclusiones:

1. Los pacientes con EIMP obtienen más del 50 % de la energía de ANBP, procediendo el resto de SEAs y AEH.
2. Todos han necesitado ingerir SEAs para alcanzar los requerimientos proteicos (> 60 % de las proteínas ingeridas son sintéticas [SEAs]).
3. Los pacientes con TCU ingieren menos proteína total y los pacientes con Fenilcetonuria más AEH.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética del centro. Los participantes firmaron el consentimiento informado.

P-192. Estado nutricional en pacientes con errores innatos del metabolismo de las proteínas en tratamiento dietético

Isidro Robredo García^{1,2}, Isidro Vitoria Miñana¹, Paula Grattarola², Fatimah Abus-Sharif Bohigas¹, Verónica Vélez García¹, Patricia Correcher Medina¹, Cecilia Martínez Costa²

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Hospital Clínic Universitario. Valencia

Introducción y objetivos: El seguimiento de una dieta con control proteico estricto, como parte del tratamiento de los errores innatos del metabolismo de las proteínas (EIMP), puede condicionar la composición corporal y el estado nutricional de los pacientes. Los objetivos son valorar el estado nutricional de pacientes con EIMP (antropometría y composición corporal), y comprobar si existen diferencias según la enfermedad.

Material y método: Se incluyeron 82 pacientes (41 varones) con edad media $12,80 \pm 10,34$ años, con EIMP clasificados en 3 grupos: Fenilcetonuria ($n = 42$); trastornos del ciclo de la urea (TCU) ($n = 11$) y otras aminoacidopatías ($n = 29$), atendidos en una Unidad de Metabolopatías de referencia. Se obtuvieron datos de peso, talla, IMC, pliegues cutáneos (tricipital, bicipital, subescapular) y perímetros (brazo, cintura, cadera). Se calcularon los Z-score según OMS para talla e IMC, y según Serra Majem para pliegues y perímetros. Se estimó el porcentaje de grasa corporal (ecuación de Slaughter) y se clasificó el estado nutricional según criterios de la OMS.

Resultados: El 50 % de los pacientes presentó normonutrición, el 35,4 % sobrenutrición (18,3 % sobrepeso y 17,1 % obesidad) y el 14,6 % desnutrición (2,4 % aguda, 3,7 % crónica, 2,4 % crónica agudizada y 6,1 % talla baja patológica por desnutrición crónica). La mayor prevalencia de desnutrición se observó en pacientes con TCU (27,3 %), seguido de otras aminoacidopatías (24,1 %) y Fenilcetonuria (4,8 %). Se observó mayor proporción de sobrepeso-obesidad en fenilcetonuria (47,6%), respecto a otras aminoacidopatías (36,4%) y TCU (17,2 %). La talla en pacientes con TCU fue inferior que en pacientes con fenilcetonuria. No se encontraron diferencias para el resto de medidas antropométricas.

Conclusión: La mitad de los pacientes con EIMP está normo-nutrido. Según enfermedad, los pacientes con Fenilcetonuria presentan mayores tasas de sobrepeso-obesidad, mientras que los pacientes con TCU y otras aminoacidopatías tienen porcentajes mayores de desnutrición y de compromiso del crecimiento.

Aspectos éticos: estudio aprobado por el comité de ética del centro. Los participantes firmaron el consentimiento informado.

DISFAGIA

P-099. Características reológicas de las aguas gelificadas utilizadas para la hidratación de pacientes con disfagia orofaríngea. Estudio reológico *in vitro* y *ex vivo* de la viscosidad de dos productos gelificados para el manejo de la disfagia

Mireia Bolívar-Prados^{1,2}, Adrián Núñez-Lara¹, Kovan Ismael-Mohammed, Pere Clavé^{1,2}

¹Fundació Salut. Consorci Sanitari del Maresme. Mataró, Barcelona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd). Barcelona. ³Institute of Agrochemistry and Food Technology (IATA, CSIC). Paterna, Valencia

Introducción: La viscosidad de cizalla, es el parámetro más importante relacionado con el efecto terapéutico de los espesantes para el manejo de la disfagia. 250 y 800 mPa·s han demostrado ser las dosis óptimas para cubrir el 90 % de la población. Recientemente, hemos validado un protocolo de evaluación para espesantes y fluidos, reproduciendo los factores que afectan a la viscosidad durante la fase oral (amilasa salival) y faríngea (fuerza de cizalla (FC): 300 s^{-1}) de la deglución. Las aguas gelificadas (AG), son una alternativa a los espesantes, no obstante, sus propiedades reológicas y su efecto terapéutico son poco conocidos.

Objetivo: a) Determinar las características reológicas de la viscosidad de dos AG a una FC de 50 s^{-1} (oral) y a 300 s^{-1} (faríngea), y b) determinar el efecto de la alfa amilasa salival sobre la viscosidad de los productos mediante una incubación oral en voluntarios.

Métodos: Análisis de la viscosidad (Rheolab QC) pre y pos incubación oral en una FC creciente de 0 a 1000 s^{-1} de dos AG: sabor frambuesa (A) y limón (B). La incubación oral se llevó a cabo en 3 voluntarios durante 30s y el bolo fue analizado.

Resultados: La viscosidad a 50 s^{-1} fue de $921,5 \pm 61,46$ y $826,8 \pm 108,73$ para el producto A y B, respectivamente. La viscosidad posincubación oral disminuyó a $645,20 \pm 57,91$ (A) y $615,90 \pm 33,62$ (B) mPa·s, reduciendo la viscosidad en un 27,50 %. La FC a nivel faríngeo, ocasionó una reducción de la viscosidad del 78 % para ambos productos, y de un 83.50 % combinando ambos factores (amilasa + FC).

Conclusiones: Las AG analizadas presentan un comportamiento reológico similar a la de los espesantes mixtos (xanta-

na+almidón) con una moderada reducción de la viscosidad por la amilasa salival. En su formulación reológica actual, estos productos están dirigidos a pacientes con disfagia severa. La adaptación de estos productos a viscosidades medias (250 mPa·s) y el incremento de gomas resistentes a la amilasa, mejoraría su perfil reológico y terapéutico, aportando mayor cobertura (Fig. 1).

Aspectos éticos: estudio aprobado por el CEIm CSdM (70/22).

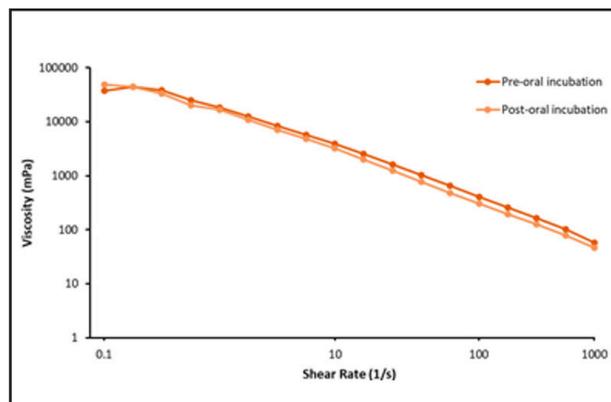


Figura 1.

Curva de viscosidad en un rango de fuerza de cizalla creciente de 0 a 100 s⁻¹ pre- y posincubación oral.

P-100. Adaptación calórico-proteica de las dietas de textura modificada y evaluación cualitativa de los menús por parte de los pacientes con disfagia orofaríngea ingresados en un hospital general

Marta Cera Gabau¹, Paula Viñas¹, Stephanie A. Riera¹, Mireia Bolívar-Prados^{1,2}, Alberto Martín-Martínez^{1,2}, Fernando Dolera³, Pere Clavé^{1,2}

¹Laboratorio de Fisiología Digestiva. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona. ³Catering ARCASA, S. L. Esplugues de Llobregat, Barcelona

Introducción y objetivos: La triple adaptación de la Dieta Mediterránea (DM) para pacientes con disfagia orofaríngea (DO) incluye la adaptación reológica (textura/viscosidad), calórico-proteica y organoléptica a las capacidades masticatorias y deglutorias (Costa A. Nutrients 2019). Industrializar la triple adaptación de las DTM para los pacientes con DO ingresados en el Hospital de Mataró, elaborar un menú semanal y evaluar su grado de aceptación.

Material y método: Diseño de un menú semanal de DTM para los pacientes con DO de la unidad de Geriátrica, por un equipo multidisciplinar (cocinero/dietistas-nutricionistas/logopeda/farmacéutica/técnico de laboratorio); servido durante junio y octubre de 2022. Incluye dos texturas adaptadas en calorías y proteínas: E (chafable con tenedor) y C (puré espeso), siguiendo las ingestas de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las frecuencias de consumo de alimentos (DM). La evaluación cualitativa se ha realizado mediante encuestas de satisfacción (*Face Likert Scale*) para cada una de las características

organolépticas, percepción de residuo oral, facilidad de masticación y deglución y un registro del porcentaje de ingesta.

Resultados: Se ha establecido un nuevo circuito de producción, administración y control de calidad de las DTM del centro. Se han servido 1522 menús de DTM (759 textura C y 763 textura E). El valor calórico total (VCT) diario del menú era de 1899,24 kcal con un aporte proteico de 77,73 g (16 % VCT). Se han realizado un total de 72 encuestas que evaluaron organolépticamente las DTM con una nota de 3,6/5. El registro del porcentaje de ingesta de las DTM fue del 66,2 %.

Conclusión: Nuestro estudio demuestra que es posible industrializar, controlar la calidad nutricional y textural de la triple adaptación de la DM para los pacientes con DO ingresados en un hospital general garantizando un aporte hídrico y nutricional adecuado, una textura óptima y segura y un grado de aceptación y porcentaje de ingesta elevado.

P-103. Análisis de la demanda asistencial por disfagia en consultas externas de enfermería

Pilar Garrancho Domínguez, Rocío Vázquez Gutiérrez, Carmen Amelia RuizTrillo, Antonio Jesús Martínez Ortega, Andrés Jiménez Sánchez, Pedro Pablo García Luna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción y objetivos: Describir una cohorte de pacientes con disfagia atendidos en consulta específica enfermera y analizar resultados de test diagnósticos y medidas terapéuticas adoptadas.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional que incluye pacientes derivados de otras especialidades por riesgo de disfagia durante 2020-22. Se realiza valoración enfermera inicial, despistaje mediante escala EAT-10, valoración del estado nutricional mediante MNA y se aplica MECV-V. Posteriormente, junto al facultativo se determinan las opciones de tratamiento y cuidados de enfermería con el paciente. Análisis estadístico empleado, el software JAMOVI Ver.2.3. Las variables cuantitativas se expresan como mediana (rango intercuartílico), mientras que las cualitativas se expresan como n (%). Se considera significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: $n = 210$ pacientes. Hombres, 127 (59,9 %); mujeres, 85 (40,1 %). Edad: hombres, 72 (17); mujeres, 72 (16,8). Diagnósticos principales disponibles en la tabla I. Se dispone del resultado de MECV-V de 145 pacientes (Tabla II). Las actuaciones principales: recomendaciones, recomendaciones + espesante. Recomendaciones + espesante + SNO e indicación de gastrostomía en 9 pacientes.

Tabla I.

Diagnóstico	Sexo	
	Hombre	Mujer
Cáncer esófago-gástrico	8	1
Cáncer de cabeza y cuello	19	7
Enfermedad neurológica	33	32
Ictus	3	0
Otras	1	3

Conclusión: La enfermedad neurológica es el principal motivo de valoración en ambos sexos, si bien en varones la neoplasia (cabeza-cuello y esofagagástrica) es significativamente más frecuente que en mujeres. No se han encontrado diferencias en cuanto a las recomendaciones por sexo o por patología.

Aspectos éticos: los sujetos del estudio firmaron consentimiento.

Tabla II.

MECV-V	Sexo	
	Hombre	Mujer
Negativo	21	12
No procede	15	17
Positivo	49	31

P-104. Screening del riesgo de disfagia en la planta de hospitalización médica

María González Pacheco, Esteban Sánchez Toscano, María del Mar Roca Rodríguez, Francisco Javier Vilchez López

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción y objetivos: La presbifagia está presente entre el 10 y 33 % de las personas mayores autovalentes, incrementando la prevalencia en el contexto de la hospitalización por causas mecánicas, neurológicas o iatrogénicas que desestabilizan el equilibrio deglutorio. *Objetivo:* estimar el riesgo de disfagia en pacientes hospitalizados de edad avanzada y analizar su repercusión sobre los parámetros nutricionales.

Metodología: Se diseñó un estudio descriptivo de corte transversal cuya población de referencia es el conjunto de pacientes mayores de 60 años ingresados en el Hospital Puerta del Mar durante el mes de diciembre de 2022. La población de estudio se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple y los datos se obtuvieron mediante cumplimentación de cuestionarios validados.

Resultados: Se encuestaron un total de 50 pacientes de los cuales el 56 % fueron hombres y el 44 % mujeres y un 8,2 % estaban institucionalizados. El 28,3 % presentaban antecedentes oncológicos, el 29,5 % enfermedad neurodegenerativa y el 36 % DM de tipo 2. El cuestionario EAT-10 reportó un riesgo de disfagia del 34 %. Al comparar los pacientes con riesgo de disfagia con aquellos sin riesgo sólo se detectaron diferencias significativas en la edad ($p = 0,044$) y el riesgo de sarcopenia ($p < 0,001$). El análisis de regresión logística de los datos preliminares no mostró asociación significativa entre el cribado EAT-10 y las variables analizadas.

Conclusiones: Entre los pacientes hospitalizados de edad avanzada existe un alto riesgo de disfagia que puede pasar inadvertido. Se hace necesaria la implicación de todos los profesionales médicos en la realización de cuestionarios de *screening* de disfagia para llevar a cabo una exploración clínica volumen-viscosidad como método confirmación diagnóstica en aquellos pacientes de riesgo y así instaurar medidas terapéuticas de forma precoz.

Aspectos éticos: el estudio se realizó conforme a las recomendaciones éticas contenidas en la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

P-106. Evaluación de las propiedades reológicas y texturales de los purés para pacientes con alteraciones de la deglución o masticación

Kovan Ismael-Mohammed^{1,2}, Mirieia Polvar-Prados^{1,3}, Luara Laguna², Pere Clave^{1,3}

¹Gastrointestinal Physiology Laboratory. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ²Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. ³Institute of Agrochemistry and Food Technology (ATA, CSIC). Valencia. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd). Barcelona

Introducción: Las dietas de textura modificada (DTM) son la estrategia compensatoria de primera línea para tratar los trastornos de la deglución y masticación. Sin embargo, la falta de un protocolo para evaluar sus propiedades reológicas y texturales dificulta su implementación, control de calidad y pone en riesgo la seguridad del paciente.

Objetivos: Evaluar: a) las propiedades reológicas y texturales de 10 platos de puré espeso (textura C, British Dietetic Association [BDA]), y b) el efecto del procesamiento oral (PO) y las propiedades del bolo *listo para tragar* en voluntarios sanos.

Material y métodos: Análisis de la viscosidad (a 50 s⁻¹) y las propiedades texturales (fuerza máxima, cohesividad y adhesividad) de diez antes y después del PO, en cinco voluntarios sanos. La viscosidad ha sido analizada mediante un reómetro (Anton Paar RheolabQC) y la textura con un texturómetro (TA.XT Plus Texture Analyzer).

Resultados: Reología. 1) Los 10 purés mostraron una gran variabilidad en la viscosidad a 50 s⁻¹ (875,97 ± 128,2-4809,85 ± 1618,21 mPa·s). Después del PO, el rango de viscosidad decreció: 555,73 ± 356,50-1872,71 ± 944,2 mPa·s, y la viscosidad se redujo significativamente (43 %; $p < 0,05$) en un 70 % de los platos y no se afectó significativamente en el 30 %. 2) Textura. Los 10 purés mostraron una gran variabilidad en la fuerza máxima (0,47 ± 0,03-1,2 ± 0,8 N), cohesividad (0,66 ± 0,080- 82 ± 0,03) y la adhesividad (0,74 ± 0,21-1,1 ± 0,23 N·s). El POI redujo significativamente la fuerza máxima (7-36 %) y la adhesividad (21-51 %) mientras que la cohesividad no se vio afectada significativamente.

Conclusiones: Todos los purés seleccionados, cumplen los criterios cualitativos de textura C (BDA). No obstante, presentan viscosidades (900-4800 mPa·s) y texturas muy diferentes, cuando son medidas mediante el sistema internacional de unidades, y se afectan de forma muy heterogénea por el proceso oral, hecho que compromete su efecto terapéutico. La implementación de nuestro protocolo de análisis de DTM, permite establecer los valores reológicos y texturales óptimos para diseñar DTM que proporcionen una deglución segura en pacientes con disfagia y trastornos de la masticación.

P-109. Desarrollo e implementación de una estrategia de nutrición e hidratación para alumnos con disfagia orofaríngea de la escuela de educación especial l'Arboç mediante el programa de atención al alumnado con necesidades especiales de salud (PASCE)

Elisabet Lavado¹, Alberto Martín^{2,3}, Elena Vega¹, Paula Viñas², Lourdes Català⁴, Laia Serras¹, Cristina Carol¹, Pere Clavé^{2,3}

¹Escola l'Arboç. Fundació El Maresme. Mataró, Barcelona. ²Laboratorio de Fisiología Digestiva. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona. ⁴Serhs Food S. A. Mataró, Barcelona

Introducción: La Escuela de Educación Especial (EEE) l'Arboç educa 45 alumnos de $13,3 \pm 4,9$ años y el 57,6 % sufren parálisis cerebral infantil. Todos tienen disfagia orofaríngea (DO) y el 90,6 % alteraciones deglutorias de seguridad. El 89,3 % presentan malnutrición (MN) crónica, el 21,4 % MN aguda, el 70 % deshidratación intracelular. El programa PASCE (Generalitat de Catalunya) atribuye al CSdM el desarrollo de estrategias de salud para estos alumnos.

Objetivos: Describir el equipo multidisciplinar PASCE, el programa de educación e introducción en el catering escolar de dietas de textura modificadas (DTM) y fluidos alimentarios espesados para cubrir las necesidades nutricionales y de hidratación de los alumnos con DO.

Metodología: Equipo multidisciplinar: 2 dietistas (diseño textural-nutricional-organoléptico de menús, confección de las DTM-Eudec-cocina fría); 1 auxiliar (reconstitución, emplatado y supervisión de comedor).

- Potenciar hidratación (*Resource ThickenUp Clear*).
- Formación online sobre manejo de DO (educadores y familiares).
- Adherencia a las DTM (textura-E; textura-C; textura-B [*British Dietetic Association*]) y control textural en el laboratorio de reología del CSdM.
- Progresiva ingesta de fluidos según European Food Safety Authority (EFSA).

Resultados: El 64,4 % no necesitaron adaptar fluidos, el 8,9 % viscosidad 250 mPa·s y el 24,4 % 800 mPa·s. La ingesta hídrica pasó del 26,9 % al 65,85 % sobre el total recomendado según la EFSA. La intervención educativa mejoró los conocimientos sobre manejo de DO ($p < 0,0001$). El 40 % de los alumnos se alimentaron mediante botón gástrico (textura-B) y el 60 % por vía oral (22,2 % textura-E y 37,8 % textura-C). La adherencia a las DTM fue del 93 % y el 63,1 % completaron el 100 % de la dieta.

Conclusiones: El programa PASCE permite el desarrollo de equipos multidisciplinarios y tratar las necesidades nutricionales/hídricas de alumnos en EEE. PASCE permitirá formar a familias y educadores y desarrollar un catálogo de DTM y fluidos espesados que cubran las necesidades nutricionales y de hidratación todavía insuficientes.

P-110. Clasificación de la viscosidad de los suplementos nutricionales del Hospital Clínic según la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)

Carla Mestre-Reina, Irina Ruiz-Carvajal, Ana Pérez-Heras, Mercè Serra-Mir, Helena Vicens-Giménez

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Introducción: No todos los suplementos nutricionales orales (SNO) presentan la misma viscosidad y son pocos los aptos para

pacientes con disfagia orofaríngea. La International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) desarrolla una terminología y definiciones globales estandarizadas que clasifican los niveles de viscosidad de alimentos y bebidas catalogando, a éstas últimas, de menor a mayor viscosidad en niveles de 0 (líquido) a 4 (pudín).

Objetivos: a) Dar una clasificación IDDSI a los SNO que se dispone en nuestro hospital, y b) facilitar y ampliar la elección del SNO para pacientes con disfagia.

Material y método: Para la determinación de la viscosidad según la IDDSI, se utilizaron jeringas de 10 mL y un cronómetro. Se realizaron seis mediciones por SNO, tres a temperatura ambiente (24 °C) y tres en frío (5 °C) y fueron comprobadas por diferentes evaluadores. A todos los SNO se les indicó el nivel de viscosidad IDDSI en las diferentes mediciones y los valores se registraron en una base de datos.

Resultados: Se observó que la temperatura modificó la viscosidad en 31 de los 36 SNO evaluados. El 83,3 % (30) la aumentaron al pasar de temperatura ambiente a fría y, de éstos, un 60 % (18) cambió a un nivel superior según la clasificación IDDSI. Del total de muestras analizadas, solamente 4 presentaban indicación para pacientes con disfagia. De los 32 SNO restantes, en temperatura ambiente, 6 presentaron una clasificación IDDSI de nivel 2, y 3 de nivel 3. A temperatura fría, 15 SNO obtuvieron un nivel 2 y 5 obtuvieron una clasificación nivel 3.

Conclusiones: SNO que actualmente no tienen indicación para disfagia podrían ser utilizados por estos pacientes. Implantar la clasificación IDDSI en todos los SNO e indicar el nivel obtenido en la etiqueta del producto permitirá ampliar y facilitar las opciones a escoger.

P-111. Valoración de la disfagia en pacientes hospitalizados en una unidad de endocrinología y medicina digestiva

José Antonio Pedrón Barbera, Blanca Llacer, Pilar Aguilar Santaisabel, Miguel Civera Andrés, José Tomás Real Collado

Hospital Clínic Universitario de Valencia. Valencia

Introducción: La disfagia orofaríngea (DO) es un problema con muy elevada prevalencia, que afecta aproximadamente al 15 % de los pacientes hospitalizados en unidades de agudos.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional para el cribado y diagnóstico de la disfagia en pacientes ingresados en una sala de hospitalización de endocrinología y medicina digestiva durante un periodo de 4 meses. Se han incluido todos los pacientes ingresados con un total 427 pacientes. Se realizó una primera valoración mediante el cuestionario EAT-10 para el cribado y el test Método exploración Clínica Volumen y Viscosidad (MECV-V) para la valoración. Una vez valorados a los pacientes se procedió a adecuar el tipo de dieta.

Resultados: Se realizaron un total de 426 cuestionarios EAT-10 de los cuales un 48 % fueron hombres y un 52 % mujeres con una media de edad de 63 años. Resultaron positivos al EAT-10 79 pacientes (21 %). Del total de positivos 66 (83 %) fueron

diagnosticados de disfagia mediante el MECV-V. Se ajustó el tipo de texturas para los líquidos y la dieta hospitalaria. De los 66 pacientes con disfagia, 50 requirieron adaptación de dieta (dieta de disfagia), 6 mantuvieron dieta basal y 2 necesitaron de colocación de sonda nasogástrica (SNG) para nutrición enteral. El resto de los pacientes se mantuvieron en dieta absoluta.

Conclusiones:

1. La prevalencia de disfagia orofaríngea en una unidad de endocrinología y nutrición es muy elevada.
2. Concluimos que la realización de un programa de cribado es fundamental para la prevención de broncoaspiraciones en pacientes hospitalizados.

P-223. Adaptación del método de evaluación clínica volumen viscosidad (MECV-V) según la clasificación de la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)

Ana Pérez-Heras, Mercè Serra-Mir, Helena Vicens-Giménez, Irina Ruiz-Carvajal, Carla Mestre-Reina

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Introducción: El Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) utiliza viscosidades néctar, pudín y líquido en volúmenes de 5, 10 y 20 mL para la detección de la disfagia. The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) clasifica la viscosidad de las bebidas de menor a mayor en 5 niveles: 0 (fina); 1 (ligeramente espesa); 2 (poco espesa); 3 (moderadamente espesa) y 4 (extremadamente espesa). Para conocer los niveles de viscosidad que el paciente puede deglutir con seguridad, surge la necesidad de adaptar el MECV-V a la nueva clasificación IDDSI.

Objetivos: Adaptar el mec-v según la nueva clasificación iddsi.

Metodología: Se han determinado las viscosidades conocidas del MECV-V y se han añadido las viscosidades intermedias, según la clasificación IDDSI, al esquema de secuencias.

Resultados: El esquema estará compuesto por 5 fases, una por cada nivel del IDDSI. Se iniciará con un nivel 2. Si la deglución es segura, se seguirá con el 1; en caso contrario, se realizará el 3. Si el 1 es seguro, se continuará con el 0; si no lo es, se testará el 3. Si el 0 es seguro, se pasará al 4; en caso contrario, se ejecutará el 3. Por último, tanto si el nivel 3 es seguro como si no, se deberá realizar el nivel 4 para finalizar la prueba. En caso de alteración en todos los niveles, se valorará la necesidad de otras vías de alimentación.

Conclusiones: La adaptación del MECV-V según la clasificación IDDSI permitirá que las personas con disfagia puedan tener más opciones alimentarias y de hidratación según los niveles de viscosidad obtenidos en la prueba.

P-224. Disfagia orofaríngea y perfil metabólico/nutricional

Albert Puig Pérez, Alba Zabalegui Eguinoa, Fiorella Palmas Candía, Victoria Avilés Parra, Concepción Vázquez González, Eladi Madalina Petriman, Ana María León Espitia, Mercedes Velasco Zarzuelo, Rosa Burgos Peláez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La disfagia es una condición médica muy prevalente y multifactorial, que se relaciona con un peor estado nutricional y mayor riesgo de broncoaspiración. Además, se sabe que la desnutrición impacta de forma negativa en la deglución. Se postula que patologías como la diabetes *mellitus* (DM) puedan incidir en el desarrollo de disfagia.

Objetivos: Caracterizar el estado nutricional y metabólico y su implicación en la deglución de personas estudiadas por disfagia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo incluyendo personas con videofluoroscopia de la deglución (VFSS) en nuestro centro durante el 2021-2022. Se recogieron patologías causantes de disfagia, parámetros nutricionales, episodios de broncoaspiración y resultados de VFSS. Se utilizaron los criterios GLIM para definir desnutrición y la escala DSRS para estadije de la disfagia.

Resultados: Evaluamos 120 personas con edad media de $56,36 \pm 19,85$ años. La principal causa de disfagia fue la neurológica. Las características basales se exponen en la tabla I. No encontramos diferencias en la deglución, episodios de broncoaspiración ni parámetros nutricionales en pacientes con y sin DM. La desnutrición se asocia a más episodios de broncoaspiración ($p = 0,006$), disfagia más severa ($p = 0,01$) y mayor adaptación del soporte nutricional ($p = 0,000$). Los pacientes más graves (nutricional y deglución) se visitan más en consultas de nutrición ($p = 0,002$).

Tabla I. Características basales

Variable	Total
Género (M/F)	50/50
Edad (años)	$56,36 \pm 19,85$
<i>Motivo disfagia (%)</i>	
Neurología	54,2
Cáncer cabeza/cuello	18,3
Patología cervical no tumoral	7,5
Presbifagia	2,5
Otras	15,8
DM (%)	11,7
% peso perdido	$6,93 \pm 7,96$
IMC (kg/m^2)	$23,29 \pm 4,93$
Desnutrición (%)	43,3
Broncoaspiración (%)	37,5
Espesante (%)	39,1
PEG (%)	26,7
<i>DSRS (%)</i>	
0/1	26,7
2/3	19,2
4/5	45
6	9,2

Conclusiones: Los pacientes desnutridos presentan disfagia más severa y mayor incidencia de broncoaspiraciones, es imprescindible mantener un buen estado nutricional en los pacientes con disfagia. En nuestro estudio no encontramos diferencias en la deglución en los pacientes diabéticos.

P-225. Medidas de espesantes para preparar los niveles de viscosidad International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)

Irina Ruiz-Carvajal, Helena Vicens-Giménez, Carla Mestre-Reina, Mercè Serra-Mir, Ana Pérez-Heras

Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

Introducción: The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI) desarrolla una nueva terminología y definiciones globales estandarizadas que describen los alimentos con textura modificada y bebidas espesas, utilizadas para personas con disfagia. Según la clasificación IDDSI hay 5 niveles de viscosidad para las bebidas. Actualmente los espesantes, en sus instrucciones de preparación, solo indican la dosificación recomendada para las consistencias néctar, miel y pudín.

Objetivo: Valorar la cantidad de espesante y volumen de bebida para realizar las viscosidades nivel 1, 2, 3 y 4 con los dos espesantes de nuestro hospital.

Material y método: Se utilizaron jeringas de 10 mL, un cronómetro, agua y los dos tipos de espesantes (goma xantana; mezcla de almidones y gomas). Se introdujeron 10 mL del líquido espesado a través de la boquilla de la jeringa y se cronometró el flujo en caída durante 10 segundos, registrando el nivel en el que queda el restante (Tabla I). Se realizaron seis mediciones, tres a temperatura ambiente (24 °C) y tres en frío (5 °C) y fueron comprobadas por diferentes evaluadores.

Tabla I.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
1-4 ml	4-8 ml	8-10 ml	10 ml

Resultados: La temperatura no modificó el resultado de las mediciones (Tabla II).

Conclusiones:

1. Se han definido las medidas exactas de espesante que se necesitan para adquirir la viscosidad óptima para bebidas según los niveles IDDSI.
2. Establecer estas indicaciones en las presentaciones de los espesantes facilitará la preparación e individualización de las viscosidades, lo que debería resultar en una mejor adherencia al tratamiento nutricional.

P-226. Cambio en el formato de dispensación del espesante a nivel hospitalario: mejoras cualitativas y disminución de consumo

Alejandro Esteban Sirvent Segovia¹, Rocío Pardo Sánchez¹, Cristina del Pozo Carlavilla¹, Sonia Ruiz Sánchez¹, Ana Ramírez Córcoles¹, Francisco Tomás Pagán Núñez¹, Ángela Vicente Albiñana¹, Pilar Ibáñez Navarro¹, Raquel Miralles Moragrega¹, José Joaquín Alfaro Martínez²

¹Hospital General de Almansa. Almansa, Albacete. ²Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Introducción: La Unidad de Nutrición Clínica (UdNut) de nuestro hospital inició su actividad en septiembre/2021. Es un dispositivo multidisciplinar en el que trabajan activamente los servicios de Endocrinología-Nutrición y Farmacia Hospitalaria (FH). En octubre/2021 se introdujo como mejora la dispensación del espesante en sobres, en lugar de en botes como previamente, por los siguientes motivos:

- Garantiza un producto en perfecto estado en el momento de utilizarlo y sin manipulación antes de su consumo (mayor higiene).
- Preserva la calidad del producto: envasado en dosis única, conserva las propiedades del producto recién abierto.
- Menor manipulación por enfermería; facilita dosificación (ahorra tiempo).
- Envases de menor tamaño (fácil transporte).
- Apertura fácil y cómoda.
- Dado el formato monodosis, no se desperdicia producto (ahorro cuantitativo).

Objetivos: Describir el impacto del cambio en el formato de dispensación del espesante, especialmente a nivel cuantitativo.

Material y método: Se recogieron datos de FH de consumo total de espesante en gramos. Comparamos el período del 01/10/2021 al 30/09/2022 (espesante en sobres; "sobres") frente a dicho período del año previo (espesante en botes; "botes"). Para confirmar que estas diferencias no fueran debidas, por ejemplo, a un menor número de pacientes, ajustamos con número de pacientes ingresados en Medicina Interna (más ingresos en período "sobres"). También se descarta menor detección de disfagia (la UdNut ha implantado un protocolo de cribado).

Resultados:

- Consumo total espesante: 13000 g en período "botes" frente a 10082 g en período "sobres" (disminución 22,5 % del consumo total).

Tabla II.

Tipo de espesante	IDSSI			
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Goma xantana (1 cacito = 1,2 g)	1 cacito (1,2 g)	2 cacitos (2,4 g)	3 cacitos (3,6 g)	4 cacitos (4,8 g)
Mezcla de almidones y gomas (1 cacito = 4 g)	2 cacitos (8 g)	2,5 cacitos (10 g)	3 cacitos (12 g)	4 cacitos (16 g)

– Ajustado por paciente: 1309 pacientes en período “botes” (media: 9,93 g/paciente); frente a 1541 pacientes en período “sobres” (media: 6,54 g/paciente). Disminución media del consumo por paciente del 34,13 %.

Conclusión: El cambio a formato sobre monodosis en la dispensación de espesante ha supuesto una serie de mejoras cualitativas, pero también un ahorro cuantitativo significativo.

P-227. Características fenotípicas y necesidades terapéuticas de los pacientes ancianos con disfagia orofaríngea que ingresan en un hospital general

Paula Viñas¹, Alberto Martín-Martínez^{1,2}, Stephanie A. Riera¹, Marta Cera¹, Omar Ortega^{1,2}, Pere Clavé^{1,2}

¹Laboratorio de Fisiología Digestiva. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona

Introducción: La disfagia orofaríngea (DO) es un síndrome geriátrico prevalente que causa diversas complicaciones nutricionales y respiratorias. Nuestro grupo desarrolló la intervención mínima masiva (IMM) para ancianos hospitalizados con DO que mejoró significativamente el estado nutricional, funcionalidad, infecciones respiratorias, reingresos hospitalarios, calidad de vida (CdV) y supervivencia después de 6 meses de seguimiento (Martín A.2018).

Objetivo: Describir las características fenotípicas de los pacientes ancianos con DO hospitalizados y las características de una nueva intervención óptima-masiva (IOM).

Material y método: Ensayo clínico aleatorizado con un seguimiento de 6 meses en pacientes hospitalizados (\geq 70 años) con DO: control (práctica clínica habitual) o intervención (IOM), consistente en: adaptación de fluidos (viscosidad media [250 mPa.s] o alta [800 mPa.s]; Nutilis Clear® [Nutricia]); adaptación textural (textura E o C) y calórico-proteica de la dieta (1900 kcal + 80 g proteínas); suplementación nutricional oral (SNO [Nutilis Complete Stage] I o II [Nutricia]; 306 kcal + 12 g proteínas/ud según el MNA-sf; e higiene oral (HO) profesional al ingreso y durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 235 pacientes (116: control; 119: IOM) (87,4 \pm 5,5 años) hospitalizados durante 9,6 \pm 7,6 días. Al ingreso presentaron una baja funcionalidad (Fried = 90,6 %; Edmonton = 87,7 %) y elevadas comorbilidades (Charlson = 3,6 \pm 2,9). El 48 % requirió adaptación de fluidos (media: 89,4 %; alta: 10,6 %) y un 87,2 % de la dieta (textura E: 73,2 %; textura C: 26,8 %). El 98,7 % presentaban riesgo nutricional y el 23,0 % recibieron SNO. La HO fue moderada (índice HO: 2,2 \pm 1,4) y el 45,2 % presentaron periodontitis. La CdV fue del 62,2 %. El 6,4 % fallecieron durante la hospitalización.

Conclusión: Los pacientes ancianos con DO ingresados en un hospital general presentan baja capacidad funcional, fragilidad, malnutrición y mala HO, lo que origina un alto riesgo de infecciones respiratorias. La IOM es una intervención multimodal diseñada para la fase de hospitalización y convalecencia domici-

liaria que combina el uso de dietas fortificadas de textura modificada, espesantes (goma xantana), SNO e HO para mejorar el estado de salud del paciente y reducir las complicaciones asociadas a la DO.

Aspectos éticos: CEIm Hospital de Mataró (59/19).

P-228. Valoración nutricional de pacientes ingresados en un hospital de patologías crónicas y de larga estancia

Tania Zazo Ribas, Miguel Fombuena Moreno, Pedro Pablo Doblás Tenllado
Hospital Dr. Moliner. Serra, Valencia

Introducción: Existe evidencia de la elevada prevalencia de desnutrición en el paciente hospitalizado, sobre todo en aquellos con patologías crónicas y con comorbilidad elevada (20-50 %). Por otra parte, la desnutrición condiciona mayor riesgo de morbilidad, aumento de estancias hospitalarias y mayor gasto económico para el sistema sanitario. La implantación progresiva de unidades clínicas de nutrición con intervención sobre variables nutricionales puede aportar calidad asistencial al paciente y eficiencia al sistema sanitario

Objetivo: Describir el estado nutricional y las variables susceptibles de intervención nutricional en pacientes ingresados en un hospital de atención a pacientes crónicos.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo. Se incluyen 50 pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna. Se realiza una valoración nutricional con valores analíticos y estudio de bioimpedanciometría con *Inbody S10*. Los resultados se muestran como medias y porcentajes

Resultados: Véase tabla I.

Tabla I.

Interconsultas: 40 % convalecencia, 2 % cuidados paliativos, 54 % daño cerebral, 4 % neumología
Diagnósticos (patología): 66 % neurológica, 4 % oncológica, 6 % infecciosa, 2 % cutánea (UPP) 10 % respiratoria, 12 % otras
Factores de riesgo: 88 %
Edad (media): 63,6 años
Sexo: 54 % hombres, 46 % mujeres
Disfagia: 48 %
Úlceras por presión: 22 %
Depleción Proteica: 8 % leve, 20 % moderada, 22 % severa
Desnutrición calórica: 6 % leve, 6 % moderada, 8 % grave
Pérdida de fuerza (Dinamometría): 92 %
Desnutrición (circunferencia pantorrilla): 66,7 %
Promedio valores analíticos: 3,4 g/dL albumina, 179,9 mg/dl transferrina, 156,6 mg/dl colesterol, 1789 % linfocitos
Rango AEC/ACT: 88 % valores fuera de rango
Ángulo de fase: 96 % pronóstico de severidad
Sarcopenia: 32 %

Conclusiones: La alta presencia de factores de riesgo, disfagia y aparición de úlceras por presión, así como la prevalencia de depleción proteica, desnutrición calórica y pérdida de fuerza muscular, obtenidos por análisis antropométrico, nos indican, junto a las técnicas de composición corporal, la elevada incidencia y severidad de los parámetros de desnutrición en nuestros pacientes. Creemos fundamental plantear estrategias de intervención desde las unidades de dietética y nutrición clínica.

P-229. Evaluación de disfagia orofaríngea en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid)

Luyi Zeng, Vanessa Triviño Yannuzzi, María Llaveró Valero, Javier Modamio Molina, Mikaela Zubillaga Gómez, María del Mar García Gonzales, Noelia Palomero Bessé, Olalla Meizoso Pita, Isabel Huguet Moreno, Iciar Martín Timón, Inmaculada Moreno Ruiz, Silvia Llopis Salinero, Lorena Verguizas Gallego, Cristina Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción y objetivos: La disfagia orofaríngea (DOF) es prevalente en pacientes ingresados. El objetivo del estudio fue conocer los resultados de las pruebas de Método Exploración Clínica de Volumen-Viscosidad (MECV-V) y analizar las características nutricionales de los pacientes.

Material y método: Estudio descriptivo de pacientes con sospecha de DOF hospitalizados en Hospital Infanta Leonor entre mayo y noviembre de 2022. Se recogieron datos clínicos, analíticos y el resultado del MECV-V.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes, de los cuales 51 (60 %) eran mujeres. La edad media fue de 83,8 años (DE \pm 12,0). Se sospechó DOF en 48 pacientes (56,5 %) por atragantamientos a líquidos, 12 (14,1 %) disfagia mixta, 9 (10,6 %) por broncoaspiración y 16 (18,8 %) sin información conocida. En 70 pacientes (82,4 %) se completó MECV-V, 13 pacientes (15,3 %) no finalizaron la prueba por falta de colaboración, y 2 pacientes (2,4 %) rechazaron la prueba. Se modificó la dieta tras la prueba en 43 pacientes (50,6 %). De las pruebas completadas, 33 (46,5 %) resultaron positivas: 17 (51,5 %) mostraron disfagia a líquidos, 15 (45,5 %) a néctar, 0 (0 %) a miel y 1 (3 %) a pudín. Por último, se comparó el cociente proteína C reactiva (PCR)/prealbúmina entre los grupos positivos y negativos, mostrándose una mediana de 0,14 (RIC 0,03-0,49) y 0,17 (RIC 0,05-0,46), respectivamente, siendo p 0,160.

Conclusión: La indicación de MECV-V fue adecuada, resultando positivo en casi la mitad de los casos. No se mostraron diferencias estadísticas significativas en la comparación del cociente PCR/prealbúmina entre los pacientes positivos y negativos, probablemente interferido por la desnutrición de los pacientes de edad avanzada y la carga inflamatoria durante el ingreso.

OTROS

P-001. Prevalencia de obesidad sarcopénica en pacientes con obesidad de alto riesgo

María Antequera González, Mario Alfredo Saavedra Vásquez, Beatriz Ramos Bachiller, Diana Guadalupe Ariadel Cobo, Begoña Pintor de la Maza, Elena González Arnaiz, María Dolores Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La obesidad sarcopénica (OS) es una patología infradiagnosticada y es una condición muy frecuente en la población con obesidad, sin embargo, no se dispone de métodos de *screening* adecuados para su detección temprana.

Objetivos: Definir la prevalencia de OS y describir la composición corporal (CC) en una cohorte de pacientes con obesidad de alto riesgo.

Materiales y métodos: Estudio transversal en pacientes con IMC $>$ 30 kg/m², seguidos en las consultas de obesidad de alto riesgo del Complejo Asistencial Universitario de León. Se usó la ecuación de Janssen para evaluar la SMM obtenida mediante BIA (MC-780; TANITA MC 780 MA, Tokio, Japón) y se usaron valores de normalidad según Dodds et al. para la valoración de fuerza de agarre de la mano mediante dinamometría (Dynex[®], Fabrication Enterprises, DynExgrip). El diagnóstico de OS estableció a través de los criterios ESPEN y EASO 2022, utilizando como diagnóstico de baja masa muscular SMM/peso según Janssen.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (28 mujeres) cuya edad media fue de 45,2 (DE 10) años. En cuanto a la CC, el peso medio fue 130 (DE 16,2) kg, IMC 47,7 (DE 5,7) kg/m², MM 66,5 (8,2) kg, MLG 70 (8,6) kg, MG 60,1 (DE 10,8) kg, DN 26,8 kg (DE 8,5), SSM Janssen 27,4 (8,8) y SSM/peso 0,2 (0,05). Diagnóstico de OS mediante SSM/peso fue del 84,1 % del total de la población, obteniendo un diagnóstico de sarcopenia en el 90,1 % de hombres y el 84,1 % de mujeres.

Conclusión: La prevalencia de obesidad sarcopénica hallada en nuestra cohorte según los criterios ESPEN y EASO 2022 es elevada, por lo tanto, es necesario emplear métodos de *screening* fiables para identificar esta patología de manera precoz en pacientes de riesgo.

P-006. Insectos autorizados para su comercialización en la Unión Europea

Verónica González Abreu¹, Fernando Torres Imaz², José Rodríguez Marmol³

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Introducción: Se consumen más de 2000 insectos en el mundo; algunos de ellos pueden contener un 65 % de proteínas, entre un 13 y 33 % de ácidos poliinsaturados, numerosas vitaminas y ser ricos en hierro y calcio. Este contenido favorece la demanda y el auge de su autorización como alimentos.

Objetivos: Conocer los insectos y su forma autorizada para su comercialización en la Unión Europea

Métodos: El estudio llevado a cabo es descriptivo y observacional, apoyando la investigación cuantitativa y cualitativa realizada en:

- Normativa de aplicación: Reglamento (UE) nº 2015/2283 de 25 de noviembre de 2015 relativo a nuevos alimentos y el Reglamento de Ejecución (UE) 2017/2470 por el que se establecen la lista de la Unión de nuevos alimentos.
- Estudio de los diferentes informes de la EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria) y de la AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición).

Resultados: Especies autorizadas en la Unión Europea (Tabla I).

Tabla I.

Nombre	Forma autorizada para su comercialización
Larvas de <i>Tenebrio molitor</i> (gusano de la harina)	Desecada, congelada y en polvo
<i>Locusta migratoria</i> (langosta migratoria)	Desecada, congelada y en polvo
<i>Acheta domestica</i> (grillo doméstico)	Desecada, congelada y en polvo Polvo parcialmente desgrasado
Larvas de <i>Alphitobius diaperinus</i> (escarabajo del estiércol)	Congelada, en pasta, desecada y en polvo

Conclusiones:

1. Existen 4 especies de insectos autorizadas para su comercialización en Europa.
2. El consumo estos alimentos pueden provocar reacciones alérgicas a los Crustáceos y a los Ácaros del polvo.
3. En el mercado se encuentran como ingredientes en pastas, harinas, barritas de cereales y productos de panadería.
4. El etiquetado debe cumplir la normativa aplicable a cualquier producto alimenticio (Reglamento 1169/2011 información al consumidor).
5. Actualmente, existen tres insectos en proceso de autorización por la Comisión Europea: *Apis Mellifera* (abeja), *Hermetia illucens* (mosca soldado negra), *Gryllodes sigillatus* (grillo rallado).

P-028. Composición corporal y calidad de vida en el paciente con obesidad y artropatía, ¿existe alguna relación?

Jaime González Gutiérrez^{1,2}, Juan José López Gómez^{1,2}, Katia Benito-Sendín Plaar^{1,2}, Paloma Pérez López^{1,2}, Pablo Fernández Velasco^{1,2}, David Primo Martín^{1,2}, Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, Rebeca Jiménez Sahagún^{1,2}, Beatriz Torres Torres^{1,2}, Ana Ortolá Buigues^{1,2}, Daniel Antonio de Luis Román^{1,2}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Universidad de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición de Valladolid. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: El presente trabajo pretende evaluar la relación entre la composición corporal determinada mediante bioimpedanciometría (BIA) con la calidad de vida y con la capacidad funcional en los pacientes con obesidad y artropatía.

Material y método: Estudio transversal descriptivo en una muestra de 719 pacientes (186 hombres (H) y 533 mujeres (M)) con obesidad pendientes de cirugía ortopédica. Se registraron: edad, sexo, índice de masas corporales (IMC), test de calidad de vida WOMAC y parámetros de BIA: índice de masa muscular (IMM), índice de masa grasa (IMG), ángulo de fase (AF), AF ajustado por IMC, reactancia (Xc) y resistencia (Rz). Se dividió a los pacientes en función del WOMAC total en cuatro cuartiles (Q1 (mejor calidad de vida): < 35,43 %, Q2: 35,42-51,04 %, Q3: 51,04-66,67 %, Q4 (peor calidad de vida): > 66,67 %).

Resultados: Existía un porcentaje mayor de mujeres (74,1 %). La edad media fue de 60,08 (11,23) años (M: 60,68 [11,32] frente a H: 58,38 (10,81) años; $p = 0,01$). El IMC medio fue de 40,44 (5,56) kg/m² (H: 40,17 [5,41] frente a M: 40,54 [5,61] kg/m²; $p = 0,44$). La puntuación WOMAC total fue de 50,86 (22,19) % (H: 47,02 (22,10) frente a M: 52,29 (22,07) %; $p = 0,01$); para la rigidez, 49,72 (28,84) % (H: 46,34 [30,26] frente a M: 50,97 [28,23] %; $p = 0,08$); para el dolor, 52,56 (24,88) % (H: 47,63 [21,92] frente a M: 53,76 [22,41] %; $p < 0,01$) y para la capacidad funcional, 50,31 [23,25] % (H: 46,43 [23,46] frente a M: 51,74 [23,03] %; $p = 0,01$). Existían diferencias significativas, según el cuartil de WOMAC total, en IMM (Q1: 14,07 [12,53-15,92] frente a Q4: 13,11 [11,43-14,46] kg/m²; $p < 0,01$), IMG (Q1: 16,77 [14,42-20,03] frente a Q4: 19,39 [17,39-22,85] kg/m²; $p < 0,01$) y AF (Q1: 6,1 (5,6-7,05) frente a Q4: 5,70 (5,1-6,45); $p < 0,01$). El IMM se correlacionaba negativamente con la puntuación WOMAC para capacidad funcional, ($r = -0,13$; $p < 0,01$), así como el AF ($r = -0,15$; $p < 0,01$). El IMG se correlacionaba positivamente ($r = 0,19$; $p < 0,01$).

Conclusiones: En pacientes con obesidad y artropatía, valores menores de masa muscular y ángulo de fase; y mayores de masa grasa medidos mediante impedanciometría se asocian a peor calidad de vida determinada mediante test WOMAC.

Aspectos éticos: el Comité Ético de Valladolid Oeste aprobó el estudio, con código FUNGE 061/140242.

P-029. Influencia del agua extracelular en la estancia hospitalaria y en los parámetros de valoración muscular en pacientes de cuidados intensivos por cirugía valvular

Valeria González Sacoto, Macarena Lacarta Benítez, Leticia Serrano Urzaiz, Carlos Moreno Gálvez, Patricia de Diego García, Pablo Trincado Aznar, Alejandro Sanz Paris

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: El edema es una situación clínica frecuente en el posoperatorio de la cirugía valvular. Su aparición dificulta la valoración nutricional. Es muy conocido su efecto sobre la antropometría e impedancia pero está poco estudiado su efecto sobre la ecografía muscular. Estudiamos la evolución de los parámetros musculares pre- y poscirugía valvular.

Métodos: Se realizó la medición de la circunferencia abdominal, brazo y pantorrilla, impedancia y ecografía de bíceps en preoperatorio y tras el alta de cuidados intensivos. Se realizó un estudio estadístico de correlación de las diferencias entre el antes y después. Estudio aprobado por el comité de ética local (PI22/062).

Resultados: Estudiamos 56 pacientes con valvulopatía, edad media 40 + 9,6. NYHA 2 (RI: 1), días en UCI 3,7 + 1,9 y hospitalizados total 12,5 + 6,9 días, tiempo CEC 102,9 + 48,8, fracción eyección ventrículo izquierdo basal 59,1 + 10,5. Los días de hospitalización se correlacionaron significativamente solo con el aumento del agua extracelular tras la intervención (Rho +0,36, *p*: 0,016). El incremento del agua extracelular se correlacionó positivamente con el aumento de la circunferencia abdominal (Rho +0.55, *p*: 0,0001), y de la pantorrilla (Rho +0,31, *p*: 0,038), el aumento de la masa muscular medido por impedancia (Rho +0,73, *p*: 0,0001), aumento del grosor del bíceps por ecografía (Rho +0,39, *p*: 0,008) y del cuádriceps (Rho +0,48, *p*: 0,001), pero no con la variación de la fuerza de agarre de la mano.

Conclusión: El edema posquirúrgico no solo afecta a la valoración de la masa muscular por antropometría e impedancia, sino también por el grosor del músculo medido por ecografía.

P-079. Impacto de la distribución vectorial sobre el riesgo de mortalidad al ingreso hospitalario: ¿pesa más la nutrición o hidratación?

Carmen María Hardy Añón, Lara Dalla Rovere, Rocío Fernández-Jiménez, María García-Olivares, José Manuel García-Almeida

Hospital QuirónSalud. Málaga

Introducción: Determinadas herramientas de valoración nutricional mediante bioimpedanciometría Nutrilab™ (Akern®) han sido introducidas en los últimos años para complementar el cribado nutricional realizado al ingreso hospitalario.

Objetivos: Establecer puntos de corte de mortalidad según la distribución vectorial del ángulo de fase en los pacientes ingresados, estudiar su impacto y capacidad para predecir la mortalidad al año.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes ingresados por cualquier causa en el Hospital QuirónSalud Málaga durante 2020-22. Se analizó la *odd ratio* de las dos variables (hidratación y nutrición).

Resultados: 1154 pacientes analizados, 612 (53,1 %) mujeres, con edad media de 66 ± 15,7 años. 537 valorados como normonutridos y 53,4 % con desnutrición moderada (372) o severa (243) según la SGA. La mortalidad a los 12 meses de la muestra fue de 17,7 % (205 pacientes). Con el análisis de curva Roc se obtuvo un punto de corte de mortalidad para la nutrición de 712,2 y de hidratación de 73,6 % (S 56,87 % y E 72,84 % AUC 0,690, S 69,57 % y E 60,52 % AUC 0,686). Se utilizó un análisis multivariante de los dos componentes para evaluar la utilidad de los parámetros bioeléctricos como indicadores pronósticos de mortalidad en pacientes ingresados (HR 7,87, 95 % CI 2,56-24,24, *p* < 0,001). Se observó que tanto un valor bajo de Nutrición (≤ 712,2) como un valor alto de Hidratación (≥ 73,6 %) (OR 2,97 (2,04-4,39) 2,96 (2,05-4,33), IC 95 %, *p* < 0,001) se asociaba significativamente a un cociente de riesgo de mortalidad más elevado (Fig. 1).



Figura 1.

Conclusión: Los datos de nutrición e hidratación de la bioimpedanciometría son igual de útiles como marcador pronóstico de mortalidad por cualquier causa en pacientes hospitalizados.

Aspectos éticos: el estudio ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital Regional de Málaga (2758-N-21).

P-080. Dinapenia y Trabecular bone score en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2

María Hayón Ponce^{1,2}, David Blánquez Martínez¹, Beatriz García Fontana^{2,4}, María Dolores Avilés-Pérez^{2,4}, Manuel Muñoz Torres^{2,5}

¹Hospital Universitario de Ceuta. Ceuta. ²Unidad de Metabolismo Óseo, Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ³CIBERFES. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ⁴Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. Granada. ⁵Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada

Introducción y objetivos: Evaluar la prevalencia de baja fuerza muscular y la asociación con los valores de Trabecular bone score (TBS) en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Material y método: Estudio observacional transversal. Se incluyeron 60 pacientes con DM2 (60 % varones y 40 % mujeres postmenopáusicas). Se determinó la densidad mineral ósea (DMO) en columna lumbar (CL), cuello femoral y cadera total mediante DXA (Hologic QDR 4500), y los valores de TBS (TBS iNsite Software, versión 3.0.2.0, Medimaps, Merignac, France). La fuerza de la mano (kg/cm²) se midió con un dinamómetro hidráulico manual Jamar[®] (5030j1; jackson, MI). La fuerza de la mano < 27 kg (hombres) y < 16 kg (mujeres) se definió como baja fuerza muscular. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS (SPSS, inc, v 25.0).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 66,3 ± 8,3 años. La HbA1c media fue de 7,7 ± 1,1 %, observándose un inadecuado control glucémico (HbA1c > 7,5 %) en el 73,3 % de los pacientes. El 83,3 % de los pacientes tenían baja fuerza de prensión manual y el 31,6 % tenían baja fuerza muscular junto con osteopenia/osteoporosis. Los sujetos con baja fuerza de prensión manual presentaron valores significativamente menores de TBS que los que tenían mayor fuerza de la mano (0,99 ± 0,17 frente a 1,12 ± 0,15; $p = 0,03$). La fuerza de la mano se asoció positivamente con TBS ($p < 0,05$) independientemente de la edad, perímetro de cintura, niveles de 25OH vitamina D y DMO en CL. No hubo diferencias significativas en la fuerza de agarre manual en función de los valores de DMO.

Conclusión: Nuestro estudio muestra que la reducción de la fuerza muscular puede estar relacionada con el deterioro de la microarquitectura ósea determinada por TBS en pacientes con DM2.

Aspectos éticos: El estudio se realizó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de acuerdo con el código de ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los sujetos de estudio.

P-097. Importancia del estado musculoesquelético en el riesgo de fractura en pacientes con hipofosfatasa del adulto

María del Carmen Andreo López¹, Victoria Contreras-Bolívar^{1,2}, Enrique Moratalla-Aranda^{2,3}, Trinidad González-Cejudo^{2,4}, Juan Miguel Villa-Suárez^{2,4}, Ángela Jiménez-Ortas⁵, Francisco Andújar-Vera^{2,6-8}, Cristina García-Fontana^{1,2,6}, Beatriz García-Fontana^{1,2,6}, Manuel Muñoz-Torres^{1,2,6,9}

¹UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ²Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada. Granada. ³UGC de Medicina Nuclear y de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ⁴Departamento de Bioquímica y Biología Molecular I. Universidad de Granada. Granada. ⁵CIBER de Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ⁶Departamento de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial. Universidad de Granada. Granada. ⁷Instituto Andaluz de Investigación en Ciencia de Datos e Inteligencia Computacional (Instituto DaSCI). Granada. ⁸Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Granada

Introducción: La hipofosfatasa (HPP) es una enfermedad hereditaria, caracterizada por una deficiencia de fosfatasa alcalina no específica de tejido que genera una mineralización anormal del tejido óseo lo que favorece las fracturas por fragilidad. Un estado muscular defectuoso podría ocasionar importantes repercusiones clínicas sobre el riesgo de fractura. El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre el compartimento óseo y el muscular.

Material y métodos: Estudio observacional transversal en adultos con HPP. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), analíticas (fosfatasa alcalina [FA], rango de normalidad: 30-120 U/L,) y clínicas (fracturas, kilogramos [kg] de fuerza muscular con dinamómetro Jamar [punto de corte: < p 10 de población española], masa muscular del recto femoral del cuádriceps con ultrasonidos [Sonosite S-Nerve[®]] y densidad mineral ósea con absorciometría de rayos X de energía dual expresada según T y Z-score). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS v.25.

Resultados: Se estudiaron 21 sujetos. 54 % mujeres, edad media: 49 ± 18 años. La media de FA fue 28 ± 12U/L. El 41 % presentó al menos 1 fractura ósea. La dinamometría media fue 28 ± 11 kg, 100 % con buena fuerza muscular. En la valoración morfológica nutricional, la media de medición del eje Y fue 1,5 ± 0,7 y el área muscular, 4,8 ± 2,5. El T-score medio en columna lumbar (L1-L4) fue -0,8 ± 1,5 y en cuello femoral (CF) -1,3 ± 0,9. El Z-score medio en L1-L4 fue 0,08 ± 1 y en CF 0,06 ± 1,1. La fuerza muscular se correlacionó positivamente con el eje Y ($r = 0,52$, $p = 0,02$), con el área muscular ($r = 0,51$, $p = 0,02$), con el T y Z-score en CF ($r = 0,64$, $p = 0,002$) y con el T y Z-score en L1-L4 ($r = 0,51$, $p = 0,02$).

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de fracturas en pacientes con HPP. Se observó una correlación positiva entre los compartimentos muscular y óseo. Por tanto, potenciar el compartimento muscular en pacientes con HPP podría reducir el riesgo de fractura en estos pacientes.

P-098. Efecto del consumo habitual de un caldo ibérico enriquecido en fructooligosacáridos sobre el contenido de masa grasa corporal y diferentes marcadores relacionados con la saciedad

Lucía Arcos Castellanos¹, Bricia López Plaza¹, Marlhyn Valero Pérez², Samara Palma Milla^{1,2}

¹Idipaz. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El sobrepeso y la obesidad se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública, siendo un factor de riesgo para numerosas patologías. Por ello es importante buscar estrategias que ayuden a reducir el peso corporal, con el fin de una repercusión positiva en la incidencia de enfermedades metabólicas.

Objetivo: Evaluar las propiedades saciantes del consumo habitual de un caldo ibérico funcional enriquecido en fructooligosacáridos (FOS) en personas sanas mediante el análisis de hormonas relacionadas con saciedad.

Material y métodos: Ensayo clínico controlado, aleatorizado, cruzado y doble ciego de 8 semanas de duración. Los criterios de inclusión incluyeron hombre y mujeres con normopeso y sobrepeso. Se aleatorizaron dos grupos, uno tomaba el caldo funcional (CF) enriquecido en FOS, mientras que el grupo control consumió el caldo control (CC) con maltodextrina. Se realizó un estudio antropométrico, de composición corporal y un estudio bioquímico específico de hormonas relacionadas con la saciedad.

Resultados: Se evaluaron 18 sujetos en normo y sobrepeso, con masa grasa (MG) elevada. Se observó que tras 8 semanas de intervención los sujetos que consumieron el CF disminuyeron el contenido de MG ($-0,15 \pm 0,32$ frente a $0,09 \pm 0,52$ kg; $p < 0,05$). La ingesta de CC provocó un incremento de insulina ($5,50 \pm 2,32$ frente a $8,30 \pm 2,41$ μ) y HOMA ($1,15 \pm 0,49$ frente a $1,89 \pm 0,58$) en comparación con los que tomaron el CF. La ghrelina se mantuvo elevada en ambos.

Conclusiones:

1. El consumo regular del CF redujo el contenido de MG de sujetos que lo consumieron.
2. El consumo del CC aumentó significativamente los niveles de insulina y HOMA, no siendo así en los del CF, pudiendo verse afectado por los FOS. Del inicio al final de la intervención existió un incremento de la concentración de ghrelina en ambos grupos.

P-112. Bioimpedancia multifrecuencia como herramienta de evaluación de esteatosis hepática en el paciente con enfermedad renal crónica (ERC)

Guillermina Barril Cuadrado¹, Ángel Nogueira¹, Esmeralda Josa², Graciela Álvarez¹, Alejandra Cortiñas¹, Almudena Núñez¹, Martín Giorgi¹, Carmen Sánchez¹, Mar Ruperto³

¹Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ²Universidad Europea. Madrid. ³USP. CEU. Madrid

Introducción: El aumento de grasa visceral condiciona el aumento de riesgo cardiovascular asociado a la ERC. Existen pocos

datos de la prevalencia de esteatosis hepática en pacientes con ERC medida por bioimpedancia eléctrica (BIA).

Objetivo: Determinar la prevalencia de esteatosis hepática mediante BIA-multifrecuencia y correlacionarlo con su presencia por ecografía(ECO) o TAC en pacientes con ERC estadios 4-5 (ERCA) y en hemodiálisis(HD).

Método: En 315 pacientes ERC, estudiamos la composición corporal con BIA(Bioscan Touch.i8) para evaluar esteatosis hepática y clasificandola en 4 estadios de afectación: normal, esteatosis leve, moderada, ligeramente-severa y severa. La BIA se correlacionó con estudios ecográficos. Se evaluaron 15 pacientes con esteatosis hepática sin ERC. Se estudió la prevalencia de esteatosis global, en ERC y HD, y correlación con enzimas hepáticas (GOT, GPT, GGT), escala de malnutrición-inflamación (MIS), IMC, masa grasa e índice cintura/talla. Análisis de los puntos de corte mediante el área bajo la curva (AUC) medido por curva COR.

Resultados: De los 315 pacientes, en ERCA 151 (48 %) y HD 163 (52 %), hombres (68 %), edad $70,8 \pm 12,9$ años. Prevalencia global de esteatosis hepática 61,3 %, según grado: leve (13,4 %), moderado (11,8 %), ligera-severa (11,4 %) y severa (24,5 %). Encontramos hígado sano en ERCA 35,1 % frente a 40,5 % en HD. No encontramos diferencias significativas con enzimas hepáticas entre hígado sano y esteatosis. Establecimos correlación entre ECO-BIA en 98 pacientes con factor predictivo positivo y negativo del 64 % y 70 %, respectivamente. Estableciendo por curvas COR el área bajo la curva (AUC) para IMC (0,828), %masa grasa (0,738) e índice cintura/talla (0,853), siendo el punto-de-corte del índice-cintura/talla 0,6 con mejor sensibilidad (80 %) y especificidad (71,3 %). En hígado sano el AUC para masa grasa fue 0,838(especificidad 72,3 %; sensibilidad 91,3 %).

Conclusiones:

1. Alta prevalencia de esteatosis hepática medida por BIA en ERC, mayor en ERCA vsHD.
2. Encontramos buena correlación de BIA con ECO para hígado sano y esteatosis.
3. Se necesitan estudios específicos de ECO-BIA para validación de diagnóstico en esteatosis hepática.

P-113. Cantidad y calidad muscular determinada por ecografía y su relación con el pronóstico del paciente con patología neurodegenerativa

Katia Benito-Sendín Plaar¹, Juan José López Gómez¹, Laura Almansa Ruiz², Beatriz Torres Torres¹, Olatz Izaola Jáuregui¹, David Primo Martín¹, Ana Ortolá Buigues¹, Pablo Fernández Velasco¹, Isabel Pérez Mellen¹, Daniel Antonio de Luis Román¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivos: El uso de la ecografía muscular permite evaluar el estado nutricional en patologías neurodegenerativas. El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias en diferentes parámetros de ecografía muscular en función de las complicaciones del paciente con patología neurodegenerativa.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes con patología neurodegenerativa en seguimiento por Nutrición. Se recogieron comorbilidades (visitas a urgencias, ingresos y *exítus*). Se determinó antropometría y se realizó ecografía del recto anterior del cuádriceps de pierna dominante en la que se registraron parámetros de cantidad (índice de área muscular [cm²/m²] [IAMRA]) y parámetros de calidad (índice X/Y [relaciona el eje X y eje Y del corte transversal]); ecointensidad (porcentaje dentro de la escala de grises de la media de los píxeles del corte transversal(ROI) teniendo en cuenta que el 0 es negro (hipoecogénico) y el 255 es blanco (hiperecogénico)).

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes (51,5 % hombres), con edad: 61,91 (15,46) años, IMC: 25,17 (5,09) kg/m², porcentaje de pérdida de peso (PPP): 4,08 (0,53-11,16) %. La patología más frecuentemente valorada fue enfermedad de motoneurona (57,6 %). Ingresaron 13 (19,7 %) pacientes, 24 (36,4 %) visitaron urgencias y hubo 5(7,6 %) *exítus*. Al comparar los parámetros ecográficos de calidad en aquellos pacientes que ingresaron se observó una mayor ecogenicidad (I: 43,20 [7,61] % frente a NoI: 35,78 [7,71] %; $p < 0,01$), así como un mayor X/Y (I: 3,69 [0,87] frente a NoI: 2,77 [0,88]); $p = 0,01$). Se objetivó una mayor ecogenicidad en aquellos pacientes que fueron *exítus* (E) (E: 46,43 [5,84] % frente a NoE: 36,82 [8,02]; $p = 0,02$). No se observaron diferencias significativas en las visitas a urgencias. Al evaluar los parámetros de cantidad muscular(IAMRA) no se observaron diferencias.

Conclusión: Entre los pacientes con patología neurodegenerativa se encontró una mayor tasa de ingresos en aquellos con una menor calidad muscular determinada mediante el eje XY de la ecografía del recto anterior del cuádriceps, y una mayor tasa de ingresos y *exítus* en aquellos con una mayor ecogenicidad muscular.

Consideraciones éticas: el Comité Ético de Valladolid Oeste aprobó el estudio con código PI 22-2910.

P-114. Comparativa de complicaciones de las sondas transpilóricas de nutrición enteral según el tipo de sonda

María Nieves Bravo Delgado, Nuria Pelaz García de los Ríos, Ana Isabel Martínez Pujol, Anna Prats Pérez, M.ª Concepción Vázquez González, Alba Zabalegui Eguinoa, Fiorella Palmas Candia, Hegoi Seguro Gurrutxaga, Rosa Burgos Peláez

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La nutrición enteral administrada directamente en yeyuno es un método consolidado de acceso de nutrientes al intestino, cuando la vía gástrica se encuentra afectada. El acceso puede realizarse mediante diferentes abordajes, dependiendo de la vía de

entrada y la patología del paciente. En nuestro centro encontramos los sondajes naso-yeyunales (SNY), que pueden realizarse por enfermería de la unidad de soporte nutricional o por otros servicios, las sondas gastro-yeyunales (SGY) y las sondas de yeyunostomía.

Objetivos: Evaluar el tipo de complicaciones que se presentan en los pacientes ingresados en nuestro centro según cada tipo de sonda transpilórica.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes con nutrición a yeyuno de julio a diciembre de 2022. Se realiza descripción de datos clínicos y de las complicaciones pos-colocación.

Resultados: Reclutamos 25 pacientes, de edades comprendidas entre 19 y 82 años, de los cuales 15 eran hombres. Las principales patologías que motivaron la necesidad de nutrición en yeyuno fueron: oncológicas (24 %), digestivas (52 %), respiratorias (8 %) y neurológicas (16 %). Las complicaciones que presentaron los pacientes de nuestra muestra fueron: acodamiento (8 %), salida accidental (parcial o total) de la sonda (12 %), perforación intestinal (4 %), obstrucción (16 %), rotura de sonda (4 %) y no migración (4 %) (Tabla I).

Conclusiones:

1. El acceso enteral que menos complicaciones presentó en nuestro medio fueron las sondas naso-yeyunales.
2. En la mayoría de los casos en que se complicaron las ostomías, precisaron recambio de sonda.
3. El calibre y la longitud de la sonda podrían estar directamente relacionadas con las complicaciones referidas a obstrucción, salida accidental y acodamiento.

P-115. Variabilidad y control glucémico en pacientes diabéticos o con hiperglucemia de estrés que reciben nutrición enteral por sonda específica para diabetes

Elena Casademunt Gras, Clara Joaquín Ortiz, Marina Macías, Carla Estany, Sabina Ruiz, Alejandra Pérez Montes de Oca, Mariona Martín, Natalia López, Analía Ramos

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Existen escasos estudios que evalúen el grado de control y variabilidad glucémica (VG) mediante un sensor continuo de glucosa en pacientes hospitalizados con DM o hiperglucemia de estrés (HE) que reciben nutrición enteral (NE) por sonda con una fórmula específica para DM. El objetivo fue evaluar el control glucémico y VG en este tipo de pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes hospitalizados con DM o HE que precisaban NE por SNG y tratamiento con insu-

Tabla I.

	N.º	Complicaciones	Recambio
SNY	17	7 (41,1 %)	4 (57,1 %)
Ostomías (SGY – yeyunostomía)	8	5 (62,5 %)	3 (60 %)
Total	25 (100 %)	12 (48 %)	7 (58,3 %)

Tabla I. Datos del control glicémico y dosis de insulina

	Total	DM	HE	p
Dosis total de insulina diaria (UI)	28,9 ± 11,8	31,6 ± 12,5	23,8 ± 9,6	ns
Dosis insulina/ kg peso (UI/ kg)	0,48 ± 0,26	0,52 ± 0,27	0,39 ± 0,23	ns
Glucemia media (mg/dl)	145,2 ± 46,4	160,1 ± 48,3	111,2 ± 15,6	0,011
Coefficiente de variabilidad (%)	31,2 ± 12,5	35,9 ± 11,6	20,6 ± 6,9	0,034
GMI (%)	6,5 ± 0,6	6,8 ± 0,5	6,0 ± 0,3	0,038
Hipoglucemias (%)*	2 (0,5-4)	2 (0-11)	3 (1-4)	ns
Hiperglucemias (%)*	14 (4-38)	29 (12- 45)	0 (0-7)	0,003
Tiempo en rango (%)	70,6 ± 27,9	59,7 ± 29,9	95,0 ± 5,4	0,011

*Mediana (p25-p75).

lina sc. Todos ellos recibieron una fórmula Hipercalórica (HC) e Hiperproteica (HP) específica para DM y se les colocó un sensor de glucosa FreeStyle Libre 2. Se ajustaron las dosis de insulina según protocolo hospitalario.

Resultados: 14 pacientes, 6 mujeres (43 %), edad 66,3 ± 15,2 años, IMC 24,2 ± 5,2 kg/m², 8 con DM (HbA1c 6,1 ± 1,5 %) y 6 con HE (HbA1c 5,3 ± 0,8 %). Tratamiento de la DM: 1 dieta, 5 ADOs, 2 ADOS + insulina. Datos del control glucémico y del tratamiento insulínico expuestos en la tabla I.

Conclusiones: Se observó un buen control glucémico y baja VG en nuestros pacientes DM o con HE que recibían una fórmula HC/HP específica para DM, siendo óptimos en aquellos pacientes con HE.

P-116. Ecografía muscular en la valoración morfofuncional

Javier Castañón Alonso¹, Elena González Arnaiz², Beatriz Ramos Bachiller², Mario Alfredo Saavedra Vásquez², María Dolores Ballesteros Pomar²

¹Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La ecografía muscular es un método sencillo para valorar la composición corporal. Aunque no existen puntos de corte específicos validados, el área del recto anterior del cuádriceps es el más referenciado en la literatura.

Objetivos: Valorar la masa muscular mediante ecografía y correlacionar los distintos puntos ecográficos con otros parámetros morfofuncionales.

Metodología: Estudio observacional prospectivo de pacientes derivados a una consulta de nutrición clínica desde octubre a diciembre de 2022. Se determinaron variables demográficas, antropométricas, composición corporal (BIA,TANITA_MC_780_MA;TANITA), dinamometría (Dy nex[®],Fabrication Enterprises) y ecografía muscular del recto anterior del cuádriceps (modelo Mindray Z50, Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronics Co).

Resultados: 33 pacientes, 60,6 % mujeres, edad media de 63,0(DE15,9) años. El 57,6 % tenían patología oncológica, 24,2 % patología digestiva, 15,2 % disfga y el 3 % otras enfer-

medades con desnutrición asociada. El 51,5 % estaba en tratamiento médico nutricional (42,4 % suplementación oral y el 9,1 % nutrición enteral). Los valores antropométricos, de composición corporal y de ecografía muscular aparecen recogidos en la tabla I. El 66,7 % presentaba mioesteatosis en la ecografía. El área y circunferencia ecográfica muscular tiene una correlación positiva moderada (*r* 0,417 y 0,433) con la dinamometría de forma estadísticamente significativa. El eje X tiene una correlación positiva baja (*r* 0,391) con la masa muscular esquelética (MME) y moderada con la dinamometría (*r* 0,441), estadísticamente significativa.

Conclusiones: La ecografía muscular es una técnica útil y sencilla en la valoración de la masa muscular. En nuestra muestra, presenta una correlación moderada con la dinamometría, aunque precisaríamos ampliar el tamaño muestral para correlacionarla con otros parámetros.

Tabla I.

Variables	Valores (media y DE)
Peso (kg)	60,4 (14,2)
Porcentaje pérdida de peso (%)	11,7 (8,2)
IMC (kg/m ²)	22,0 (4,4)
Masa grasa (kg)	13,2 (6,5)
Masa magra (kg)	43,2 (9,7)
MME (kg)	25,3 (5,8)
MME apendicular (kg)	18,3 (4,2)
Índice masa muscular apendicular (kg/m ²)	6,8 (1,2)
Ángulo de fase (°)	4,9 (0,8)
Dinamometría (kg)	21,7 (7,5)
Circunferencia de pantorrilla (cm)	31,8 (2,8)
Eje X (cm)	3,4 (0,5)
Eje Y (cm)	1,0 (0,2)
Área (cm ²)	2,9 (0,9)
Circunferencia (cm)	8,4 (1,3)

P-117. Análisis de los cambios precoces en la composición corporal de un programa integral de pérdida de peso en pacientes con obesidad

Alba Carmona Llanos, María Dolores Cepero Ramírez, María José López Pérez, Lourdes García García-Doncel, Manuel Cayón Blanco

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

Introducción y objetivos: El índice de masa corporal (IMC) sigue siendo la principal variable discriminadora para la clasificación e indicaciones de tratamiento en la obesidad. Sin embargo, la característica que define la obesidad es un exceso de grasa corporal. El objetivo principal de nuestro trabajo fue evaluar el impacto a corto plazo sobre la composición corporal (CC) de un programa de dieta y actividad física en una muestra de pacientes con obesidad. Como objetivo secundario, evaluar la influencia de la sarcopenia en dichos cambios.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, base poblacional ambulatoria, de pacientes con obesidad grado II o superior. Para la caracterización de la CC se emplearon medidas obtenidas de análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA), y ecografía. Se evaluaron los cambios en la misma a 12 semanas. Para la significación estadística se empleó un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 20 pacientes (edad media: $50,2 \pm 13$ años; 75 % mujeres; IMC inicial: $44,3 \pm 8 \text{ kg/m}^2$). A las 12 semanas, mejoraron significativamente los siguientes parámetros de CC: agua corporal total (litros; $39 \pm 3,8$ frente a $40,1 \pm 3,8$), % masa grasa ($48,3 \pm 5,6$ frente a $46,5 \pm 5,7$) y % masa músculoesquelética ($51,7 \pm 5,6$ frente a $53,5 \pm 5,7$), y ecográficos: circunferencia muscular (cm; $8,9 \pm 0,9$ frente a $9,6 \pm 1,1$) y tejido adiposo, tanto perimuscular (cm; $2,3 \pm 0,8$ frente a $1,9 \pm 0,7$) como abdominal (cm; $3 \pm 0,8$ frente a $2,6 \pm 0,8$). La ausencia de sarcopenia conllevó, respecto a basal, a un mayor incremento de masa celular activa y ángulo de fase (21 % y 5 %, respectivamente) y una mayor reducción de masa grasa (disminución del 9,8 %).

Conclusiones:

1. Los cambios en la CC de los pacientes con obesidad pueden identificarse fácilmente mediante técnicas de BIA y ecografía en etapas tempranas.
2. La detección precoz de sarcopenia permitiría identificar a un subgrupo de pacientes en los que establecer estrategias individualizadas.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestro centro de trabajo, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y fue seguida la Declaración de Helsinki.

P-118. Prevalencia de hiperglucemia y factores predictivos para su desarrollo en pacientes hospitalizados no críticos con nutrición parenteral total

Mercedes Gutiérrez Oliet, Macarena Contreras Angulo, Celia López Nevado, Carmen Gil Martínez, María Elena Mendoza Sierra

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

Introducción y objetivo: Relacionar factores que predispongan al desarrollo de hiperglucemia en pacientes hospitalizados no críticos que reciben nutrición parenteral.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde septiembre de 2022 a diciembre de 2022 en el Hospital Central de la Defensa. Se recogen datos de 40 pacientes ingresados en áreas de hospitalización que precisaron soporte con nutrición parenteral (NP). Se excluyeron los pacientes críticos, con una diabetes mal controlada (definida como $\text{HbA1c} > 8 \%$) o cuyo tratamiento incluía insulino terapia o > 2 antidiabéticos orales (ADO). Se evaluaban diferentes variables que se comparan con la necesidad de insulina durante el tiempo que se mantienen con NP y se llevó a cabo un modelo de regresión logística.

Resultados: Se describe una población con una media de edad de $75 \pm 10,8$ años que procedía tanto de servicios médicos (23,1 %) como de servicios quirúrgicos (76,9 %), siendo un 42,5 % de estos pacientes oncológicos. La necesidad de insulino terapia en la NP fue de 40 %, siendo el 75 % de estos pacientes diabéticos previos (con una HbA1c media de $5,91 \pm 0,78 \%$). El desarrollo de hiperglucemia durante el tratamiento con NP se relacionó con el antecedente de dislipemia previo (OR 0,72 [0,04-0,62] $p = 0,008$) y con tener una $\text{HbA1c} \geq 5,7 \%$ (OR 0,83 [0,03-0,85] $p = 0,032$). No se encontró ninguna relación con el IMC, la cantidad de gramos de hidratos de carbono/kg recibido ni la presencia de tratamientos hiperglucemiantes (aunque la incidencia de estos tratamientos fue del 10 %).

Conclusiones: La necesidad de insulina en pacientes no críticos con NP en diferentes áreas de hospitalización, se relaciona en nuestro estudio con el antecedente de dislipemia y $\text{HbA1c} \geq 5,7 \%$

P-119. El ángulo de fase predictor de mortalidad en pacientes hospitalizados

Lara Dalla Rovere, Rocío Fernández Jiménez, Carmen Hardy Añón, María García Olivares, José Manuel García Almeida

Hospital QuirónSalud. Málaga

Introducción: El ángulo de fase (PhA) medido con el análisis de bioimpedanciometría se puede considerar como un medidor de calidad celular. En los últimos años ha sido introducido en la valoración nutricional para complementar la valoración subjetiva (SGA), antropométrica y analítica.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar el valor predictor de mortalidad del PhA realizados durante el cribado nutricional a todos los pacientes ingresados más de 48-72h por cualquier causa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes ingresados en el Hospital QuirónSalud Málaga desde septiembre 2020-2022. Se realizó una valoración nutricional completa en las primeras 48h del ingreso, incluyendo la bioimpedanciometría, mediante la cual se determinó el PhA y se establecieron puntos de corte de mortalidad.

Resultados: 1154 pacientes analizados, 612 (53,1 %) mujeres, con una edad media de $66 \pm 15,7$ años. Principalmente ingresados a cargo de Medicina Interna (29 %). 537 valorados como normonutridos y 53,4 % con desnutrición moderada (372) o severa (243) según la SGA. La mortalidad a los 12 meses de la muestra fue del 17,7 % (205 pacientes). Con el análisis de curva Roc se obtuvo un punto de corte de PhA de diagnóstico de mortalidad de $5,2^\circ$ (S63,1 % y E85,9 % AUC = 0,791). Las mujeres han tenido un punto de corte más bajo, $4,7^\circ$ (S60,3 % y E78,6 % AUC 0,760). Los pacientes con un PhA más bajo tenían una media de supervivencia de un 72 % (67 %-79 %, IC 95 %) respecto al 95 % de los pacientes con PhA más alto. Y se asoció significativamente con una hazard ratio de mortalidad más alta 6,23 (3,47-11,19, $p < 0,001$) (Fig. 1).

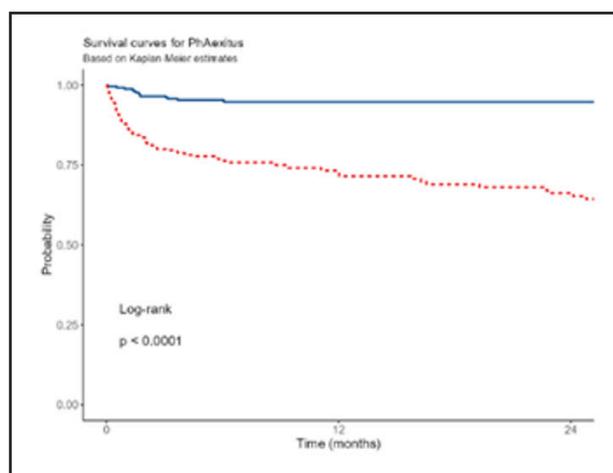


Figura 1.

Conclusión: El análisis de Impedanciometría con PhA es una herramienta útil para complementar la valoración nutricional y permite predecir mortalidad en paciente ingresados.

Aspectos éticos: el estudio ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital Regional de Málaga (2758-N-21).

P-120. Puntos de corte de BIA y ecografía nutricional para la detección de la malnutrición del paciente oncohematológico en tratamiento de quimioterapia en hospital de día

Rocío Fernández Jiménez, Estefanía González, Mercedes del Olmo, Lara Dalla Rovere, María García Olivares, Carmen Hardy, Agustín Hernández, Rebeca Alcalde Pampliega, José Manuel García Almeida

Hospital QuirónSalud. Málaga

Introducción: Las enfermedades oncohematológicas afectan a un número importante y creciente de personas. Tanto la enfermedad como el tratamiento impactan negativamente en el estado nutricional del paciente, en ocasiones desarrollando una desnutrición, lo que compromete la evolución, la respuesta al tratamiento y la calidad de vida del paciente. Por lo que cobra mayor importancia realizar la valoración del estado nutricional con técnicas avanzadas.

Objetivos: Obtener puntos de corte de malnutrición de los pacientes que se tratan en hospital de día con quimioterapia.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes oncohematológicos en tratamiento de quimioterapia en hospital de día.

Resultados: Una muestra de 104 pacientes, 59 mujeres (56,7 %) y 45 hombres (43,3 %) con una edad media de $61,8 \pm 17,3$ años. Peso medio 72,9 kg (15,9), una pérdida de peso 10,7 (17,2) %, y IMC 26,2 (5,04) kg/m². Angulo de fase(pha) 5,34 (1,36)°, estandarizado spha (-0,80), masa celular (bcm) 25,9 (8,23) kg. Área recto anterior del cuádriceps 3,13 (0,99) cm² y eje Y del tono muscular 1,11 (0,32) cm y tejido adiposo preperitoneal 0,69 (0,41) cm. Presentaban según valoración subjetiva global (VSG) un 37,5 % riesgo malnutrición moderado y 31,7 % malnutrición grave y el 52,7 % precisaron de suplementos orales, utilizando la VSG como *gold standar* se ha definido (A-B sin malnutrición y C como malnutridos), Se ha obtenido un punto de corte de malnutrición en mujeres de un pha $5,1^\circ$ con AUC 0,816, sensibilidad 67,57 % y especificidad de 81,82 % $p < 0,005$, un spha -0,44 con AUC 0,725, sensibilidad 54,07 % y especificidad de 86,36 % $p < 0,005$ y un bcm 20,3 con AUC 0,784, sensibilidad 78,38 % y especificidad de 72,73 % $p < 0,005$. Un área muscular de 2,22 con AUC 0,755, sensibilidad 84 % y especificidad de 69,23 % $p < 0,005$. En hombres pha $5,3^\circ$ con AUC 0,805, sensibilidad 76,47 % y especificidad de 81,82 % $p < 0,005$, un spha -1,44 con AUC 0,791, sensibilidad 88,24 % y especificidad de 72,73 % $p < 0,005$ y un bcm 28,4 con AUC 0,806, sensibilidad 73,53 % y especificidad de 90,91 % $p < 0,005$. Un área muscular de 3,36 con AUC 0,713, sensibilidad 65 % y especificidad de 83,33 % $p < 0,005$ (Figs. 1 y 2).

Conclusión: La valoración morfofuncional mediante BIA y ecografía nutricional en pacientes en tratamiento de quimioterapia resulta fundamental para detectar la malnutrición y sobre todo para realizar un mejor diagnóstico y ajuste nutricional.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Málaga, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

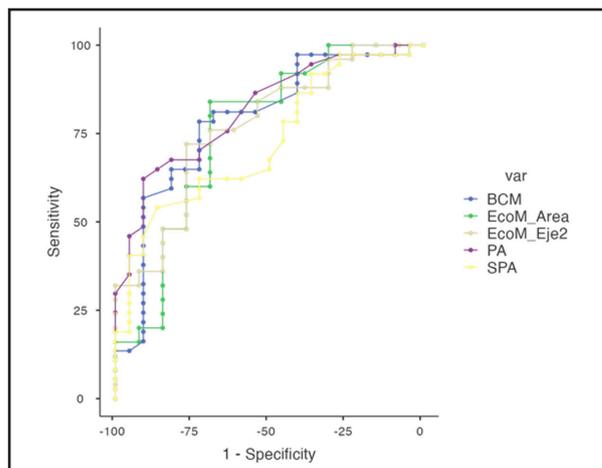


Figura 1. ROC curve: mujeres.

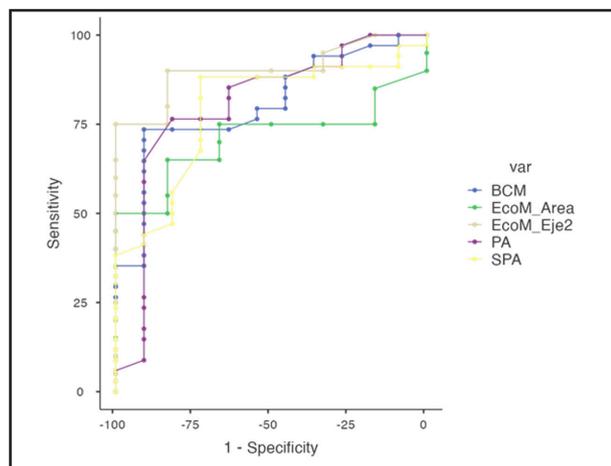


Figura 2.
ROC curve: hombres.

P-121. Árbol de decisión en *machine learning* y variables de evaluación ecográfica (ecografía nutricional) para predecir mortalidad en pacientes con cáncer ORL en tratamiento de radioterapia (estudio VALOR)

Rocío Fernández Jiménez¹, María Luisa Fernández Soto², María García Olivares², Araceli Muñoz Garach, Francisco Javier Vílchez López, Inmaculada Prior Sánchez², Manuel Cayón Blanco², Silvia García Rey², María Josefa Molina Puerta², Fátima Torres², Pedro Pablo García Luna², José Manuel García Almeida¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Grupo VALOR. Centros a nivel andaluz. Sevilla, España

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (ORL) debido a la localización del tumor y del tratamiento con radioterapia pueden llegar a tener efectos secundarios negativos. La valoración del estado nutricional y el diagnóstico de la patología se puede realizar con técnicas avanzadas (BIA, ecografía nutricional, dinamometría y test funcionales).

Objetivos: Obtener puntos de corte de la ecografía nutrición con factor pronóstico de mortalidad del cáncer ORL en pacientes con tratamiento de radioterapia.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con cáncer ORL en tratamiento radioterápico en diferentes hospitales andaluces.

Resultados: Una muestra de 612 pacientes, 140 mujeres (22,8 %) y 472 hombres (77,1 %) con una edad media de 64,0 ± 10,5 años. Se desarrolla un nomograma para el riesgo de mortalidad, se construyó con base en predictores de variables de evaluación ecográfica, como area del recto (RF-CSA), Circunferencia, -eje-X y -eje -Y, como predictores de mortalidad a los 600 días. El índice C obtenido para el nomograma fue de 0,704 y la puntuación de Brier fue de 16,8. En este modelo, RF-CSA contribuyó con mayor poder para la clasificación y fue seleccionado en el nodo primario, con RF-CSA < 2,7 cm, clasificado hasta 68% de pacientes de supervivencia y 38% con baja probabilidad de supervivencia.

En aquellos pacientes que tenían un valor de RF-CSA > 2,7 cm, y después de varios nodos que contenían variables, como -CIR, -eje Y y -eje X, RF-CIR < 8,2 cm predijo hasta el 2% de los pacientes sin supervivencia. Además, RF-CSA ≥ 4cm y menos de 3,9cm predijeron hasta un 3 % y un 2 % de pacientes sin supervivencia, respectivamente. Además, RF-CIR < 7,3 cm y el eje RF-X inferior a 2,9 cm predicen hasta un 4% y un 3% de pacientes sin supervivencia. La precisión del modelo basado en la mortalidad fue del 84,7% (IC 95%: 0,80-0,88) y un valor de kappa 0,583 y $p < 0,001$ y un AUC previsto de 0,584. La supervivencia global (SG) de los pacientes con cáncer de ORL con RF-CSA alta fue mayor que la del valor bajo de RF-CSA, en la que este modelo se ajustó por edad, sexo e IMC ($p = 0,039$). En cuanto al AUC de este modelo ajustado mostro un valor AUC de 0,669

Conclusión: Existe una importante área de desarrollo de inteligencia artificial en la evaluación ecográfica para predecir mortalidad en pacientes con cáncer ORL en tratamiento de radioterapia.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Málaga, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-122. Efectos sobre la función hepática de una emulsión lipídica de nutrición parenteral a base de ácidos grasos omega 3

Luna Florencio Ojeda, Tamara Blanco Espeso, Rossana Manzanares Córdova, Rocío Domínguez Rabadán, María Laínez López, María Isabel Rebollo Pérez

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción y objetivos: Evaluar los cambios en la función hepática y lípidos pacientes que recibieron nutrición parenteral total (NPT) con emulsión lipídica a base de omega 3.

Material y métodos: Estudio retrospectivo dónde se incluyen los pacientes que recibieron NPT con omega-3 durante los años 2021-2022 en nuestro hospital. Se evaluó la función hepática (GGT, FA, AST, Bilirrubina), triglicéridos y PCR antes y de forma semanal tras inicio del tratamiento.

Resultados: 25 pacientes. 64 % varones. Edad media 67,12 ± 12,8 años. Los omega 3 se pautaron de inicio en el 64 %, en el 36 % se pautaron tras modificación lipídica de NPT previa. En todos pautados por alteración hepática. La mediana de duración del tratamiento fue 8 días. 68 % recibieron dosis máxima de 20 gr/día y 32 % de 10 gr/día. Resultados presentados en tabla I. La única diferencia estadísticamente significativa fue la reducción de los triglicéridos a los 14 días de tratamiento, el resto de parámetros disminuyeron, pero sin resultados estadísticamente significativos.

Conclusión: Nuestro estudio sugiere que el uso de una emulsión lipídica a base de omega-3 en NPT mejora la disfunción hepática, sin resultados estadísticamente significativos probablemente por el pequeño tamaño muestral. Son necesarios estudios de mayor tamaño muestral para confirmar si influye el uso de omega-3 en NPT en la evolución de la hepatopatía.

Tabla I. Media de los parámetros antes y de forma semanal tras omega-3

	Antes de ω -3	7 días (n = 22-25)	14 días (n = 8-9)	21 días (n = 2-3)
GGT (U/L)	455,9 \pm 250,8	428,5 \pm 200,8	302,2 \pm 236,7	127,3 \pm 71
FA (U/L)	268,4 \pm 212,4	268,6 \pm 123,9	244,8 \pm 136,4	184,67 \pm 72,8
AST (U/L)	99,8 \pm 226,8	58,7 \pm 118,3	45 \pm 46,6	23,6 \pm 6,6
Bilirrubina total (mg/dL)	1,41 \pm 2,12	0,92 \pm 1,91	0,76 \pm 0,99	0,39 \pm 0,38
Triglicéridos (mg/dL)	190,8 \pm 131,7	169 \pm 125,3	120,6 \pm 57,8 (p 0,011)	86 \pm 51,6
PCR (mg/dL)	125 \pm 113,4	123 \pm 119	77,1 \pm 51,8	80,5 \pm 31,2

P-123. Utilidad de la ecografía nutricional en la valoración morfofuncional de pacientes con obesidad

María García Olivares, Lara Dalla Rovere, Rocío Fernández Jiménez, Carmen Hardy, José Manuel García Almeida

Hospital QuirónSalud. Málaga

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica que ocasiona cambios en la composición corporal y funcionalidad de los pacientes, dando lugar a la aparición de enfermedades metabólicas asociadas. Los parámetros clásicos como IMC o antropometría no nos permiten realizar una valoración completa, por lo que han surgido herramientas avanzadas para la valoración morfofuncional de los pacientes, entre ellas la ecografía nutricional.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la ecografía nutricional como técnica de valoración morfofuncional en pacientes con obesidad, y conocer su correlación con otras técnicas como bioimpedanciometría (BIA) y dinamometría (HGS).

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes que acuden a la Unidad de Obesidad del Hospital Quirónsalud Málaga. Los datos morfofuncionales se evaluaron mediante el uso del ecógrafo (Mindray® Z60), bioimpedanciómetro (BIVA Akern® Nutrilab) y dinamómetro (Jammarm®).

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes, 69,9 % mujeres y 30,1 % hombres, con un IMC medio de 36,8 \pm 6,32 kg/m². La escala de la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AACE) encontró un 18,8 % pacientes con grado 0, 50,3%, con grado 1 y 30,9 % con grado 2. La ecografía nutricional del recto anterior del cuádriceps mostró un tejido adiposo subcutáneo de 1,37 \pm 0,81 y 2,04 \pm 0,57 cm, un área muscular (RFCSA) de 6,16 \pm 1,69 y 4,39 \pm 1,09 cm², y un EjeY (RF Y-axis) de 1,95 \pm 0,39 y 1,59 \pm 0,31 cm, en hombres y mujeres respectivamente. Con la BIVA encontramos un FM de 36 \pm 6,86 y 45,4 \pm 5,52 %, BCM de 42,6 \pm 8,25 y 27,6 \pm 3,64 kg y ASMM de 31,3 \pm 5,21 y 20,7 \pm 3,14 kg, en hombres y mujeres, respectivamente. La dinamometría media fue de 38,9 \pm 8,67 kg en hombres y 21 \pm 5,38 kg mujeres. Se observó una buena correlación significativa (p < 0,05) entre las técnicas de valoración morfofuncional. En el componente de masa muscular vemos correlación entre RFCSA y el BCM, ASMM y HGS (r = 0,66, r = 0,61 y r = 0,56) y entre

HGS con BCM y ASMM (r = 0,75, r = 0,92), y en el componente de masa grasa existe correlación entre FM (con BIVA) y tejido adiposo muscular mediante ecografía (r = 0,65).

Conclusiones: Incorporar la ecografía nutricional en la práctica clínica es útil como parte de la valoración morfofuncional de pacientes con obesidad, y muestra una buena correlación con las otras herramientas de valoración de la composición corporal como bioimpedanciometría y dinamometría de mano.

P-124. Evaluación de sarcopenia mediante valoración morfofuncional en pacientes con obesidad

María García Olivares, Lara Dalla Rovere, Rocío Fernández Jiménez, José Manuel García Almeida

Hospital QuirónSalud. Málaga

Introducción: La obesidad sarcopénica es una condición clínica y funcional caracterizada por la coexistencia de obesidad, definida por un exceso de masa grasa, y sarcopenia, definida como una masa y función muscular esquelética bajas. Las herramientas avanzadas de valoración morfofuncional nos permiten evaluar la masa y función muscular de los pacientes de una forma más eficaz.

Objetivos: a) Evaluar la prevalencia de sarcopenia en los pacientes con obesidad mediante los criterios de obesidad sarcopénica publicados por ESPEN y EASO, y b) obtener puntos de corte de ecografía nutricional para definir sarcopenia en pacientes con obesidad.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes que acuden a la Unidad de Obesidad del Hospital Quirónsalud Málaga. Los datos morfofuncionales se evaluaron mediante el uso del ecógrafo (Mindray® Z60), bioimpedanciómetro (BIVA Akern® Nutrilab) y dinamómetro (Jammarm®).

Resultados: Se incluyeron 166 pacientes, 69,9 % mujeres y 30,1 % hombres, con IMC medio 36,8 \pm 6,32 kg/m². La escala AACE encontró un 18,8 % pacientes con Grado 0, 50,3 % con grado 1 y 30,9 % con grado 2. Presentan un área muscular (RFCSA) de 6,16 \pm 1,69 y 4,39 \pm 1,09 cm², y un EjeY (RF Y-axis) de 1,95 \pm 0,39 y 1,59 \pm 0,31 cm, en hombres y mujeres respectivamente. Una masa grasa (FM) por BIA de 36 \pm 6,86 y 45,4 \pm 5,52 %, BCM de 42,6 \pm 8,25 y 27,6 \pm 3,64 kg y SMI

de $11,5 \pm 1,90$ y $8,31 \pm 1,24$ kg, en hombres y mujeres, respectivamente. La dinamometría media de $38,9 \pm 8,67$ kg en hombres y $21 \pm 5,38$ kg mujeres. Un 42,8 % presentan sarcopenia por presentar masa muscular esquelética baja (SMM/kg), y un 13,1 % por presentar una dinamometría de mano baja. Curva ROC para determinar punto de corte de sarcopenia con SMM/ kg. Con ecografía muscular, un RCFSA/ kg $4,15 \text{ cm}^2$ con AUC 0,62, sensibilidad 75,9 % y especificidad 50 % y RF-Y axis/ kg $1,7 \text{ cm}$ con un AUC 0,65, sensibilidad 55,8 % y especificidad 70,4 %. Curva ROC para determinar punto de corte de sarcopenia con dinamometría. RCFSA/kg de $4,0 \text{ cm}^2$ con AUC 0,69, sensibilidad 77,5 % y especificidad 69,2 %, y RF-Y axis/kg de $1,5 \text{ cm}$ con AUC 0,58, sensibilidad 70,3 % y especificidad 48,1 %. El resto no presentaba significación estadística.

Conclusiones: La valoración morfofuncional mediante dinamometría, BIA y ecografía nutricional en pacientes con obesidad es útil para predecir sarcopenia.

P-215. Estudio de validación de los criterios GLIM en pacientes hospitalizados por patología médica aguda

Sònika García-Ribera Ruiz^{1,2}, Laia Fontané Francia^{1,2}, Helena Reig Viñas¹, Míriam Herranz Ramírez¹, Mar Miracle Abelló¹, Juan José Chillarón Jordán^{1,2}, Sílvia Ballesta Purroy^{1,2}, Sílvia Toro Galván¹, Araceli Estepa Marín¹, Gemma Llauredó Cabot², David Benaiges Boix^{1,2}

¹Consorci Sanitari de l'Alt Penedès Garraf. Vilafranca del Penedès, Barcelona. ²Hospital del Mar. Barcelona

Introducción y objetivos: Evaluar la validez concurrente y predictiva de los criterios de la Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) en pacientes hospitalizados con patología médica aguda. Comparar el tiempo de administración de GLIM con la Valoración Subjetiva Global (VSG).

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo en pacientes hospitalizados en unidades médicas. La validación concurrente se realizó respecto a VSG, debiendo cumplir los criterios definidos por el grupo de expertos GLIM: índice Kappa $> 0,8$ con sensibilidad y especificidad > 80 %. La validación predictiva se determinó con la estancia hospitalaria ajustada por variables de confusión. Se comparó el tiempo de cumplimentación de GLIM con VSG.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes, 50,4 % mujeres con $61,2 \pm 20,0$ años. El 41,7 % y 43,7 % presentaron desnutrición según GLIM y VSG, respectivamente. Los criterios GLIM no fueron aplicables en 4 (3,4 %) pacientes al no poder medirse ninguno de los tres criterios fenotípicos. No se cumplieron los criterios de validez concurrente (Kappa 0,644, sensibilidad 78,0 % y especificidad 86,2 %) ni de validez predictiva. Así, los pacientes con desnutrición por GLIM presentaron una mayor estancia media ($7,6 \pm 6,2$ frente a $10,7 \pm 11,5$ días, $p = 0,021$) aunque la significación se perdió al ajustar por edad, sexo e índice de Charlson ($p = 0,333$). En cambio, los pacientes con desnutrición por VSG presentaron una mayor estancia media ($6,6 \pm 4,9$ frente a $11,7 \pm 11,4$ días, $p = 0,003$) que se mantuvo en el

análisis multivariado ($p = 0,021$). El tiempo empleado para cumplimentar GLIM fue superior que para VSG ($309,1 \pm 181,1$ frente a $267,1 \pm 134,3$ segundos, $p = 0,006$).

Conclusiones: Los resultados del presente estudio no respaldan el uso de los criterios GLIM para detectar desnutrición en pacientes hospitalizados por patología médica aguda al no cumplirse los criterios de validación. Por otra parte, se refrenda el uso de VSG como *gold standard* por su adecuada validez predictiva y por ser más rápida de efectuar.

P-214. Valor predictivo de mortalidad mediante ángulo de fase y ecografía nutricional en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática

Rocío Fernández Jiménez, Eva Cabrera César, Ana Sánchez García, Isabel Vegas Aguilar, Isabel Cornejo Pareja, Patricia Guirado Peláez, Lourdes Garrido Sánchez, Mora Murri, Víctor Simón Frapolli, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: En la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) hay ciertos factores que pueden tener un impacto negativo sobre el estado nutricional, como un aumento de la carga de los músculos respiratorios, la liberación de mediadores de inflamación y la inactividad física.

Objetivos: Conocer el estado nutricional y composición corporal de los pacientes con FPI mediante nuevas técnicas para un mejor diagnóstico e intervención.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con FPI con una valoración morfofuncional.

Resultados: 87 pacientes, 72 hombres (82,75 %), con una edad media de $71,3 (7,19)$ años con una mortalidad del 13,8 % de la muestra. Un 59,8 % de la muestra presentaba riesgo de malnutrición moderado según VSG y un 21,8 % grave. Peso $79,2 (11,8)$ kg, una pérdida de peso $8,31 (6,75)$ %, y IMC $27 (3,21)$ kg/m², ángulo fase (pha) $4,83^\circ (0,80)$, masa celular (bcm) $26,5 (4,81)$ kg, ángulo fase estandarizado (spha) $-1,07 (0,99)$, área muscular $3,56 (1,02)$ cm², eje Y $1,14 (0,28)$ cm. Curva ROC para determinar punto de corte de mortalidad con BIA y ecografía muscular en hombres; pha $4,7^\circ$ con AUC 0,735, sensibilidad 67,1 % y especificidad de 75 %, un bcm $25,5$ kg, con AUC 0,656, sensibilidad 62,5 % y especificidad 75 % y spa $-1,89$ con un AUC 0,622, sensibilidad 84,38 % y especificidad 37,5 %. En la ecografía muscular un área muscular en hombres de $3,49$ con AUC 0,656, sensibilidad 58,73 % y especificidad de 75 %. Un eje Y $1,1$ con AUC 0,658, sensibilidad 55,56 % y especificidad de 87,5 %. En mujeres pha $4,5^\circ$ auc 0,643 sensibilidad 64,86 y especificidad 100 %, área muscular $2,1 \text{ cm}^2$ auc 0,821 sensibilidad 78,57 y especificidad 100 %, es resto no era significativo. Realizando una regresión de cox se obtuvo que por cada punto de ángulo de fase disminuido el HR aumentaba un 0,27 %. Según la kaplan Meier cuando el pha es alto la supervivencia a los 12 meses es del 95 % frente a un 53 % teniendo el pha bajo (Fig. 1).

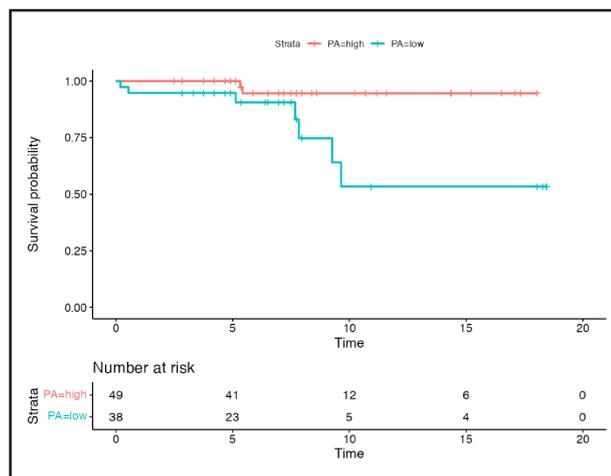


Figura 1.

Conclusión: La valoración morfofuncional mediante BIA y ecografía nutricional en pacientes con FPI se presenta como un buen diagnóstico a la hora de la predicción de la mortalidad.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Málaga, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-215. Bacteriemias relacionadas con catéter en hospital de segundo nivel

Carlos Huelamo Moruno, Violeta Montero Martín, Carmen Blanco Bermejo, Isabel Moya Carmona

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción y objetivos: Las infecciones asociadas a catéter son una causa de bacteriemia nosocomial, siendo la nutrición parenteral (NP) un posible factor de riesgo. Analizar la incidencia de infección de punta de catéter y bacteriemia en una serie de pacientes hospitalizados con NP en un hospital de segundo nivel, según tipo de acceso venoso, duración de éste y de la NP, del Servicio Clínico y estancia hospitalaria, distinguiendo microorganismos causantes y tiempo hasta aparición de cultivo positivo.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo que incluye los pacientes con NP por vía central entre Enero y Febrero de 2022 en un hospital de segundo nivel. Se analizó la aparición o no de cultivo positivo. *Fuentes:* base de datos de prescripción electrónica e historia clínica. *Variables:* servicio, fecha inicio y fin de NP, días con NP, días de hospitalización, tipo de vía central (acceso central-VVC o periférico-PICC), fecha inicio y duración de la misma, tipo de microorganismo aislado y días desde colocación de vía hasta cultivo positivo.

Resultados: 57 pacientes, 24,56 % presentaron infección de catéter de los cuales; 64 % desarrollaron bacteriemia. En los pacientes con cultivo positivo, el VVC fue el más frecuente (78 %), con una mediana de 12 días desde colocación hasta

resultado positivo, predominando *Staphylococcus coagulasa* negativos, según lo esperado. En estos pacientes, la mediana de duración de NP fue 21,5 días y la mediana de estancia hospitalaria de 35 días. En pacientes con cultivo negativo fue de 9 y 25 días, respectivamente. La incidencia fue mayor en el servicio de cuidados críticos.

Conclusión: La duración de NP así como la estancia hospitalaria se han visto asociados a un incremento en la incidencia de infección. De la misma manera la complejidad del manejo de vía central podría justificar la mayor incidencia de infecciones en servicios como unidad de pacientes críticos aunque harían falta más estudios para poder corroborar estos datos.

P-216. Puesta en marcha de un programa piloto para mejorar la tolerancia y cumplimentación por parte de los pacientes con un suplemento nutricional oral neutro dentro de la confección del plato

Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, Juan José López Gómez^{1,2}, David Primo Martín^{1,2}, Rebeca Jiménez Sahagún^{1,2}, Emilia Gómez Hoyos^{1,2}, Beatriz Torres Torres^{1,2}, M.^a Jesús Villameriel Galván¹, Isabel Pérez Mellen¹, Sara Cuenca Becerril¹, Lidia Casado Rodríguez¹, M.^a Ángeles Castro Lozano^{1,2}, Daniel Antonio de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Universitario Clínico de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición. Valladolid

Introducción: La cumplimentación de la toma de los suplementos nutricionales orales (SON) a largo plazo muchas veces es baja. La fatiga del sabor es uno de los factores más prevalentes y/o el desplazamiento de algunas tomas de alimentos naturales por el propio suplemento, generando un consumo insuficiente de estos. La utilización de menús con recetas fáciles de realizar en las que se introduzca el propio SON con un sabor neutro dentro de la confección del plato puede mejorar la adherencia a la toma de SON.

Objetivos: Valorar la tolerancia y cumplimentación de la toma de un SON con sabor neutro introduciéndolo dentro del propio menú y facilitándole al paciente un recetario.

Método: Los pasos para el desarrollo del programa han sido: 1. La realización del recetario, 2. Jornada de Nutrición en la Escuela Internacional de Cocina de Castilla y León (EICCYL) y 3. La implantación del programa piloto con pacientes ambulatorios.

Resultados: Se ha evaluado la tolerancia y cumplimentación de la toma del SON en 10 pacientes del programa piloto que ha sido del 85 %. Asimismo, se ha realizado un cuestionario de satisfacción "CRES4". Con las siguientes preguntas. ¿Qué tan satisfecha está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó? ¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevo a consultar? ¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento? ¿Cuál es su estado emocional general en este momento? Las respuestas obtenidas están en las puntuaciones más altas (3-5) y (2-4).

Conclusiones: Hasta la fecha no existe ningún estudio que evalué la adherencia y tolerabilidad de la toma de un SON intro-

ducido en los menús del paciente. En nuestro estudio, la aceptación, cumplimentación satisfacción del SON fueron buenas. Habiendo desarrollado un recetario de apoyo y actividades formativas en la EICCYL.

Aspectos éticos: el comité Ético de Valladolid Oeste aprobó el estudio con código PI 22-2777.

P-217. Parámetros inflamatorios en pacientes con hipertrigliceridemia tratados con nutrición parenteral: ensayo clínico

Elisabet Leiva Badosa, Montserrat Colls González, Lorena Santulario Verdú, Leticia Garrido Sánchez, Mónica Fernández Álvarez, Mónica Miró Martín, Leandre Farran Teixido, Cristina Porredon Antelo, Neus Mas Bauza, Bárbara Fernández Cidon, Pedro Alía Ramos, Josep Manel Llop Talaveron, María Badia Tahull

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

Introducción y objetivo: Determinar el efecto inmunomodulador de las emulsiones lipídicas endovenosas (IVLE) a base de aceite de pescado (AP) en pacientes tratados con nutrición parenteral (NP) e hipertrigliceridemia (HTG).

Métodos: Subestudio de un ensayo clínico en adultos hospitalizados tratados con NP e HTG (> 3 mmol/L) después de recibir 0,8 g/kg/d de IVLE oliva/soja. Los pacientes fueron aleatorizados 1:1:1 a 0,5 g/kg/d oliva/soja, 0,8g/ kg/d AP: aceite de oliva/soja 50:50 o 0,8 g/kg/d AP. Variables recogidas: demográficas y parámetros inflamatorios (PCR, IL-6, IL-10, TNF- α , las glicoproteínas GlycA, GlycB y GlycF) el día de randomización (día 0) y los días 3 y 7 posteriores. Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm SD. La asociación entre los parámetros inflamatorios y AP recibido se analizó mediante un análisis de la varianza y regresión lineal simple con el paquete estadístico SPSS-IBM v22.

Resultados: 28 pacientes, 58,6 % mujeres, 64,63 \pm 8,48 años e IMC 28,83 \pm 5,46 kg/m². El diagnóstico más común fue neoplasia digestiva (25 %), neoplasia no digestiva (14 %) y pancreatitis (14 %). No se observaron diferencias en PCR, IL-6, IL-10, TNF-alfa y GlycB excepto en GlycA y GlycF (Tabla I). En la regresión lineal, el día 7, se observó una relación entre los

g de AP/kg/d administrados y una disminución de GlycA (-310,23 [-638,93-18,50], r²: 0,307) y GlycF (-78,27 [-157,95-1,40], r²: 0,324).

Conclusiones: La emulsiones lipídicas a base de AP se asocian a una mejora de parámetros inflamatorios.

P-218. Relación entre parámetros antropométricos y de composición corporal con los niveles de glucosa en una población de mujeres posmenopáusicas

Héctor Vázquez Lorente¹, Lourdes Herrera Quintana¹, Jorge Molina López², Yenifer Gamarra Morales¹, Gabriela Lobo Tamer³, Elena Planells del Pozo²

¹Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos José Mataix. Universidad de Granada. Granada. ²Departamento de Educación Física y Deporte. Facultad de Ciencias de la Educación-/Psicología y Ciencias del Deporte. Universidad de Huelva. Huelva. ³UGC de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Granada

Introducción: La menopausia es una situación fisiológica durante la cual se produce una redistribución y aumento de masa grasa. Este evento disminuye el metabolismo basal en reposo e incrementa la probabilidad de empeorar los parámetros antropométricos y de composición corporal. Adicionalmente, las tasas de enfermedades relacionadas con el metabolismo de la glucosa han incrementado drásticamente en la menopausia y podrían estar explicadas por el propio proceso de envejecimiento y los cambios en la composición corporal. El objetivo del estudio fue evaluar la relación existente entre diversos parámetros antropométricos y de composición corporal con los niveles séricos de glucosa en una cohorte de mujeres posmenopáusicas de la provincia de Granada, España.

Métodos: 78 mujeres postmenopáusicas sanas (44-76 años) participaron en este estudio transversal. Los niveles séricos de glucosa fueron analizados por enzimoimmunoensayo. La composición corporal (peso, masa grasa y masa muscular), fue evaluada por bioimpedancia. Los parámetros antropométricos (altura y perímetros de brazo, cintura, cadera y relación cintura/cadera),

Tabla I.

	0,5 g/kg/d oliva/soja		0,8g/kg/d AP:aceite oliva/soja 50:50		0,8g /kg/d AP		F	p
	n	$\sigma \pm$ SD	n	$\sigma \pm$ SD	n	$\sigma \pm$ SD		
GlycA (μmol/l)								
Día 0	9	1240,95 \pm 153,78	10	1142 \pm 180,09	2	1223,01 \pm 119,63	1,110	0,345
Día 3	9	1200,60 \pm 174,41	10	1096,89 \pm 178,76	9	1054,52 \pm 131,05	1,909	0,169
Día 7	3	1260,58 \pm 226,25	3	927,03 \pm 70,63	6	970,08 \pm 88,84	6,308	0,019
GlycF (μmol/l)								
Día 0	9	316,61 \pm 50,85	10	310,89 \pm 43,36	9	301,08 \pm 38,84	0,280	0,758
Día 3	9	306,37 \pm 71,18	10	278,20 \pm 58,74	9	261,79 \pm 43,66	1,326	0,284
Día 7	3	331,15 \pm 48,54	3	253,23 \pm 29,18	6	261,59 \pm 26,99	5,333	0,030

se analizaron con una cinta métrica siguiendo métodos rutinarios. El Índice de Masa Corporal (IMC) y la relación cintura/cadera fueron calculados.

Resultados: El IMC, los perímetros de cintura y cadera, y la relación cintura/cadera se correlacionaron positivamente con la glucemia (todos $r \leq 0,421$; $p \leq 0,027$), mientras que el peso, la altura, el perímetro del brazo, la masa grasa y la masa muscular no tuvieron relación con los niveles séricos de glucosa (todos $r \leq 0,223$; $p \geq 0,051$).

Conclusiones: Los parámetros antropométricos parecen ser los factores que más relación guardan con los niveles aumentados de glucosa en mujeres postmenopáusicas en comparación con los parámetros de composición corporal. Medidas encaminadas a la corrección, mejora y disminución valores alterados y anormales de parámetros antropométricos son necesarias para disminuir la glucemia en este grupo de riesgo de presentar enfermedades relacionadas con el metabolismo de la glucosa.

P-219. Diabetes gestacional y las variables comunes en consulta de educación sanitaria

Lorena López Lora, Claudia Knörr Santos, Andrea Larraza Olaberri, Isabel Higuera Pulgar, Sonsoles Gutiérrez Medina, Juan Manuel Zubiría Gortázar, Sonsoles Guadalix Iglesias, María Blanca Martínez-Barbeito, Magdalena de la Higuera, Isabel Yagüe Lobo, Elena Sánchez Campayo, Dayana Rivadeneira, Paola Marín González

Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción: La diabetes gestacional (DG) requiere seguimiento por enfermería para la mejora de hábitos una vez diagnosticado. La DG supone riesgos para el feto y la madre. La educación sanitaria (ES) se centra en el control de glucemia, la adquisición de hábitos saludables y si es necesario formación en insulino terapia.

Objetivo: Describir los factores que influyen en las gestantes de nuestra consulta.

Material y método: Estudio prospectivo descriptivo de las características de pacientes que acudieron a consulta de enfermería de octubre 2021 a octubre 2022. Las variables estudiadas: edad, IMC previo gestacional, nivel de actividad física antes de la gestación, historial previo de diabetes, preeclampsia, hijos, cesáreas y/o abortos, promedio del percentil fetal en el diagnóstico y al final, aporte calórico, semanas y tipo de parto, insulina; que se expresan como media \pm DS [rango intercuartílico] y frecuencias, mediante SPSS.

Resultados: 30 mujeres, edad media $36 \pm 6,2$ años. Características previas a gestación: IMC medio: $22,5 \pm 3,5$ kg/m². 1 paciente con IMC $< 18,5$ kg/m², 2 pacientes con obesidad (> 30 kg/m²) y 1 con sobrepeso. Antecedentes: con historia previa de DM: 6,7 %, Preeclampsia y parto prematuro: 13,3 %, abortos: 46,7 %, cesáreas: 40 %. El diagnóstico se realizó en la semana $24,6 \pm 8,7$; percentil del feto: 62,4[45-80]; durante la gestación fueron sedentarias: 25,8 %, un 18,2 % ejercicio de duración > 1 hora. No precisaron insulina el 51,7 %. Parto a las $38,3 \pm 1,5$ semanas, percentil final 64,5 [40-90], cesárea: 36,7 %. En la reclasificación de DG el 78,6 % no está alterado.

Conclusiones:

1. Las gestantes con cesáreas previas redujeron las mismas en un 3,3 %.
2. La actividad física realizada fue superior a las recomendaciones de la SEGO siendo > 2 horas en un 18,2 %, lo que mantuvo el percentil fetal en rango durante la gestación.
3. La ES es imprescindible en la prevención, control y reducción de complicaciones

Aspectos éticos: el trabajo se realizó en práctica de la clínica habitual.

P-220. Valoración de la composición corporal y del estado nutricional en pacientes diabéticos o con hiperglicemia de estrés que reciben nutrición enteral por sonda

Marina Macías Muñoz¹, Analía Emilice Ramos Roda¹, Carla Estany Quera², Sabina Ruiz Janer¹, Alejandra Pérez Montes de Oca¹, Elena Casademunt Gras¹, Mariona Martín Giol¹, José Manuel Sánchez-Migallon Montull³, M.^a José Sendrós Madroño³, Clara Joaquín Ortiz¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ²Fundación Lucha contra las Infecciones. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ³Institut Català d'Oncologia. Badalona, Barcelona

Introducción y objetivos: Valorar el estado nutricional y la correlación entre los parámetros de composición corporal (CC) mediante bioimpedancia (BIA) y ecografía nutricional en pacientes con DM o hiperglicemia de estrés (HE) que reciben NE por sonda.

Métodos: Se incluyeron pacientes hospitalizados no críticos con DM o HE que recibían NET por sonda. Se realizó: VGS, criterios GLIM, ecografía muscular y adiposa y BIA.

Resultados: 15 pacientes, 53 % varones, 9 con DM y 6 con HE, edad $66,3 \pm 15,2$ años, IMC $24,2 \pm 5,2$ kg/m², circunferencia pantorrilla (CP) $27,6 \pm 7,1$ cm. Por GLIM y VGS sólo 1 paciente estaba normo nutrido, 9 presentaban desnutrición (DN) moderada (60 %) y 5 DN severa (40 %). La concordancia de los 2 métodos fue del 100 %. BIA: En los hombres, se objetivó baja masa muscular en el 71,4 % tanto por IMLG ($16,1 \pm 1,9$ kg/m²) como por IMME ($6,4 \pm 0,9$ kg/m²), mientras que ninguna de las mujeres la presentó (IMLG: $16,8 \pm 1,3$ kg/m²; IMME: $6,0 \pm 0,7$ kg/m²). Ángulo de fase (AF): $3,76 \pm 0,88^\circ$. Ecografía: área recto femoral anterior (ARFA): Hombres $2,3 \pm 0,4$ /Mujeres $2,8 \pm 0,7$ cm²; Eje Y: $0,71 \pm 0,15$ hombres / $0,87 \pm 0,18$ mujeres; Tejido adiposo preperitoneal: hombres $0,62 \pm 0,19$ / mujeres $0,61 \pm 0,32$. Se observó correlación entre el ARFA con la circunferencia de pantorrilla (CP) ($r = 0,62$, $p = 0,049$), el IMME ($r = 0,62$, $p = 0,03$) y el IMLG ($r = 0,71$, $p = 0,009$). No se observaron diferencias de CC por Eco o BIA en función del grado de desnutrición ni entre pacientes con DM o HE. No se halló correlación entre el AF con ninguno de los parámetros estudiados.

Conclusiones: Los criterios GLIM presentaron una perfecta concordancia con la VGS. El ARFA se correlacionó con los parámetros de masa muscular de la BIA y con la CP. No hubo diferencias en la CC de los pacientes con DM frente a HE.

P-221. Evaluación nutricional al ingreso como factor predictivo de mortalidad tras el alta hospitalaria

Raquel Brox Aisa¹, Ana Belén Mañas Martínez², Jara Altemir Trallero¹, Perfecta Sanz Foix¹, José Antonio Gimeno Orna²

¹Hospital Ernest Lluch Martín. Calatayud, Zaragoza. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Introducción y objetivos: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) empeora el pronóstico de los pacientes ingresados. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad de diferentes herramientas de cribado y valoración nutricional durante el ingreso para predecir la mortalidad tanto intrahospitalaria como tras el alta hospitalaria.

Material y método: Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes ingresados en un hospital comarcal desde febrero 2021 - julio 2022. El punto final clínico fue la mortalidad total. Las variables relacionadas con cribado nutricional fueron los cuestionarios MUST y NRS-2002, y las implicadas en la valoración nutricional incluyeron la circunferencia braquial (CB). La supervivencia de los pacientes se determinó con curvas de Kaplan-Meier y *log rank test*. La capacidad de las variables nutricionales para predecir mortalidad se analizó con regresión de Cox multivariante. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 382 pacientes (48 % mujeres), edad media 80,6 (DE 11,1) años. En cribado nutricional, la frecuencia de MUST ≥ 2 fue del 34 % y de NRS ≥ 3 del 52 %. La mediana del seguimiento fue 208 días, produciéndose el fallecimiento de 86 (22,5 %) pacientes. La supervivencia media fue menor ante MUST ≥ 2 (368 frente a 449 días; $p = 0,017$), NRS ≥ 3 (395 frente a 469 días; $p = 0,001$) y CB < 25 cm (360 frente a 433 días; $p = 0,027$). En análisis multivariante, los factores predictivos independientes de mortalidad fueron índice de Charlson ($HR_{1\text{ punto}} = 1,23$; $p = 0,001$) y CB < 25 cm ($HR = 2,02$; $p = 0,011$).

Conclusión: La DRE al ingreso puede predecir la mortalidad de los pacientes tras el alta hospitalaria. Recomendamos la medición de la CB dada su sencillez e importancia pronóstica, con valores < 25 cm duplicando el riesgo de mortalidad.

Aspectos éticos: el presente estudio recibió Dictamen favorable del CEIC Aragón (CP- CI P119/100) aplicándose consentimiento informado escrito a los participantes. La Declaración de Helsinki fue seguida.

P-222. Valoración nutricional y metabólica posterior al trasplante hepático

Marta Martínez García, Patricia Mezerhane Ricciardi, Antonio Cuadrado Lavín, Emilio Fábrega García, Lidia Amigo Cabria, José Ignacio Fortea Ormaechea, Eva Colio Gutiérrez, Alfonso Manso Bocos, Coral Montalbán Carrasco

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

Introducción y objetivos: El trasplante hepático (TXH) es un procedimiento de alta complejidad eficaz para el tratamiento de pacientes seleccionados con hepatopatía en fase terminal. Los

candidatos a TX sufren alteraciones nutricionales, determinantes en la evolución de todo el proceso, los tratamiento inmunosupresores inducen la aparición de complicaciones endocrino-metabólicas que condicionan morbi-mortalidad. La valoración nutricional es un aspecto infravalorado en los protocolos multidisciplinares. En el H.U. Marqués de Valdecilla se ha instaurado una consulta para el abordaje nutricional y metabólica de estos pacientes con el apoyo de una dietista-nutricionista.

Material y métodos: Estudio descriptivo en práctica clínica real de un grupo de 24 pacientes pos-TXH, con valoración nutricional completa, bioimpedancia (anализador multifrecuencia segmental TANITA MC-780MA) y estudio de esteatosis-fibrosis del injerto (Fibroscan®).

Resultados: 20 hombres y 4 mujeres, con una media de 6 años ($\pm 4,81$ DE) tras el trasplante, edad media de 61,7 años ($\pm 5,69$ DE). Patología de base más frecuente fue la hepatopatía de origen OH 37,50 % seguida de hepatopatía de origen mixto 33,33 %. Presencia de comorbilidades: HTA 71 %, dislipemia 62,5 % y DM2 45,83 %. IMC medio 30,92 ($\pm 4,81$ DE): un 75 % presentaba obesidad. *Impedancia:* ángulo de fase medio 4,53 ($\pm 0,67$ DE), media de masa grasa 31,31 % ($\pm 7,06$ DE), masa magra 56,12 kg de media ($\pm 10,07$ DE) y una masa libre de grasa 68,70 % ($\pm 7,05$ DE). El 8 % de los pacientes presentaba desnutrición proteica. Fibroscan®: según datos de elastografía transitoria, 33 % de pacientes (8 pacientes) presenta infiltración grasa ($CAP \geq 260$ dB/m³), con fibrosis significativa ($F \geq 2$) un 38 % (3 pacientes).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de complicaciones endocrino-metabólicas a los 6 años de TX que ensombrecen el pronóstico, mayormente obesidad y DM, un tercio de ellos esteatosis sobre el injerto. El seguimiento metabólico y nutricional es esencial a lo largo de todo el proceso para evitar complicaciones prevenibles.

P-230. Sistema de control de calidad en la desinfección y manipulación del material necesario para la preparación de la alimentación del recién nacido y del lactante

María Ángeles Montal Navarro^{1,2}, Amparo Genovés Casquete¹, Isabel Broch¹, M.^a José Ripoll¹, Pilar San José¹, M.^a Luisa Muñoz Illescas¹

¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

²Departamento de Enfermería. Universidad de València. Valencia

Introducción y objetivos: En nuestra unidad dietética y nutrición enteral pediátrica, se prepara la alimentación del recién nacido y del lactante ingresado, pacientes altamente vulnerables. Esto implica el uso de material (biberones, tetinas, sistema de sacaleches, etc.), que debe sufrir procesos de desinfección y manipulación, cumpliendo unos requisitos de seguridad. El objetivo es comunicar los procedimientos normalizados de trabajo de la UDNEP en la gestión de recursos materiales usados en alimentación del neonato y lactante para mejorar las condiciones de seguridad y de calidad.

Material y método: Se revisaron diferentes guías y documentos de consenso publicados. Se establecieron criterios para el procesamiento del material, su manipulación con la leche materna o adaptada y posterior conservación, para garantizar condiciones higiénicas. Se adaptaron los protocolos de trabajo y se establecieron controles de calidad. Se cuantificaron los efectos adversos acontecidos.

Resultados: Para monitorizar el proceso de esterilización del material, se establecieron: a) indicadores físicos: validación y registro de la presión y temperatura del autoclave; b) indicadores químicos: indicadores externos e internos que cambian de color cuando se exponen al proceso de esterilización; c) indicadores biológicos: uso de esporas de *Geobacillus stearothermophilus* para comprobar ausencia de crecimiento bacteriano. En la manipulación (preparación de alícuotas de leche en biberón o jeringuilla), se establecieron normas de higiene (higiene de manos, equipos protección individual, campos estériles, etc.). Para la conservación se establecieron controles de temperatura de refrigeración y horarios de preparación y transporte. Estos controles fueron registrados y archivados por el personal para comprobar la trazabilidad. No se encontró ningún efecto adverso asociado a la alimentación de estos pacientes.

Conclusiones: La implantación del sistema de control de calidad y estandarización de los procedimientos permite mejorar la seguridad del paciente.

Aspectos éticos: el estudio respetó los aspectos contenidos en la Declaración del Helsinki.

P-231. Análisis de la evolución en la prescripción de nutriciones parenterales en nuestro hospital durante el último año

Álvaro Morales García, Marta González Martínez, Manuel Jerónimo López Muñoz, Carmen María Cuadros Martínez

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

Introducción y objetivos: El objetivo fue analizar cómo ha evolucionado la prescripción de nutriciones parenterales en función del tipo de especialidad en la que se encontraban ingresados los pacientes, revisando aquellas especialidades donde dicha prescripción fue más frecuente.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional donde, mediante el *software* Kabisoft® para NP, analizamos el número NP prescritas en aquellos servicios en los que el número de preparaciones ha sido superior a 100 y por lo tanto tienen más impacto, durante los periodos comprendidos entre enero y diciembre de 2021 y de 2022 para posteriormente analizar los datos y realizar una comparativa.

Resultados: Con los datos obtenidos, observamos que durante el último año el número total de preparaciones ha disminuido, manteniéndose como servicios con mayor número de prescripciones cirugía, medicina interna, habiendo un aumento en el número de prescripciones en oncología y disminuyendo en he-

matología en este último año. También comentar que aumentó el número de preparaciones de NP domiciliarias debido a un aumento en la frecuencia semanal de los pacientes que ya la tenían prescritas.

Conclusiones: Podemos concluir que la prescripción de NP ha disminuido en valor absoluto durante el último año en nuestro hospital, siendo los servicios donde más se pautaron cirugía, medicina interna y oncología. Esto es debido a que en ciertos servicios, debido a las características clínicas de los pacientes, la prescripción de NP es un soporte importante para poder mejorar el pronóstico y estado durante su hospitalización ya que aseguramos que durante este periodo se cubran sus necesidades calóricas, de macro y micronutrientes y metabólicas, para la recuperación o corrección de su estado de salud.

P-232. Nutrición Hospitalaria en los “otros” indicadores bibliométricos

José Manuel Moreno Villares¹, Gabriel Oliveira Fuster²

¹Clínica Universidad de Navarra. Madrid. ²Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: Cada vez tienen mayor relevancia los indicadores bibliométricos alternativos basados en la web 2.0 o web social. Pueden considerarse complementarios de las métricas tradicionales basadas en las citas (n.º de citas, factor de impacto, etc).

Objetivo: Revisar los datos de los indicadores bibliométricos alternativos de la revista *Nutrición Hospitalaria* (NH) entre enero y noviembre de 2022.

Material y métodos: Se evaluaron los impactos de NH en los buscadores CrossRef y PubMed de ese periodo, así como los resultados analíticos de visibilidad de la revista (“tráfico”) a través de las páginas web.

Resultados: Entre enero y noviembre de 2022 en CrossRef (elaborado a partir de los DOI, *Digital Object Identifier*) se han realizado un total de 121 853 resoluciones, y 113 810 en PubMed. En cuanto al tráfico a través de la red, hasta el 7 de noviembre 160 040 usuarios habían visitado la revista, con un total de 230 915 sesiones y una media de 2,22 páginas visitas por sesión. Méjico con 30 367 visitas, España (29 665) y EE. UU. (11 753) fueron los principales lugares de procedencia de los visitantes. La ruta principal de acceso fue a través de enlaces existentes en otras web distintas de la de NH (64 488, fundamentalmente PubMed) o directamente en la página de la revista (58 179), y solo 8070 a través de las redes sociales.

Conclusiones:

1. NH recibe un gran número de visitas bien a través de la página web propia o de enlaces en otras páginas, que ocasionan un elevado número de descargas.
2. Sin embargo, la penetración de la revista en las redes sociales tiene todavía un gran campo de mejora, si pretendemos acceder a un público más joven y más activo.

P-233. Posición de la revista *Nutrición Hospitalaria* en los indicadores bibliométricos

José Manuel Moreno Villares¹, Gabriel Olveira Fuster²

¹*Clínica Universidad de Navarra. Madrid.* ²*Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga*

Introducción: *Nutrición Hospitalaria* es la revista órgano oficial de expresión de la SENPE. Se publicó por vez primera en el año 1986 y aparece en *Journal Citation Report* en 2008. Se revisa el lugar que ocupa *Nutrición Hospitalaria* (NH) en los índices bibliométricos en el campo Nutrition & Dietetics.

Material y métodos: Se revisan los siguientes índices bibliométricos (JCR, Scopus, Google Scholar) en el último año indexado (2021) y se comparan con otras revistas del mismo campo de conocimiento.

Resultados: Existen 21 494 revistas indexadas en el *Journal Science Citation Index Expanded* (JCI), de las 719 se publican en España. NH ocupa en puesto 81/719 de las revistas españolas y el 89/109 en JCI en el campo de la nutrición y la dietética. Solo 3 revistas en español aparecen en esta categoría. Su comparación con estas y algunas revistas representativas se muestra en la tabla I. El factor e impacto a 5 años es de 1,374. La vida media de los artículos citados es de 6,8 años y de los artículos que citan los autores de NH es de 7,5 años. Las principales revistas que citan NH son *Nutrients* (445 citas), NH (249) y *IJERPH* (206). Los autores proceden principalmente de España (343), seguido de Brasil (90), México (82) y Chile (60). En Scimago (Scopus) NH tiene un índice H de 57 y se sitúa en el puesto 88/131 revistas de su campo, en el Q3 y con un factor de impacto de 0,293; mientras que el h5index de Google Scholar es de 34.

Conclusiones:

- NH ocupa el 2.º lugar en las revistas publicadas en español dedicada a la Nutrición, con el mayor número de citaciones de las de su campo, en el JCI de la Web of Science.
- Tiene también una presencia notable en los otros indicadores bibliométricos, aunque todavía lejos de las revistas punteras en el sector.

P-234. Recto femoral del cuádriceps como valor predictivo de sarcopenia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento radioterápico. Grupo VALOR

María Novo Rodríguez¹, Rocío Fernández Jiménez², Teresa Zarco Martín³, María García Olivares⁴, María González Pacheco⁵, Jesús Cobo-Molinos⁶, Alba Carmona Llanos⁷, Silvia García Rey⁸, Ana Sanz Sanz⁹, Estefanía Jiménez Licera¹⁰, José Manuel García Almeida²

¹*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.* ²*Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.* ³*Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.* ⁴*Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.* ⁵*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.* ⁶*Hospital Universitario de Jaén. Jaén.* ⁷*Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz.* ⁸*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.* ⁹*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.* ¹⁰*Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla*

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (ORL) puede llegar a tener efectos secundarios negativos debido a la desnutrición asociada a la localización del tumor y del tratamiento con radioterapia o quimioterapia. La valoración del estado nutricional se puede realizar con técnicas avanzadas como bioimpedancia eléctrica (BIA), ecografía nutricional, dinamometría y test funcionales.

Objetivos: Evaluar el valor de las variables de la ecografía nutricional como predictores de sarcopenia.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con cáncer ORL en tratamiento radioterápico en diferentes hospitales andaluces realizando valoración morfofuncional. Se realizó el estudio estadístico de regresión logística ajustado por sexo, edad e IMC (pacientes con IMC < 25 kg/m²).

Resultados: Se incluyeron 612 pacientes, 140 mujeres (22,8 %) y 472 hombres (77,1 %) con una edad media de 64,0 ± 10,5 años. Las medias de las variables ecográficas estudiadas fueron: área del recto anterior del cuádriceps (RF-CSA) 3,52 ± 1,36 cm², circunferencia del recto anterior del cuádriceps (CIR) 8.72 ± 1.37cm, eje X del recto anterior del cuádriceps (RF-X axis) 3,66 ± 0,54 cm, eje Y del recto anterior del cuádriceps (RF-Y axis) 1,08 ± 0,36 cm y tejido adiposo subcutáneo de la pierna (L-SAT) 0,6 ± 0,31 cm. Se encontró que niveles más elevados de RF-CSA (OR = 0,60 [0,48-0,75], *p* < 0,001), CIR (OR = 0,72 [0,60-0,86], *p* < 0,001), RF-X axis (OR = 0,42

Tabla I.

Puesto	Nombre	Número de citaciones	JIF 2021	JIF Quartile	% OA gold
1	<i>Progress in Lipid Res</i>	7982	14,673	Q1	18,48 %
12	<i>Clinical Nutrition</i>	23 957	7,643	Q1	15,53 %
15	<i>Nutrients</i>	94 032	6,706	Q1	96,17 %
74	<i>Endocrinología, Diabetes y Nutrición</i>	623	1,833	Q4	2,31 %
78	<i>Nutrición Hospitalaria</i>	5235	1,169	Q4	88,32 %
83	<i>Archivos Latinoamer de Nutrición</i>	732	0,545	Q4	40,48 %

[0,27-0,68], $p < 0,001$), y RF-Y axis (OR = 0,21 [0,09-0,46], $p < 0,001$) se asociaron a menor riesgo de sarcopenia. No se encontraron correlaciones significativas con las variables de la ecografía abdominal.

Conclusión: Las variables del recto anterior del cuádriceps obtenidas mediante ecografía nutricional en pacientes con cáncer ORL con tratamiento radioterápico se pueden considerar como predictores de sarcopenia.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

P-236. Citocinas proinflamatorias y riesgo cardiometabólico en estudiantes de medicina de la Ciudad de Oaxaca, México

Luz María Quirino Vela¹, Juan José Alpuche Osorno², Noemí Meraz Cruz³

¹Centro de Investigación. Facultad de medicina UNAM-UABJO. Oaxaca, México. ²Facultad de Medicina y Cirugía. Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Oaxaca, México. ³Unidad de Vinculación Científica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Medicina Genómica. Ciudad de México, México

Introducción: El riesgo cardiometabólico (RCM) es la predisposición para desarrollar enfermedades asociadas al riesgo cardiovascular (RCV) como arterioesclerosis y diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), por alteraciones relacionadas con el síndrome metabólico (SM), el principal factor de riesgo es la obesidad abdominal, el aumento del tejido adiposo está asociado con una mayor producción de citocinas proinflamatorias, además de la infiltración de células del sistema inmune que emiten señales de producción de citocinas, dando como resultado inflamación crónica de bajo grado que es característica en personas con obesidad y se relaciona con las enfermedades metabólicas.

Objetivo: Determinar el riesgo cardiometabólico por medio de las fórmulas de perímetro de cintura/talla (PC/T), circunferencia de cintura/cadera (CC/C) y la secreción de interleucinas proinflamatorias.

Materiales y métodos: Estudio correlacional, cuasi experimental, de tipo transversal; muestreo no probabilístico, muestra de 68 estudiantes de la licenciatura de Medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, que aceptaran participar en la investigación, que firmaran el consentimiento y cumplieran con los criterios de inclusión. Se aplicó historia clínica y se realizaron mediciones antropométricas para determinar el riesgo cardiometabólico por medio de las fórmulas de (PC/T y CC/C) y se midió en sangre niveles de IL-8, IL-6, TNF- α , resistina y adiponectina.

Resultados: Se encontró que el 61,8 % presenta RCM, para la fórmula CC/C el 64,7 % presenta riesgo bajo, 22,1 % riesgo moderado y el 13,2 % riesgo alto, de acuerdo con la secreción de citocinas la media de IL-6 fue de 1,75 mg/dl, IL-8 17.54mg/dl, TNF- α 10,93 mg/dl, existe asociación estadística significativa $p < 0,005$ para la secreción de IL-6, IL-8 y resistina con el RCM.

Conclusiones: Los alumnos tienen valores de interleucinas elevados comparados con valores de individuos con síndrome metabólico y diabetes.

Aspectos éticos: dicho estudio fue aprobado por el comité de la universidad y la declaración de Helsinki fue seguida.

P-237. Caracterización de los pacientes con nutrición parenteral en función de su duración

Beatriz Ramos Bachiller, Mario Saavedra Vásquez, María Antequera González, Lucía González Roza, Elena González Arnaiz, Diana Guadalupe Ariadel Cobo, David Emilio Barjas Galindo, Ana María Urioste Fondo, Begoña Pintor de la Maza, María Dolores Ballesteros Pomar

Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción y objetivos: Describir las características de pacientes con nutrición parenteral (NP) en función de su duración.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal que recoge NP prescritas entre junio 2021 y enero de 2022 en el CAULE. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, analíticos y características de la NP. Se dividió a los pacientes en función de la duración, tomando como punto de corte la media de la duración de la muestra (12 días).

Resultados: Véase tabla I.

Tabla I.

Días de nutrición parenteral	< 12	≥ 12	p
n = 92	70,6 %	29,4 %	
Sexo masculino	52,3 %	77,8 %	0,023
Edad	68,6 (DE 14,9)	63,7 (DE 14,8)	0,163
Motivo de NP			0,511
Íleo postquirúrgico	35,4 %	33,3 %	
Dehiscencia de anastomosis	9,3 %	3,7 %	
Cáncer gastroesofágico	12,3 %	25,9 %	
Obstrucción intestinal	3,8 %	7,4 %	
Otros	39,2 %	29,7 %	

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (Cont.).

Días de nutrición parenteral	< 12	≥ 12	p
Peso	68,6 (DE 14,5)	68,3 (DE 12,5)	0,995
Talla	165,5 (DE 9,8)	168,7 (DE 8,6)	0,146
DM	16,9 %	7,4 %	0,233
HTA	38,5 %	29,6 %	0,421
Hipercolesterolemia	32,3 %	33,3 %	0,924
Hipertriglicidemia	7,7 %	14,8 %	0,295
Hepatopatía	81,5 %	92,6 %	0,179
Infección CVC	6,2 %	11,2 %	0,414
GLIM			0,599
Moderada	35,4 %	33,3 %	
Severa	18,5 %	29,6 %	
Días ingreso	28,8 (DE20,9)	51,3 (DE 31,3)	0,001
PCR inicial	154,8 (DE 117,7)	133,2 (DE 106,1)	0,443
PCR final	85,7 (DE 99,5)	87,6 (DE 88,3)	0,933
Albúmina inicial	3,1 (DE 0,6)	2,76 (DE 0,6)	0,048
Albúmina final	3,1 (DE 0,6)	3,1 (DE 0,8)	0,790
Prealbúmina inicial	20,1 (DE 9,4)	15,9 (DE 7,8)	0,038
Prealbúmina final	22,35 (DE 11,1)	19 (DE 8,9)	0,382
PRB inicial	4,2 (DE 0,5)	2,83 (DE 0,4)	0,048
PRB final	7,1 (DE 2,9)	5,8 (DE 2,7)	0,112

Conclusiones: Los pacientes con duración más prolongada de NP tienen una mayor prevalencia de sexo masculino, permanecen más días ingresados y presentan peores parámetros nutricionales iniciales.

P-238. Nutrición y dermatología: consulta de enfermería, nutrición y psoriasis

Carmen Rodríguez Gamarra, María Collado Rodríguez, Milagros Fernández Manzano, María del Mar Llamas Velasco, Esteban Dauden Tello

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción y objetivos: La Consulta de Enfermería y Nutrición, integrada en la Unidad de Psoriasis del H. de La Princesa se inicia en el año 2019 con los siguientes objetivos: a) determinar la mejoría en el perfil metabólico de forma posterior a un abordaje de la salud nutricional, y b) correlacionar la mejoría de la nutrición con parámetros objetivos de la enfermedad dermatológica del paciente.

Metodología: Se inicia con la consulta de enfermería donde se realiza una valoración completa del paciente incluyendo: Valores antropométricos, constantes vitales, escalas de valoración, análisis-detección de comorbilidades y hábitos de vida. La dietista realiza las siguientes valoraciones: análisis de Bioimpedancia, cuestionario de consumo de alimentos, encuesta de hábitos alimenticios de la última semana, valoración del nivel de ansiedad actual que puede afectar en su consumo de alimentos. A partir de esta información, la Dietista propone varias opciones: 1) Dieta estándar con aporte calórico de-

pendiendo de las necesidades del paciente, 2) Dieta personalizada (la más usada), 3) Reestructuración de los hábitos alimenticios del paciente. *Consulta tipo:* Después la Coordinadora médica de la Unidad de Psoriasis valora la documentación aportada en la consulta de enfermería. Cuando es necesario, el paciente es remitido de nuevo a la enfermera y a la dietista.

Resultados: En el momento actual, se han atendido 90 pacientes. Se ha conseguido que un 7 % pierdan peso. Otro 15 % ha mejorado su alimentación. *Feedback* positivo.

Conclusiones: La incorporación de una dietista a la unidad ha permitido que pacientes con psoriasis e hidrosadenitis supurativa, con sobrepeso y malos hábitos alimenticios hayan reducido su peso y mejorado el control de la enfermedad. Se han conseguido reducir los niveles de ansiedad de algunos pacientes con tendencia a comer compulsivamente, alcanzando una mayor satisfacción con su situación.

P-239. Estudio descriptivo del contenido vitamínico en fórmulas de nutrición enteral europeas

Mar Ruperto López, Ana Montero-Bravo, Teresa Partearroyo, Ana María Puga, Gregorio Varela-Moreiras, María Lourdes Samaniego-Vaesken

Universidad San Pablo CEU. Boadilla del Monte, Madrid

Introducción: Las fórmulas enterales (FE) están indicadas en condiciones de trastornos nutricionales que implican deficiencias de diversos nutrientes.

Objetivo: Definir el contenido vitamínico de las FE y el grado de adecuación con respecto a las Ingestas Diarias Recomendadas (IDR) en la población.

Método: Estudio descriptivo de 63 FE estándar comercializadas en adultos para uso y administración por sonda nasointestinal u ostomía por 1500 kcal infundidas. Las FE se clasificaron según su contenido en proteínas y su densidad energética en 4 grupos (G): G1, Normoproteica-normocalórica; G2, normoproteica-hipercalórica; G3, hiperproteica-normocalórica; y G4, Hiperproteica-hipercalórica. Se comparó el grado de adecuación de las FE con las IDR (EFSA, IOM), en hombres y mujeres con rango de edad de 51-70 años.

Resultados: De las 63 FE poliméricas estándar, el 22,2 % ($n = 14$) eran españolas, representando las FE normoproteicas 55 % del total. Las FE normoproteicas-normo/hipercalóricas (G1, G2) excedían las IDR ≥ 150 % para ciertas vitaminas hidrosolubles (C, B₁, B₂, B₆, B₁₂, ácido pantoténico, biotina) y para la vitamina A, mientras que el aporte de vitamina K, ácido fólico y colina era ≤ 100 % IDR en los hombres. Las FE hiperproteicas-normo/hipercalóricas (G3, G4) superaban el 100 % de las IDR para las vitaminas liposolubles A, D, E, encontrándose en los hombres IDR ≥ 200 % en algunas de las vitaminas hidrosolubles (C, B₁, B₂, B₁₂, biotina), mientras que en las mujeres sólo se observaba para vitamina C y B₆.

Conclusiones: El contenido de vitaminas en las FE presenta una amplia variabilidad intragrupo por 1500 kcal de FE infundida. Las FE estándar estudiadas superaban las IDR de la mayoría de las vitaminas, salvo para la vitamina K y el ácido fólico. Los hallazgos precedentes permitieron caracterizar el grado de adecuación, por defecto y exceso, y el contenido en vitaminas de las FE para su aplicación preventiva y/o terapéutica en el ámbito clínico.

P-240. Comparación del ángulo de fase en desnutrición según el tipo de dispositivo

Mario Alfredo Saavedra Vásquez, María Antequera González, Beatriz Ramos Bachiller, María Ballesteros Pomar, Begoña Pintor de la Maza, Lucía González Roza, Elena González Arnaiz, David Barajas Galindo, Diana Ariadel Cobo, Ana Urioste Fondo

Hospital Universitario de León. León

Introducción: La bioimpedanciometría (BIA) es una herramienta usada clásicamente para evaluar la composición corporal (CC). De aquí se obtiene el ángulo de fase (AF) que nos habla de salud celular y tiene valor pronóstico en pacientes con desnutrición. La CC se puede medir tanto en decúbito supino (DS) como en bipedestación (BP) lo que conlleva a cambios en la distribución de fluidos y posición de los electrodos que pueden afectar las mediciones.

Objetivos: Investigar las diferencias del AF entre dos dispositivos de BIA distintos, con diferente postura al medir, en personas con desnutrición.

Materiales y métodos: Estudio observacional transversal en pacientes seguidos en las consultas de Nutrición del Complejo

Asistencial Universitario de León entre Agosto y Diciembre del 2022. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), antropométricas, y se les realizó una CC tanto en BP (TANITA MC780®) como en DS (BIA 101-BIVA-PRO Akern®). Para el análisis estadístico se ha utilizado IBM SPSS Statistics 21®.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes (59,6 % mujeres). La edad media fue 61,4 años (DE 14,7). Las patologías más frecuentes fueron el cáncer gastrointestinal (34,6 %), el otorrinolaringológico (9,6 %) y la esclerosis lateral amiotrófica (7,7 %). La media del AF 50 KHz en BP fue de 4,84° (DE 0,86) y en DS de 5,06° (DE 0,83). Con la correlación de Pearson se observa una correlación positiva fuerte entre en el AF medido en ambas posiciones ($r = 0,85$, $p < 0,05$). Se realiza el test de Bland-Altman donde se observa que el AF es mayor en solo 0,21° ($R^2 = 0,003$, LoA -0,71 a 1,13, 4,24 % de la media de AF) en DS respecto a en BP.

Conclusiones: En nuestro estudio se aprecia una ligera infraestimación del AF en BP en comparación a en DS en pacientes con desnutrición, con una excelente correlación entre ambos dispositivos.

P-241. ¿Influye el índice de masa corporal sobre la calidad de vida y la adherencia a dieta mediterránea del paciente con obesidad en tratamiento dietético?

Marta Sánchez Ibáñez^{1,2}, Juan José López Gómez^{1,2}, David Primo Martín^{1,2}, Esther Delgado García^{1,2}, Gonzalo Díaz Soto^{1,2}, Lidia Casado Rodríguez¹, Ana Collantes Matallana¹, María de la O Nieto de la Marca^{1,2}, Olatz Izaola Jáuregui^{1,2}, María Ángeles Castro Lozano^{1,2}, Daniel Antonio de Luis Román^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Centro de Investigación en Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción y objetivo: Evaluar la influencia del grado de obesidad sobre la calidad de vida del paciente con obesidad en tratamiento dietético y describir las diferencias entre los pacientes según adherencia a dieta mediterránea.

Materiales y métodos: Estudio observacional transversal en pacientes reclutados en un programa grupal de dieta y consejos de ejercicio. Se recogieron parámetros antropométricos. Se realizó test de calidad de vida (SF-36) y cuestionario de adherencia a dieta mediterránea (PREDIMED). Se evaluaron las diferencias en el corte inicial en función del grado de obesidad según índice de masa corporal (IMC) (> 35 kg/m²) y de la adherencia a la dieta mediterránea (puntuación mayor [ADH > 8] o menor de 8 [ADH < 8]).

Resultados: Se reclutaron 64 pacientes con edad media 55,84 (14,82) años y 64,1 % eran mujeres (M). Presentaban ADH > 8 : 51,6 % de los pacientes (IMC > 35 : 81,3 %; frente a IMC < 35 : 58,15; $p = 0,06$). Al evaluar a los pacientes en función de ADH > 8 se observó mayor adherencia en mujeres (H: 34,8 % frente a M: 61 %; $p = 0,04$); y pacientes con mayor edad (ADH > 8 : 59,91 [13,32] frente a ADH < 8 : 51,52 [15,31] años; $p = 0,02$); no se observaron diferencias en la calidad de vida. No se observaron diferencias en la calidad de vida (Tabla I) ni en la adherencia a la dieta mediterránea (> 35 : 8,53 [1,68] frente a < 35 : 8,13 [2,62]; $p = 0,47$) según (IMC).

Tabla I. Diferencias en calidad de vida y adherencia a dieta mediterránea en función del IMC (kg/m²)

Test SF_36	IMC ≥ 35	IMC < 35	p
Salud general	44,49 (13,89)	50,85 (17,78)	0,12
Función física	56,13 (28,19)	61,45 (25,83)	0,44
Rol físico	52,42 (45,80)	60,48 (39,67)	0,46
Rol emocional	66,66 (44,72)	62,36 (45,33)	0,71
Función social	64,76 (31,72)	75,40 (24,47)	0,14
Dolor	49,03 (30,45)	56,53 (27,27)	0,31
Vitalidad	29,99 (10,99)	28,24 (9,20)	0,49
Salud mental	73,56 (34,15)	81,56 (29,02)	0,32

Conclusiones: En pacientes con obesidad que inician un programa de educación grupal, se observó mayor adherencia a dieta mediterránea en mujeres y pacientes de edad avanzada. No se observaron diferencias en la calidad de vida ni en adherencia a dieta mediterránea en función del índice de masa corporal.

Aspectos éticos: el comité Ético de Valladolid Oeste aprobó el estudio con código PI 21-2510.

P-242. Criterios GLIM y Mini Nutritional Assessment en pacientes pluripatológicos

Eduardo Sánchez Sánchez¹, Borja Muñoz Tejada¹, Javier Martínez Diéguez¹, Alejandro García García², Jara Díaz Jiménez²

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

Introducción y objetivo: Evaluar la concordancia entre los resultados obtenidos a través del MNA y de los criterios GLIM.

Material y método: Se lleva a cabo un estudio descriptivo en pacientes pluripatológicos hospitalizados en un hospital comarcal. En las primeras 24 horas se realiza valoración nutricional a través de la escala MNA tomando como referencia los pacientes que presentaron riesgo de malnutrición o malnutrición, para posteriormente realizar los criterios GLIM.

Resultados: Se estudiaron un total de 59 sujetos, de los cuales el 54,24 % eran mujeres y el 45,76 % hombres, con una mediana de edad de 82 años. Los resultados del MNA mostraron que el 10,17 % de los sujetos presentaron riesgo de malnutrición y el 89,83 % malnutrición. Los criterios GLIM clasificaron a los pacientes con desnutrición moderada el 74,14 % y el 25,86 % desnutrición severa. Dentro de los criterios fenotípicos el más prevalente fue la reducción de la masa muscular (81,35 %), seguido de la pérdida de peso (79,66 %). Además el 45,76 % de los pacientes presentaron dos criterios fenotípicos. Entre los criterios etiológicos, la inflamación estuvo presente en el 100,00 % de los pacientes, aunque el 67,79 % presentaron los dos criterios etiológicos. El 66,70 % de los pacientes que fueron diagnosticados de riesgo de malnutrición presentaron desnutrición moderada según los criterios GLIM y siendo este

porcentaje del 75,00 % en los pacientes diagnosticados de malnutrición según el MNA.

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran discordancia entre los dos métodos, principalmente en pacientes con riesgo de malnutrición (MNA) y desnutridos (GLIM). Por ello, se debe implantar aquel método con mayor sensibilidad y especificidad para valorar la desnutrición en los pacientes pluripatológicos.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el CEI provincial.

P-243. Estudio END_IC: valoración morfofuncional en pacientes con insuficiencia cardíaca y su correlación con marcadores cardíacos

Mikaela Zubillaga Gómez, Vanessa Triviño Yannuzzi, Javier Modamio Molina, Luyi Zeng, María del Mar García González, María Llavero Valero, Llopis Salinero, Iciar Martín Timón, Inmaculada Moreno Ruiz, Olalla Meizoso Pita, Isabel Huguet Moreno, Manuel Ángel Gargallo Fernández, Lorena Verguizas Gallego, Cristina Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción y objetivos: Evaluar el estado nutricional de pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC), que iniciarán un programa de Rehabilitación Cardíaca (RC), utilizando técnicas de valoración morfofuncional, y su correlación con marcadores cardíacos (FEVI y proBNP).

Material y métodos: Cohorte de primeros pacientes (6) con diagnóstico de IC que iniciarán un programa de RC. Se realizó historia clínica, antropometría, dinamometría, ecografía nutricional, análisis de composición corporal (TANITA) y analítica. Se compararon estos datos con los valores de FEVI y proBNP, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (r), considerando correlación fuerte cuando $r > 0,75$.

Resultados: El total de nuestros pacientes son varones, edad promedio $59,17 \pm 11,05$ años e IMC $27,41 \pm 5,61$ kg/m². 83,3 % padece DM tipo 2 con HbA1c promedio $6,57 \pm 0,98$ %. 50 % de las causas de IC son isquémicas. La FEVI promedio es $36,67 \pm 6,74$ % y el proBNP $727,67 \pm 193,80$ pg/mL. 83 % tienen desnutrición según criterios GLIM, con perímetro de pantorrilla promedio $37,6 \pm 5,5$ cm y fuerza muscular medida por dinamometría $32,83 \pm 13,82$ kg. En la ecografía nutricional, el

área del muslo promedio es $3,59 \pm 0,73 \text{ cm}^2$, eje X $3,690,61 \text{ cm}$, eje Y relajado $1,09 \pm 0,19 \text{ cm}$ y eje Y contraído $1,49 \pm 0,41 \text{ cm}$; tejido adiposo abdominal total $1,74 \pm 0,55 \text{ cm}$, superficial $0,58 \pm 0,19 \text{ cm}$ y preperitoneal $0,65 \pm 0,47 \text{ cm}$. El porcentaje de masa grasa por TANITA es $28,37 \pm 4,55 \%$, y masa libre de grasa $71,63 \pm 4,55 \%$. Comparamos los valores de FEVI y proBNP con las variables evaluadas. Observamos una correlación positiva fuerte ($r = 0,8139$) y estadísticamente significativa ($p = 0,0487$) entre los niveles de proBNP y proteína C reactiva (PCR). Observamos correlaciones negativas entre FEVI e IMC ($r = -0,8144$; $p = 0,0485$), FEVI y tejido adiposo total ($r = -0,8198$; $p = 0,0458$), FEVI y tejido adiposo superficial ($r = -0,8824$; $p = 0,0199$), FEVI e índice grasa visceral ($r = -0,8303$; $p = 0,0407$).

Conclusión: En los pacientes con IC de nuestro estudio, existe una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre los niveles de PCR y proBNP. Seguiremos ampliando nuestra muestra para encontrar otras correlaciones.

P-244. Dinamometría como factor pronóstico de mortalidad en pacientes con nutrición parenteral durante el ingreso hospitalario. Valoración morfofuncional

Natalia Montero, Rocío Fernández Jiménez, Beatriz Fernández, María Ángeles Martín Fontalba, Patricia Guirado, Isabel Vegas Aguilar, José Manuel García Almeida

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los pacientes hospitalizados con nutrición parenteral (NP) presentan un riesgo elevado de malnutrición dado el contexto y las indicaciones de la misma, así como sus complicaciones, por lo que el riesgo de mortalidad está aumentado.

Objetivos: Obtener puntos de corte de la dinamometría como factor pronóstico de mortalidad de pacientes con NP durante el ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con NP durante el ingreso hospitalario y valoración morfofuncional mediante BIA, ecografía nutricional y dinamometría.

Resultados: Una muestra de 232 pacientes, 102 mujeres (43,9 %) y 130 hombres (56,1 %) con una edad media de $62,2 \pm 14,6$ años. Peso medio 69 kg (18,6), y IMC $24,6$ (5,29) kg/m^2 , Área recto anterior del cuádriceps $2,83$ (1,15) cm^2 y eje Y del tono muscular $0,96$ (0,31) cm y tejido adiposo preperitoneal $0,58$ (0,195) cm . Presentaban una valoración subjetiva global de un 25 % de riesgo malnutrición moderado y un 74,1 % de malnutrición grave. El 62,1 % estaba en dieta absoluta, y el 23,8 % ingesta menos de la mitad habitual. Un 20,5 % fue indicada por obstrucción, un 21,5 % por intervención colorrectal y un 14,7 % por complicaciones quirúrgicas, el resto por otras causas. Se ha obtenido un punto de corte de supervivencia midiendo mediante dinamometría en hombres de 17 kg, según la regresión de cox

por cada incremento de 1 kg de dinamometría el HR aumenta 0,91 (0,85-0,97, $p = 0,007$). A los 12 meses la supervivencia teniendo la dinamometría alta era de 94 % y teniéndolo bajo del 80 % (IC 95 %). En mujeres el punto de corte de supervivencia era 10,5 kg y cuando incrementaba 1 kg la dinamometría el HR incrementaba 1,00 veces (0,89-1,13, $p = 0,952$) (Figs. 1 y 2).

Conclusión: La dinamometría en pacientes con NP en el ingreso hospitalario se presenta como un buen predictor de mortalidad y complicaciones.

Aspectos éticos: el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Regional de Málaga, un consentimiento informado les fue aplicado a los sujetos del estudio y se siguió la Declaración de Helsinki.

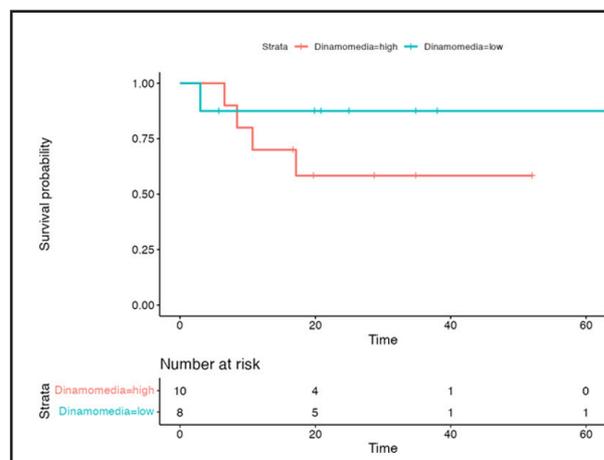


Figura 1. Curva supervivencia de dinamometría en mujeres.

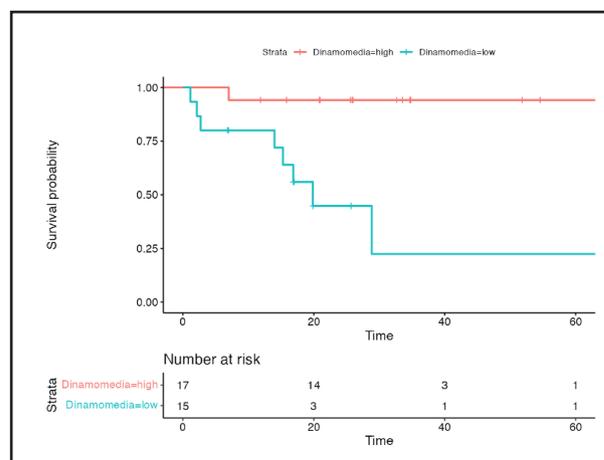


Figura 2. Curva supervivencia de dinamometría en hombres.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO

SENPE

www.senpe.com