Volumen 41
ISSN (versión papel): 0212-1611
Suplemento 1 - 2024
ISSN (versión electrónica): 1699-5198
Páginas 1-155
Factor de impacto: 1,2 (2022)

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

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

© Copyright 2024. 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, Aidsline 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/ Orense 11, 4.º - 28020 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/ Orense, 11, 4.º - 28020 Madrid - Tel. 91 782 00 30 - Fax: 91 561 57 87
e-mail: nutricion@grupoaran.com
www.nutricionhospitalaria.org
www.grupoaran.com

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

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

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)
luismiluengo@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)
cpedronginer@gmail.com

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)
avcyo@hotmail.com

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

Comité de Redacción

Julia Álvarez Hernández (H. U. de Alcalá. Madrid)
M.ª Dolores Ballesteros Pomar (Complejo Asis. Univ. de León. León)
Teresa Bermejo Vicedo (H. Ramón y Cajal. Madrid)
Irene Bretón Lesmes (H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid)
Rosa Burgos Peláez (H. Vall d'Hebrón. Barcelona)
Miguel Ángel Cainzos Fernández (Univ. de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña)
Ángel M. Caracuel García (Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga)
Miguel Ángel Carbajo Caballero (H. Campo Grande. Valladolid)
José Antonio Casajús Mallén (Universidad de Zaragoza. Zaragoza)
Sebastián Celaya Pérez (H. C. U. Lozano Blesa. Zaragoza)
Ana I. Cos Blanco (H. U. La Paz. Madrid)
Cristina Cuerda Compés (H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid)
Ángeles Franco-López (H. U. del Vinalopó. Elche, Alicante)
Raimundo García García (H. San Agustín. Avilés, Asturias)
Pedro Pablo García Luna (H. Virgen del Rocío. Sevilla)
V. García Mediavilla (IBIOMED, Universidad de León. León)
Pilar García Peris (H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid)
Carmen Gómez-Candela (H. U. La Paz. Madrid)
Javier González Gallego (Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León)
Marcela González-Gross (Univ. Politécnica de Madrid. Madrid)
Francisco Jorquera Plaza (Complejo Asist. Univ. de León. León)
Miguel León Sanz (H. U. 12 de Octubre. Madrid)
Gonzalo Martín Peña (Hospital de La Princesa. Madrid)
María Cristina Martín Villares (H. Camino de Santiago. Ponferrada, León)
Isabel Martínez del Río (Centro Médico Nacional 20 de noviembre. ISSSTE. México)
José Luis Máuriz Gutiérrez (IBIOMED, Universidad de León. León)
Alberto Miján de la Torre (Hospital General Yagüe. Burgos)
Juan Carlos Montejo González (H. U. 12 de Octubre. Madrid)
Paloma Muñoz-Calero Franco (H. U. de Móstoles. Madrid)
Juan José Ortiz de Urbina González (Complejo Asist. Univ. de León. León)
Carlos Ortiz Leyba (Hospital Virgen del Rocío. Sevilla)
Venancio Palacios Rubio (H. Miguel Servet. Zaragoza)
José Luis Pereira Cunill (H. Virgen del Rocío. Sevilla)
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)
Clotilde Vázquez Martínez (H. Ramón y Cajal. Madrid)
Salvador Zamora Navarro (Universidad de Murcia. Murcia)

Consejo Editorial Iberoamericano

Coordinador
A. Gil Hernández
Univ. de Granada (España)

C. Angarita (Centro Colombiano de Nutrición Integral y Revista Colombiana de Nutrición Clínica. Colombia)
E. Atalah (Universidad de Chile. Revista Chilena de Nutrición. Chile)
M. E. Camilo (Universidad de Lisboa. Portugal)
F. Carrasco (Asociación Chilena de Nutrición Clínica y Metabolismo. Universidad de Chile. Chile)
A. Criveli (Revista de Nutrición Clínica. Argentina)
J. Faintuch (Hospital das Clinicas. Brasil)
M. C. Falçao (Revista Brasileña de Nutrición Clínica. Brasil)
A. García de Lorenzo (Hospital Universitario La Paz. España)
D. H. De Girolami (Universidad de Buenos Aires. Argentina)
A. Jiménez Cruz (Univ. Autónoma de Baja California. Tijuana, Baja California. México)
J. Klaasen (Revista Chilena de Nutrición. Chile)
G. Kliger (Hospital Universitario Austral. Argentina)
L. Mendoza (Asociación Paraguaya de Nutrición. Paraguay)
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

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO

SENPE

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO

Presidencia

Julia Álvarez Hernández

Vicepresidencia

Carol Lorencio Cárdenas

Secretaría

Miguel Ángel Martínez Olmos

Tesorera

Alicia Moreno Borreguero

Coordinador Comité Científico-Educacional

Pilar Matía Martín

Vocales

Cristina Velasco Gimeno
David Berlana Martín
Samara Palma Milla
José Manuel Sánchez-Migallón Montull

COMITÉ CIENTÍFICO-EDUCACIONAL

Coordinadora

Pilar Matía Martín

Vocales

Emilia Cancer Minchot
Isabel Ferrero López
Juan Carlos Pérez Pons
María Dolores Ruiz López
Miguel Giribés Veiga
Clara Vaquerizo Alonso

Coordinador Grupos de Trabajo SENPE

María Dolores Ruiz López

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

Sumario

Vol. 41 Suplemento 1

Comunicaciones Orales

Las 6 mejores Comunicaciones Orales 1

Comunicaciones Orales 1 6

Comunicaciones Orales 2 11

Comunicaciones Pósteres

Geriatría 17

Epidemiología y gestión de nutrición 21

Farmacia 31

Investigación traslacional 38

Nutrición artificial domiciliaria 45

Paciente crítico 49

Patologías específicas 59

Pediatría 99

Alimentación oral 100

Paciente quirúrgico 104

Trastornos de la conducta alimentaria 119

Errores innatos del metabolismo 124

Disfagia 126

Otros 132

sumario

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Presidenta
F. Margarita Lozano Fuster

Vicepresidenta
Josefina Olivares Alcolea

Vocales
Catalina March Frontera
Francisca Vich Sastre
Francisca Payeras Mas
Rosa M. Ruiz Lopez
Susana García Melendreras
Pilar García Pertegaz
Margarita Viñuela Beneitez
Helena Muñoz Octavio de Toledo

COMITÉ CIENTÍFICO LOCAL

Presidenta
F. Margarita Lozano Fuster

Vicepresidenta
Josefina Olivares Alcolea

Vocales
Margarita Gracia Moll Mascaro
Mercedes Noval Font
Maite Colomar Ferrer
Rosa Gastaldo Simeón
Luisa Ayala Corao
Selena Borrachero Almodovar
María Viña García-Bericua
Violeta Cano Collado
Marta Ortiz Gonzalez
Rosmeri Rivera Irigoin

COORDINADORA DEL COMITÉ CIENTÍFICO EDUCACIONAL (CCE)

Pilar Matía Martín

Vocales
Cristina Velasco Gimeno
David Berlana Martin
Samara Palma Milla
José Manuel Sánchez-Migallón Montull

COMITÉ CIENTÍFICO EDUCACIONAL SENPE (CCE)

Coordinadora
Pilar Matía Martín

Vocales
Emilia Cancer Minchot
Isabel Ferrero López
Juan Carlos Pérez Pons
María Dolores Ruiz López
(coordinadora de los grupos de trabajo)
Miguel Giribés Veiga
Clara Vaquerizo Alonso

JUNTA DIRECTIVA SENPE

Presidenta
Julia Álvarez Hernández

Vicepresidenta
Carol Lorencio Cárdenas

Secretario
Miguel Ángel Martínez Olmos

Tesorera
Alicia Moreno Borreguero

ISSN (electrónico): 1699-5198 - ISSN (papel): 0212-1611 - CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

ARÁN

Nutrición Hospitalaria

Las 6 mejores Comunicaciones Orales

O-001. Efecto de la pérdida de peso inducida por una dieta hipocalórica sobre el ADN mitocondrial circulante en pacientes con obesidad mórbida

Sandra López Domènech[1], Valentina Selleri[2,3], Celia Bañuls Morant[4], Jonathan Hermenejildo Bello[4], Meylin Fernández[4], Clara Luna Marco[5], Carlos Morillas Ariño[6], Marcello Pinti[2,3], Víctor Manuel Víctor González[5,7], Milagros Rocha Barajas[4]

[1]Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina y Odontología. Universitat de València. València, España. [2]Department of Life Sciences. University of Modena and Reggio Emilia. Módena, Italia. [3]National Institute for Cardiovascular Research (INRC). Bolonia, Italia. [4]Hospital Universitario Dr. Peset. Fundación Fisabio. València, España. [5]Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. València, España. [6]Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Dr. Peset. València, España. [7]Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina y Odontología. Universitat de València. València, España

Introducción: La obesidad se vincula a un estado de estrés oxidativo, potencialmente causando daño mitocondrial. Recientemente, se ha observado que, en ciertas patologías asociadas a daño tisular, el ADN mitocondrial se libera al torrente sanguíneo (cf-mtDNA) y podría considerarse un posible biomarcador de inflamación asociado a enfermedades metabólicas.

Objetivos: Evaluar los niveles cf-mtDNA en una población de personas con obesidad mórbida con y sin enfermedad metabólica y el efecto que la pérdida de peso mediada por dieta pudiera tener sobre esta variable.

Material y métodos: Pacientes con obesidad mórbida (IMC ≥ 40 kg/m^2) fueron reclutados en el Hospital Universitario Dr. Peset (València) y divididos en dos grupos: "obesidad metabólicamente sana" (MHO) sin ninguno de los criterios del síndrome metabólico (NCEP-ATPIII), excepto la cintura, y "no sana" (MUO) con 3 o más de los mismos. Se evaluaron antes y después de someterse a una dieta de 6 + 18 semanas de VLCD + LCD, midiendo antropometría y bioquímica. Se evaluó el gen mitocondrial ND1 en muestras de suero mediante qPCR para estimar el número de copias de cf-mtDNA.

Resultados: Del total de 47 pacientes (77 % mujeres), 19 fueron MHO y 28 MUO. Estos últimos se caracterizaron por presentar un mayor contorno de cintura, valores de presión arterial, glucosa, insulina, HOMA-IR, colesterol, triglicéridos, A1c y mayor número de copias de cf-mtDNA ($5,8 \times 10^6 \pm 0,7 \times 10^6$ en MHO frente a $10,2 \times 10^6 \pm 0,9 \times 10^6$ en MUO). La dieta en general mejoró los parámetros antropométricos, glucosa, insulina, HOMA-IR y A1c específicamente en la población MUO, lo que se asoció a una reducción significativa del número de copias de cf-mtDNA ($10,2 \times 10^6 \pm 0,9 \times 10^6$ frente a $7,8 \times 10^6 \pm 0,9 \times 10^6$).

Conclusión: En la obesidad mórbida, el cf-mtDNA podría considerarse un nuevo biomarcador diagnóstico y pronóstico de la pérdida de peso asociado a enfermedad metabólica.

Financiación: PI22/01009-(MR), PI22/00424-(VMV), PI21/0116-CP19/00077-(CB) y FI23/00070 del ISCIII; CIPROM/2022/32-(VM-V,MR,MFR), CIGRIS/2021/112-(JH) y CIGE/2022/123-(SLD) de la Conselleria d'Educació (GVA); FJC2020-045240-I-(SLD) del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades; FAR-UNIMORE-2021-(MP).

O-002. Registro del grupo NADYA-SENPE de nutrición enteral en España: año 2023

Cristina Campos Martín[1,2], Luis Miguel Luengo Pérez[1,3], Julia Álvarez Hernández[1,4], Rosa Burgos Peláez[1,5], María Espino Sánchez Veneros[1,6], Cristina Cuerda Compés[1,7]

[1]Grupo Nadya-SENPE. Nadya. Sevilla. [2]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. [5]Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. [6]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. [7]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario General Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: El registro del Grupo Nadya-SENPE de Nutrición Artificial Domiciliaria está activo ininterrumpidamente desde 1992.

Objetivos: Comunicar la prevalencia y características de los pacientes con Nutrición Enteral Domiciliaria durante 2023 registrados en el Grupo Nadya-SENPE.

Material y métodos: Análisis descriptivo de datos de los pacientes activos con NED en el Registro Nadya-SENPE desde el 1/1/2023 al 31/1/2023 inclusive.

Resultados: Resultados: 4846 pacientes registrados con 4855 episodios, procedentes de 50 hospitales: 4749 adultos (98 % de la muestra) y 97 niños (2 %). La prevalencia fue de 100,03 pacientes con NED/mil de habitantes (INEbase). Adultos: edad mediana 79,02 años, en mujeres 87,18 años (47,95 % de la muestra), y en hombres 75,42 años ($p < 0,001$). El diagnóstico más prevalente fue enfermedad neurológica con afasia o disfagia severa en el 57,42 %, siendo mujeres el 60,73 %, seguido de tumor de cabeza y cuello en el 18,38 %, de los cuales 75,02 % fueron hombres ($p < 0,001$). La vía principal fue la sonda nasogástrica en el 45,34 %, seguida de la gastrostomía en el 43,76 %, con datos de 3981 pacientes. El nivel de actividad

©Copyright 2024 SENPE y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

fue confinado en silla/cama en el 47,93 % de los pacientes, y en relación a la autonomía precisaban ayuda parcial el 54,16 %. Niños: la mediana de edad de inicio de NED fue de 148 días (4 meses y 28 días), fueron niñas el 56,70 %. El diagnóstico más frecuente fue otras patologías en el 44,33 %, seguido de enfermedad neurológica. La vía principal fue la gastrostomía en el 41,94 % de los casos. Finalizaron 137 episodios de NED en adultos y 2 en niños; el 56,83 % por fallecimiento y el 33,81 % pasaron a vía oral.

Conclusión: Se ha incrementado el número de registros y de hospitales colaboradores. La enfermedad neurológica es el diagnóstico principal en los pacientes con NED. Continúa la tendencia al aumento de edad en mujeres adultas, mientras que los niños inician la NED a edad más temprana (Fig. 1).

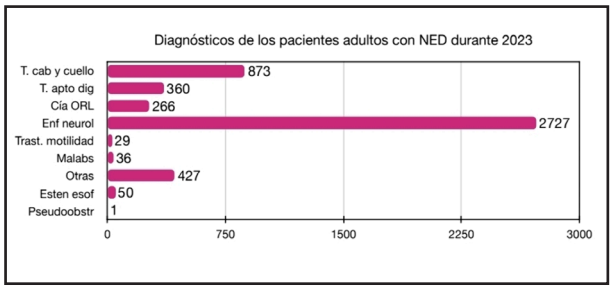

Figura 1.

Diagnósticos de los pacientes adultos con NED durante 2023.

O-003. Predictores de supervivencia global obtenidos en la valoración nutricional de pacientes oncológicos

Rosa María García Moreno[1], Laura Mola Reyes[1], Mary Gaby Llaro Casas[1], Isabella Mantellini González[1], Sime Rogic Valencia[1], Bricia López Plaza[2], Samara Palma Milla[1]

[1]Unidad de Nutrición Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (idiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una consecuencia del cáncer y presenta una alta prevalencia. Por ello, es importante realizar valoración nutricional en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar los parámetros de la valoración nutricional como marcador pronóstico en pacientes oncológicos.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal. Se incluyeron pacientes oncológicos valorados en consultas externas de Nutrición entre enero de 2022 y junio de 2023, en los cuales se realizó valoración morfofuncional. Se utilizaron curvas de Kaplan Meier (KM) y regresión de Cox para analizar el efecto de los parámetros de la valoración nutricional sobre la supervivencia global (SG) en los 6 meses posteriores.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes (56 % varones), con media de edad 66 ± 12 años. En los 6 meses de seguimiento fallecieron 22 pacientes. En los modelos de regresión de Cox ajustados por estadio tumoral, el incremento en el ángulo de fase (AF) se asoció a menor mortalidad (HR = 0,49; IC 95 % [0,26-0,94]; $p = 0,031$), al igual que el AF estandarizado (AFE) (HR = 0,44; IC 95 % [0,23-0,83]; $p = 0,011$). En el modelo univariante, el índice de masa celular corporal (B CMI) se asoció a mejoría de SG (HR = 0,82; IC 95 % [0,68-0,92]; $p = 0,032$), sin embargo, no se mantuvo la significación al ajustar por estadio ($p = 0,114$). La figura 1 muestra las curvas de KM categorizando las variables según su punto de corte óptimo. No se encontró asociación significativa de la SG con los siguientes parámetros: cribado nutricional (MUST), diagnóstico de DRE según criterios GLIM, baja masa muscular según bioimpedanciometría (BIA), cuadrante BIVA, medidas del recto anterior del cuádriceps en ecografía nutricional, dinamometría y test de Up and Go.

Conclusión: El AF y el AFE son predictores de SG independientes de estadio tumoral. La BIA aporta información relevante respecto al pronóstico y debería incluirse de rutina en la valoración de los pacientes oncológicos.

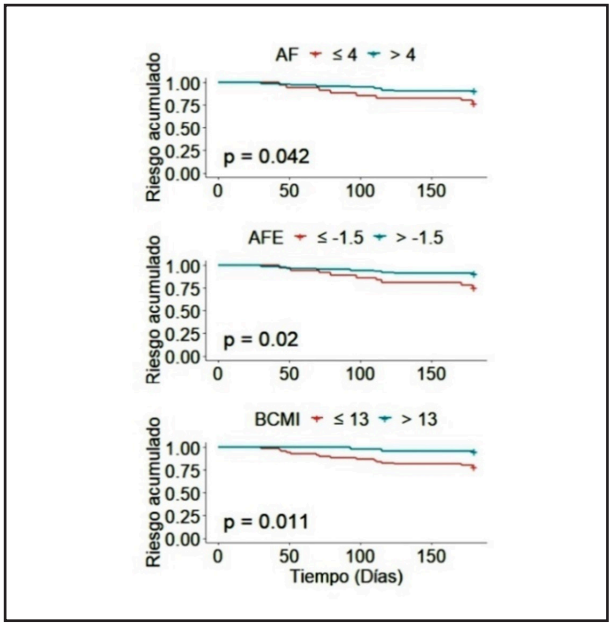

Figura 1.

O-004. Utilización de la BIVA para la valoración de la hidratación y el pronóstico de mortalidad en pacientes valorados en la unidad endocardiorrenal

Isabel María Vegas Aguilar[1], Rocío Fernández Jiménez[1], María del Mar Amaya Campos[1], Clara Jiménez Rubio[1], Manuel Jiménez Villodres[2], Irene López-Bachiller Martínez[1], Ángel López Montalbán[1], Patricia Guirado Peláez[1], Isabel María Cornejo Pareja[3], José Manuel García Almeida[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y [2]Nefrología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [3]Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La instauración de unidades endocardiorrenales (UECR) integradas por especialistas de riñón, corazón y endocrinología es una necesidad y una realidad en el contexto de la insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica, ambas enfermedades de elevada prevalencia, morbilidad y mortalidad.

Objetivos: Utilizar la hidratación de la BIVA en los pacientes de la UECR en el abordaje multiparamétrico de la congestión y la implementación de estrategias con beneficio pronóstico global en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, *n* = 88 pacientes vistos en UECR. Se recogieron datos sociodemográficos, analíticos, ecográficos (ecografía de congestión venosa por Vexus y ecografía pulmonar) y de bioimpedancia (BIVA).

Resultados y conclusión: *n* = 88 pacientes, edad 72, 5 años, 65 % varones. 92 % hipertensos, 57 % diabéticos, 79 % dislipémicos y 30 % fumadores. El filtrado glomerular medio fue 30,7 mL/min, fibrilación auricular 59 % FEVI reducida (≤ 40 %) igualmente 59 % frente a FEVI preservada 41 %. El número medio de fármacos por paciente fue de 14 (2,7 diuréticos de media, *combo diuretic).* Existe una buena correlación entre la hidratación de la BIVA y vexus (Fig. 1), r = 0,55, $p < 0,05$, e inversa con el Pha r = -0,41, $p < 0,05$. Hemos sacado el punto de corte de hidratación para vexus alto o bajo (0 = bajo, 1-2 alto), el punto de corte obtenido de hidratación = 78,7 %, con un AUC = 0,872, sensibilidad 81,82 % y especificidad 87,72 %, $p < 0,005$. Con el punto de corte de hidratación se ha valorado el riesgo de mortalidad, en la regresión de Cox se observa que un alto % de hidratación conlleva a un riesgo 5 veces mayor de mortalidad que tenerlo bajo, OR = 5,43 (1,04-28,40, $p = 0,045$). Kaplan Meier-12 meses la hidratación baja supone un 69 % (40-100 %, IC) más de probabilidad de sobrevivir, *long rank* $p < 0,05$. (Figs. 2 y 3). La incorporación de la BIVA en la UECR, suponen un avance en el seguimiento y diagnóstico de estas patologías. La hidratación (BIVA) supone un hallazgo importante en el pronóstico de la supervivencia.

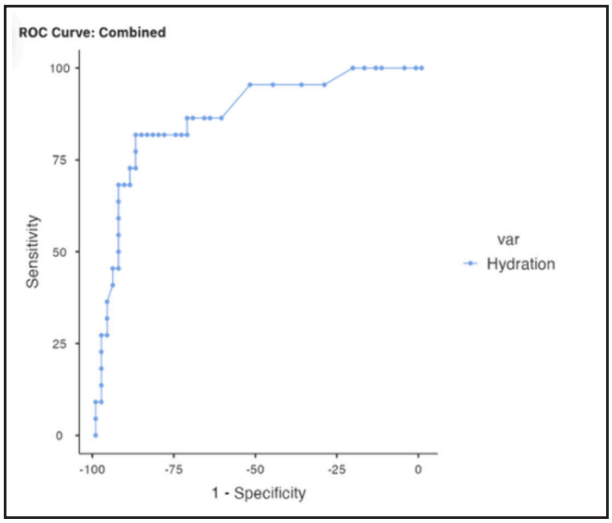

Figura 2.
Curvas ROC hidratación-pha.

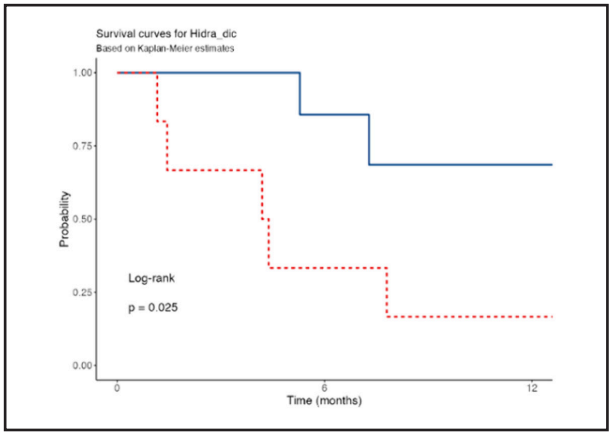

Figura 3.
Kaplan-Meier de supervivencia según el tanto por ciento de hidratación.

Correlation Matrix

		VEXUS_1	NYHAVis1	Pha	Hydration
VEXUS_1	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
NYHAVis1	Pearson's r	0.397	—		
	df	78	—		
	p-value	<.001	—		
Pha	Pearson's r	−0.413	−0.356	—	
	df	77	85	—	
	p-value	<.001	<.001	—	
Hydration	Pearson's r	0.598	0.345	−0.714	—
	df	77	85	85	—
	p-value	<.001	0.001	<.001	—

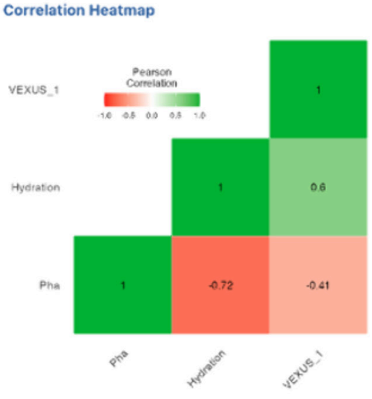

Figura 1.
Correlaciones Pearson.

O-005. Evaluación de factores pronósticos de composición corporal, parámetros nutricionales y analíticos en pacientes ingresados con riesgo nutricional

Carmen Hardy Añón[1], Rocío Fernández Jiménez[2], Lara Dalla Rovere[1], Cristina Herola[1], María García Olivares[1,3], Irene López-Bachiller Martínez[1], José Manuel García Almeida[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: Determinadas herramientas de valoración nutricional mediante bioimpedanciometría Nutrilab™ (Akern®) han sido introducidas en los últimos años para complementar la valoración subjetiva, antropométrica y analítica en el cribado nutricional al ingreso hospitalario. El ángulo de fase (PhA) medido con el análisis de bioimpedanciometría se puede considerar como un medidor de calidad celular.

Objetivos: Establecer puntos de corte de mortalidad según los factores pronósticos considerados (SPha, hidratación, nutrición, B CM, PCR, albúmina) en pacientes ingresados y estudiar su capacidad para predecir mortalidad a los 12 meses.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes ingresados por cualquier causa en el Hospital Quirónsalud Málaga en 2020-2022. Se realizó una valoración nutricional completa incluyendo la bioimpedanciometría, y se registró la mortalidad al año de la valoración. Se establecieron puntos de corte de mortalidad para las siguientes variables Spha, hidratación, B CM, Nutrición, PCR, albúmina, y se representó en Curvas de supervivencia con el cálculo de la *odd ratio* de todas las variables.

Resultados: Obtuvimos una $n = 1789$ pacientes, 859 mujeres (50,0 %), edad media 62,5 ± 16,0 años. Principalmente ingresados a cargo de Medicina Interna (29,1 %). Según SGA 50,1 % normonutridos, 32,2 % con riesgo moderada y 17,7 % severa. La mortalidad a los 12 meses de la muestra fue del 17,7 % (272 pacientes). Se utilizó una regresión de Cox de todos los componentes para evaluar la utilidad de los parámetros como indicadores pronósticos de mortalidad dando puntos de corte en pacientes ingresados con su correspondiente OR que se pueden observar en la tabla I. Posteriormente se representó las curvas de supervivencia de todos los parámetros donde se observan que son todos significativos (Figs. 1 y 2).

Conclusión: Como se puede observar todas las variables estudiadas son útiles como factores pronósticos de mortalidad cada una con un peso sobre la decisión.

Tabla I. Regresión de Cox para el cálculo de los HR de todas las variables

	HR (IC, *p*<)	*Cut off*
SPha	0,55 (0,51-0,60, $p < 0,001$)	-0,220
Hidratación	1,14 (1,12-1,18, $p < 0,001$)	73,5
BCM	0,90 (0,88-0,93, $p < 0,001$)	21,4
PCR	1,02 (1,02-1,03, $p < 0,001$)	1,81

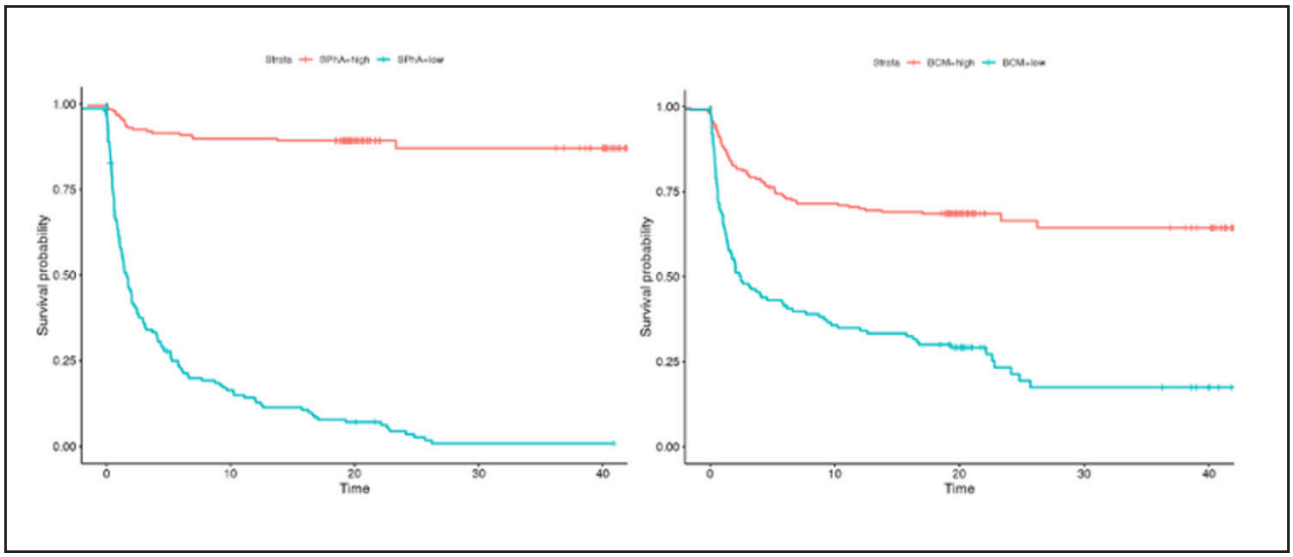

Figura 1.
Kaplan Meier de mortalidad del SPha y BCM.

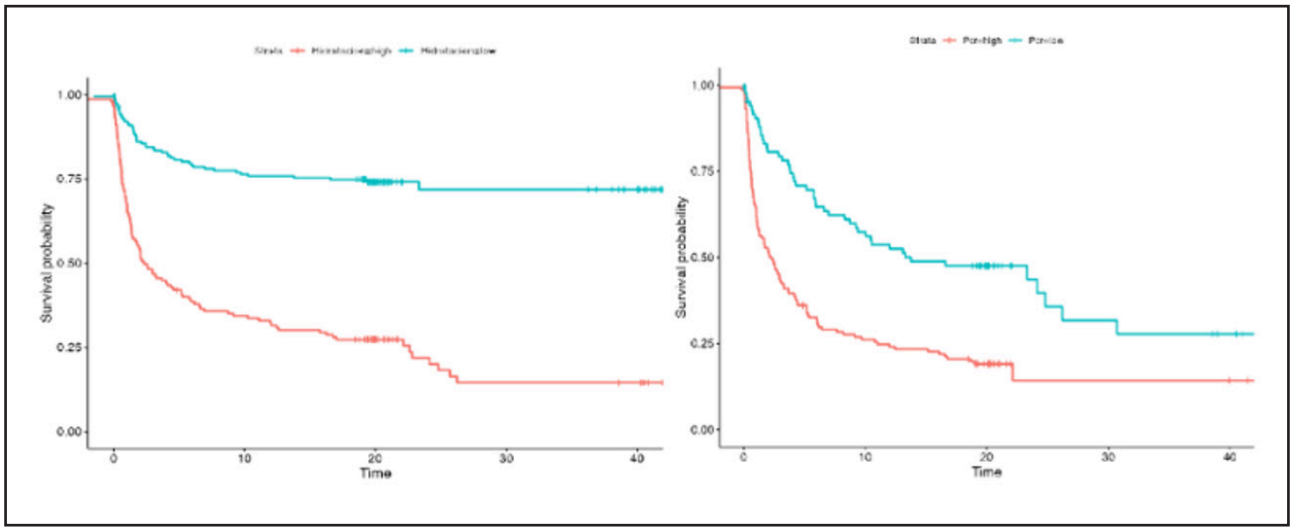

Figura 2.
Kaplan Meier de mortalidad de hidratación y PCR.

O-006. ¿Qué nos aporta la composición corporal en la estimación del gasto energético? Cuando la calorimetría y la impedancia bioeléctrica se alían

Verónica Engracia Rodríguez Hernández[1], Alba Zabalegui Eguinoa[1], Fiorella Ximena Palmas Candia[1], Fernanda Mucarzel[2], Raül Cartiel Vesperinas[2], Marta Ricart Viles[2], Amador Lluch Romero[2], Rosa Burgos Peláez[1]

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

Introducción: El cálculo de requerimientos energéticos (RE) en pacientes con nutrición parenteral (NP) en el medio hospitalario es un reto. La calorimetría indirecta (CI) es el tratamiento de referencia para este cálculo, pero es una técnica poco accesible en la práctica clínica por lo que existen diferentes ecuaciones predictivas para estimar el RE. Un aporte nutricional ajustado a los RE ayuda a realizar un tratamiento nutricional más preciso.

Objetivos: a) Establecer la asociación entre fórmulas de estimación de RE y medición mediante CI, y b) valorar esta asociación en pacientes en diferentes situaciones nutricionales.

Material y métodos: Estudio unicéntrico y transversal en pacientes hospitalizados a los que se les realiza CI al iniciar NP. Analizamos: Patología de base, tiempo de ingreso Datos antropométricos: peso, talla, IMC (obesidad ≥ 30 kg/m^2) Prevalencia desnutrición (criterios GLIM) RE mediante CI Fórmulas estimación RE: ecuación Harris-Benedict, recomendaciones Sociedad Europea Nutrición (ESPEN), fórmula bioimpedancia (BIA: Bodystat Quadscan 4000).

Resultados: 81 pacientes, 59 % hombres, con edad media 60 años. Servicio más prevalente cirugía colorrectal. Estancia hospitalaria media de 35 días, 11 % *exitus.* Prevalencia desnutrición global 53 %, prevalencia obesidad 10 % (n = 8). Todas las fórmulas de estimación de RE presentan una correlación estadísticamente significativa con la CI, aunque el grado de predicción es variable. Respecto a la técnica de referencia (CI), la BIA es la que mejor predice el RE, tanto en la muestra global (R^2 = 0,399, $p < 0,0001$), como en pacientes desnutridos (R^2 = 0,532, $p < 0,0001$), y especialmente en aquellos con obesidad (R^2 = 0,828, p = 0,002). Las fórmulas ESPEN presentan coeficientes de determinación más bajos, especialmente el cálculo de 25 kcal/kg (R^2 = 0,250, R^2 = 0,276 y R^2 = 0,335, respectivamente).

Conclusión: La predicción del RE según ecuaciones predictivas no se ajusta de forma adecuada a los requerimientos reales de nuestros pacientes, independientemente de su estado nutricional. La BIA es la técnica que más se aproxima, probablemente al incluir parámetros de composición corporal en su fórmula.

ISSN (electrónico): 1699-5198 - ISSN (papel): 0212-1611 - CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

Nutrición Hospitalaria

Comunicaciones Orales 1

O-007. Prevalencia del riesgo nutricional en adultos mayores institucionalizados en centros geriátricos

María del Mar Ruperto López[1], Esmeralda Josa Martín[2], Dilek Ongan[3], Amalia Tsagari[4]

[1]Departamento de Nutrición y Bromatología. Universidad San Pablo CEU. European Specialist Dietetic Network for Older Adults (ESDN-older adults), a group of the European Federation of Associations of Dietitians (EFAD). Madrid, España. [2]Departamento de Nutrición y Ciencias de la Alimentación. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. [3]Department of Nutrition and Dietetics. European Specialist Dietetic Network for Older Adults (ESDN-Older Adults), A Group of The European Federation of Associations of Dietitians (EFAD). Izmir Katip Celebi University. Izmir, Turquía. [4]Department of Clinical Nutrition. European Specialist Dietetic Network for Older Adults (ESDN-Older Adults), a Group of The European Federation of Associations of Dietitians (EFAD). KAT Hospital. Atenas, Grecia

Introducción: Los trastornos nutricionales son condiciones frecuentes en los adultos mayores institucionalizados.

Objetivos: El objetivo del estudio fue identificar el riesgo nutricional y los factores del compromiso nutricional en adultos mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal multicéntrico en 5 centros geriátricos. Los datos sociosanitarios, clínicos y de laboratorio se registraron a partir de las historias clínicas de los participantes. El riesgo nutricional se evaluó mediante el *Mini-nutritional Assessment* (MNA), y se registraron parámetros antropométricos y de la composición corporal medida mediante el análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA). La fuerza de prensión de la mano se evaluó mediante dinamometría en el lado dominante.

Resultados: De 340 participantes el 65,2 % eran ≥ 85 años, principalmente mujeres (70,6 %). La hipertensión arterial (76,7 %) y la diabetes *mellitus* (49,0 %) fueron las comorbilidades más frecuentes. Se identificó riesgo nutricional en el 47,4 %, y de desnutrición 13,4 %. El MNA se correlacionaba positivamente con la circunferencia muscular del brazo (CMB), la masa grasa, la masa libre de grasa y la hemoglobina, mientras que se encontró correlación negativa con la resistencia y la proteína C reactiva (PCR) (al menos, $p < 0,05$). Los adultos mayores con riesgo nutricional tenían significativamente mayor agua corporal total de PCR sérica y depleción de masa muscular. Factores como la CMB, la resistencia, la hemoglobina y la PCR, fueron predictores independientes del riesgo nutricional (R2 ajustada: 0,27; $p = 0,001$).

Conclusión: El estudio muestra una alta prevalencia del riesgo nutricional medido por MNA en adultos mayores que viven en centros geriátricos. El riesgo nutricional estaba relacionado con la edad, y era frecuente el sobrepeso y el desgaste muscular. Nuestro estudio sugiere que el cribado y la atención nutricional periódica puede prevenir y/o tratar precozmente los trastornos nutricionales en adultos mayores institucionalizados.

O-008. Determinantes dietéticos y de estilo de vida del estatus de vitamina D en el estudio UK-Biobank

Ángela Alcalá-Santiago[1-3], María Dolores Ruiz López[1,2], Belén García-Villanova[1], Esther Molina-Montes[1-4]

[1]Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. [2]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Centro de Investigación Biomédica. Universidad de Granada. Granada. [3]Instituto de Investigación Biosanitaria Ibs Granada. Granada. [4]CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid

Introducción: La vitamina D (VD) desempeña un papel crucial en diversos procesos fisiológicos relacionados con la salud ósea y la inflamación. La alta prevalencia de deficiencia de VD en la población hace necesario conocer sus determinantes.

Objetivos: Caracterizar los determinantes dietéticos y de estilo de vida de los niveles de VD en sangre y de la deficiencia de VD, con el fin de desarrollar modelos predictivos.

Material y métodos: 63759 participantes de la cohorte UK-Biobank con datos sobre la ingesta dietética de VD (recogidos mediante recordatorios de 24 horas) y mediante determinación en sangre. Se aplicaron modelos de regresión lineal y logística multivariantes para identificar los factores asociados al estatus y a la deficiencia de VD. Se utilizaron métodos clásicos de regresión y de *machine learning* para desarrollar modelos predictivos basados en métodos de verosimilitud penalizados.

Resultados: Por cada unidad de aumento en el índice de masa corporal (IMC) y en la circunferencia de cintura (CC), aumentó un 6 % ($p < 0,001$) y un 2,7 % ($p < 0,001$) la probabilidad de presentar una deficiencia de VD, respectivamente. Un fototipo de piel oscuro frente al claro también se asoció a una deficiencia de VD (OR 3,108, $p < 0,001$), mientras que la actividad física en invierno se asoció inversamente a esta deficiencia (OR por cada hora de actividad = 0,96, $p < 0,01$). El modelo predictivo incluyó variables como edad, VD de la dieta, estación del año, fototipo de piel, IMC, CC, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, mostrando una alta capacidad predictiva (deficiencia de VD: área bajo la curva = 0,89; niveles de VD: media = 52,6 nmol/L). Los niveles de VD mostraron variaciones según las variables consideradas.

©Copyright 2024 SENPE y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Conclusión: El modelo desarrollado permite predecir niveles de VD y su deficiencia, ofreciendo una herramienta valiosa para evaluar el riesgo de enfermedades vinculadas a deficiencia de VD.

Financiación: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. PE-COVID-0200-2020/FEDER.

O-009. Tratamiento con teduglutide en pacientes con síndrome de intestino corto. Experiencia nacional, año 2023

María Maiz Jiménez[1], Núria Virgili Casas[2], Yaiza García Delgado[3], Samara Palma Milla[4], José Joaquín Alfaro Martínez[5], Marta Bueno Díez[6], Víctor de Diego Sola[7], Luna Florencio Ojeda[8], Víctor Luis González Sánchez[9], María Argente Pla[10]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. [2]Hospital Universitari de Bellvitge. L´Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [3]Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. [5]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. [6]Hospital Universitari Arnau Vilanova. Lleida. [7]Hospital Universitario Araba. Gasteiz. [8]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. [9]Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. [10]Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

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 teduglutide puede reducir las necesidades de NPD/FT.

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

Material y métodos: Pacientes adultos con SIC tratados con NPD/FT y teduglutide hasta diciembre 2023 (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 37 pacientes (24 H / 13 M) edad media al inicio del tratamiento 52,65 años (18-77) con SIC de 7,32 años de evolución (0,5-29). La etiología más frecuente fue la isquémica 34,2 %. La longitud de intestino remanente fue 76,5 cm (15-230); 36,8 % con ostomía ($n = 14$). Duración media del tratamiento 37,9 meses (3-162). Las necesidades de NPD basales fueron 11,6 L/semana (4,5-35,1) y la media de días de infusión 5 (3-7). El porcentaje de reducción medio fue del 46,8 %, 59,0 %, 66,8 %, 70,2 %, 76,3, 76,5, y 70,0 % a los 6, 12, 18, 24, 36, 48 y 60 meses, respectivamente. Durante el seguimiento el 32,4 % han suspendido la NPD/FT (6 con colon en continuidad y 5 con ostomía) en una media de 10,9 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 11 pacientes (2 por falta de respuesta, 6 por efectos adversos, 1 decisión del paciente y 2 por fallecimiento no relacionado con el fármaco), retomando NPD el 78 %.

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

O-010. Uso de TC a nivel de L3 para la determinación de la masa muscular en pacientes con neoplasia colorrectal: correlación con otras medidas antropométricas y funcionales

Virginia Soria Utrilla[1], Francisco José Sánchez Torralvo[1], María García Olivares[1], Fiorella Ximena Palmas Candia[2], Iván González Poveda[3], Gabriel Olveira[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. [3]Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La TC a nivel de L3 podría servir para valorar la masa muscular en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) de cara a la aplicación de criterios GLIM de desnutrición.

Objetivos: Determinar la correlación entre variables de composición corporal mediante TC y medidas antropométricas y funcionales en pacientes con CCR antes de ser intervenidos.

Material y métodos: Estudio prospectivo, en pacientes con CCR antes de ser intervenidos, entre octubre de 2018 y julio de 2021. Se obtuvieron datos antropométricos, impedanciometría (BIA) y dinamometría de mano. Se analizaron imágenes de TC con corte en L3 utilizando el software FocusedON-BC. Se registraron área e índice de masa muscular esquelética (SMA y SMI), área de masa grasa visceral (VAT) y subcutánea (SAT) y valor medio de unidades Hounsfield (UH) muscular.

Resultados: Evaluamos 279 pacientes (60,2 % varones y 39,8 % mujeres, edad media 68,7 ± 10,1 años). El IMC fue 27,2 ± 5,4 kg/m^2. SMA fue 133,9 ± 24,5 cm^2 en varones y 89,7 ± 16,3 cm^2 en mujeres. SMI fue 47,3 ± 8,1 cm^2/m^2 para varones y 37 ± 6,5 cm^2/m^2 para mujeres. VAT fue 174,9 ± 95,9 cm^2 para varones y 217,8 ± 109,9 cm^2 para mujeres. SAT fue 234,5 ± 121,3 cm^2 para varones y 122,9 ± 4,4 cm^2 para mujeres. Hallamos correlaciones positivas entre SMA y masa muscular apendicular esquelética ($r = 0,85$), índice de masa libre de grasa por BIA ($r = 0,84$) y por antropometría ($r = 0,8$), dinamometría ($r = 0,69$) y ángulo de fase ($r = 0,58$) ($p < 0,001$). Resultados superponibles se derivaron de comparar SMI con los respectivos IMLG ($p < 0,001$). También hallamos correlaciones positivas entre SAT e IMC ($r = 0,7$) y masa grasa según BIA ($r = 0,6$) y antropometría ($r = 0,61$) ($p < 0,001$), así como entre VAT e IMC ($r = 0,81$) y masa grasa según BIA ($r = 0,87$) y antropometría ($r = 0,77$) ($p < 0,001$).

Conclusión: Los datos de composición corporal derivados del análisis mediante TC a nivel de L3 en pacientes con CCR correlacionan bien con los datos antropométricos, funcionales y de integridad celular, por lo que podrían ser útiles para la valoración morfofuncional de estos pacientes.

O-011. ¿Qué parámetro de la BIVA tiene más interés a la hora de determinar la mortalidad en pacientes con NPT durante el ingreso hospitalario?

Natalia Montero Madrid, Rocío Fernández Jiménez, Álvaro Vidal Suárez, María Ángeles Martín Fontalba, Víctor José Simón Frapolli, Marta Generoso Piñar, Isabel María Vegas Aguilar, María del Mar Amaya Campos, Patricia Guirado Peláez, José Manuel García Almeida

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los pacientes hospitalizados con nutrición parenteral (NP) presentan un riesgo elevado de malnutrición y complicaciones dado el contexto y las indicaciones de la misma, por lo que el riesgo de mortalidad está aumentado. Tener técnicas sencillas que nos permitan detectar el riesgo de mortalidad en estos pacientes resulta de mucho interés a nivel clínico.

Objetivos: Obtener puntos de corte de hidratación, nutrición y ángulo de fase (Pha) medidos mediante la BIVA (Akern) para determinar el riesgo de mortalidad en pacientes con NP durante el ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes con NP durante el ingreso hospitalario y valoración morfofuncional mediante BIVA (Akern), ecografía nutricional (NU) y dinamometría (Jamar).

Resultados: 232 pacientes, 130 hombres (56,1 %), edad media 62,2 ± 14,6 años. Peso 69 kg (18,6), IMC 24,6 (5,29) kg/m^2. VSG 25 % de riesgo malnutrición moderado y un 74,1 % de malnutrición grave. Punto de corte de supervivencia de hidratación (BIVA) según el índice de Youden más alto de 73,8 %, AUC 0,587 Sensibilidad 62,26 % y especificidad 56,98 %. Del mismo modo, para la nutrición obteniendo un punto de corte de 566,6, AUC 0,705; sensibilidad 75,58 % y especificidad 60,38 % (Fig. 1). Por último, se ha realizado para el valor del Pha, diferenciando por sexos: en hombres de 4,1º con AUC 0,702; sensibilidad 78,12 % y especificidad 53,85 % y para mujeres de 3,8º con un AUC 0,732; sensibilidad 78,08 % y especificidad 68,00 % y del Spha -0,89, AUC 0,702; sensibilidad 59,06 % y especificidad 74,51 % (Fig. 2). Para realizar el análisis de la curva de supervivencia se han utilizado los puntos de corte obtenidos en la curva ROC para hidratación con un OR = 2,89 (0,92-9,09, p = 0,069), nutrición OR = 2,89 (1,03-8,14, p = 0,044) y finalmente para Spha OR = 7,89 (1,02-59,67, pp = 0,048) (Fig. 3).

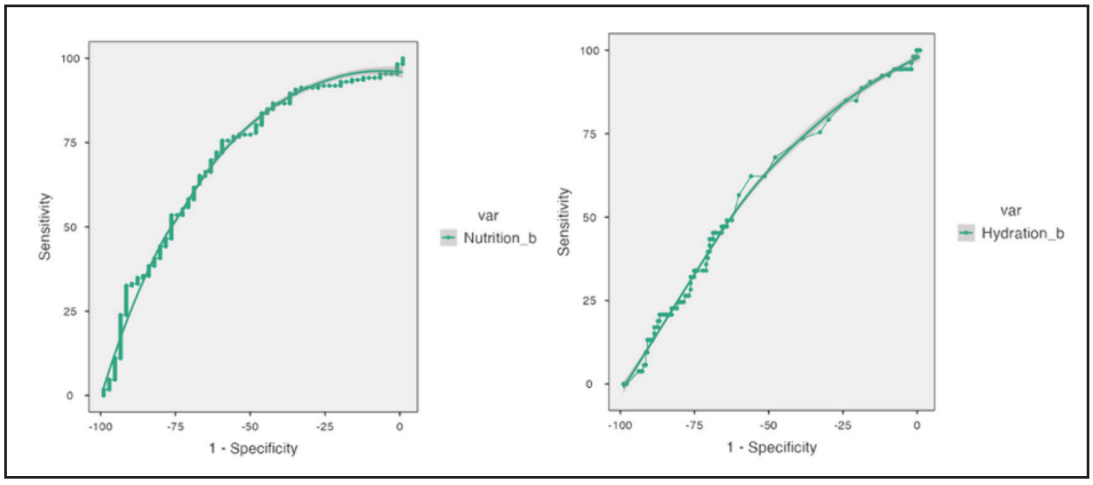

Figura 1.
Curva ROC parámetro de hidratación-nutrición (mortalidad).

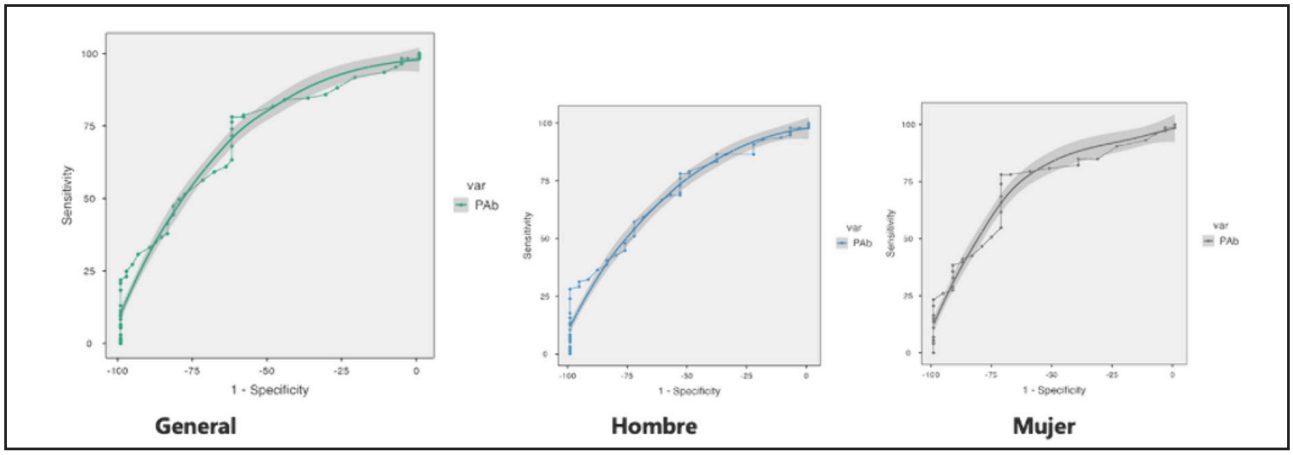

Figura 2.
Curva ROC parámetro de Pha (mortalidad), por sexos.

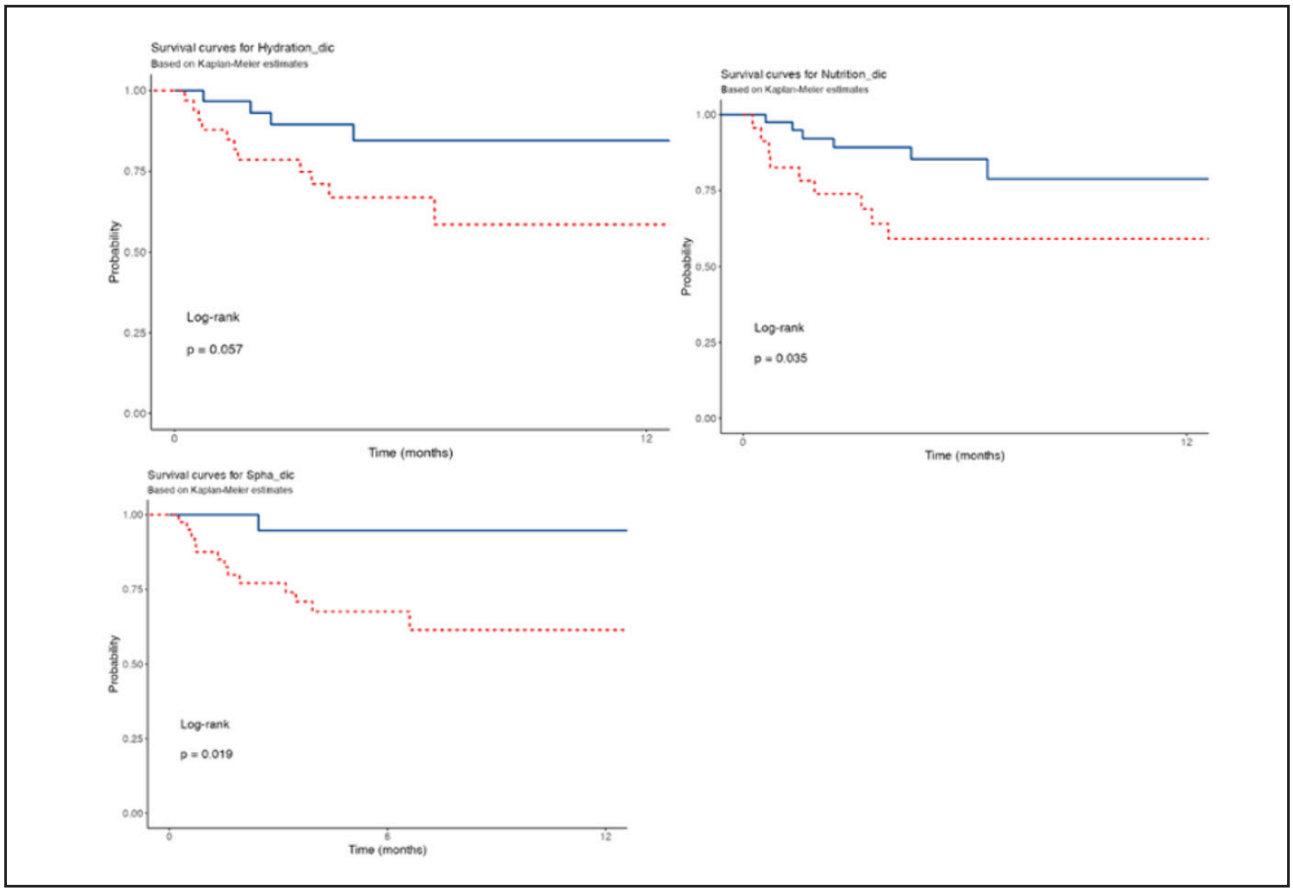

Figura 3.
Kaplan Meier hidratación, nutrición y SPha de mortalidad.

Conclusión: Podemos concluir con que el ángulo de fase estandarizado (Spha) se muestra como el mejor predictor de mortalidad para el seguimiento de la NP en hospitalizados (engloba medición del agua corporal y de la nutrición).

O-012. Utilidad del índice de conicidad como marcador de adiposidad abdominal y riesgo CV en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)

Guillermina Barril[1], Olga Almería[2], Paloma Ruiz Alvarado[2], Ángel Nogueira[2]

[1]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid. [2]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción: Un elevado IMC es habitual en pacientes con ERCA y no excluye la malnutrición. Si el IMC alto es debido a aumento de masa grasa conocer si su depósito es abdominal ayuda a predecir riesgo cardiovascular. El índice de conicidad, descrito por Valdez y cols. en 1993, evalúa el grado de adiposidad abdominal y se ha relacionado con un incremento de riesgo metabólico y cardiovascular.

Objetivos: Valorar el índice de conicidad en 229 pacientes con ERCA, estableciendo su correlación con parámetros nutricionales y de composición corporal.

Material y métodos: Estudio trasversal en 229 pacientes, edad 70,79 ± 13,97 años, El índice de conicidad (IC) se calculó con la formula = perímetro de cintura (m)/0,109 √(peso kg/talla(m)

Resultados: Evaluamos 229 pacientes 58,8 % hombres, 38,6 % diabéticos. Conicidad mayor en hombres 1,35 ± 0,092 frente a mujeres 1,31 ± 0,17 (p 0,025) y en DM frente a no diabéticos, 1,359 ± 0,09 frente a 1,32 ± 0,15 ($p < 0,036$). Mayores que descritos en HD Encontramos correlación directa significativa ente IMC y masa grasa (% masa grasa) 0,000, lo que valida IMC como marcador de adiposidad en hombres y mujeres. Correlaciones índice de xlconicidad: directa: edad 0,000, peso 0,014, p. cintura 0,000, índice cintura/cadera 0,000, MIS 0,15, CMB 0,15, % PT 0,025, BMI 0,023, AEC 0,008, MG 0,019, VGS 0,14. inversa significativa: ángulo de fase 0,000, % B CM 0,04, % ACT 0,044, % AIC 0,003, % MM 0,09, % Mmagra 0,05, albúmina 0,09, dinamometría dcha. 0,12, izqda. 0,05. Establecimos 2 grupos según % de masa grasa G1 ≤ 30 % y G2 > 30 %, encontramos mayor xlC en G2 1,35 ± 0,15

frente a 1,32 ± 0,10, siendo los hombres los de mayor IC, p 0,024. Estableciendo 4 como punto de corte de ángulo de fase y albúmina en 3,5 g/L encontramos diferencias entre grupos: AF: xIC = 1,3604 ± 0,09 frente a xIC = 1,32 ± 1,15. $p < 0,024$ y albúmina: xIC = 1,375 ± 0,07 frente a xIC = 1,33 ± 0,13, p 0,042.

Conclusión: El índice de conicidad aparece como una herramienta útil de adiposidad abdominal mayor en hombres que en mujeres, en diabéticos frente a no diabéticos, con correlación con parámetros de nutrición y composición corporal.

O-013. Utilidad de las técnicas de valoración morfofuncional en la práctica clínica en el abordaje clínico de pacientes con cáncer hematológico

Lara Dalla Rovere[1], Rocío Fernández Jiménez[1], Carmen Hardy Añón[1], Cristina Herola[1], María García Olivares[2], Alessandro Guerrini[1], Rahinatu Awol Tanko[3], Míriam López Pérez[3], María Agustín Hernández Sánchez[3], José Manuel García Almeida[4]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [3]Servicio de Hematología. Quirónsalud. Málaga. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La valoración nutricional en pacientes con cáncer hematológico es crucial para la desnutrición relacionada con la enfermedad. Los parámetros clásicos como el peso, IMC o la antropometría no permiten una evaluación completa del estado nutricional, por lo que han surgido técnicas avanzadas para la evaluación morfofuncional de los pacientes como la ecografía nutricional, la bioimpedanciometría y dinamometría (HGS).

Objetivos: Evaluar la utilidad de las técnicas de valoración morfofuncional como herramienta clave para evaluar el estado nutricional de pacientes oncohematológicos. Determinar correlaciones entre las diferentes técnicas.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes hematológicos que ingresan para iniciar el tratamiento quimioterápico en el Hospital QuirónSalud en el 2023. Se realizó una valoración nutricional completa y se evaluaron datos morfofuncionales mediante ecografía (Mindray®Z60), bioimpedancia (BIVA Akern®Nutrilab) y dinamómetro (Jamar®).

Resultados: 61 pacientes, 50,8 % mujeres, edad media de 62,3 ± 14,1. 35 pacientes con linfoma, 20,4 % con leucemia, 11,1 % con mieloma, todos en primera línea de tratamiento. El 47,5 % de los pacientes se valoraron sin desnutrición según los criterios GLIM, y 42 pacientes tenían desnutrición moderada o grave (32,8 % y 19,7 %). El ángulo de Fase PhA medio fue 5,39° en hombres y 4,99° en mujeres. No hay diferencia significativa de PhA según la enfermedad. El área del recto femural (RF-CSA) medido con la ecografía nutricional estaba fuertemente correlacionada con las mediciones musculares obtenidas mediante BIVA (PhA y B CM-Body Cell Mass).

Conclusión: Hemos encontrado correlación negativa de RF-AXI-Y (eje Y del RF) con TUG *(Up&go)* y positiva con la HGS. Se obtuvo una escala de Cronbach de 0,748 entre todas las técnicas. Por otra parte, se estableció una correlación entre los valores de masa grasa medidos mediante BIVA (FM y FMI) y la medición del tejido adiposo mediante ecografía nutricional (VAT, T-SAT, L-SAT). Es útil incorporar técnicas de valoración morfofuncional a la práctica clínica en pacientes con cáncer hematológico y existe una buena y significativa correlación entre las técnicas de valoración morfofuncional.

O-014. Utilidad de la ecografía del recto femoral para detectar desnutrición en pacientes hospitalizados con riesgo nutricional

Gabriel Olveira[1], Daniel de Luis Román[2], Diego Bellido[3], José Manuel García Almeida[4]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional de Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados es alta y se asocia a peor pronóstico. La ecografía del recto anterior del cuádriceps podría ser útil para la valoración nutricional.

Objetivos: Se realizó un estudio multicéntrico de ámbito nacional (estudio DRECO) para evaluar la utilidad de la ecografía del recto femoral del cuádriceps para detectar desnutrición en pacientes hospitalizados y definir los valores de corte de las medidas ecográficas.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes en riesgo de desnutrición según MUST derivados a la unidad de nutrición. Se midió peso/talla, bioimpedancia y ecografía del recto anterior del cuádriceps. Se clasificaron a los pacientes en función de los criterios GLIM (empleando para la depleción de masa muscular datos de bioimpedancia (ASSM). Se calcularon las curvas "ROC" y el área bajo la curva (AUC).

Resultados: Se reclutaron 1000 pacientes y 988 de ellos (57 % hombres; edad media 57 [GO1] [GO2] años) fueron evaluados. Según criterios GLIM el 13,6 % estaban normonutridos, el 22,1 % presentaban desnutrición moderada y un 64,4 % severa. Los parámetros evaluados de la ecografía muscular, excepto el eje X (eje Y, área y perímetro muscular) fueron significativamente diferentes en función de la clasificación GLIM (más bajos en desnutridos severos). Los valores de corte para definir la desnutrición fueron para el eje Y: (hombres/mujeres) 1,2 y 1,03 cm; para el área muscular 3,3 y 3,05 cm^2 y para el perímetro 32,2 y 32,1 cm. En general, estos valores de corte mostraron sensibilidades moderadas para el eje Y y altas especificidades para el área y perímetro con AUS alrededor de 0,7.

Conclusión: En conclusión, la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados con riesgo nutricional y derivados a la Unidad de Nutrición es muy elevada. El uso de la ecografía del recto femoral del cuádriceps puede ser útil para la detección de la desnutrición en la práctica clínica real.

ISSN (electrónico): 1699-5198 - ISSN (papel): 0212-1611 - CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

ARÁN

Nutrición Hospitalaria

Comunicaciones Orales 2

0-015. Los niveles séricos de la peptidasa D (PEPD) se asocian con obesidad en niños prepúberes

Marco Brandimonte-Hernández[1], Álvaro Torres-Martos[1-3], Mireia Bustos-Aibar[1-3], Augusto Anguita-Ruiz[4,5], Gloria Bueno[6,7], Rosaura Leis[7,8], Ángel Gil[1,2,3,7], Concepción Aguilera[1,2,3,7], Francisco Javier Ruiz Ojeda[1,2,3,7,9]

[1]Bioquímica y Biología Molecular II. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España. [2]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Centro de Investigación Biomédica. Granada, España. [3]Ibs Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada, España. [4]Barcelona Institute For Global Health-Campus Mar. IS Global. Barcelona, España. [5]Ibs Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada, España. [6]Institute Of Sanitary Research of Aragón. GENUD Research Group. Zaragoza, España. [7]CIBERobn. Centro de Investigación Biomédica en Red. Madrid, España. [8]Unit of Investigation in Human Nutrition, Growth and Development of Galicia. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña, España. [9]Institute for Diabetes and Obesity, Helmholtz Center Munich. Múnich, Alemania

Introducción: La pubertad es una etapa de cambios metabólicos y hormonales, que, además, se asocia con una disminución de la sensibilidad a la insulina que se recupera al finalizar la pubertad solo en algunos niños. Datos preliminares de epigenética y de transcriptómica de nuestro grupo de investigación muestran que el gen que codifica la peptidasa D (PEPD) se encuentra más metilado y con menor expresión génica en leucocitos de sangre en niños con resistencia a la insulina a lo largo de la pubertad. PEPD es una peptidasa que tiene un papel importante en la obesidad ya que interviene en la degradación y recambio de colágeno en tejidos como adiposo, entre otros, degradando los dipéptidos que contienen prolina. Se ha demostrado que los niveles circulantes de PEPD determina la fibroinflamación del tejido adiposo y resistencia a la insulina en la obesidad.

Objetivos: El objetivo es obtener una comprensión más profunda de la arquitectura metabólica subyacente del desarrollo de la resistencia a la insulina en la obesidad y describir la posible implicación fisiopatológica de PEPD en niños.

Material y métodos: Los datos provienen de los estudios PUBMEP e IBEROMICS, unas cohortes prospectiva y transversal de 90 y 240 niños, respectivamente. Ambos cuentan con niños pre y púberes, con distintos grados de sobrepeso/obesidad y de insulinorresistencia. La población de estudio cuenta con antropometría, metabolismo de glucosa y lípidos, biomarcadores de inflamación y riesgo cardiovascular, los niveles de PEPD medidos en suero, y datos de metilación del DNA del genoma completo en sangre.

Resultados: Existe una correlación negativa y significativa entre los niveles séricos de PEPD y la masa grasa de niños prepúberes. Además, los niveles de PEPD también se correlacionan positivamente con la glucosa en ayunas y la aspartato aminotransferasa de niños púberes.

Conclusión: Describimos que PEPD está asociado con complicaciones metabólicas en edad pediátrica, pudiendo ser un nuevo biomarcador del estado metabólico.

0-016. Efecto del consumo de un suplemento nutricional rico en miraculina (DMB®) sobre la microbiota intestinal en pacientes oncológicos desnutridos con disgeusia

Julio Plaza Díaz[1-3], Bricia López Plaza[4,5], Lucía Arcos Castellanos[4,5], Francisco Javier Ruiz Ojeda[1,3,6,7], Marco Brandimonte-Hernández[1,3], Ana Isabel Álvarez Mercado[1,7,8], Samara Palma Milla[4,5], Marlhyn Valero Pérez[5], Ángel Gil[1,3,6,7]

[1]Ibs Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada, España. [2]Children's Hospital Eastern Ontario Research Institute. Otawa, Canadá. [3]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España. [4]Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. [5]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (HULP). Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid, España. [6]CIBERobn. Centro de Investigación Biomédica en Red. Madrid, España. [7]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Centro de Investigación Biomédica. Granada, España. [8]Farmacología. Centro de Investigación Biomédica. Granada, España

Introducción: Los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia presentan habitualmente trastornos del gusto que afectan negativamente al consumo de ciertos alimentos y contribuyen a la desnutrición. Además, presentan con frecuencia disbiosis intestinal. El consumo de DMB®, un nuevo suplemento alimenticio rico en la proteína miraculina, transforma los sabores ácidos en dulces y reduce los sabores amargos y metálicos, impactando en el consumo de alimentos, lo cual, a su vez, puede influenciar la composición de la microbiota intestinal.

Objetivos: Evaluar el consumo regular de un suplemento alimenticio rico en miraculina sobre cambios en la microbiota intestinal en pacientes oncológicos desnutridos con disgeusia. Protocolo clínico NCT05486260.

Material y métodos: Estudio clínico piloto, triple ciego, aleatorizado y controlado con placebo en 21 pacientes oncológicos que recibían quimioterapia y presentaban trastornos del gusto. Se aleatorizaron tres grupos para recibir un comprimido bucodispersable, uno que recibió 150 mg de DMB®; otro 300 mg

©Copyright 2024 SENPE y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

de DMB® y un último grupo placebo (liofilizado de fresa). Todos ellos se administraron durante tres meses y antes de cada comida principal. La microbiota intestinal se determinó en las heces de los pacientes al inicio y a los tres meses de la intervención mediante la tecnología Nanopore®.

Resultados: Los filos mayoritarios en los pacientes de ambos grupos de DMB® (150 y 300 mg) fueron *Firmicutes* y *Bacteroidetes.Bacteroides sp.* PHL disminuyó durante la intervención en los tres grupos, pero la mayor disminución se observó en ambos grupos de DMB® (150 y 300 mg). *Solibaculum* aumentó en el grupo DMB® de 150 mg comparado con el grupo placebo.

Conclusión: El aumento de la relación firmicutes / bacteroidetes supone una mejora de la disbiosis en los pacientes tratados con DMB® 150 mg (Tabla I).

O-017. Efectos de la suplementación artificial oral hipercalórica hiperproteica enriquecida en aminoácidos ramificados sobre la valoración morfofuncional

Juan José López Gómez[1,2], David Primo Martín[1,2], Víctor Guadalajara Martínez[3], Rebeca Jiménez Sahagún[1,2], Olatz Izaola Jáuregui[1,2], Emilia Gómez-Hoyos[1,2], Beatriz Ramos Bachiller[1,2], Jaime González Gutiérrez[1,2], Pablo Fernández Velasco[1,2], Daniel de Luis Román[1,2]

[1]Centro de Investigación Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. [3]Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción: El uso de suplementación artificial enriquecida en aminoácidos ramificados puede influir positivamente sobre la masas y función muscular en el paciente con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE).

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue comparar el efecto de la suplementación oral nutricional (SON) enriquecida en aminoácidos ramificados o sus metabolitos sobre la valoración morfofuncional (VMF) de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE).

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo en pacientes con DRE tratados con SON hipercalórico hiperproteico enriquecido en leucina o sus metabolitos (CaHMB). Se reclutaron 72 pacientes en los que se realizó una VMF al inicio (I) y a los 6 meses de la intervención (6M). Se realizó una antropometría (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia braquial (CB); circunferencia pantorrilla (CP), bioimpedanciometría (BIA), ecografía nutricional recto anterior cuádriceps (índice área muscular (IAMRA) y espesor muscular (índice_Y) ajustados por la talla^2, e índice X_Y); dinamometría y test *"time up and go"* (TUG).

Resultados: La edad media de los pacientes fue 57,83 (17,75) años, un 62,5 % eran mujeres. El 26,4 % de los pacientes padecía desnutrición severa y 26,4 % de los pacientes padecían sarcopenia. En la antropometría no se observaron diferencias significativas ni en el IMC (I: 20,21 [3,46] kg/m^2; 6 M: 20,49 (3,67) kg/m^2; $p = 0,08$); ni en las circunferencias. En la ecografía muscular se observó un aumento en el índice_Y (I: 4,09 mm/m^2; 6 M: 4,54 mm/m^2; $p < 0,01$), del índice Y/X (I: 0,12; 6 M: 0,35; $p < 0,01$) y en la ecogenicidad (I: 21, 79 [11,98] %; 6 M: 19,83 [8,96] %; $p = 0,03$). En la bioimpedanciometría, no se observaron diferencias en el ángulo de fase (I: 5,24 [1,05]º; 6 M: 5,18 [1,02]; $p = 0,99$) ni en los parámetros estimados. Se observó un aumento de la fuerza muscular medida por dinamometría (I: 21,59 kg; 6 M: 23,30 kg; $p < 0,01$) y una disminución del tiempo en TUG (I: 12,67 [4,96]; 6 M: 11,71 [4,18]; $p = 0,049$).

Conclusión: La utilización de un SON hipercalórico e hiperproteico enriquecido en aminoácidos ramificados o derivados consigue una mejoría de los parámetros morfofuncionales de cantidad y calidad muscular, fuerza y función muscular en pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad.

Tabla I.

Grupos	Intervención	Filos			Género		Especie
		Firmicutes	*Bacteroidetes*	Relación *Firmicutes Baceroidetes*	*Faecalibacterium*	*Solibaculum*	*Bacteroides sp.* PHL 2737
DMB® 150 mg	Inicio	78,1 (70,6-94,1)	14,6 (1,4-24,5)	5,1 (2,9-64,9)	17,5 (5,7-34,1)	1,1 (0,4-10,8)	1,5 (0,8-2,2)
	3 meses	88,6 (76-95,1)	8,2 (1,9-20,7)	10,8 (3,7-50,7)	13,4 (12-24,2)	3,4 (0,8-7,8)	0,3 (0,3-0,3)
DMB® 300 mg	Inicio	75,7 (49,3-86)	8,9 (3,1-41,4)	10,2 (1,2-26,4)	19,7 (4,6-28,8)	1 (0,07-6,7)	2,1 (0,2-4,0)
	3 meses	74,7 (67,7-80,6)	16 (3-26,4)	5,2 (2,7-24,6)	17,2 (4,6-28,8)	1 (0,08-6,4)	0,4 (0,2-2,2)
Placebo	Inicio	69,1 (13,1-88,1)	10,2 (0,008-18,1)	7-8 (3-5-21-31)	11,4 (0,01-35)	5,8 (0,03-8)	0,4 (0,3-0,4)
	3 meses	73,7 (50,3-91,1)	6,7 (0,1-32,4)	9,5 (1,6-81,1)	12,2 (0,05-46,3)	1,4 (0,02-3)	0,2 (0,2-0,2)
p-value	Tratamiento (T)	0,062	0,444	0,009	0,614	0,782	0,469
	Tiempo (t)	0,224	0,674	0,458	0,707	0,172	< 0,001
	T × t	0,598	0,888	0,048	0,670	0,046	< 0,001

O-018. Valoración del estado nutricional por GLIM y BIVA en pacientes ORL. Seguimiento de 3 y 6 meses en un programa de nutrición y ejercicio. Grupo Valor

Rocío Fernández Jiménez[1], María Luisa Fernández Soto[2], María Novo Rodríguez[3], Francisco Javier Vílchez López[4], Manuel Cayón Blanco[5], Silvia García Rey[6], Aura Dulcinea Herrera Martínez[7], Fátima Torres Flores[8], Juana Rabat Restrepo[9], José Manuel García Almeida[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Málaga. [2]Hospital Universitario Virgen de la Nieves. Granada. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. [5]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. [6]Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [7]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. [8]Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. [9]Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El cáncer de cabeza y cuello (ORL) por la localización del tumor y el tratamiento que conlleva puede llegar a tener efectos secundarios indeseados. La valoración del estado nutricional y el diagnóstico se debe realizar de forma más específica.

Objetivos: Evaluar los cambios a los 3 y 6 meses de composición corporal mediante la BIVA en pacientes con cáncer ORL (centrándonos en Pha y B CM).

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con cáncer ORL en tratamiento radioterápico en diferentes hospitales andaluces. Se realiza valoración morfofuncional mediante dinamómetro (Jamar®), bioimpedanciómetro (Akern) y ecografía nutricional (Mindray®).

Resultados: 591 pacientes cáncer ORL, 472 hombres (77,1 %) edad media de 64,0 ± 10,5 años. Orofaringe y cavidad nasal representaron un 72,6 %, seguido de laringe e hipofaringe (20,5 %). El 31,9 % un estadio tumoral T4, 20,3 % T3, un 33,3 % T2, 8,7 % T1 y un 5,8 % estadio Tx. Existen diferencias significativas en las visitas basal-3 meses y 6 meses según la BIA en la clasificación GLIM (Tablas I-III). Se puede observar en la figura 1 la comparativa entre medias según la clasificación GLIM de los valores de Pha y B CM basal, 3 y 6 meses. Se observa claramente que los pacientes

Tabla I. GLIM sin riesgo

	GLIM sin riesgo				
	General	*n* = 547			Valor *p* Basal-6 m
	n = 591	Basal	3 meses	6 meses	
BMI	25,5 (4,96)	25,8 (4,84)	24,7 (4,50)	23,9 (4,79)	< 0,001
PA	5,17 (0,93)	5,28 (0,90)	4,96 (0,82)	5,22 (1,10)	< 0,001
BCM	25,4 (6,12)	26,1 (5,85)	24,1 (5,38)	25,0 (5,54)	0,003
FM	19,2 (8,85)	19,6 (8,60)	17,8 (8,32)	16,2 (6,97)	< 0,001
FFMI	18,5 (2,64)	18,8 (2,58)	18,2 (2,31)	18,5 (3,01)	0,007
FMI	6,89 (3,14)	7,01 (3,01)	6,49 (3,06)	6,32 (3,25)	< 0,001
BCMI	9,09 (1,92)	9,33 (1,84)	8,73 (1,66)	9,11 (1,80)	< 0,001
SMI	8,81 (1,84)	8,97 (1,86)	8,74 (1,47)	9,07 (2,94)	< 0,001

Tabla II. GLIM moderado

	GLIM moderado				
	General	*n* = 60			Valor *p* Basal-6 m
	n = 591	Basal	3 meses	6 meses	
BMI	25,5 (4,96)	25,8 (4,96)	24,9 (3,41)	27,2 (6,72)	< 0,001
PA	5,17 (0,93)	5,14 (0,99)	4,83 (1,01)	6,60 (0,14)	< 0,001
BCM	25,4 (6,12)	25,3 (6,45)	24,1 (5,21)	33,2 (1,20)	< 0,001
FM	19,2 (8,85)	20,2 (10,8)	19,0 (7,78)	22,5 (10,1)	< 0,001
FFMI	18,5 (2,64)	18,5 (2,19)	18,1 (1,68)	19,6 (2,69)	< 0,001
FMI	6,89 (3,14)	7,30 (4,06)	6,72 (2,61)	7,65 (4,03)	0,007
BCMI	9,09 (1,92)	9,06 (1,83)	8,48 (1,51)	11,1 (1,41)	< 0,001
SMI	8,81 (1,84)	8,71 (1,56)	8,86 (1,16)	9,40 (0,99)	< 0,001

Tabla III. GLIM severo

	GLIM severo				
	General	***n* = 75**			**Valor *p* Basal-6 m**
	***n* = 591**	**Basal**	**3 meses**	**6 meses**	
BMI	24,4 (4,41)	22,7 (4,92)	22,2 (4,01)	19,6 (4,90)	< 0,001
PA	4,91 (0,85)	4,52 (0,81)	4,60 (0,87)	4,03 (1,19)	< 0,05
BCM	23,7 (5,45)	20,9 (5,61)	20,7 (5,29)	19,1 (3,76)	< 0,05
FM	17,4 (8,14)	16,0 (8,03)	13,6 (6,23)	12,4 (4,30)	< 0,001
FFMI	18,1 (2,28)	16,9 (2,76)	17,1 (2,30)	15,3 (5,3)	< 0,05
FMI	6,34 (2,97)	5,84 (2,85)	5,10 (2,31)	5,85 (3,76)	0,010
BCMI	8,59 (1,66)	7,63 (1,82)	7,76 (1,60)	6,98 (1,33)	< 0,05
SMI	8,66 (1,47)	7,91 (1,70)	8,04 (1,60)	9,02 (4,39)	< 0,001

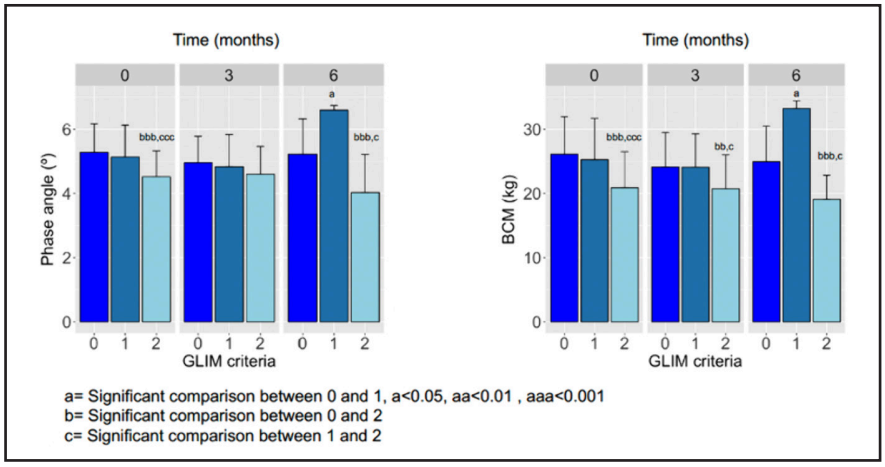

Figura 1.
Comparativa de medias del Pha y BCM basa-3 meses-6 meses según clasificación GLIM.

con riesgo moderado que tienen una pauta de suplementos orales enriquecidos en proteínas tienen una recuperación mucho mejor que los que parten de riesgo bajo y no comienzan a tomarlos desde el inicio del tratamiento. Además, se observa que los pacientes con riesgo severo al inicio del tratamiento, debido a la afectación de la propia enfermedad y estadios avanzados, no se recuperan de la misma forma que los otros grupos previamente nombrados y necesitarían de un seguimiento mayor.

Conclusión: Los pacientes con peor estado nutricional basal (GLIM Severo) presentan una peor evolución y recuperación a los 6 meses según la BIVA, que los que parten de un estado nutricional basal sin riesgo o moderado.

O-019. Valor pronóstico de la bioimpedancia eléctrica en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia. Estudio Valor®

Inmaculada Prior Sánchez[1], Aura Dulcinea Herrera Martínez[2], María Teresa Zarco Martín[3], Rocío Fernández Jiménez[4], Montserrat Gonzalo Marín[5], Araceli Muñoz Garach[6], Francisco Javier Vílchez López[7], Manuel Cayón Blanco[8], María José Martínez Ramírez[1], José Manuel García Almeida[4]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [5]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [6]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [7]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. [8]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Introducción: El análisis de impedancia bioeléctrica (BIA) es un método para estimar la composición corporal. El ángulo de fase (PA), el ángulo de fase estandarizado (SPA), la masa celular corporal (B CM) y la masa libre de grasa (FFM) pueden influir en el pronóstico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CyC).

Objetivos: a) Investigar si los parámetros bioeléctricos se pueden utilizar como factores pronósticos en CyC; y b) Establecer los puntos de corte de mejor valor predictivo.

Material y métodos: Estudio longitudinal observacional multicéntrico realizado por el grupo VALOR: VALoración Morfofuncional en el paciente Onco-Radioterápico en diferentes hospitales: Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Hospital Regional

Universitario de Málaga (Málaga), Hospital Universitario de Jaén (Jaén), Hospital Universitario Clínico San Cecilio y Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), Hospital Universitario Puerta del Mar y Hospital Universitario de Jerez de la Frontera (Cádiz), Hospital Universitario Virgen del Rocío, Hospital Universitario Virgen Macarena y Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla), Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Hospital Universitario de Badajoz. Se incluyeron pacientes diagnosticados con CyC en diferentes etapas (2020-2022; período mínimo de seguimiento:12 meses). Se efectúo evaluación morfofuncional en todos los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el programa spss (significación $p < 0,05$).

Resultados: El PA, SPA, B CM y el índice de FFM (FFMI) se identificaron como factores pronosticos. Una B CM > 17 kg/m^2 fue el predictor más potente de supervivencia en la población general con CyC. Un PA < 5,1° en hombres y < 4,8° en mujeres proporcionó la mejor predicción de mortalidad.Cifras más altas de PA se asociociaron con un riesgo significativamente menor de mortalidad (OR, 0,67; IC 95 %, 0,48-0,92; $p < 0,05$) y con un menor riesgo de ingreso hospitalario (OR, 0,64; IC 95 % , 0,48-0,83; $p < 0,01$).

Conclusión: Una B CM más alta se relacionó con un riesgo menor de mortalidad (OR, 0,88; IC 95 %, 0,82-0,94; $p < 0,001$) y con un menor riesgo de ingreso hospitalario (OR, 0,89; IC 95 %, 0,84-0,95; $p > 0,001$). FFMI fue un factor protector significativo para el ingreso hospitalario (OR, 0,82; IC 95 %, 0,68-0,98; $p < 0,05$).

O-020. Cambios en la composición corporal durante la fase de dieta precirugía bariátrica en pacientes con y sin análogos de GLP-1

Isabel Higuera Pulgar, María Isabel Yagüe Lobo, Magdalena de la Higuera López-Frías, Elena Sánchez Campayo, Gloria Velasco Martín, Fernando Lapuente Sastre, Sonsoles Gutiérrez Medina

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción: Para optimizar los resultados de cirugía bariátrica (CB) se recomienda pérdida de peso preoperatoria. Sin embargo, no existe consenso sobre el mejor procedimiento para conseguir dicha pérdida.

Objetivos: Describir la antropometría basal (predieta CB) y previa a cirugía bariátrica (preCB), comparando la evolución antropométrica en pacientes con y sin análogos de GLP1 (agGLP1) previo a CB.

Material y métodos: Estudio descriptivo longitudinal en práctica clínica habitual. Todos los pacientes realizaron dieta hipocalórica (-500 kcal de su GET) y posteriormente de muy bajo contenido calórico (800-1000 kcal) durante 2 semanas antes de CB, y un grupo añadió agGLP1. Se recogieron variables demográficas, antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura) y bioimpedancia SECA 515/514®. Las variables se expresan: frecuencias y media ± DS, mediana (rango intercuartílico). Pruebas estadísticas: χ^2, Wilcoxon con *software* SPSSv22®.

Resultados: 74 pacientes, edad 45,97 ± 12 años (62,2 % mujeres). El 31,1 % se encontraban en IMC = 35-39,9 kg/m^2, 56,7 % en IMC = 40-49,9 kg/m^2 y 12,2 % en IMC = 50-60 kg/m^2. El 35,1 % emplearon agGLP1 (34,6 % semaglutida y resto liraglutida), mediana de tiempo de 20 (12-30) semanas. El % pérdida de peso fue 2,95 ± 5,27 (sin aGLP1 = 1,72 ± 4,93 y con aGLP = 5,59 ± 5,11, $p = 0,006$) La evolución de la composición corporal global y comparando entre grupos se ve en la tabla I.

Conclusión: La pérdida de peso, especialmente de masa grasa, que consigue la dieta pre-CB es más significativa en aquellos pacientes en tratamiento con agGLP1.

O-021. Valoración morfofuncional en pacientes con cáncer ORL. Importancia de la función muscular (dinamometría de mano)

María García Olivares[1-3], Rocío Fernández Jiménez[2-4], María Teresa Zarco Martín[5], María Galindo[6], María Novo Rodríguez[7], Montserrat Gonzalo Marín[1], Inmaculada Prior Sánchez[8], María del Carmen Roque Cuéllar[9], Concepción Muñoz Jiménez[10], José Manuel García Almeida[2,4]

Tabla I.

	Predieta CB		Pre-CB		*p*	
CC (cm)	130,5 ± 13,94		125,2 ± 17,7		0,002	
	NoGLP1	aGLP1	NoGLP1	aGLP1	0,039	0,017
	127,4 ± 12,2	138,1 ± 15,4	122,8 ± 18,5	132,2 ± 13,5		
Masa grasa kg* (%)	59,4 ± 10,9 (48,5 ± 7,1)		57,8 ± 10 (49,64 ± 5,1)		< 0,001	
	NoGLP1*	aGLP1*	NoGLP1*	aGLP1*	0,212	0,001
	58,3 ± 8,5	61,7 ± 14,2	58,3 ± 9,6	56,8 ± 11,8		
Masa magra kg* (%)	60,6 ± 13,2 (49,8 ± 6)		59,13 ± 10 (50,5 ± 4,84)		< 0,001	
	NoGLP1*	aGLP1*	NoGLP1*	aGLP1*	0,03	0,001
	59,5 ± 13,5	62,7 ± 12,6	59 ± 10,4	59,3 ± 32		
Masa muscular esquelética kg* (%)	30,2 ± 6,3 (22,8 ± 7,1)		30,1 ± 8,3 (25,5 ± 5,7)		< 0,001	
	NoGLP1*	aGLP1*	NoGLP1*	aGLP1*	0,013	0,005
	30,8 ± 5,7	29,5 ± 6,9	30,6 ± 9,1	29,1 ± 6,4		

**El valor comparado es en unidades marcadas.*

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga. [3]Departamento de Medicina y Dermatología. Universidad de Málaga. Málaga. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [5]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. [6]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. [7]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [8]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén. [9]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [10]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La evaluación de la fragilidad y sarcopenia tienen un valor predictivo y pronóstico en los pacientes con cáncer ORL.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de dinapenia (baja función muscular) en pacientes con cáncer ORL. Valorar la utilidad de las herramientas de valoración morfofuncional para obtener puntos de corte para dinapenia.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con cáncer ORL en tratamiento radioterápico en diferentes hospitales andaluces. Se realiza valoración morfofuncional mediante dinamómetro (Jamar®), bioimpedanciómetro (BIA, Akern) y ecógrafo (Mindray®).

Resultados: 504 pacientes con cáncer ORL, 95 presentan dinamometría baja o dinapenia (18.6 %) según los criterios EWGSOP2. Existen diferencias significativas en las variables de valoración morfofuncional entre pacientes que presentan dinapenia y no dinapenia. Según BIA, presentan un menor PA(º) (4,68 ± 0,99 frente a 5,33 ± 0,90), B CM (kg) (21,7 ± 5,5 frente a 26,4 ± 6,0) y SMI (%) (8,22 ± 1,5 frente a 8,87 ± 1,6). Según ecografía, presentan menor área (cm^2) (2,85 ± 1,1 frente a 3,86 ± 1,5) y eje Y (cm) (0,92 ± 0,3 frente a 1,12 ± 1,4). No existen diferencias significativas entre variables clínicas como progresión de enfermedad o ingresos hospitalarios. Mediante curva ROC determinamos el punto de corte para definir dinapenia utilizando BIA (B CM); hombres B CM 25,1 kg (AUC 0,71, S 0,64, E 0,71) y mujeres B CM 19,5 kg (AUC 0,73, S 0,83, E 0,64).

Conclusión: Los pacientes con peor función muscular (dinapenia) presentan un peor estado nutricional y de composición corporal (valoración morfofuncional). El uso de la BIA (B CM) nos permite identificar puntos de corte para definir dinapenia en pacientes con cáncer ORL.

O-022. Valoración morfofuncional en el paciente con patología oncológica de tubo digestivo. ¿Influye la evaluación mediante nuevas técnicas en el pronóstico?

Pablo Fernández Velasco[1,2], Juan José López Gómez[1,2], Olatz Izaola Jáuregui[1,2], David Primo Martín[1,2], Paloma Pérez López[1,2], Jaime González Gutiérrez[1,2], Lucía Estévez Asensio[2], Rebeca Jiménez Sahagún[1,2], Gonzalo Díaz Soto[1,2], Daniel de Luis Roman[1,2]

[1]Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Valladolid. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

Introducción: Las técnicas de valoración morfofuncional pueden ayudar a caracterizar el pronóstico del paciente oncológico.

Objetivos: Describir las medidas de composición corporal (ecografía muscular [EM] y bioimpedanciometría [BIA]) y funcionalidad (dinamometría) en el paciente con patología oncológica digestiva y evaluar su capacidad como herramienta pronóstica de estancia media quirúrgica (EMQ) y *exitus*.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo en 75 pacientes con patología oncológica digestiva. Se recogieron datos clínicos y de valoración morfofuncional (EM del recto anterior del cuádriceps) cuantitativas (eje Y, eje X e índice de área muscular recto anterior [IAMRA]) y cualitativas (índice Y/X, ecointensidad), BIA (composición corporal y ángulo de fase [AF]), y dinamometría de mano).

Resultados: El 59,7 % fueron mujeres. La prevalencia de cáncer esofagogástrico y colorrectal fue del 67 % y 33 %, respectivamente. El 48 % de los pacientes fueron intervenidos, con EMQ < 7 y < 15 días del 41 % y 80,6 %, respectivamente. El 16 % fallecieron. El IAMRA medio fue 1,28 ± 0,42 cm^2 y el índice Y/X 0,42 ± 0,48. La ecointensidad media fue 36,76 % ± 9,52. En la impedanciometría, el AF fue 5,95 ± 0,95º y ASMI 6,47 ± 1,44 kg/m^2. Al evaluar las diferencias entre las variables morfofuncionales analizadas según EMQ y *exitus* se observaron diferencias significativas en IAMRA (*exitus* 1,05 ± 0,33 frente a No *exitus* 1,32 ± 0,43 cm^2, $p = 0,04$), AF (*exitus* 4,50 [4,10-5,25]º frente a no *exitus* 5,15 [4,58-5,70]º, $p = 0,041$) e índice Y/X (*exitus* 0,27 [0,24-0,29] frente a no *exitus* 0,33 [0,27-0,41] cm, $p = 0,04$); y para AF en EMQ < 15 días (6,15 ± 0,77 frente a 5,33 ± 0,87), $p = 0,028$. Al realizar un análisis multivariante en el que se incluyó edad, sexo, quimioterapia e IAMRA se obtuvo una mayor probabilidad de *exitus* en relación con un índice Y/X < 0,41 cm, OR 7,95 (IC 95 % 1,27-49,77), $p = 0,027$ y AF < 5,1º, OR 5,37 (IC 95 % 1,08-26,70), $p = 0,04$.

Conclusión: El deterioro en la valoración morfofuncional con técnicas emergentes como la impedanciometría (AF < 5,1º) y la ecografía nutricional (índice Y/X < 0,42) se asoció con mayor probabilidad de *exitus* en el paciente oncológico de tubo digestivo.

ISSN (electrónico): 1699-5198 - ISSN (papel): 0212-1611 - CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

Nutrición Hospitalaria

Comunicaciones Pósteres

GERIATRÍA

P-001. Prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes crónicos complejos y su asociación con fragilidad

Selena Borrachero Almodóvar[1], Rosa Gastaldo Simeón[2], Enriqueta Márquez Villaverde[1], Violeta Cano Collado[1]

[1]Hospital de Manacor. Manacor, Palma de Mallorca. [2]Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Manacor. Manacor, Palma de Mallorca

Introducción: El riesgo de desnutrición en los pacientes crónicos complejos (PCC) es alto, por lo que debe realizarse un cribado y valoración nutricional al ingreso. La desnutrición (DN) no parece explicarse solo por la edad o las patologías asociadas, considerándose otros factores como la fragilidad, determinantes en su aparición.

Objetivos: Estimar la prevalencia del riesgo de desnutrición (RD) en los PCC adultos de un hospital comarcal y los factores asociados a dicho riesgo, así como la relación entre desnutrición y fragilidad.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado durante 8 meses. El riesgo de desnutrición se estimó mediante el test NRS2002 y para su diagnóstico se utilizó el test MNA. La fragilidad se determinó mediante la escala EPADI. El análisis estadístico se realizó con SPSS V26. Los datos cualitativos se expresaron como porcentajes y los cuantitativos como media y rangos. Para comparar diferencias entre grupos se empleó $\times 2$ para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para cuantitativas ($p < 0,05$).

Resultados: Se recogieron 207 pacientes con una edad media de 78,96 años (DE 10,31), el 53,6 % eran hombres y su diagnóstico principal al ingreso fue enfermedad cardíaca (15,5 %). La estancia media fue de 8,15 días (DE 6,82), la mayoría procedía del domicilio (92,8 %) y este fue el destino principal al alta (72,9 %). El peso medio fue de 72,35 kg con un IMC 27,65 ± 5,84 kg/m^2. El 56,5 % presentó RD de los cuales el 55,5 % tenía desnutrición. El riesgo de fragilidad (intermedio + alto) estaba presente en el 48,71 % en los pacientes con RD y en el 92,31 % de los pacientes con DN.

Conclusión: Hubo diferencias significativas en pacientes con y sin RD en edad, peso, IMC, estancia hospitalaria y destino al alta. El RD y la desnutrición son muy prevalente en los PCC y se asocian con fragilidad. Son pacientes de mayor edad, menor peso y mayor estancia hospitalaria.

P-002. Valoración del registro del estado nutricional de los pacientes crónicos avanzados del sector sanitario de Llevant de Mallorca

Selena Borrachero Almodóvar[1], Rosenda María Puigserver Lladó[2], Claudia Antonia Suñer Goldbach[3], Leticia Herreros Rado[4], Raquel Albaladejo Piña[5], Claudia Medina Barceló[6], Helena Forteza Balves[7], María dels Angels Ramis Oliver[8], Sebastian Vallori López[9]

[1]Hospital de Manacor. Manacor, Palma de Mallorca. [2]Centro de Salud de Santanyi. Santanyi, Palma de Mallorca. [3]Centro de Salud de Felanitx. Felanitx, Palma de Mallorca. [4]Centro de Salud de Arta. Arta, Palma de Mallorca. [5]Centro de Salud de Manacor. Manacor, Palma de Mallorca. [6]Centro de Salud de Son Servera. Son Servera, Palma de Mallorca. [7]Centro de Salud de Capdepera. Capdepera, Palma de Mallorca. [8]Centro de Salud Vilafranca. Vilafranca, Castelló. [9]Centro de Salud de Campos. Campos, Palma de Mallorca

Introducción: El Plan de Atención a la Cronicidad considera imprescindible la detección y valoración de la desnutrición para optimizar la asistencia al paciente con necesidades complejas.

Objetivos: Conocer el perfil clínico de los pacientes crónicos avanzados (PCA) y el abordaje nutricional actual.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Se analizaron todos los pacientes mayores de 70 años incluidos en programa PCA pertenecientes al sector sanitario de Llevant. Se revisaron los registros de las variables a estudio en la historia clínica (HC) del último año. Los resultados se expresaron en media ± DS y porcentajes.

Resultados: Muestra de 242 sujetos (67,35 % mujeres) con una edad media de 88,03 años ± 6,70. El 36,7 % está institucionalizado, el 57 % recibe atención domiciliaria, el 26 % seguimiento por cuidados paliativos y el 68,18 % por la enfermera gestora de casos (EGC). El resultado del test de Barthel consta en el 76,8 % de la muestra reflejando la media (30,75 ± 27,20), dependencia grave. El test de pfeiffer esta registrado en el 59,5 % presentando deterioro cognitivo un 79,86 %. Un 3,3 % ha sido valorado por la nutricionista hospitalaria. En un 24,79 % de los pacientes consta registro de peso y en un 21 % el IMC (peso medio: 60,63 kg ± 14,44; IMC medio: 25,39 kg/m^2 ± 3,97). La necesidad de comer y beber aparece registrada en el 38,8 % de la muestra. Tanto el Test de Predimed como el de calidad de la dieta mediterránea no se cumplimenta en ningún sujeto. Un 4,9 % recibe suplementación proteica. Consta registro de disfagia en 39 sujetos (16,1 %). Existe un infraregistro en la HC sobre aspectos relacionados con el estado nutricional dificultándose así su correcto abordaje.

©Copyright 2024 SENPE y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Conclusión: Debido a la alta complejidad de los pacientes, se hace patente la necesidad de seguir trabajando conjuntamente e impulsando la valoración rutinaria y la implantación de herramientas de cribado nutricional. Es clave potenciar la coordinación entre Atención Primaria y Nutrición mediante la EGC.

P-003. Evaluación nutricional con marcadores analíticos tradicionales y avanzados (cociente PCR/prealbúmina) del anciano con fractura de cadera con suplementación hipercalórica/hiperproteica con fibra

Pedro Pablo García Luna[1], Silvia García Rey[1], María del Carmen Roque Cuéllar[1], Victoria Alfaro Lara[2], Rocío Fernández Jiménez[3], Isabel María Vegas Aguilar[3], Roser de Castellar Sansó[4], Jesús Delgado Ojeda[4], José Manuel García Almeida[3]

Unidades de [1]Nutrición y de [2]Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [4]Medical Affairs. Scientific Department. Laboratorios Ordesa, S. L. Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Introducción: La malnutrición o el riesgo de padecerla es un estado nutricional común en el anciano/a cuando sufre una fractura de cadera de bajo impacto, lo que aumenta la morbimortalidad y empeora su pronóstico clínico. A los marcadores nutricionales tradicionales de tipo analítico se añaden otros como el cociente Proteína C reactiva/prealbúmina (PCR/PreAlb), que relaciona estado proteico e inflamatorio y podría aportar un valor pronóstico de morbilidad útil para el clínico.

Objetivos: Evaluar los cambios analíticos (albúmina, prealbúmina, colesterol, linfocitos PCR/pre-Alb) en pacientes ancianos intervenidos de fractura de cadera de bajo impacto, asociados a la toma de un suplemento hiperproteico e hipercalórico con fibra.

Material y métodos: Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, controlado, con placebo, doble ciego en el que se incluyeron 85 sujetos > 65 años: 45 con suplemento (grupo E) y 40 controles (grupo C) sometidos a cirugía por fractura de cadera.

Resultados y conclusión: No se observaron diferencias significativas entre grupo E y C para los valores de la analítica precirugía ni a los 4 meses para albúmina, prealbúmina, colesterol y linfocitos ($p > 0,05$). El valor medio de PCR / pre-Alb no mostró diferencias entre grupos al cabo de 4 meses de seguimiento ($p = 0,522$). A los 4 meses había una proporción significativamente mayor de pacientes con PCR/PreAlb ≤ 0,24 en el grupo E (E: 39,1 % frente a C: 18,6 %, $p = 0,033$). Como conclusión, el mayor número de casos PCR/prealbúmina ≤ 0,24 (a favor de una menor morbilidad hospitalaria) en el grupo de ancianos con fractura de cadera que tomó un suplemento hipercalórico e hiperproteico sugiere que la intervención nutricional precoz en este tipo de pacientes puede mejorar su pronóstico (Fig. 1).

P-004. Restricción calórica y actividad física como estrategias para mejorar la composición corporal en personas mayores con sobrepeso y síndrome metabólico: estudio PREDIMED-Plus

Jadwiga Konieczna[1,2], Marga Morey[1,2], Lara Prohens[2], Elena Rayó[2], Víctor de la O[3,4], Miguel Ruiz-Canela[1,4], Vicente Martín-Sánchez[5,6], Jordi Salas-Salvadó[1,7,8], Dora Romaguera[1,2], J. Alfredo Martínez[1,3,9]

[1]Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERobn). Institute de Salud Carlos III. Madrid. [2]Research Group on Nutritional Epidemiology & Cardiovascular Physiopathology (NUTRECOR). Health Research Institute of the Balearic Islands. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. [3]Precision Nutrition and Cardiometabolic Health Program. IMDEA Food. CEI UAM + CSIC. Madrid. [4]Department of Preventive Medicine and Public Health. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Universidad de Navarra. Pamplona. [5]CIBER de Epidemiología y Salud Pública. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. [6]Instituto de Biomedicina. Universidad de León. León. [7]Departament de Bioquímica i Biotecnologia, Alimentació, Nutrició Desenvolupament i Salut Mental ANUTDSM. Universitat Rovira i Virgili. Reus, Tarragona. [8]Institut d'Investigació Pere Virgili. Reus, Tarragona. [9]Department of Nutrition, Food Sciences, and Physiology. Center for Nutrition Research. Universidad de Navarra. Pamplona

Introducción: No están claros los efectos independientes y combinados de la dieta y la actividad física (AF) en la optimización de los factores de riesgo metabólicos entre las personas mayores.

Objetivos: Analizar prospectivamente el impacto de la reducción de la ingesta total de energía (ITE) y el aumento de AF sobre los cambios de la composición corporal en adultos mayores.

Material y métodos: Se incluyó una submuestra 1.090 participantes (55-75 años con sobrepeso/obesidad y síndrome metabólico) del ensayo PREDIMED-Plus seguida durante un año. Los cambios al año en ITE y AF se dicotomizaron dependiendo

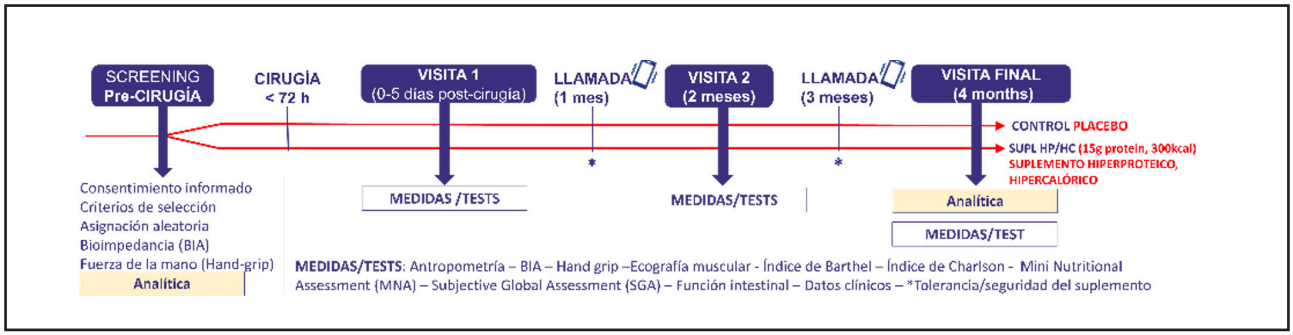

Figura 1.

de si se produjo una disminución en ITE y un aumento en AF, y se creó la combinación de ambas exposiciones. Las variables resultado incluyeron mejoras del ≥ 5 % en el peso inicial y la composición corporal (% de masa grasa y masa magra) determinados mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA). Se aplicaron modelos de regresión logística multivariable.

Resultados: Una reducción de la ITE (kcal/día) al año se asoció con una mayor probabilidad de perder ≥ 5 % del peso inicial (kg) en comparación con las personas que aumentaron la ITE (OR = 1,63; 95 %CI 1,13-2,36). Un aumento en la AF (METs·min/semana) al año se asoció con una mayor probabilidad de perder peso (1,81; 1,28-2,58) o % de grasa total (1,61; 1,2-2,31) y de aumentar % de masa magra (1,71; 1,10-2,66) en comparación con las personas de la categoría con AF reducida. Las personas que aumentaron la AF y redujeron ITE tuvieron una mayor probabilidad de experimentar mejoras en la composición corporal en comparación con aquellas que no mejoraron el estilo de vida o que solo hicieron un cambio (aumentar AF o reducir ITE).

Conclusión: La recomendación de aumentar la AF con educación nutricional complementaria para reducir la ITE podría beneficiar la composición corporal de personas mayores con sobrepeso y síndrome metabólico.

P-005. ¿Cuál es el mejor método para evaluar el estado nutricional del paciente mayor con cáncer? Proyecto ONCOASSESS. Resultados preliminares

María José Molina-Garrido

Consulta de Cáncer en el Anciano. Servicio de Oncología Médica. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca

Introducción: Distintos estudios han puesto de manifiesto el valor pronóstico del estado nutricional en pacientes mayores con cáncer. Sin embargo, no existe unanimidad en cuanto al método ideal para determinarlo en este grupo poblacional.

Objetivos: Comparar la concordancia entre distintos métodos para evaluar el estado nutricional en pacientes ≥ 70 años en la consulta de cáncer en el anciano de nuestro hospital.

Material y métodos: Proyecto ONCOASSESS, observacional prospectivo. Recogida de datos del paciente y del tumor, y variables de evaluación del estado nutricional: cuestionario MNA-SF *(gold standard)*, escala NSI, cuestionario MUST y porcentaje de pérdida de peso en los últimos 6 meses (PPP6m). Se dicotomizan los métodos de evaluación nutricional, estableciendo los siguientes puntos de corte de riesgo nutricional: MNA-SF con puntuación < 12, NSI con puntuación ≥ 3, MUST con puntuación ≥ 1, y PPP6m ≥ 5 %. Cálculo de concordancia entre los distintos métodos mediante el cálculo del acuerdo entre observadores y el índice kappa de Cohen (SPSS y calculadora *online* ReCal3); interpretación del índice kappa de Cohen mediante los criterios de Altman (1991).

Resultados: 142 pacientes. Sexo masculino 62 %. Mediana de edad 81,69 años (rango 70,46-98,11). Tumores del tracto gastrointestinal 60,6 %. Estadio IV 25,4 %. El porcentaje de pacientes con riesgo nutricional fue del 71,1 %, 67,6 %, 47,2 % y 52,2 % según el cuestionario MNA-SF, la escala NSI, el cuestionario MUST y el PPP6m, respectivamente. El 83,2 %, el 63,4 % y el 35,1 % de los pacientes con riesgo nutricional según el cuestionario MNA-SF, tenían riesgo nutricional según la escala NSI (kappa 0,520), la escala MUST (kappa 0,450) y el PPP6m (kappa -0,490), respectivamente. Porcentaje de acuerdo entre evaluadores, para MNA-SF y el resto fue 79,577 % para NSI; 71,831 % para MUST y 26,761 % para PPP6m.

Conslusión: Los datos sugieren que el PPP6m no es un método óptimo para determinar el estado nutricional del paciente mayor con cáncer.

P-006. Análisis del estado nutricional de pacientes pluripatológicos hospitalizados

Gloria Prieto Fernández[1], Alba Marco Espinosa[1], Nuria Jiménez Lagares[1], Silvia Bueno Cárdenas[1], Marina Parra García[1], Alfonso Luis Jiménez Pineda[1], Bartolomé García Sánchez[1], Francisca Margarita Lozano Fuster[2]

[1]Hospital General. Palma de Mallorca. [2]Servicio de Nutrición. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Introducción: La desnutrición en los hospitales es un problema muy importante, de elevada prevalencia y con una influencia negativa en la evolución de la estancia hospitalaria y complicaciones. La valoración rigurosa del estado nutricional constituye el primer escalón del tratamiento nutricional.

Objetivos: Analizar el estado nutricional de los pacientes mayores de 65 años ingresados en la unidad de hospitalización Convalecencia B del Hospital General de Palma.

Material y métodos: Estudio transversal cuya población fueron pacientes mayores de 65 años ingresados en los últimos seis meses. Se recogió información respecto al estado nutricional. La información fue obtenida de la historia clínica que contiene la escala validada MNA. El análisis estadístico se realizó utilizando el aplicativo de office para Microsoft Excel.

Resultados: La muestra se constituyó por 120 pacientes. La media de edad fue de 84,4 años (DE: 7,61), mayoritariamente mujeres (63,33 %) y con un perfil de PCA (72,50 %). El peso medio era de 59.26 kg (DE: 15,49), estatura 160,44 cm (DE: 6,58) e índice de masa corporal (IMC) de 22,92 (DE: 5,59). La distribución fenotípica del IMC fue: bajo peso 23,33 %, peso normal 46,67 %, sobrepeso I 12,5 %, sobrepeso II 6,67 %, obesidad I 5,83 %, obesidad II 4,17 % y obesidad III 0,83 %. El 44,17 % presentó disfagia y el 43,33 % úlceras por presión. El 99,17 % presentó más de 3 patologías asociadas, siendo el 49,17 % diabéticos. La escala MNA demostró una prevalencia de desnutrición del 67,50 % y un riesgo de desnutrición del 26,67 %.

Conclusión: El estado nutricional de los pacientes ingresados en la unidad de Convalecencia B fue de desnutrición. Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la detección precoz del estado nutricional mediante la utilización de escalas validadas, como la escala MNA, al ingreso hospitalario con el objetivo de reducir la prevalencia de desnutrición.

P-007. Diseño de un protocolo para la valoración e intervención nutricional en el paciente con fractura de cadera

Irina Ruiz Carvajal, Ana María Pérez Heras, María Cancio Solé, Nora Gaja i Corbalán, Eduardo González Valléz, Anny Geord Silvestre Vicente

Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Introducción: La fractura de cadera es la complicación más relevante de la osteoporosis en los pacientes ancianos causando una mayor morbimortalidad y un aumento del coste sociosanitario asociado. Por este motivo es de suma importancia el abordaje multidisciplinar para prevenir posibles complicaciones, planificar los cuidados pre y postoperatorios y optimizar su pronta recuperación.

Objetivos: Diseñar un protocolo con el fin de conocer el estado nutricional de los pacientes mayores de 65 años ingresados con fractura de cadera, detectar posibles déficits y realizar una intervención nutricional que permita optimizar su recuperación durante la estancia hospitalaria y al alta.

Material y métodos: Para llevar a cabo el protocolo se utilizó la escala Mini Nutritional Assessment (MNA) y el Global Leadeship Initiative on Malnutrition (GLIM), dinamómetro de mano *(hand grip),* cinta métrica, báscula, tallímetro, analítica con perfil nutricional y registro 24 h de las ingestas. El protocolo consiste en realizar una valoración al ingreso, semanalmente y al alta mediante el MNA, GLIM, analítica con perfil nutricional, valoración de las ingestas y de la masticación y deglución. Una vez realizada la primera valoración, si no hay desnutrición ni riesgo de desnutrición se pautarán 20 g de proteína en polvo (excepto en pacientes con insuficiencia renal). Si hay desnutrición o riesgo de desnutrición se realizará interconsulta a Nutrición, que valorará la adaptación de la dieta y pauta suplementación nutricional en función de las necesidades individuales del paciente. Diariamente se realiza un control y registro de las ingestas de la dieta y de la suplementación nutricional. Al alta se explica y entrega el díptico sobre consejos dietéticos en ortogeriatría y enriquecimiento proteico de la dieta.

Resultados y conclusión: La realización de este protocolo nos permitirá conocer el estado nutricional de los pacientes, detectar sus déficits y optimizar su estado nutricional durante el ingreso y al alta.

P-008. Relación entre el estado nutricional y disfagia con una nueva escala de dificultad a la hora de comer en ancianos institucionalizados

Alejandro Sanz París[1], Alejandro Sanz Arque[2], Wendy Valeria González Sacoto[1], Macarena Lacarta Benítez[1], Carlos Moreno Gálvez[3], Lidia Olivar Gómez[1], Beatriz Laries Sánchez[1]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [2]Centro de Salud de Cedrillas. Cedrillas, Teruel. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: La detección precoz de la disfagia en pacientes con demencia no está resuelta. Los test de dificultades para la alimentación (TDA) podrían predecir la disfagia en ancianos con demencia. Recientemente se ha publicado un nuevo TDA.

Objetivos: Traducir al español del nuevo test MDSD. Aplicar a una población institucionalizada el nuevo test MDSD y el clásico EBS. Valorar qué parámetros de los dos se relacionan mejor con MNA y disfagia

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y unicéntrico de adaptación transcultural y validación del MDSD en ancianos mayores de 60 años, institucionalizados desde hacía al menos tres meses, en una residencia rural. 1.Proceso de adaptación Transcultural de MDSD: autorización del autor original de la escala MDSD. Se siguen los pasos de la International Test Commission. 2: Recogida de datos y aplicación del MDSD y EBS. Test estadístico: pruebas de fiabilidad con el alfa de Cronbach y de validez frente a EBS con el test de correlación de Pearson en el nuevo MDSD. Comparación de medias, correlación y regresión logística. Aprobado por comité de ética local C.I. PI23/252.

Resultados: 58 ancianos de 72 totales. El 58,6 % disfagia y 22,4 % desnutrición. Alfa de Cronbach para EBS es 0,958 y para MDSD 0,834. MDSD se correlacionó con EBS de forma negativa y significativa (-0,844, *p*: 0,0001). La puntuación de ambos test es significativamente diferente según existencia de disfagia. (*p*: 0,0001). Ambos test se correlacionan intensamente con MNA, Barthel, fuerza de agarre de la mano, circunferencia de la pantorrilla y por ecografía biceps, masetero y el movimiento del hueso hioides durante la deglución. Regresión logística, MDSD se relaciona con disfagia, ajustado a edad, sexo y Barthel con OR 3,287 (*p*: 0,012).

Conclusión: El nuevo test MDSD de autonomía de la ingesta detecta de forma significativa los pacientes con disfagia de nuestro estudio y se relaciona de forma significativa con diferentes parámetros nutricionales.

P-009. Evaluación morfofuncional del anciano con fractura de cadera con suplementación hipercalórica/ hiperproteica: cambios en la ecografía nutricional (estudio Irene)

José Manuel García Almeida[1], Rocío Fernández Jiménez[1], Isabel María Vegas Aguilar[1], Alejandro Galán[2], Silvia García Rey[3], María del Carmen Roque Cuéllar[3], Roser de Castellar Sansó[4], Jesús Delgado Ojeda[4], Pedro Pablo García Luna[3]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y [2]Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. [3]Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [4]Medical Affairs. Scientific Department. Laboratorios Ordesa, S. L. Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Introducción: El anciano/a con fractura de cadera de bajo impacto suele presentar malnutrición o está en riesgo de padecerla, hecho que conlleva morbimortalidad e impacta en su calidad de vida. La pérdida de músculo durante la convalecencia contribuye al deterioro funcional. La ecografía nutricional (masa magra /masa grasa) permite la evaluación clínica en estos pacientes. La ecografía del recto anterior del cuádriceps (EcoRAC) ha demostrado buena correlación con la fuerza y las pruebas

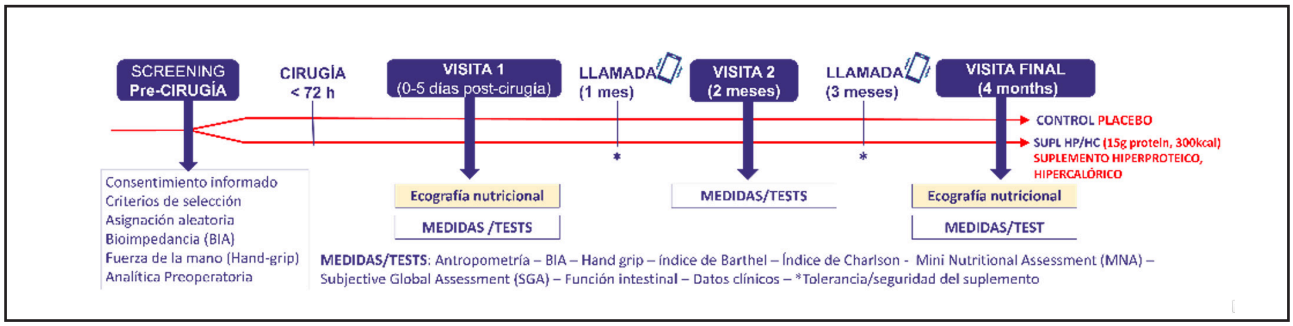

Figura 1.

funcionales. La medida del tejido adiposo subcutáneo aporta información sobre la reserva energética.

Objetivos: Evaluar los efectos de un suplemento hiperproteico e hipercalórico en pacientes ancianos intervenidos de fractura de cadera de bajo impacto, asociados a los cambios morfofuncionales evaluados con ecografía nutricional.

Material y métodos: Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, controlado, con placebo, doble ciego que incluyeron 85 sujetos > 65 años: 45 con suplemento (grupo E) y 40 controles (grupo C) sometidos a cirugía por fractura de cadera.

Resultados: Al inicio del estudio, las medidas de la EcoRAC: área, circunferencia, eje X, eje Y, grosor del tendón, diámetro del tejido adiposo no mostraron diferencias entre grupo E y grupo C ($p > 0,05$). Tras los 4 meses de seguimiento, los pacientes del grupo E presentaban un área muscular significativamente mayor en 0,5 cm^2 (IC 95 %: 0,02-1,12, $p = 0,038$), así como una circunferencia muscular significativamente mayor en 0,76 cm (IC 95 %: 0,15-1,37, $p = 0,015$) respecto a los pacientes del grupo C. No hubo diferencias en el diámetro del tejido adiposo subcutáneo ($p = 0,966$) (Fig. 1).

Conclusión: La intervención precoz con un suplemento hipercalórico e hiperproteico en los pacientes con fractura de cadera puede mejorar su estado nutricional y pronóstico, según se manifiesta en los cambios funcionales favorables detectados con la medición del recto anterior del cuádriceps.

EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE NUTRICIÓN

P-010. Micronutrientes, vitamina D y biomarcadores inflamatorios en COVID-19: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios de inferencia causal

Ángela Alcalá-Santiago[1-3], María Dolores Ruiz López[1,3], Belén García-Villanova[3], Esther Molina-Montes[1-4]

[1]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Centro de Investigación Biomédica. Universidad de Granada. Granada. [2]Instituto de Investigación Biosanitaria. ibs.GRANADA. Granada. [3]Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. [4]CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid

Introducción: Estudios previos sugieren que la vitamina D (VD) y otros micronutrientes pueden influir en el riesgo y resultados de la COVID-19. Los estudios de aleatorización mendeliana (AM) permiten elucidar relaciones causales entre una exposición y los resultados de la enfermedad.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática y meta-análisis de estudios de inferencia causal usando AM para explorar el papel de la VD y otros micronutrientes en el riesgo y severidad de la COVID-19, y los marcadores inflamatorios relacionados.

Material y métodos: Las búsquedas en cuatro bases de datos (hasta 31/07/2023) y la aplicación de criterios de selección arrojaron 28 estudios: 12 sobre micronutrientes y COVID-19, 4 sobre micronutrientes e inflamación, y 12 sobre marcadores inflamatorios y COVID-19. Se evaluó la calidad metodológica según las directrices MR-STROBE. Los resultados se combinaron en metaanálisis cuando fue posible. PROSPERO: CRD42022328224.

Resultados: Los estudios indicaron asociaciones causales entre VD/micronutrientes y resultados de COVID-19, pero no con marcadores inflamatorios, excepto para niveles bajos de VD (por debajo de 25 nmol/L) y proteína C reactiva. Se identificaron asociaciones causales entre citoquinas, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) y otros marcadores inflamatorios, con COVID-19. Las estimaciones globales de AM mostraron que la VD no se asoció significativamente con COVID-19, mientras que ACE2 se asoció con un aumentó del riesgo de COVID-19 (OR = 1,10; IC del 95 %: 1,01-1,19), pero no afectó a la hospitalización o gravedad de la enfermedad. La calidad metodológica fue alta en 13 estudios, a pesar de que la mayoría ($n = 24$) utilizó AM de dos muestras y evaluó la pleiotropía.

Conclusión: Los estudios de AM no apoyan una relación causal entre VD/micronutrientes y el riesgo o severidad de COVID-19. La relación entre la VD y la inflamación como mediador en COVID-19 sigue siendo incierta, señalando la necesidad de futuras investigaciones.

Financiación: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. PE-COVID-0200-2020/FEDER.

P-011. Caracterización por bioimpedancia de diferentes fenotipos de desnutrición: la clave está en el agua

Alfonso Vidal Casariego, Silvia Cadahía Lema, Nuria Palacios Paino, Francisco Pita Gutiérrez, Gloria Lugo Rodríguez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

Introducción: La desnutrición puede clasificarse etiológicamente como desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) o calórica (DCAL).

Objetivos: Describir si existen diferencias en composición corporal y otros parámetros de bioimpedancia (BIA) entre los distintos tipos de desnutrición.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes ambulatorios con desnutrición. Se realizó antropometría, BIA de 50 kHz y dinamometría. Se analizaron PhA y PAS, agua corporal total (ACT), agua extracelular (AEC), agua intracelular (AIC), masa celular (B CM), masa grasa (MG), IMM e IMEA.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, mujeres 53,2 %, edad 58,1 (20,2) años. El 66 % con DRE-Cáncer, el 17 % DRE-Crónica y 17 % DCAL. Con DCAL, respecto a DRE, fueron más jóvenes (63,9 [14,4] frente a 30,0 [22,3] años; $p < 0,001$); además presentaron menor peso, IMC, ACT, masa magra, masa muscular y agua extracelular; sin embargo, el PhA fue mayor (Tabla I). Tras ajustar por sexo y edad, solo hubo diferencias en el PAS, AEC/ACT, AEC/AIC y MG. Al analizar las diferentes causas de DRE, no se encontraron diferencias significativas en ninguno de estos parámetros.

Conclusión: Las ratios de distribución del agua extracelular, como medida de inflamación, podrían resultar de interés como criterio etiológico de desnutrición.

P-012. Eficacia de las medidas para la prevención de contaminación del catéter venoso central asociada a la administración de nutrición parenteral

Mariola Sirvent, Sara Esplá González, Antonio Raymundo Piñero, Francisco Crespillo

Servicio de Farmacia. HLA Clínica Vistahermosa. Alacant

Introducción: La administración de nutrición parenteral (NP) a través de un catéter venoso central lleva consigo asociados una serie de riesgos para la salud del paciente, entre estos, destaca la contaminación del catéter venoso central (CVC) por microorganismos patógenos.

Objetivos: Evaluar la eficacia de las medidas de prevención de infección asociada a catéter de NP implantadas en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo cuasiexperimental con control histórico de tipo antes/después. Se recopilaron los datos de diagnóstico de contaminación de catéter confirmada mediante la técnica semicuantitativa de Maki de todos los pacientes que estuvieron en tratamiento con nutrición parenteral central durante 2019-2021 (periodo A). Posteriormente se implantaron las siguientes medidas preventivas: Equipo de enfermería especializado en curas. Implantación de un sistema de barrera de control total. Sistemas de protección de conexiones. Apósitos transparentes con clorhexidina para proteger el punto de inserción. Recambio del sistema de infusión simultáneamente con el cambio de la bolsa de nutrición para minimizar el número de manipulaciones. Tras un periodo de lavado de 3 meses se volvieron a recopilar los datos de todos los pacientes que estuvieron en tratamiento con NP durante el periodo B (2022-2023).

Tabla I.

	DRE	DCAL	*p*
Peso actual (kg)	62,7 (15,4)	46,6 (6,7)	< 0,001
IMC (kg/m^2)	23,1 (4,9)	17,9 (2,8)	< 0,001
Pérdida de peso (%)	12,3 (10,0)	7,5 (12,2)	0,081
PhA (º)	5,1 (0,8)	5,8 (0,6)	< 0,001
PAS	-0,9 (0,7)	-0,7 (0,9)	0,280
ACT (%)	73,6 (2,5)	72,1 (2,4)	0,002
AEC (l)	18,0 (3,6)	13,6 (1,8)	< 0,001
AIC (l)	17,5 (4,3)	17,2 (6,7)	0,362
AEC/ACT	0,51 (0,05)	0,45 (0,06)	< 0,001
AEC/AIC	1,06 (0,2)	0,84 (0,16)	< 0,001
AEC/B CM (l/kg)	0,84 (0,39)	0,63 (0,09)	< 0,001
MG (%)	22,3 (9,1)	12,5 (6,5)	< 0,001
IMM (kg/m^2)	17,6 (3,1)	15,4 (1,6)	0,002
IMEA (kg/m^2)	6,4 (1,2)	5,6 (0,6)	0,007
B CM (kg/m^2)	8,8 (2,8)	8,3 (0,9)	0,719
Dinamometría (kg)	24,4 (9,2)	22,6 (6,9)	0,481

Resultados: En el grupo control se utilizaron 176 CVC para administrar NP, frente a los 191 CVC empleados en el grupo posintervención. El 28,4 % ($n = 50$) de los CVC del grupo control se cultivaron ante sospecha de infección asociada a catéter, obteniendo un cultivo positivo en el 8,52 % ($n = 15$). En el grupo de estudio se cultivaron el 19,4 % ($n = 37$) de los CVC, obteniendo un resultado positivo en el 4,71 % ($n = 9$) (reducción del 3,91 %). El germen aislado con mayor frecuencia en ambos periodos fue S. Epidermidis.

Conclusión: Las medidas implantadas en nuestro centro han resultado eficaces en la reducción del riesgo de colonización y se encuentran en línea con las recomendaciones actuales.

P-013. ¿Influyen la desnutrición y la sarcopenia en el uso de recursos sanitarios en pacientes con insuficiencia cardíaca?

Carmen Dameto Pons[1], María Antequera González[1], Mario Alfredo Saavedra Vásquez[1], David Emilio Barajas Galindo[1], Ana María Urioste Fondo[1], Diana Guadalupe Ariadel Cobo[1], María García Duque[1], Miguel Rodríguez Santamarta[2], Elena González Arnaiz[1], María D. Ballesteros Pomar[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y [2]Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La desnutrición y sarcopenia en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) se puede asociar a un mayor consumo de recursos sanitarios.

Objetivos: Comparar el número de ingresos y visitas a urgencias en pacientes con IC según la presencia de desnutrición y/o sarcopenia.

Material y métodos: Estudio observacional en pacientes con IC valorados entre 2021-2022 en consultas de Nutrición. La composición corporal fue estimada mediante bioimpedanciometría (TANITA®MC780A), fuerza muscular mediante dinamometría (Dynex®), riesgo de caídas con test *Timed Up&Go* (TUG) y baja masa muscular con circunferencia de pantorrilla (CP) ajustada a IMC. El diagnóstico de desnutrición; según criterios GLIM y el de sarcopenia; según EWGSOP2. Se determinaron el número de visitas a urgencias y de ingresos por descompensación de IC.

Resultados y conclusión: 41 pacientes, 82,9 % varones, edad media 66,4 (DE 9,8) años, peso medio 81,8 (DE 17,6) kg, IMC medio 29,8 (DE 6,3) kg/m^2. El 39 % y 45 % tenían baja dinamometría y CP respectivamente, con TUG patológico en el 36 %. El 10 % presentaba sarcopenia y el 39 % desnutrición. El número de ingresos y visitas a urgencias en función del diagnóstico aparece reflejado en la tabla I. Los pacientes con sarcopenia, baja fuerza muscular y riesgo de caídas presentan un mayor número de ingresos y visitas a urgencias. Los pacientes con desnutrición tienen mayor número de ingresos y los que tienen baja masa muscular más visitas a urgencias, aunque el reducido tamaño muestral no ha permitido obtener significación estadística.

P-014. Sarcopenia y valoración nutricional en una muestra de pacientes ingresados: relación con estancia hospitalaria y *exitus*

María de Damas Medina[1], Ana Segarra Balao[1], Macarena Moreno Martínez[2], María José Martínez Ramírez[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición y [2]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) tiene una alta prevalencia en el ámbito hospitalario asociándose con mayor estancia media por ello es fundamental su correcto diagnostico e intervención.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y antropométricas de nuestra muestra. Analizar si existe asociación entre antropometría, valores analíticos y/o parámetros de bioimpedanciometría y eventos en los 6 meses posterioes (reingreso y/o *exitus*).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizó una muestra de 101 pacientes valorados por el servicio de Nutrición durante el ingreso. Se realizó valoración nutricio-

Tabla I.

		Número de ingresos	*p*	Número de visitas a urgencias	*p*
Sarcopenia	Sí (*n*: 4)	3,5 (DE 3,0)	0,620	4,0 (DE 3,4)	0,447
	No (*n*: 36)	2,9 (DE 2,4)		2,9 (DE 2,7)	
Desnutrición	Sí (*n*: 7)	3,4 (DE 2,9)	0,705	3,0 (DE 2,5)	0,777
	No (*n*: 30)	3,0 (DE 2,4)		3,3 (DE 2,8)	
Baja fuerza muscular	Sí (*n*: 16)	3,6 (DE 2,5)	0,173	3,9 (DE 3,0)	0,098
	No (*n*: 24)	2,5 (DE 2,3)		2,4 (DE 2,4)	
Baja masa muscular	Sí (*n*: 10)	2,8 (DE 2,0)	0,852	3,7 (DE 2,8)	0,355
	No (*n*: 30)	2,9 (DE 2,5)		2,8 (DE 2,7)	
Riesgo de caídas	Sí (*n*: 13)	4,1 (DE 3,1)	0,060	4,2 (DE 3,7)	0,081
	No (*n*: 25)	2,5 (DE 1,9)		2,5 (DE 2,0)	

nal mediante historia clínica, exploración física, dinamometría y BIVA. Criterios de sarcopenia según EWGSOP2. Análisis estadísitico con programa SPSS.

Resultados: *n* = 101 pacientes, 62,4 % hombres. Edad media 63,84 años. El 69,3 % de nuestra muestra presentaba DRE según criterios GLIM y el 26,7 % sarcopenia. Precisaron uno o varios tipos de soporte nutricional 95 de ellos (94,1 %) En los 6 meses tras el alta el 44,6 % de los pacientes reingresó y hubo un 41,6 % de *exitus*. Existe una asociación entre sarcopenia y ángulo de fase (AF): los pacinetes con sarcopenia tenían un AF significativamente menor: 4,7 frente a 4,1°; (IC 95 %: 0,166-1,01, *p* = 0,007). Encontramos asociación estadísticamente significativa entre la edad, el valor de linfocitos, la prealbúmina y el ángulo de fase y la probabilidad de *exitus*. Edad 69 *frente a* 59 años (IC 95 %: -15,35 – -3,37, *p* = 0,003); Linfocitos 1712 frente a 1150 (IC 95 % 255,95-867,97, *p* = 0,00); prealbúmina 18,56 frente a 14,59 mg/dl (IC 95 % -15,515 – -3,369, *p* = 0,03); ángulo de fase 4,722 frente a 4,293 (IC 95 %, 9,0436-0,8148, *p* = 0,03).

Conclusión: Existen parámetros de valoración nutricional tanto analíticos (prealbúmina, linfocitos) como de composición corporal (AF) que se relacionan en el ingreso con la probabilidad de *exitus* en los 6 meses posteriores.

P-015. Aplicación del *MaInutrition Screening Tool* (MST) como cribado de desnutrición en los pacientes ingresados de un hospital de tercer nivel

Pablo Fernández Collazo, Luis Francisco de Miguel Rodríguez, Elisa Tadeo Morant, Guillermo Sanz Arilla, Rosa Simó Sanchís, Silvia Veses Martín, Christian Salom Vendrell, Juan Diego Salazar León, Neus Bosch Sierra, Carlos Morillas Ariño

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Doctor Peset. València

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad tiene un impacto en la estancia hospitalaria y en el pronóstico del paciente. El MST es una herramienta de cribado nutricional diseñada para la detección rápida y sencilla de desnutrición. Ha sido implementado en algunos hospitales para su realización por enfermería en todo paciente ingresado, en nuestro caso desde 2017.

Objetivos: El objetivo principal fue valorar la implementación del MST como cribado en un hospital terciario, así como las diferencias entre los servicios hospitalarios y la posterior realización de interconsulta a la Unidad de Nutrición según los resultados.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes ingresados en un hospital terciario en septiembre de 2023, exceptuando UCI y pediatría. Se registró el diagnóstico principal, el MST y los datos relacionados con una interconsulta a Nutrición.

Resultados: Se incluyeron 1397 pacientes con edad media de 63,9 ± 20,2 años, de los cuales 673 eran hombres (48,2 %) y 724 mujeres (51,8 %). 265 (19,0 %) programados. El cribado no fue realizado en 685 pacientes (49,0 %). De entre los que sí (712, 51,0 %), resultó 0 en 524 (37,5 %), 1 en 32 (2,3 %), 2 en 99 (7,1 %), 3 en 44 (3,1 %), 4 en 8 (0,6 %) y de 5 en 5 (0,4 %). De los cribados negativos (0 y 1), el MST se repitió en 29 (5,3 %). De los 156 cribados positivos (11,2 %), se hizo interconsulta a Nutrición en 27 (17,3 %); el tiempo medio desde el MST hasta la interconsulta fue de 2,7 días. Por orden, oncología, neumología, traumatología y medicina interna hicieron el 77,8 % de las interconsultas (Fig. 1).

Conclusión: El MST se realizó como cribado en el 51 % de los pacientes ingresados. Se interconsultaron a Nutrición 27 de los 156 cribados positivos (17,3 %); Oncología y Neumología fueron los principales servicios interconsultadores.

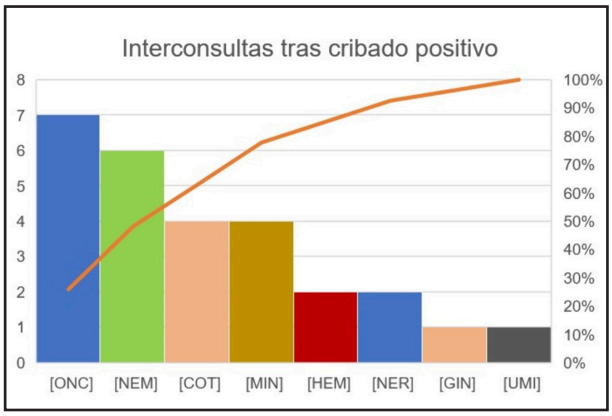

Figura 1.

P-016. Análisis y manejo de complicaciones asociadas a nutrición parenteral en el paciente hospitalizado

Almudena Rojas Albarrán, Mercedes Gragera Gómez, Ignacio Fruns Giménez

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

Introducción: La nutrición parenteral (NP) es una técnica de soporte nutricional que ha demostrado ser efectiva en aquellos pacientes con contraindicación de vía oral o enteral. A pesar de ello, no está exenta de complicaciones.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar el tipo y prevalencia de complicaciones asociadas a la NP en el paciente hospitalizado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes hospitalizados con NP durante 2023. Las variables recogidas fueron: información demográfica y antropométrica, tipo y duración de NP, vías de administración y complicaciones asociadas. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica del paciente y el programa de elaboración de NP (Kabisoft®).

Resultados: Se analizaron 94 pacientes con prescripción de NP hospitalaria durante el año 2023. 66 % (62) hombres. La media de edad fue 65 años (17-88); la media de peso 71 kg y una media de IMC de 26. 94 % de las nutriciones parenterales

fue de tipo protocolarizada. La duración media de la NP fue de 13 días (2-51). 80 % (75) recibió NP por vía central; de estas, 59 % (42) yugular, 29,5 % (21) PICC, 8,5 % (6) femoral y 3 % (2) subclavia. 9,5 % (9) desarrolló infección y 4,2 % (4) flebitis; por estos motivos, 38,5 % (5) suspendió la NP y 30,7 % (4) cambió de vía de administración. En cuanto a complicaciones metabólicas, 20 % (19) presentó hiperglucemia, 6 % (6) hipertrigliceridemia y 7,5 % (7) alteraciones hepáticas. En estos pacientes se realizó control analítico más estrecho. Ningún paciente suspendió la NP por alteraciones metabólicas. De los pacientes con hiperglucemia, 74 % (14) precisó la adición de insulina en la bolsa de NP.

Conclusión: El porcentaje de pacientes con NP que desarrolla complicaciones no es despreciable, siendo la hiperglucemia y las infecciones las más comunes. Para reducir su aparición y mitigar la gravedad de estas, es imprescindible una estrecha monitorización y una adecuada formación en el manejo de las complicaciones asociadas.

P-017. La nutrición como parte crucial de la actividad del endocrinólogo de planta de hospitalización

María del Mar García González, Vanessa Triviño Yannuzzi, Inmaculada Moreno Ruiz, Mikaela Zubillaga, Luyi Zeng, María Llavero Valero, Isabel Huguet Moreno, Olalla Meizoso Pita, Iciar Martín Timon, Cristina Sevillano Collantes

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción: En los últimos años hemos podido observar un número considerable de consultas relacionadas con el área de Nutrición, siendo una parte fundamental de la actividad diaria de la planta de hospitalización de nuestro servicio.

Objetivos: Analizar las características de las interconsultas solicitadas e ingresos hospitalarios a cargo de un servicio de Endocrinología y Nutrición en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Variables: número, duración del seguimiento y motivo de interconsulta (ITC); número, estancia media y motivo de ingreso. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica de los pacientes atendidos en el periodo 2022-23.

Resultados: Durante los años 2022-2023 hemos recibido 2503 interconsultas y hubo 56 ingresos. Duración media del seguimiento de ITC: 8,09 días ± 10,48. Estancia media ingresos: 2,89 días ± 1,98. Por orden descendente, el principal motivo de interconsulta (Fig. 1) fue la valoración nutricional con un 24,97 % del total (625 pacientes), la diabetes *mellitus* 19,7 % (493 pacientes), en tercer lugar, el soporte nutricional parenteral 17,74 % (444 pacientes), en cuarto lugar, la disfagia orofaringea 12,1 % (302 pacientes) y otros (25,53 %). Si agrupamos las ITC por áreas, observamos que el 66 % de las ITC en dicho periodo se engloban en el área de Nutrición. Las ITC con una duración menor de 7 días (Fig. 2) correspondían con valoraciones nutricionales (388 pacientes) y diabetes *mellitus* (378 pacientes). La mayoría de las ITC de más de 14 días correspondían con soporte nutricional parenteral (166). Principales motivos de ingreso: colocación de gastrostomía percutánea 25,88 % (15 pacientes), debut diabético 20,69 % (12 pacientes) y en tercer lugar pruebas dinámicas 18,97 % (11 pacientes).

Conclusión: Durante los años 2022-2023 ha habido un predominio de interconsultas relacionadas con la Nutrición, suponiendo más de la mitad de la actividad de interconsulta de nuestro servicio. Por ello, consideramos que la parte nutricional de nuestra especialidad tiene especial relevancia en nuestro hospital.

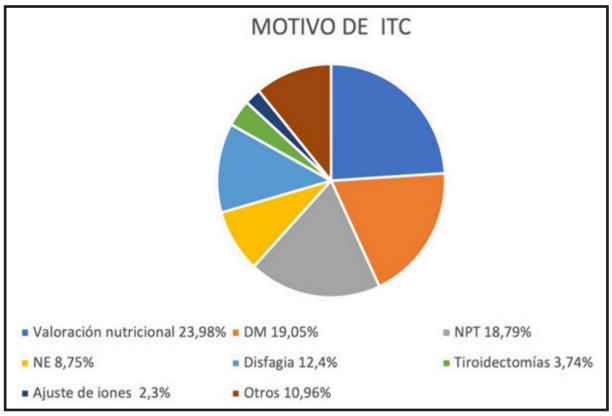

Figura 1.

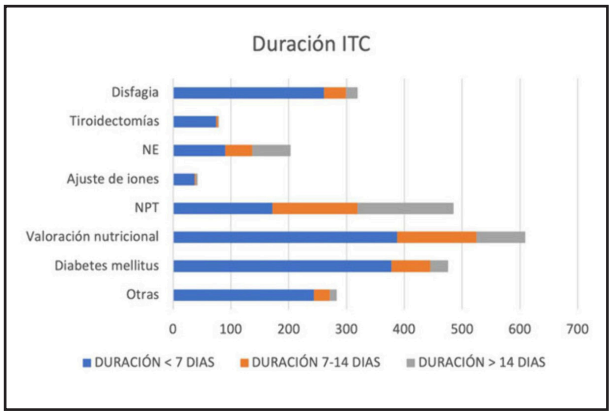

Figura 2.

P-018. Relación entre la dieta mediterránea y el ángulo de fase e inflamación en adultos sanos. Estudio Dietary Deal

Angélica Larrad Sainz[1], José Luis Espadas Gil[1], Johanna Valerio Deogracia[1], Ana Barabash Bustelo[1], J. Alfredo Martínez[2], Edwin Fernández Cruz[2], Victor de la O Pascual[2], Pilar Matía[3], Miguel Ángel Rubio Herrera[3], Alfonso Luis Calle Pascual[3]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. [2]IMDEA Alimentación. Madrid. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: La relación entre dieta y salud está claramente establecida. La composición corporal condiciona funciones física y metabólica. El ángulo de fase (Pha), un valor eléctrico de bioimpedancia, guarda relación con inflamación, agua corporal y estado nutricional.

Objetivos: Describir la relación entre adherencia a la dieta mediterránea (ADietMed) y Pha, relación agua extraceluar (ECW)/agua corporal total (TBW), proteína C reactiva (PCR) e interleucina 6 (IL-6) en adultos sanos.

Material y métodos: Estudio transversal. Submuestra del estudio Dietary Deal (estudio de biomarcadores dietéticos). ADietMed: escala de un total de 17 puntos (estudio Predimed Plus). Pha y ECW/TBW: SECA® mBCA 514. PCR ultrasensible: inmunonefelometría Dimension Vista (Siemens Healthineers). IL-6: electroquimioluminiscencia (EQL) para análisis de inmunoensayo Cobas® e411.

Resultados: 133 pacientes (69,2 % mujeres); edad mediana 43 (RI 30-55); mediana (RI) IMC 25,4 (22,0- 30,5) kg/m^2; media % grasa hombres/mujeres 27,8 -DE 9,4-/36,3 -DE 9,9-; mediana (RI) perímetro cintura hombres/mujeres 96,5 (83,6-110,7) / 80,8 (68,9-94,5) cm. Mediana (RI) ADietMed 6 (5-7) puntos. Mediana (RI) Pha hombres/mujeres 5,6 (5,4-2,0) / 4,9 (4,5-5,2)°. Media ECW/TBW hombres/mujeres 41,6 -DE 1,7-/45,4 -DE 2,6- %. Mediana (RI) PCR 0,97 (0,50-2,94) mg/L. Mediana (RI) IL-6 1,60 (1,4-3,0) pg/mL. Los análisis estadísticos no encontraron asociación entre AMedDiet (≤ 6 frente a ≥ 7) y Pha ($p = 0,976$), ECW/TBW ($p = 0,457$), PCR ($p = 0,185$) o IL-6 (0,924).

Conclusiones: En nuestra muestra de adultos sanos, la AMedDiet fue baja. A diferencia de otras publicaciones, no pudo observarse una relación entre dicha adherencia y los valores de PhA, ECW/TBW, PCR e IL-6. Por definir en muestras más amplias con población similar.

Financiación: ERA-Net HDHL-INTIMIC.

P-019. Características de las interconsultas hospitalarias realizadas a la sección de nutrición: experiencia en nuestro centro

Ana Paola León Ocando, Óliver Quintero Rodríguez, Selena Fernández Rodríguez, Kevin Díaz Gorrín, Itziar Aznar Ondoño, Águeda Caballero Figueroa

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

Introducción: La DRE representa un problema sanitario y económico importante por lo que ya desde hace muchos años se realizan intervenciones nutricionales entre equipos de trabajo multidisciplinares donde el servicio de nutrición hospitalaria ejerce un papel central en dicha gestión.

Objetivos: Evaluar las características de las interconsultas hospitalarias realizadas a la sección de nutrición, así como los rasgos epidemiológicos de los pacientes interconsultados.

Material y métodos: Es un estudio de corte transversal, para el cual se tomó una muestra accidental de 182 pacientes que estuvieron ingresados durante el año 2023 en cuyo ingreso hospitalario fue realizada interconsulta a la sección de nutrición de nuestro centro, evaluándose las siguientes variables: Edad, sexo, motivo de ingreso, diagnóstico nutricional, tratamientos nutricionales pautados y si requirió seguimiento posterior en las consultas externas de nutrición.

Resultados: Edad media 69,8 años (IC 95 % 67,67-71,93), 42,85 % mujeres y 57,14 % hombres. En cuanto al motivo de ingreso la patología quirúrgica gastrointestinal representa el 17,03 %, la patología médica gastrointestinal 13,73 %, enfermedades neurológicas 16,48 %, enfermedades oncológicas y/o hematológicas 15,93 %, trastornos psiquiátricos 5,49 %, patologías respiratorias 4,39 %, enfermedades infecciosas 4,39 %, la enfermedad renal 2,19 %, enfermedades cardiológicas 1,64 %, patologías quirúrgicas (diferentes a las del tractos gastrointestinal) 13,18 % y otras enfermedades un 5,49 %. El 9,89 % presentan desnutrición grave, 54,39 % desnutrición leve-moderada y 35,71 % riesgo de desnutrición. El tratamiento nutricional consiste en adaptación de la dieta en 3,26 %, adaptación de la dieta + SNO 9,89 %, NE 30,76 %, NE + adapatación de la dieta 7,14 %, NE + SNO 12,63 %, NP 21,42 %, NP + NE 4,39 %, NP + SNO 2,19 %, SNO 8,24 %. Por otro lado, requirieron seguimiento posterior en consulta de nutrición un 18,68 % mientras que el restante 81,31 % no.

Conclusión: Las patologías gastrointestinales en conjunto con las oncohematológicas y neurológicas suponen los motivos más frecuentes por los que se solicita IC. La mayoría presentan desnutrición leve-moderada; Por otro lado, la terapia más pautada es NE en combinación o no con otras.

P-020. Comparativa del estilo de vida con indicadores de riesgo nutricional en mujeres con cáncer de mama tratadas en función de su estado menopáusico

Mar Nafría Fernández[1], Alice Chaplin[1,2], Javier Cortés Bordoy[3], Antoni Aguiló Pons[4], Albert Sesé[5], Dora Romaguera[1,2]

[1]Research Group on Nutritional Epidemiology & Cardiovascular Physiopathology. Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. [2]Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición. Consorcio CIBER. M. P. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. [3]Real Academia de Medicina de las Islas Baleares. Palma de Mallorca. [4]Research Group on Evidence, Lifestyles Andhealth. Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca. [5]Statistical And Psychometric Procedures Applied in Health Sciences. Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca

Introducción: Las guías indican la necesidad de la aproximación multidisciplinar en el paciente con cáncer, enfatizando la detección de desnutrición o riesgo, para poder establecer el adecuado abordaje nutricional. El cáncer de mama presenta frecuentemente una subida de peso que puede enmascarar el diagnóstico de malnutrición. Las guías proponen como estrategia principal una alimentación saludable acompañada de actividad física.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los estilos de vida saludables y el riesgo nutricional en mujeres con cáncer de mama en tratamiento.

Material y métodos: Se llevó a cabo un análisis transversal en mujeres tratadas por cáncer de mama en hospitales de Mallorca. Se evaluó el estado nutricional considerando los puntos de corte del Mini Nutritional Assessment (MNA) y del test de Valoración Global Subjetiva (VGS). El estilo de vida se evaluó mediante la novedosa herramienta NUTRI S-Can, que evalúa las recomendaciones nutricionales para la prevención del cáncer del World Cancer Research Fund [0-8 puntos] (mayor puntuación indica estilo de vida saludable).

Resultados: Se incluyeron 74 mujeres (55 ± 12 años; índice de masa corporal: 24,6 ± 4,75 kg/m^2; 62,2 % posmenopáusicas). Un 76 % de las mujeres presentaba riesgo nutricional moderado y un 18 % malnutrición acorde el cuestionario MNA; los porcentajes del VGS fueron 80 % y 8 %, respectivamente. Se observó que los participantes con riesgo nutricional (NUTRI S-Can 4,8 ± 1,1) y malnutrición grave (4,1 ± 1,3) según el VGS presentaron peores puntuaciones del NUTRI S-Can, comparado con las pacientes con buen estado nutricional (5,6 ± 1,0) ($p = 0,05$). Estas diferencias fueron especialmente relevantes en mujeres posmenopaúsicas ($p = 0,01$). No se observaron diferencias respecto a las categorías del MNA.

Conclusión: Estos resultados refuerzan, a modo de conclusión, la necesidad de implementar estrategias de mejora de los estilos de vida para reducir el riesgo nutricional en mujeres con cáncer de mama, especialmente en mujeres posmenopáusicas.

P-021. Nuestra experiencia con el cribado CONUT en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

Cristina Novo-Rodríguez, María Hayón Ponce, María Novo Rodríguez, María Yolanda Castillo García, Martín López de la Torre-Casares, Carmen Tenorio-Jiménez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El test de cribado analítico CONUT se utiliza para la detección del riesgo nutricional y está basado en niveles séricos de albúmina, colesterol y linfocitos totales.

Objetivos: Analizar los datos de CONUT ≥ 6 entre enero-mayo de 2023 en los pacientes hospitalizados en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de una muestra de 479 sujetos con CONUT ≥ 6. Se estudiaron datos demográficos, servicio y motivo de ingreso (MI), interconsulta a la Unidad de Nutrición (UN), soporte nutricional (SN) recibido, estancia hospitalaria (EH) y mortalidad. Análisis estadístico con SPSS 25.0.

Resultados: Edad media 73,35 ± 14,8 años (57,2 % hombres). 73,3 % CONUT 6-8 puntos y 26,7 % 9-12 puntos. 75,2 % de los pacientes ingresados en servicios médicos y 24,8 % quirúrgicos. Los MI más frecuentes fueron: 32,8 % proceso infeccioso, 10,4 % neoplasias (órgano sólido y hematológicas), 8,8 % enfermedad cardiovascular, 7,3 % cirugía oncológica y 4,4 % hemorragia digestiva. La media de EH fue de 16,4 ± 15,8 días. Se avisó a la UN en el 23,3 % de los pacientes ingresados en servicios médicos y 28,57 % en quirúrgicos (p 0,25). Recibieron SN el 25,7 % de los pacientes. En el 21,08 % los pacientes con CONUT 6-8 se solicita valoración por la UN frente al 34,38 % con CONUT 9-12 (p 0,003). La EH media fue significativamente mayor en los pacientes valorados por la UN (28.6 ± 20.45 días) frente a no valorados (12,4 ± 11,4) ($p < 0,001$). La mortalidad fue del 33,67 % en los pacientes valorados por la UN frente a 66,32 % en los pacientes no valorados (p 0,021). La mortalidad fue de 17,7 % en los pacientes con CONUT 6-8 y del 28,1 % con CONUT 9-12 (p 0,013). En nuestro centro, la alerta de desnutrición por CONUT motiva más avisos a la UN. Hubo diferencias significativas entre mortalidad y valoración por la UN y puntaje CONUT.

Conclusión: Consideramos esencial la difusión entre profesionales de la importancia del cribado y el tratamiento nutricional.

P-022. Impacto del riesgo nutricional por 4 test, la DRE por los criterios ESPEN en los reingresos a 30 días, 90 días y 1 año

Josefina Olivares Alcolea[1], M.ª del Pilar Sanchís Cortés[2], Luisa Ayala Corao[1], M.ª José Muñiz[1], Lluís Masmiquel[1]

[1]Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (Idisba). Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. [2]Departamento de Bioquímica. Univesitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

Introducción: La DRE puede estar presente en el 20-50 % de los pacientes ingresados. El riesgo nutricional (RN) o DRE pueden ser factores de riesgo independientes para el reingreso hospitalario tanto precoz como tardío.

Objetivos: Analizar el impacto del RN y DRE a las 24 h del ingreso por 4 test y los criterios ESPEN (CE) sobre el reingreso hospitalario a los 30 días, 90 días y 1 año.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo utlizando 4 test (NRS-2002, MNA-SF, MUST, VSG), el parámetro riesgo global ("por algún test"), los criterios ESPEN (CE) sin medición de la composición corporal y sus componentes (% pérdida de peso (pp), IMC < 18,5 kg/m^2, el componente combinado de la pp y el IMC ponderado por edad (ppIMCedad). Analizamos el riesgo de reingreso mediante la regresión de Cox controlando por edad, sexo, comorbilidades y áreas de hospitalización.

Resultados: Estudiamos 522 pacientes (56,4 % hombres, edad media de 61 ± 18 años, IMC 27,3 ± 5,3 kg/m^2. El RN global fue del 47,3 %. La prevalencia de DRE por los CE del 3,8 % ($n = 20$). El análisis de regresión de Cox mostró que el RN global, por VSG, NRS-2002, MUST aumentaba hasta 2-3 veces el riesgo de reingreso a 30 d, 90 d y 1 a. El MNA-SF no lo aumentaba en ninguno de los períodos. Por otra parte, los CE solo aumentó el riesgo de reingreso a 1a (HR 2,09; IC 95 % 1,04-4,20), si bien, el componente ppIMCedad lo aumentaba hasta casi 30 veces a los 30 días (HR 28,9; IC 95 %, 5,92-141,17), hasta 11 veces

a los 90 d (HR 11,30; IC 95 % 2,52-50,78) y hasta 17 veces al año (HR 17,15; IC 95 %, 5,77-50,96).

Conclusión: El RN aumenta el riesgo de reingreso en cualquiera de los períodos estudiados y los CE solo en los reingresos a 1 año. Además, el parámetro ppIMCedad de los CE pone en evidencia un grupo de mucho mayor riesgo de reingreso en cualquier período.

P-023. Puntos de corte de diferentes medidas ecográficas del músculo recto anterior del fémur para el diagnóstico de miopenia en pacientes con DRE

Alfonso Vidal Casariego, Nuria Palacios Paino, Silvia Cadahía Lema, Gloria Lugo Rodríguez, Francisco Pita Gutiérrez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

Introducción: La ecografía es una técnica emergente para el estudio de los compartimentos corporales.

Objetivos: Describir los puntos de corte de distintas medidas del recto anterior del fémur (RAF) para el diagnóstico de miopenia en pacientes con DRE.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con DRE. Se realizó antropometría, BIA de 50 kHz y ecografía para medir el grosor, ancho y área del RAF. Se compararon estos valores con IMM, IMEA, B CM y dinamometría. Se calcularon puntos de corte mediante curva ROC, índice de Youden, sensibilidad (S) y especificidad (Sp).

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes, 56,4 % hombres de 64,4 años; el 83,6 % oncológicos. El 32,7 % tenían IMM bajo, y el 52,7 % un IMEA reducido. Los pacientes con IMEA bajo presentaron menor grosor de RAF (8,96 [3,38] frente a 11,28 [3,56] mm; $p = 0,016$), pero no del ancho (34,38 [5,41] frente a 35,41 [6,28] mm; $p = 0,547$) ni del área (2,85 [1,39] frente a 3,60 [1,44] cm^2; $p = 0,056$). No hubo diferencias significativas en las medidas ecográficas según el IMM. El grosor de RAF tuvo AUC ROC de 0,732, y el punto de corte de 9,3 mm una S = 0,739 y Sp = 0,680. El ancho tuvo AUC ROC de 0,561, y el punto de corte de 37,5 mm una S = 0,478 y Sp = 0,760. El área de RAF tuvo AUC ROC de 0,669, y el punto de corte de 3,10 cm^2 una S = 0,609 y Sp = 0,720. Estos puntos de corte se asociaron a valores más bajos de PhA, B CM y dinamometría. Al ajustar las medidas ecográficas por la talla no mejoró la capacidad diagnóstica de la ecografía.

Conclusión: El grosor del RAF es la medida más útil para el diagnóstico de miopenia en pacientes con DRE, y el punto de corte de 9,3 mm tiene una sensibilidad y especificidad moderadas.

P-024. Abordaje de la desnutrición en la atención sanitaria: lo primero es lo primero

Elena Pérez Galende, César Avellaned Fabón, Gema González Fernández, Pablo Lozano Martínez, Clara Fernández Rivera, Laura Sallán Díaz, Mar Alonso, María Julia Ocón Breton

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Introducción: La desnutrición relacionada con enfermedad (DRE) es una patología prevalente en el ámbito hospitalario.

Objetivos: El cribado nutricional es el primer paso para su abordaje y permite identificar precozmente a los pacientes en riesgo o con desnutrición que se beneficien de una intervención nutricional.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y descriptivo en pacientes ingresados en Medicina Interna, por su alta carga asistencial, para los que se solicitó valoración por la Unidad de Nutrición durante 2023. Se determinaron características basales y relacionadas con el ingreso, además de la valoración nutricional.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes, un 9,4 % del total de las 862 interconsultas recibidas durante el año. La mayoría varones (51,9 %) con una mediana de edad de 79 (67,5-87,5) años. La mediana de días desde la fecha de ingreso hasta la solicitud de interconsulta fue de 9 (4-13,5) días. A la valoración nutricional, únicamente se disponía del peso del 38,3 % ($n = 31$). Se estimó un IMC medio de 21,52 ± 4,75 kg/m^2. Solo al 8,6 % de los pacientes ($n = 7$) se le había realizado un cribado nutricional previo. Objetivamos que, de los pacientes con edad ≥ 65 años, el 86,7 % presentaba puntuación indicadora de desnutrición según el MNA y el 65,2 % de los más jóvenes tenía un riesgo nutricional alto al aplicar el MUST. Tras ello, el 63 % precisaba tratamiento nutricional, en su mayoría (49,2 %) con suplementación nutricional oral. Además, el 27,1 % ($n = 22$) de los pacientes presentaban demencia avanzada, solicitando hasta en un 18,2 % de los casos tratamiento con nutrición enteral por sonda en lugar de optar por alimentación de *confort.*

Conclusión: El cribado nutricional aún sigue siendo una asignatura pendiente. Es necesaria la formación y concienciación sobre la importancia de la desnutrición, promoviendo e impulsando el cribado de las personas en riesgo y una valoración adecuada de la DRE.

P-025. Estudio de los hábitos alimentarios en gestantes de Granada durante la pandemia debida al COVID-19

Marta Palma-Morales[1,2], M.ª Josefa Olloqui-Mundet[3], Carmen Cantarell González[4], Olga Ocón-Hernández[4], Celia Carrillo[3], Celia Rodríguez Pérez[1,2,5]

[1]Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. [2]Centro de Investigación Biomédica. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INYTA) José Mataix. Granada. [3]Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Ciencias. Universidad de Burgos. Burgos. [4]Unidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. [5]Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA. Granada

Introducción: La nutrición materna durante el embarazo es fundamental para la salud de la madre, el desarrollo fetal y la salud del recién nacido. A pesar de ser una etapa propicia para adoptar un estilo de vida más saludable, muchas mujeres experimentan dificultades debido a su limitado conocimiento nutricional que pudo verse agravado durante la pandemia debida al COVID-19.

Objetivos: Analizar los cambios en los hábitos alimentarios durante el embarazo y evaluar el impacto del COVID-19 en el seguimiento del embarazo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada, a través de un cuestionario autorreportado previamente sometido a valoración por juicio de expertos sobre hábitos alimentarios y seguimiento prenatal de mujeres embarazadas (IR 4/2019).

Resultados: Participaron 392 mujeres de 33,4 ± 5,0 años, que tuvieron una media de 4,6 ± 1,7 consultas, mayormente presenciales. Se observaron deficiencias en el consumo de pescado (75,8 %), legumbres (67,1 %), fruta (51,8 %) y frutos secos (45,4 %) y un aumento del consumo de fruta (44,6 %), verdura (30,1 %) y frutos secos (24,2 %). Además, disminuyó el consumo de carne roja (42,1 %), refrescos (41,1 %) y mantequilla (27,8 %). Casi el 60 % consideraba su alimentación adecuada, y solo el 3 % la consideraba inadecuada. En cuanto a la actividad física, el 37,5 % la redujo y el 18,1 % la aumentó. Respecto al impacto del COVID-19, el 30 % no percibió alteraciones en el seguimiento de su embarazo, más del 36 % percibió cierto grado de afectación y casi el 32 % percibió el seguimiento bastante afectado.

Conclusión: La mayoría de las gestantes no cambió sus hábitos alimentarios durante el embarazo; sin embargo, se observaron algunas mejoras. Por otro lado, la mayoría percibió afectaciones en el seguimiento por el COVID-19.

P-026. Adherencia a la dieta mediterránea en una unidad de endocrinología y nutrición: ¿predicamos con el ejemplo?

Patricia Tomás Gómez, Rosa Gómez Almendros, Francisco Javier Peñafiel Martínez, José Salvador Napky Rajo, María Silva Fernández, Mercedes Vázquez Gutiérrez, Pedro Mezquita Raya

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Introducción: La dieta mediterránea (DM) está asociada con menor riesgo de sufrir enfermedades crónicas prevalentes como patología cardiovascular. Por ello en las Unidades de Endocrinología y Nutrición es fundamental educar a los pacientes en realizar una dieta sana y equilibrada como es la DM.

Objetivos: Conocer el nivel de adherencia a la DM que existe entre los profesionales que componen la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Torrecárdenas.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario validado, Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), *on-line* autoadministrado. Realizado a 37 sujetos pertenecientes a la mencionada unidad. Consta de 14 preguntas, cada una puntúa con 0 o 1, en función de su adherencia o no a cada pregunta. Los puntos de corte para determinar el grado de adherencia a la DM se establecieron en 0-8 (baja adherencia), ≥ 9 (buena adherencia).

Resultados: Se obtuvieron 26 cuestionarios válidos. La media de edad fue de 46,2 años, 69,2 % mujeres, 88,5 % procedentes de España y 11,5 % de países no mediterráneos. Las categorías profesionales con mayor representación fueron facultativo especialista (38,5 %) y enfermería (34,6 %). La pregunta con mayor adherencia fue la referida al uso de aceite de oliva como grasa principal (100 %), seguida de la referida al bajo consumo de mantequilla/margarina o nata al día (92,3 %). La de menor adherencia fue la referida al consumo de vino a la semana (3,8 %). Finalmente, la puntuación media de adherencia a la DM fue de 9,3, con un 69 % de participantes con puntuación igual o mayor a 9.

Conclusión: La mayoría de los profesionales pertenecientes a la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Torrecárdenas presentan buena adherencia a la DM, por lo que siguen el ejemplo de la educación en alimentación que llevan a cabo en sus consultas.

P-027. Efectividad de la brida nasal Corgrip© en vida real: un estudio retrospectivo

Cristina Santiago Vázquez, Nuria Palacios Paino, Gloria Lugo Rodríguez, Francisco Pita Gutiérrez, Francisca Bujía Manteiga, Marta Barreiro Cajide, Nieves Rodríguez Sánchez, Alfonso Vidal Casariego

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña

Introducción: Entre las complicaciones más frecuentes de la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) está su migración, lo cual puede prevenirse mediante su fijación mediante brida nasal (Corgrip©).

Objetivos: El objetivo de este estudio fue valorar si este sistema de fijación reduce el número de SNG, de pruebas radiológicas y si mejora la efectividad del tratamiento nutricional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados seguidos por la Unidad de Nutrición Clínica, que recibieron nutrición enteral por SNG y a los que se les colocó un sistema Corgrip©. Se analizó el tiempo de seguimiento, el número de SNG y controles radiológicos (Rx) antes y después de su colocación, así como la evolución de la prealbúmina.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, 68,4 (12,8) años, el 66,7 % hombres, siendo los diagnósticos predominantes la disfagia neurógena (35,3 %), la cirugía oncológica (11,8 %) y la hemorragia cerebral (11,8 %). El tiempo de seguimiento antes de la colocación del Corgrip© fue 59,2 (128) días y el posterior 19,1 (140; $p = 0{,}594$). Antes de la fijación se colocaron 146 SNG [4,42 (146) SNG/paciente], y después 18 [0.53 (18) SNG/paciente; $p < 0{,}01$]. También se redujo el número de Rx, de 332 a 122 [9,8 (7,8) Rx/paciente frente a 3,6 (4,1) Rx/paciente; $p < 0{,}001$]. En cuanto a los valores de prealbúmina, en la primera visita fue de 16,7 (7,0) mg/dl, al colocar el Corgrip© 18,8 (7,4) mg/dl y al fin de seguimiento 20,7 (6,6) mg/dl ($p = 0{,}094$). El porcentaje de pacientes con prealbúmina mayor de 18 mg/dl fue del 29,0 % en la primera visita, 51,7 % antes del Corgrip© y 75,0 % al final del seguimiento ($p = 0{,}003$).

Conclusión: La colocación del sistema de fijación mediante brida nasal Corgrip© reduce de forma significativa el número de SNG colocadas y de Rx realizadas, y mejora la eficiencia del tratamiento nutricional.

P-028. Proyecto NOA en la práctica clínica habitual: resultados tras 6 meses de finalización del proyecto en el Hospital Universitario Puerta del Mar

Francisco Javier Vílchez López[1], María González Pacheco[1], María del Mar Roca Rodríguez[1], Lucía Gutiérrez[2], Julio Calvete[3], Marina Martín Zamorano[4], Teresa Muñoz Lucero[3], Pedro Pablo García Luna[5]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición, [2]Unidad de Gestión Clínica de Oncología Radioterápica, [3]Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica y [4]Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. [5]Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El proyecto NOA (Nutrición Oncológica en Andalucía) evalúa la viabilidad en la práctica clínica de la instauración del *screening* nutricional como planes de atención al paciente onológico en los hospitales andaluces.

Objetivos: Analizar la ejecución de los estándares propuestos a los 6 meses posteriores de la finalización del proyecto NOA, como reflejo de la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Se realizó una evaluación prospectiva de la implementación de dos áreas de mejora en nutrición en el HUPM. Los datos fueron analizados durante un 1 año. Se propuso la realización del cribado nutricional en los servicios de Oncología y la participación del servicio de Endocrinología y Nutrición en los comités de tumores, además de la evaluación de los pacientes presentados en estas sesiones.

Resultados: A los 12 meses existe un aumento de la evaluación nutricional en pacientes oncológicos independientemente del tipo de tumor u hospitalización. Hubo mayor participación del servicio de nutrición en las sesiones de tumores. -Comités de tumores (ORL y digestivo): el servicio de nutrición superó los estándares propuestos al asistir a más del 70 % de las sesiones de tumores. Posteriormente, el 100 % de los pacientes candidatos fueron valorados por la Equipo de Nutrición y Endocrinología. *Pacientes no hospitalizados:* se produjo un aumento de las valoraciones nutricionales a los 12 meses alcanzando los estándares propuestos en todos los tipos de tumores (cabeza y cuello, colorrectal, esofagogástrico y biliopancreático). *Pacientes hospitalizados:* se alcanzó el 100 % de cribados nutricionales en los 4 tipos de tumores al año de su implementación.

Conclusión: Las propuestas de mejora indicadas en el proyecto NOA en el Hospital Puerta del Mar se mantienen 12 meses después de su instauración, esto supone una mejor atención nutricional del paciente oncológico en la práctica clínica habitual.

P-029. Prevalencia del riesgo de desnutrición en pacientes no críticos hospitalizados en el Hospital General Universitario de Ciudad Real

Rita Virlaboa Cebrián, José de Toro Ruiz, Ignacio González Maroto, Laura Morales Bruque, Javier Gargallo-Vaamonde, Pedro Rozas Moreno, Álvaro García-Manzanares, Belén Fernández de Bobadilla Pascual, Jesús Moreno-Fernández

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real

Introducción: La desnutrición es un problema de elevada prevalencia a nivel hospitalario frecuentemente infravalorado, como evidenció el estudio PREDyCES®.

Objetivos: El objetivo fue analizar la prevalencia del riesgo de desnutrición hospitalaria en un hospital terciario de más de 500 camas y su relación con las complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo. Se incluyeron pacientes del área sanitaria de Ciudad Real, mayores de 18 años, seleccionados aleatoriamente en las primeras 48 horas del ingreso, durante el periodo 1 abril 2022-15 octubre 2022. El riesgo nutricional se valoró mediante el test de cribado NRS-2002®. Tras el alta se revisaron, retrospectivamente, los días de estancia hospitalaria, soporte nutricional recibido, complicaciones y mortalidad durante el ingreso. Posteriormente se analizó la relación de estas variables con el riesgo nutricional.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes: un 61,17 % ($n = 63$) tenían más de 70 años y un 53,4 % (55) eran mujeres. El cribado NRS-2002® al ingreso mostró que un 35,92 % presentaban riesgo de desnutrición, las patologías más frecuentes asociadas fueron las enfermedades infecciosas ($n = 13$), cardiovasculares (6), gastrointestinales (5) y neoplasias (3). Respecto al soporte nutricional, un 80,58 % no recibió ninguno, un 18,45 % suplementos nutricionales orales y un 0,97 % nutrición enteral. Durante los 8,6 ± 6,0 días de estancia media, un 85,44 % (88) no presentaron complicaciones, un 4,85 % (5) complicaciones médico-quirúrgicas, fallecieron un 2,91 % (3) y un 6,8 % (7) presentaron complicaciones y fallecieron. El riesgo de desnutrición mostró diferencias significativas en relación con el porcentaje de pérdida de peso ($p < 0,01$), edad ($p < 0,05$), IMC ($p < 0,05$) y complicaciones ($p < 0,05$).

Conclusiones: El riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario es elevado. Se evidencia una baja implicación en la toma de medidas, en un 80 % no se tomó ninguna, a pesar de estar reflejado el resultado del NRS-2002® en la historia clínica.

P-030. *Disfagia day* 2024: análisis y propuestas de mejora en la atención del paciente hospitalizado con disfagia

Ana Zugasti Murillo[1], Bertha Ortigosa Pezonaga[2], Esperanza Roldán Alonso[3], Marta Ancín Pagoto[4]

[1]Sección de Nutrición Clínica, [2]Unidad de Dietética, [3]Sección de Alimentación y [4]Dirección de Cuidados. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Introducción: La prevalencia de disfagia en pacientes hospitalizados es extraordinariamente elevada y poco registrada. Esta situación aumenta la probabilidad de desnutrición, deshidratación y aspiración pulmonar, con un consiguiente empeoramiento de la situación clínica, el pronóstico y la calidad de vida. Por ello, consideramos que la atención durante el ingreso debe incluir la evaluación de la eficacia y la seguridad de la deglución, para indicar el tratamiento nutricional más adecuado.

Objetivos: El *Disfagia Day* surge como iniciativa similar al *Nutrition Day* y aspira a crear consciencia sobre la disfagia en el paciente hospitalizado y a mejorar la calidad de la atención nutricional, tanto desde el punto de vista de seguridad como de derecho humano.

Material y métodos: Auditoria transversal de un día (enero 2024), en el que se revisan, en pacientes con dieta de disfagia, estos datos: edad, sexo, servicio y unidad de hospitalización, modalidad de dieta, cribado, desnutrición relacionada con la enfermedad (MUST), evaluación de la disfagia (MECV-V) y prescripción de suplementos nutricionales orales (SON).

Resultados: Datos de 81 pacientes con dieta de disfagia (12,5 % del total de dietas), edad 83,42 ± 9,64 años (45-100), 50,6 % mujeres. MUST: 7 (8,64 % del total); 2 puntos (5), 0 puntos (2). MECV-V: 7 (8,64 % del total). SON: 22 (27,16 % del total): 4 líquidos, 2 néctar, 16 *pudding*-crema. Modelos de dieta: triturada, 74,1 %; fácil masticación, 22,2 %; transición, 3,7 %. Distribución por servicios: Medicina Interna, 40,7 %; Geriatría, 22,2 %; Neurología, 12,3 %; Traumatología, 9,8 %; otros, 15 %.

Conclusiones: Es prioritario que aumente el cribado de DRE y valoración de disfagia en estos pacientes; queda pendiente formación / actualización en los servicios y unidades con más prevalencia de disfagia (para mejorar la sensibilidad y el registro) así como la revisión de la calibración y mejora del menú de disfagia, para aumentar la variedad de platos y valorar si es preciso suplementación.

FARMACIA

P-031. Rendimiento del fosfato administrado en nutrición parenteral en la corrección de episodios de hipofosfatemia

Agustí Albalat Torres, Cristina Bosch Pérez, Aitor Iriarte Zugasti, Marta de Antonio Cuscó, Mikel Antonio Papagna Millán, Javier Mateu de Antonio

Hospital del Mar. Barcelona

Objetivos: Determinar el rendimiento de las dosis de fosfato administradas (DPA) en la nutrición parenteral (NP) en pacientes que presentaron un episodio de hipofosfatemia durante el curso de NP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en un hospital universitario de 400 camas. Se incluyeron datos de pacientes en NP, sin hipofosfatemia (< 2,5 mmol/L) ni alteración renal grave (ClCr > 30 mL / kg / min / 1,73 m^2) previas, que presentaron un episodio de hipofosfatemia durante el curso de NP y que corrigió con administración de fosfato en la bolsa de NP. Variables: Edad, sexo, IMC, tipo de paciente (crítico/no crítico); NRS2002, desnutrición GLIM (sí/no), riesgo de síndrome de renutrición, fosfatemia (inicial del episodio [Pini] y poscorrección [Ppc]), diferencia entre Pini y Ppc (DifP), DPA, días de tratamiento con fosfato (DT), función renal, calorías y proteínas administradas en NP, tratamiento con glucocorticoides y/o diuréticos. Estadística: Las variables se expresaron en mediana(Q1-Q3) o en número (%) según el tipo. Se efectuó una regresión linear multiple para la variable dependiente DifP. Cuando fue necesario se transformaron las variables para su normalización.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes. Edad (años) 74,0 (62,0-78,0); hombres 42 (53,2 %); IMC (kg/m^2) 24,2 (21,3-29,5); críticos 56 (70,9 %); riesgo nutricional alto 70 (88,5 %); desnutrición 27 (34,2 %), riesgo alto de síndrome de renutrición 66 (83,5 %); kcal/ kg/día 16,3 (13,8-18,1); proteína (g/ kg/día) 1,2 (1,0-1,3); Pini (mg/dL) 2,0 (1,7-2,2); Ppc (mg/dL) 3,2 (2,8-3,6); DifP (mg/dL) 1,1 (0,8-1,7); DPA (mmol/día) 33,0 (23,0-40,0); DT 3,0 (2,0-4,0); ClCr (mL/kg/min/1,73 m^2) 90,5 (57,2-111,5); glucocorticoides 15 (19,0 %); diuréticos 18 (22,8 %). Se encontró una relación significativa entre DifP y DPA, Pini al cuadrado y DT con $p < 0{,}005$ en todos los casos, $R^2 = 0{,}564$. En pacientes con hipofosfatemia moderada/leve, por cada 10 mmol de fosfato administrados en NP, la fosfatemia aumentó en 0,70 mg/dL cada día de tratamiento.

Conclusión: El tratamiento de episodios de hipofosfatemia moderada/leve durante NP en pacientes sin hipofosfatemia previa y sin alteración renal grave es factible y produce un buen rendimiento con la administración de fosfato en la NP.

P-032. Estudio de estabilidad-compatibilidad en nutrición parenteral pediátrica: precipitación de elementos traza en mezclas "2 en 1" y "3 en 1"

David Berlana Martín, Alba Pau Parra, Jaime Llata Ortega, Susana Clemente Bautista, Cristina Raventos Aymar, Ignacio Cardona Pascual

Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: Se ha relacionado la formación de precipitados en nutrición parenteral (NP) con determinadas soluciones de aminoácidos pediátricos (AAPs) y adición de elementos traza (ET).

Objetivos: Evaluar la estabilidad-compatibilidad de NP tanto binarias (2-en-1) como en 3-en-1 con diferentes AAPs y concentraciones de nueva formulación de ET.

Material y métodos: Estudio comparativo de determinación de estabilidad-compatibilidad. Se preparan 3 formulaciones de NP 2-en-1 donde se reportaron formación de precipitados con AAPs (Primene®); replicándose esta fórmula igualmente con otros AAPs (Aminoven-Infant®). Se preparan NPs sin aporte, aporte estándar y doble aporte de ET para evaluar la evolución de posibles precipitados. Se realizan igualmente formulaciones con la misma composición añadiendo dosis habituales de lípido. Se evalúa la formación de precipitados mediante: - Inspección visual a 24 h; y de los filtros en línea tras 24 h de administración. - Dispersión de luz dinámica (DLS) para medir cambios en tamaño de partículas y su distribución (3 mediciones por muestra);

obteniéndose el tamaño medio ponderado (Z-Average) y el índice de polidispersidad (IP) que mide la heterogeneidad del tamaño, aumentándose por mayor distribución del tamaño o agregación. Se comparan los valores obtenidos (Z-Average e IP) mediante pruebas no paramétricas (Wilcoxon) en función de la formulación de NP y aporte de ET.

Resultados: Se determinaron 102 medidas DLS en 34 muestras (Tabla I). En ninguna de las 34 muestras se visualizaron precipitados tras 24 h. La adición de ET (Sin ET frente a ET) mostró un esperado aumento del IP.

Conclusión: La nueva formulación de ET ha mostrado ser segura con AAPs, incluso doblando dosis, no hallándose visualmente precipitados, ni aumento significativo de la dispersión o del tamaño medio de partículas en diferentes soluciones de AAPs, especialmente > 1 µm.

P-033. Elaboración de nutrición parenteral: mejoras en el control de calidad

Marta Blázquez Vidal, Laura Val Prat, Inés García del Valle, Anna Valenzuela Puig, Mónica Sanmartín Suñer, Pilar Marcos Pascua, Gemma Morlà Clavero, Gemma Baronet Jordana

Servicio de Farmacia. Hospital Universitari General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès, Barcelona

Introducción: La elaboración de nutriciones parenterales (NP) es un proceso complejo sujeto a posibles errores, los cuales pueden suponer un riesgo para la seguridad del paciente.

Objetivos: Analizar las incidencias en la elaboración de NP, para detectar y describir los errores más comunes, implementar medidas de seguridad y establecer un sistema efectivo de control de calidad.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de las incidencias notificadas en el hospital entre 03/2010 y 12/2023. A partir del análisis de estas notificaciones, se instauraron nuevas medidas de seguridad.

Resultados y conclusión: Se analizaron 170 notificaciones y los errores detectados fueron: elección incorrecta de productos (56,5 %), error de prescripción (17,1 %), equivocación en el etiquetaje (10,6 %), error en la preparación (5,3 %) y otros (5,9 %). Respecto a la selección inadecuada de productos: 22,4 % correspondieron a electrolitos; 12,4 % a bolsas tricamerales; 10,0 % a la ausencia de productos en la bandeja de revisión y 8,8 % a una concentración equivocada de los macronutrientes. Las medidas tomadas para evitar incidencias fueron separar los productos susceptibles de equivocación, marcar con color uno de ellos, y cambiar de laboratorio fabricante para evitar errores de isoapariencia. Un tercio de los errores de preparación ocurrieron en NP de neonatos, donde pequeñas variaciones en los nutrientes pueden tener gran impacto en la salud. Por ello, se instauró el control gravimétrico (CG) en estas. El análisis de las incidencias en la elaboración de NP contribuye a obtener un sistema efectivo de control de calidad, propiciando el desarrollo de mejoras continuas en la seguridad. El error más detectado fue la selección incorrecta de productos, lo que refuerza la necesidad de seguir realizando la validación cruzada de las NP. El error más grave es el de preparación, ya que, si no es detectado, puede llegar al paciente. El CG es la medida más adecuada en estos casos, tanto para neonatos como adultos.

P-034. Distribución de la prescripción anual de nutriciones parenterales individualizadas en un hospital de segundo nivel

José Miguel Caselles Gil[1], Irene Gonzalo Montesinos[2], Emilia Cáncer Minchot[2], Mario García Gil[1]

Servicios de [1]Farmacia y de [2]Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

Introducción: El propósito de este estudio fue describir el patrón de prescripción de nutriciones parenterales individualizadas (NPI) en un hospital de segundo nivel a lo largo de un año.

Objetivos: Describir el patrón de prescripción de nutriciones parenterales individualizadas (NPI) en un hospital de segundo nivel durante un año.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo desde diciembre de 2022 hasta diciembre de 2023. La información se obtuvo mediante la revisión de dispensaciones registradas en el sistema informático de gestión de Farmacia y en las historias clínicas electrónicas. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados que recibieron NPI elaborada por el servicio de Farmacia. Las variables consideradas para evaluar el perfil de prescripción fueron: edad, sexo, servicio médico, fecha de inicio y duración del tratamiento. Los datos recopilados se analizaron utilizando Microsoft Excel (versión 2019).

Resultados: Se prescribieron 3680 nutriciones parenterales para 391 pacientes de 16 servicios hospitalarios. La mediana de edad fue 69 años [0-94] y el tiempo promedio de tratamiento 11,8 días. El 80,49 % fueron prescritas por la Sección de Endocrinología y Nutrición y seguido del Servicio de Medicina

Tabla I.

	Sin ET		ET		Doble ET	
	2-en-1	3-en-1	2-en-1	3-en-1	2-en-1	3-en-1
Z-*average* (d, nm)	334,9 (181,5)	489,3 (2,5)*	388,6 (282,3)	485,1 (4,6)	507,4 (448,5)	487,9 (9,8)
IP	0,352 (0,14)*	0,149 (0,02)	0,441 (0,26)	0,133 (0,02)	0,396 (0,22)	0,147 (0,02)

**p < 0,05. Diferencia frente ET.*

Intensiva. Del total se administraron en Cirugía General y Digestiva (CGD) 1781 NPI (48,40 %) a 167 pacientes, seguido de Medicina Intensiva con 718 NPI (19,51 %) a 91 pacientes (8 ± 6 días de duración). En Oncología 349 NPI (9,48 %) a 36 pacientes (12 ± 8 días), Digestivo 320 NPI (8,7 %) a 30 pacientes (9 ± 8 días), Medicina Interna 179 NPI (4,86 %) a 25 pacientes (11 ± 7 días) y Urología 144 NPI (3,91 %) a 19 pacientes. El 5,14 % restante se distribuyó entre otros servicios minoritarios (26 pacientes).

Conclusión: La prescripción de NPI a 3680 pacientes/año evidencia la relevancia de estas terapias en un hospital de agudos con elevada actividad quirúrgica y oncológica. Para poder dar cobertura a dicha demanda resulta clave una adecuada coordinación entre los Servicios prescriptores y la Unidad de Farmacia.

P-035. Análisis de las nutriciones parenterales de corta duración en un hospital de tercer nivel

Isabel Gómez Ibáñez, Yaiza Ortuño Ruiz, Sonsoles García Rodicio, Neus Sunyer Esquerra

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

Introducción: El principal objetivo de la nutrición parenteral (NP) es mantener o mejorar el estado nutricional de los pacientes en los que la vía oral o enteral esté contraindicada o sea insuficiente para cubrir sus necesidades. Está indicada si hay previsión de ayuno de 7-10 días en pacientes bien nutridos o 2-5 en desnutridos, con gran estrés metabólico o pendientes de intervención quirúrgica con riesgo nutricional.

Objetivos: Determinar la causa de la corta duración de la NP, en los pacientes que la reciben durante menos de 5 días. Definir las medidas correctoras oportunas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre los pacientes que iniciaron NP durante julio y agosto de 2023. Se recogieron: sexo, edad, indicación, momento de inicio (laboral o fin de semana), duración y motivo de interrupción.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 105 pacientes con NP. La edad media fue de 60,3 (18-91) años, siendo el 63,2 % varones. 22/105 casos tuvieron una duración inferior a 5 días. Las indicaciones más frecuentes fueron ileo paralítico 32,4 %, obstrucción 14,3 % y perforación intestinal 5,7 %. En el subgrupo de corta duración fueron similares: 27,3 %, 27,3 % y 13,6 %, respectivamente. Se objetivó en este subgrupo la no optimización de la pauta de procinéticos previa al inicio de la NP. Los motivos de discontinuación de las NP de corta duración fueron: tolerancia oral 15/22 (68 %), o enteral 5/22 (22 %) y 2/22 *exitus* (9 %). El 22 % de las NP de corta duración se iniciaron en fin de semana comparado con el 14 % del total. La causa de la corta duración de la NP es el inicio precoz en pacientes con íleo, especialmente en fin de semana. Como medida correctora se sugiere la elaboración de un protocolo de tratamiento del íleo paralítico previo al inicio de NP para la formación del personal no experto (fin de semana).

P-036. Aditivación de la nutrición parenteral con tiamina para prevenir el síndrome de realimentación en pacientes hematológicos hospitalizados

Rubén Gómez Navas, Andrea Albarrán Gómez, Gloria Gallego Hernández, Irene Conde González, María García Hervalejo, Roberto Pérez López, Jaime Cándido García Casanueva, Rubén Aparicio Peñacoba, José Germán Sánchez Hernández, María José Otero López

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Introducción: En pacientes hospitalizados sometidos a trasplante autólogo de médula ósea (TASPE) están el riesgo de padecer "síndrome de realimentación" con descenso de cifras séricas de potasio, magnesio y fósforo (K-Mg-P) e incremento de glucemia basal. La administración intravenosa de tiamina podría prevenir dicha situación, por lo que podría útil aditivar la NPP (nutrición parenteral periférica) con tiamina.

Objetivos: Evaluar si la aditivación de la NPP con tiamina consigue un menor descenso de las cifras de potasio, magnesio y fósforo (K-Mg-P) y/o incremento de la glucemia basal en pacientes sometidos a TASPE con riesgo de síndrome de realimentación.

Material y métodos: Estudio analítico, observacional y retrospectivo de 3 años de duración (enero 2020-noviembre 2023) en un Servicio de Farmacia de un Hospital General de referencia. Se incluyeron los pacientes hematológicos sometidos a TASPE en tratamiento con NPP y se recopilaron las siguientes variables: género, edad, aditivación de nutrición con tiamina, valores séricos de glucemia basal y K-Mg-P en días -1, 0, 1, 3 y 5 (el día 0 es cuando inicia NPP). Se dividieron los pacientes en grupos control (no aditivación de tiamina) y tratamiento (si aditivación) y se calcularon mediana ± RIQ de las variaciones (días 0, 1, 3 y 5) respecto al día -1 en las cifras de K-Mg-P y glucemia basal analizando con la prueba U de Mann-Whitney la significancia estadística (SPSS v28).

Resultados y conclusión: Se han incluido en el estudio un total de 26 pacientes (9 en el grupo tratamiento), de los cuales 14 eran hombres (54 %) y la mediana de edad fue de 56 años (rango 26-71). En esta limitada muestra de pacientes sometidos a TASPE la aditivación de la NPP con tiamina no ha demostrado un menor descenso en las cifras de K-Mg-P ni menor incremento de la glucemia basal.

P-037. Nutrición parenteral en el paciente adulto no crítico: indicaciones y complicaciones metabólicas

Noelia Jiménez Carbelo[1], Abrahan Jofre Peralta[1], José Ignacio Bretones Pedrinaci[1], José Canto Mangana[2]

[1]Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería. [2]Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Introducción: La nutrición parenteral (NP) es considerada "medicamento de alto riesgo" y su correcta indicación es de relevancia clínica, ya que está asociada a diferentes complicaciones, no solo infecciosas, sino también metabólicas como la colestasis.

Objetivos: Analizar las indicaciones de las nutriciones parenterales hospitalarias en pacientes adultos no críticos y las complicaciones hepáticas asociadas a estas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, realizado desde junio 2023-diciembre 2023. Pacientes seleccionados: adultos no críticos con NP durante su ingreso. Datos registrados: demográficos (sexo, edad), servicio médico, duración e indicación de NP. Criterios de indicación de NP establecidos: complicación posquirúrgica (CP), obstrucción intestina l(OI), íleo paralítico (IP), nutrición mixta (NM), hemorragia digestiva (HD) y fístula de alto débido (FAD). Por último, parámetros analíticos (PA) en los pacientes con NP ≥ 14 días, al inicio de la NP y 14 días después; PA: aspartato-aminotransferasa (AST), alanina-aminotransferasa (ALT), gamma-glutamil transferasa (GGT), fosfatasa alcalina (FA) y triglicéridos (TG). Valores de referencia PA: AST 10-50U/L, ALT 10-50U/L, FA 30-120U/L, GGT 1-40U/L, TG 89-150 mg/dl. Fuentes de búsqueda: historia clínica y programa de prescripción electrónica. Los datos se analizaron en excel.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 74 pacientes (66 % hombres), edad media 61 años (SD ± 16). El 73 % a cargo de CG, 14 % DG, 8 % UR y 5 % ORL. La duración media de la NPT fue 10 días (SD ± 7). El 96 % de las NP cumplían indicación, siendo el 37 % por CQ, 32 % OI, 13 % NM, 10 % IP, 6 % HD y 2 % FAD. El 33 % de los pacientes tuvo NP ≥ 14 días. Media PA inicio de NP: AST 28,36 U/L (SD ± 16,83), ALT 20,33 U/L (SD ± 14,16), FA 85,75 U/L (SD ± 46,76), GGT 61,5 U/L (SD ± 50,8), TG 128,61 mg/dl (SD ± 55,54) y tras 14 días: AST 42,65 U/L (SD ± 28,14), ALT 80,26 U/L (SD ± 62,54), FA 211,93 U/L (SD ± 101,90, GGT 434,09 U/L (SD ± 205,60), TG 205,5 mg/dl (SD ± 93,09). Por tanto, la NP cumple indicación casi en el total de pacientes, siendo la más frecuente aquella relacionada con procesos quirúrgicos. En los pacientes con NP ≥ 14 días, se aprecia una elevación de los PA, los cuales reflejan que las alteraciones hepáticas continúan estando presentes en los pacientes con NP.

P-038. Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total

Pedro Jiménez Torrecilla[1], Claudia Navarro Camacho[2], Amparo Lomas Meneses[1], Paloma González Lázaro[1], Ana Samper Juárez[2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. [2]Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Introducción: Las infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales (CVC) destacan por su impacto en la morbimortalidad, prolongación de la hospitalización y costes.

Objetivos: Evaluar la tasa de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) en pacientes hospitalizados que reciben nutrición parenteral total (NPT).

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en un hospital de 350 camas durante 12 meses. Se incluyeron pacientes adultos ingresados con NPT y CVC. Se registraron unidad de hospitalización, localización de la vía, lugar de canalización, días transcurridos desde su canalización hasta su retirada y microorganismos aislados. La tasa de infección utilizada fue BRC/1000 días de CVC.

Resultados y conclusión: Se analizaron 94 CVC en 88 pacientes: 57 (60,7 %) del Servicio de Cirugía, 13 (13,8 %) de UCI, 8 (8,5 %) de Medicina Interna (MI) y 14 (14,8 %) de otros servicios. Las inserciones se realizaron 77 (81,9 %) en quirófano, 16 (17 %) en UCI y 1 (1 %) en planta de hospitalización. El acceso yugular fue el elegido mayoritariamente (54,2 %), seguido de la vía subclavia (34 %). Fueron retiradas por sospecha de infección 22 vías (23,4 %), obteniéndose colonización en 7 (31,8 % del total). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de accesos venosos y el número de infecciones ($p < 0,05$). La tasa global de BRC fue 8,7 en el Servicio de Cirugía, 7,6 para la UCI y 4,1 para el resto de Servicios. Se obtuvo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre UCI y el resto de servicios en relación a las vías retiradas por sospecha de infección y la tasa de BRC. El género encontrado en el 100 % de los casos fue *Staphylococcus*. Las especies más frecuentes fueron *S. epidermidis* en el 71,4 % de los casos (60 % resistentes a cloxacilina) y *S. hominis* (28,5 %). En nuestro medio la vía de administración más frecuente fue la subclavia. Los resultados en UCI son superiores al resto, indicando que el protocolo bacteriemia zero es efectivo.

P-039. Análisis de la composición en alérgenos y lactosa de las fórmulas de nutrición enteral

Laura López Guerra, Elena Alba Álvaro Alonso, Nélida Barrueco Fernández, Sara Prieto Román, Ismael Escobar Rodríguez

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción: Debido al aumento de alergias e intolerancias alimentarias entre pacientes ingresados es preciso conocer la composición de fórmulas de nutrición enteral (FNE).

Objetivos: Analizar el contenido en alérgenos de declaración obligatoria (ADO) según la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) y en lactosa de las FNE disponibles en el hospital.

Material y métodos: Para obtener la composición en ADO según EFSA (trigo, cebada, centeno, avena, leche, huevo, cacahuete, soja, pescado, crustáceos, moluscos, apio, altramuz, sésamo, mostaza y sulfitos) y la cantidad de lactosa (mg/100 mL) de FNE, se analizaron documentos técnicos (DT), etiquetado del acondicionamiento primario (botellas/bolsas) y secundario (cartonaje), y se consultó al laboratorio fabricante.

Resultados: Se analizaron 24 FNE: 10 dietas y 14 suplementos enterales. Veintidós de 24 FNE contenían algún ADO. El 100 % de las dietas contenían leche, 70 % pescado, 70 % soja, 10 % trigo y 10 % avena. El 85,7 % de los suplementos contenían leche, 21,4 % pescado y 50 % soja. El resto de alérgenos revisados no se encontraban en su composición. Los alérgenos no estaban recogidos explícitamente en los DT en el 40 % de las dietas y el 57,1 % de los suplementos por lo que hubo

que interpretar sus componentes (por ejemplo: "caseinatos, omega-3…"). Lactosa: el 90 % de las dietas y 78,6 % de los suplementos contenían cantidad detectable (10 mg / 100 mL). Se encontraron discrepancias en la cantidad de lactosa entre DT y etiquetado en el 55,6 % de las dietas y 36,4 % de los suplementos. Además, en un 22,2 % de las dietas y 36,4 % de los suplementos, fue necesario consultar al laboratorio fabricante porque su contenido no estaba especificado en DT, o figuraba "sin lactosa" a pesar de indicar "no apto para galactosémicos". La mayoría de FNE disponibles en el hospital contenían ADO y lactosa.

Conclusión: Se han encontrado numerosas discrepancias y/o faltas de información en las fuentes consultadas sobre la presencia de alérgenos y de lactosa. Por ello, es imprescindible una revisión e interpretación de su composición por profesionales especializados que puedan elaborar recomendaciones en pacientes con alergias y/o intolerancias alimentarias.

P-040. Evaluación e influencia de los niveles de vitamina D en el paciente crítico

José Moreno Banegas, Manuel Ángel Torrecilla Abril, Begoña Morales Rivero, Isabel Caba Porras

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: Los pacientes críticos (PUCI) muestran una tendencia de niveles muy bajos de vitamina D (VitD) asociado con una mayor morbimortalidad. En los pacientes con el tracto gastrointestinal (TGI) no funcionante, normalmente con nutrición parenteral (NP), su reposición es una complicación añadida.

Objetivos: Analizar los niveles de VitD en pacientes con NP (pNP). Valorar posibles medidas y/o cambios en la formulación de la NP para corregirlos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pNP en UCI durante 1 año (2023). A partir de la historia clínica y el programa de formulación NP, se registró en una base datos: edad, parámetros antropométricos, diagnóstico, número de días con NP, fecha y valor del primer nivel sanguíneo VitD y posteriores, pacientes con intervención (aumento de la cantidad de VitD en la NP diaria: Vitalipid Infant® más Viant®), evolución y motivo de suspensión de NP. Revisión bibliográfica con las palabras claves "VitD" y "paciente crítico".

Resultados y conclusión: Se recogieron 114 pNP descritos en la tabla I. Los días con NP (16,27) tuvo un amplio intervalo (1-123). El primer nivel sérico de VitD de 87 pacientes están en un rango de deficiencia alta 7,92 ± 5,91 ng/dL (el 23,7 % sin datos); su monitorización presentó una gran variabilidad. En NP, los multivitamínicos habituales (200 UI) no cubren las cantidades recomendadas actuales en PUCI (800 UI) (Tabla II). Ante la imposibilidad de suplementar VitD sola, se añadió un multivitamínico liposoluble infantil en 15 pacientes con deficiencia muy severa. El 60 % de ellos, tienen solicitados niveles posteriores semanales y hubo normalización del valor en los que progresaron a nutrición enteral u oral. Los resultados obtenidos reflejan la alta prevalencia de deficiencia severa de VitD y la necesidad de implementación de un protocolo conjunto con el servicio de UCI para conseguir la estandarización y normalización de los niveles de VitD. Consideramos adecuado la adición de extra de VitD en la NP en PUCI de larga evolución.

Tabla I. Descripción de los pacientes

Número de pacientes	114 (69 hombres, 45 mujeres)		
Media de edad	62,69 años		
Media del IMC	26,14 kg/m^2		
Indicaciones principales NP	Complicación quirúrgica (24,56 %) Pancreatitis (12,28 %)		
Media días duración NP	16,27 días (1-123 días)		
Medía días transcurridos hasta la solicitud de niveles	10,80 días (1-43 días)		
Media y desviación estándar (DS) Niveles medidos durante NP	7,92 ± 5,91 ng/dL		
Perfil de niveles de vitamina D	Deficiencia muy severa (< 7,6 ng/dL)	50 (43,86 %)	
	Deficiencia (7,6-20 ng/dL)	33 (28,95 %)	
	(> 20 ng/dL)	4 (3,51 %)	
	No medidos	27 (23,68 %)	
Motivo suspensión NP		Total	Intervención
	Exitus	33 (28,95 %)	5 (33,33 %)
	Progresión NE	30 (26,32 %)	2 (13,33 %)
	Progresión dieta oral	51 (44,74 %)	8 (53,33 %)
Número de pacientes con NP suplementada con Vitalipid Infant®	15 (13,16 %)		
	% con respecto a pacientes con deficiencia severa	50 (30 %)	
	% con respecto a pacientes con niveles medidos	87 (17,24 %)	

Tabla II. Recomendaciones de la guía ESPEN* y composición de vitaminas liposolubles en NP

	Vitamina A (1 µg = 3,3 UI)	Vitamina D (1 µg = 40 UI)	Vitamina E 1 µg = 1 UI	Vitamina K
Recomendación NP*	2640-3630 UI	200 UI	≥ 9 UI	150 µg
Recomendación en NP con requerimientos elevados*†	3630 UI	800-1000 UI	20 UI	1000-10 000 µg
Aporte total intervención‡	5577 UI	600 UI	16,4 UI	350 µg
Composición Vitalipid Infant®	2277 UI	400 UI	6,4 UI	200 µg
Composición Viant®	3300 UI	200 UI	10 UI	150 µg

**ESPEN Micronutrient Guideline 2022. †Pacientes con pérdidas crecientes continuas, como pérdidas gastrointestinales, terapia de reemplao renal continua, aquellos en estado hipermetabólico o cuyos niveles están agotados antes de comenzar la NOP y en el embarazo. ‡Las vitaminas D, E y K se encuentran en rango en los pacientes críticos. A pesar de que los aportes totales de vitamina A superan las recomendaciones en pacientes con requerimientos elevados, la bibliografía no recoge toxicidad acumulada a las dosis empleadas.*

P-041. Análisis de las expectativas en la preparación de nutrición parenteral a consecuencia de la implementación de un sistema de robotización

Yaiza Ortuño Ruiz[1], Isabel Gómez Ibáñez[2], Neus Sunyer Esquerra[2], Sonsoles García Rodicio[2]

Servicios de [1]Farmacia y de [2]Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

Introducción: La implementación de un sistema de automatización para la preparación de nutriciones parenterales (NP) a través de la robotización permite aumentar la seguridad y trazabilidad del proceso. De esta forma, se pueden elaborar NP personalizadas reduciendo el tiempo de manipulación y los errores de preparación.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción y conocimiento del personal técnico formado respecto a la implementación de un robot para elaboración de NP.

Material y métodos: Estudio cualitativo descriptivo realizado en un hospital terciario mediante un cuestionario dirigido al personal técnico previamente formado en la manipulación de robot. La encuesta evaluaba datos demográficos y aspectos técnicos graduándose des del 0 (nada de acuerdo) al 10 (totalmente de acuerdo), preguntas dicotómicas (sí/no) y selección de respuestas múltiples.

Resultados y conclusión: Se encuestaron a 5 técnicos, 4/5 eran mujeres, 2/5 con un rango de edad de 20-35 años, 2/5 entre 36-49 años y 1/5 mayor de 50 años. El tiempo de experiencia en preparación de NP fue superior a 5 años en 3/5 de los encuestados (Tabla I). Como ventaja global, se reportó en un 80 % la seguridad en la preparación, 60 % comodidad postural del trabajador y 80 % ahorro del tiempo de elaboración. Nadie indicó que no aportaría ventajas. El personal técnico se muestra reticente al cambio en la preparación de NP a través de robotización debido a la complicación de la elaboración y falta de capacitación. En esta pequeña muestra no se observan diferencias entre las expectativas por el grado de experiencia previo.

P-042. Análisis de estabilidad de emulsión lipídica de nutrición parenteral con baja concentración de aminoácidos

Luis Otero Millán[1], Brais Bea-Mascato[1], Natividad Lago Rivero[1], José Luis Legido Soto[2], Noemi Martínez López de Castro[1]

[1]Farmacia. AS Vigo. Vigo. [2]Física Aplicada. Universidade de Vigo. Vigo

Introducción: La medición del porcentaje de glóbulos mayor de 5 µm (PFAT5) es un parámetro de control de estabilidad de emulsión lipídica. Un aumento en sus valores indica el inicio de procesos de agregación e inestabilidad.

Tabla I.

Pregunta	Resultado
Ventaja global del robot respecto a la preparación manual	6,4
Ahorro de tiempo con el uso del robot	5,8
Elaboración más sencilla respecto a la manual	4,2
Grado de satisfacción con la implementación del robot	5,8
Grado de capacitación actual para la preparación automatizada	5,2
Futura mejora en la trazabilidad y control	100 % sí
Reducción en el gasto de productos	100 % no

Objetivos: Analizar la estabilidad de la emulsión lipídica en muestras de nutrición parenteral, atendiendo a cambios en la concentración de aminoácidos y en el protocolo de almacenamiento (temperatura y tiempo).

Material y métodos: Se han estudiado 6 muestras de nutrición parenteral (NP1-NP6), cuya composición se detalla en la tabla. Se prepara una única muestra madre (para cada composición), que se divide en dos, para el almacenamiento a temperatura ambiente (A) y en nevera (N). La distribución de tamaño de glóbulo fue medida mediante dispersión dinámica de luz (SaturnDigiSizer II5205V1.04) a días 1 y 14. Se calcula el PFAT5 en cada día de medida y condición de conservación (PFAT5-1N, PFAT5-14A y PFAT5-14N).

Resultados y conclusión: La composición de las muestras y los resultados de PFAT5 se muestran en la tabla I. La menor concentración de aminoácidos influye en el aumento de PFAT5. El tiempo de almacenamiento prolongado influye negativamente en la estabilidad de la emulsión lipídica, siendo más notorio el almacenamiento a temperatura ambiente.

P-043. Consumo de esteroides anabólicos androgénicos de atletas *amateur* que compiten en fisicoculturismo

Alin Jael Palacios Fonseca, Kevin Enrique Villa Vuelvas, Joel Cerna Cortés

Facultad de Medicina. Universidad de Colima. Colima, México

Introducción: Con el fin de mejorar el físico corporal, el consumo de Esteroides Anabólicos Androgénicos (EAA) ha incrementado. La prevalencia del uso clandestino y abuso de EAA en los atletas que compiten en fisicoculturismo son altas. A pesar de su potencial riesgo para su salud como enfermedades cardiovasculares, desequilibrios hormonales y cáncer.

Objetivos: Identificar el consumo de esteroides anabólicos androgénicos en atletas amateur que compiten a nivel local y nacional del estado de Colima.

Material y métodos: Estudio observacional transversal con 14 competidores de fisicoculturismo (3 mujeres, 11 hombres), usuarios de EAA, elegidos de manera voluntaria no aleatoria en el estado de Colima, México. El nivel de competencia: seis amateurs locales y ocho amateurs nacionales, donde dos son campeones nacionales. Nueve están en pretemporada y cinco están fuera de temporada. Se tomaron medidas antropometricas con base al protocolo establecido por la Sociedad Internacional para el Avance de la Kinantropometría (ISAK) para obtener la composición coporal del sujeto de estudio. Se empleó la U de Mann-Whitney al tratarse de dos grupos independientes.

Resultados: Se encontraron 11 tipos de EAA de consumo habitual, con la combinación entre 2 a 4 de estos a la semana. También, consumen hormona de crecimiento, clembuterol, T3 y T4. El consumo promedio de esteroides anabólicos fue de 672,8 ± 477 mg /semana. Se encontró diferencia significativa ($p = 0,019$) entre los grupos de pretemporada y los que están fuera de temporada en cuanto al porcentaje de masa grasa. Sin embargo, no se encontró diferencia en el consumo de esteroides anabólicos ($p = 0,112$).

Conclusión: A pesar de ser atletas *amateurs,* tienen un consumo excesivo de esteroides anabólicos androgénicos aun estando fuera de temporada, lo cual sugiere dependencia a estas sustancias.

P-044. Utilización de fórmulas oligoméricas en diarrea asociada a nutrición enteral

Rocío Prieto Galindo, Elena Navas Armero, Laura Torralba Fernández, Clara Jiménez Méndez, Ángel García Pérez, Encarnacion Gómez Fernández

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Toledo. Toledo

Introducción: La diarrea asociada a nutrición enteral (DANE) es el principal efecto adverso gastrointestinal que provoca la interrupción de la nutrición enteral (NE). Su origen multifactorial junto con la escasez de evidencia sobre las NE peptídicas hace necesario un seguimiento para evaluar la eficacia y establecer protocolos de utilización.

Tabla I.

Muestra	NP1	NP2	NP3	NP4	NP5	NP6
Nitrógeno (g/L)	4	3,5	3	2,5	1,5	0
Glucosa (g/L)	75	75	75	75	75	75
Lípidos (g/L)	20	20	20	20	20	20
Sodio (mMol/L)	40	40	40	40	40	40
Potasio (mMol/L)	60	60	60	60	60	60
Magnesio (mMol/L)	5	5	5	5	5	5
Calcio (mMol/L)	25	25	25	25	25	25
Fósforo (mMol/L)	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
PAFT5-1N (%)	0	0	0	0	0	0
PFAT5-14A (%)	0	0	0	0	0,746	0,130
PFAT5-14N (%)	0	0	0	0	0	0,117

Objetivos: Analizar el uso de las fórmulas peptídicas en pacientes con DANE según el protocolo aprobado en la Comisión de Nutrición (solo en caso de refractariedad a la fibra soluble) y la disminución de deposiciones en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con DANE y con prescripción de fórmulas peptídicas desde marzo hasta noviembre 2023. Para el análisis de datos se utilizó el programa de prescripción Farmatools®, Excel® y Mambrino XXI® donde se recogió la adherencia y la disminución de deposiciones.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 21 pacientes (57 % mujeres, 43 % hombres). El motivo de prescripción mayoritario de la NE oligoméricas fue DANE (18) seguido de quilotórax (2) y colecistitis (1). De los 18 pacientes,10 de ellos habían utilizado NE con fibra soluble previamente sin éxito. Después de un mínimo de 5 días con NE oligomérica, el 56 % de nuestros pacientes consiguen disminución de las deposiciones, 11 % no disminuye, 33 % no se puede evaluar por tiempo insuficiente o mala adherencia. Este 11 % corresponde con los pacientes con toxina de *Clostridium difficile* positiva. Las fórmulas oligoméricas representan una alternativa con buenos resultados cuando existe falta de respuesta a la fibra soluble. El protocolo intrahospitalario no se cumplió en los pacientes con toxina de *Clostridium* positiva. Este resultado refuerza la idea de reservar estas fórmulas, ya que no se objetiva menor número de deposiciones a pesar de utilizar directamente una formula peptídica. La falta de estudios comparativos requiere continuar recopilando datos para desarrollar protocolos claros ante DANE.

P-045. Elaboración de un *check-list* que dé soporte a la validación farmacéutica de nutriciones parenterales durante una guardia

Manuel Ángel Torrecilla Abril, José Moreno Banegas, Álvaro José Moreno López, Isabel Caba Porras

Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: El inicio de una NP no está exenta de riesgos, por ejemplo, el Síndrome de Realimentación (SR) puede ocurrir como consecuencia de restablecer la alimentación de una forma rápida tras un periodo de ayuno prolongado.

Objetivos: Elaborar un *check-list* para detectar posibles riesgos y errores en pacientes a los que se le prescriben NP en situaciones imprevistas y valorar su utilidad.

Material y métodos: Diseñamos una lista de verificación basándonos en los documentos: "Consenso 2020 ASPEN sobre SR" y "Estandarización del soporte nutricional (SEFH 2009) ". Desde julio de 2023 (6 meses) se han recopilado los pacientes a los que se les ha prescrito la NP fuera del horario habitual.

Resultados y conclusión: Dividimos el cuestionario en varias partes donde comprobaremos: 1. Ubicación, edad, peso, talla, vía de administración, diagnóstico, motivo de NP. 2. Evaluación del riesgo SR según alguno de estos parámetros: pérdida de peso anterior al ingreso Ingesta calórica en los siete días previos Niveles sanguíneos de fósforo, potasio y magnesio (NSPKMg) (si disminución 10-20 % (SRleve), 20-30 % (SRmoderado) o > 30 % y/o disfunción orgánica (SRgrave) 3. Cálculo rápido de requerimientos nutricionales y comparación con NP comerciales (NPC) disponibles. Se han registrado 9 pacientes: 2 cirugía, 1 urología, 6 UCI). Solo el 33 % tenían completo los niveles de iones. Las intervenciones realizadas son: 1 recomendación de cambio de vía de administración; 1 detección de 1 SR moderado (11 %) con recomendación de disminución de aporte calórico. En el 100 % de los pacientes recomendación de: administración de tiamina intravenosa, normalizar los NSPKMg antes de iniciar la NP o la conveniencia de dejar realizada la petición de NSPKMg. Con este *check-list,* se asegura una validación uniforme durante las guardias, una terapia nutricional de calidad, aumentando la seguridad de la misma, previniendo posibles complicaciones por SR, reduciendo la posibilidad de errores, además de servir como método de ayuda para la elección adecuada de la NPC.

INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL

P-046. Efecto del consumo regular de un suplemento nutricional rico en miraculina (DMB®) sobre biomarcadores de inflamación y caquexia en pacientes oncológicos desnutridos

Ana Isabel Álvarez Mercado[1-3], Bricia López Plaza[4], Julio Plaza Díaz[2,5,6], Lucía Arcos Castellanos[4], Francisco Javier Ruiz Ojeda[2,3,5], Marco Brandimonte-Hernández[5], Marlhyn Valero Pérez[4], Samara Palma Milla[4], Ángel Gil[2,3,5]

[1]Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España. [2]Ibs.GRANADA. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada, España. [3]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Centro de Investigación Biomédica. Granada, España. [4]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid, España. [5]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España. [6]Children's Hospital Eastern Ontario Research Institute. Ottawa, Canadá

Introducción: Los trastornos del gusto (TD) son comunes en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia y persisten durante el tratamiento. Estas afecciones se asocian a una reducción en el consumo de alimentos, aumentando el riesgo de desnutrición. Por otra parte, el síndrome caquéctico, habitual en los pacientes con cáncer y caracterizado por una marcada pérdida de peso, anorexia, astenia y anemia, está ligado a la presencia y crecimiento del tumor y conduce a inflamación sistémica. *Synsepalum dulcificum* es una planta cuyo fruto contiene miraculina (MIR), una glicoproteína que modifica los sabores ácidos en dulces y reduce la percepción de los sabores amargos y metálicos, haciendo más apetecibles las comidas y facilitando la ingesta nutricional.

Objetivos: Evaluar el consumo regular del suplemento alimenticio rico en miraculina (DMB®) sobre biomarcadores inflamatorios y caquexia en pacientes oncológicos. Protocolo clínico NCT05486260.

Material y métodos: Ensayo clínico triple ciego, aleatorizado y controlado con placebo. Se diseñó un estudio piloto con 30 pacientes desnutridos con cáncer de etiología diversa que recibían quimioterapia y que presentaban TD. Se dividieron en tres grupos y recibieron un comprimido antes de cada comida principal de 150 mg de DMB®, 300 mg de DMB® o placebo (300 mg de fresa liofilizada) durante tres meses. Mediante la plataforma de multiplexación X-MAP Luminex se determinaron los niveles plasmáticos de TNF-α, IL-6, IL-1B, IFN-γ, IL-4, IL-10, factor inhibidor de la leucemia humana y dermicidina al inicio y final del tratamiento.

Resultados y conclusión: Los pacientes que habían ingerido DMB® presentaron un aumento de la citoquina antiinflamatoria IL-10, un descenso de citoquinas proinflamatorias (IL-1 B, IL-6 y TNF-α) y una disminución del factor inductor de tumores dermicidina (Tabla I). En conclusión, el consumo regular de DMB® mejoró el estado inflamatorio de los pacientes oncológicos desnutridos sometidos a tratamiento antineoplásico activo, siendo la dosis de 150 mg la que arrojó mejores resultados.

P-047. La ingesta de un suplemento nutricional rico en miraculina (DMB®) mejora el estado nutricional de ácidos grasos esenciales y poliinsaturados en pacientes oncológicos con disgeusia

Ana Isabel Álvarez Mercado[1-3], Bricia López Plaza[4], Julio Plaza Díaz[1,5,6], Lucía Arcos Castellanos[4], Francisco Javier Ruiz Ojeda[1,2,6], Marco Brandimonte-Hernández[6], Marlhyn Valero Pérez[4], Samara Palma Milla[4], Ángel Gil[1,2,6]

[1]Ibs.GRANADA. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada, España. [2]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Centro de Investigación Biomédica. Granada, España. [3]Departamento de Farmacología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España. [4]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid, España. [5]Children's Hospital Eastern Ontario Research Institute. Ottawa, Canadá. [6]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España

Introducción: Los pacientes oncológicos con disgeusia sometidos a quimioterapia a menudo sufren alteraciones nutricionales, particularmente en el perfil de ácidos grasos esenciales y polinsaturados. *Synsepalum dulcificum* es una planta cuyo fruto contiene miraculina (MIR), una glicoproteína capaz de transformar los sabores ácidos en dulces y de enmascarar los sabores amargos y metálicos, haciendo más apetecibles las comidas y facilitando la ingesta nutricional.

Tabla I.

Dosis	Inicio	Final	Cambios (%)	*p*		
				Tiempo	Intervención	T × I
Dermicidina (ng/mL)						
150 mg DMB	15,3 ± 7,7	11,7 ± 5,8	-23,5	0,02	0,427	0,32
300 mg DMB	15,2 ± 5,2	10,6 ± 3,7	-30,3			
Placebo	10,5 ± 0,8	10,2 ± 4,2	-2,9			
IL-1 β (pg/mL)						
150 mg DMB	6,8 ± 4,5	4,7 ± 2,0	-30,9	0,093	0,824	0,501
300 mg DMB	4,3 ± 1,1	4,2 ± 2,9	-2,3			
Placebo	4,5 ± 1,6	3,8 ± 0,9	-15,6			
IL-6 (pg/mL)						
150 mg DMB	4,7 ± 3,6	3,9 ± 5,1	-17,0	0,134	0,984	0,889
300 mg DMB	5,0 ± 2,5	3,3 ± 3,1	-34,0			
Placebo	5,9 ± 8,8	4,3 ± 5,0	-27,1			
TNF-α (pg/mL)						
150 mg DMB	18,8 ± 4,8	16,3 ± 9,9	-13,3	0,297	0,214	0,652
300 mg DMB	14,2 ± 5,6	9,3 ± 2,8	-34,5			
Placebo	14,1 ± 3,5	13,1 ± 4,9	-7,1			
IL-10 (pg/mL)						
150 mg DMB	10,9 ± 57,1	28,1 ± 48,4	157,8	0,470	0,908	0,554
300 mg DMB	12,8 ± 62,5	15,9 ± 53,1	24,2			
Placebo	17,1 ± 7,2	14,3 ± 16,0	-16,4			

Objetivos: Evaluar el efecto del consumo habitual de un suplemento alimenticio rico en MIR (DMB®) sobre el perfil de ácidos grasos esenciales y polinsaturados en pacientes oncológicos desnutridos con disgeusia. Protocolo clínico NCT05486260.

Material y métodos: Ensayo clínico triple ciego, aleatorizado y controlado con placebo para el que se diseñó un estudio piloto con 21 pacientes desnutridos con cáncer de etiología diversa que recibían quimioterapia y que presentaban disgeusia, divididos en tres grupos que recibían un comprimido bucodispersable de DMB® antes de cada comida principal. Grupo 1: 150 mg de DMB®; 2: 300 mg de DMB®; y 3: placebo (liofilizado de fresa). El tratamiento duró tres meses. Se evaluó el estado de los ácidos grasos esenciales y sus derivados polinsaturados mediante la determinación del perfil de ácidos grasos de la membrana eritrocitaria, antes y después de la intervención.

Resultados: Los pacientes que tomaron el suplemento DMB®, especialmente con la dosis 150 mg, presentaron contenidos más elevados de ácidos grasos esenciales (linoleico y α-linolénico) y de ácidos grasos polinsaturados, en particular ácido araquidónico y ácido docosahexaenoico (Tabla I).

Conclusión: El consumo regular de DMB® en pacientes oncológicos con disgeusia contribuye a la mejora del perfil de ácidos grasos de los eritrocitos, lo que es indicativo de un mejor estado nutricional.

P-048. Efecto del consumo habitual de DMB® sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer en tratamiento oncológico activo que presentan desnutrición y disgeusia

Lucía Arcos Castellanos[1], Bricia López Plaza[1], Julio Plaza Díaz[2,3], Ana Isabel Álvarez Mercado[3,4,5], Francisco Javier Ruiz Ojeda[2,3,5], Marco Brandimonte-Hernández[2,5], Marlhyn Valero Pérez[6], Laura Mola Reyes[7], Ángel Gil[2,3,5], Samara Palma Milla[1,7]

[1]Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Centro de Investigación Biomédica. Granada. [3]Ibs. GRANADA. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada. [4]Departamento de Farmacología. Centro de Investigación Biomédica. Granada. [5]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Centro de Investigación Biomédica. Granada. [6]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. [7]Unidad de Nutrición Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: Los tratamientos antineoplásicos causan alteraciones relacionadas con la alimentación. El ingrediente DMB®, que consiste en el liofilizado del fruto de *Synsepalum dulcificum,* que contiene la proteína miraculina (MIR), ejerce un efecto modificador de la percepción gustativa al actuar directamente sobre los receptores del sabor dulce.

Objetivos: Evaluar el efecto del consumo habitual del DMB® sobre la calidad de vida e ingesta de alimentos de pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia que presentaron desnutrición y disgeusia.

Material y métodos: Ensayo clínico piloto aleatorizado, paralelo, triple ciego y controlado durante 3 meses. Los pacientes consumieron un comprimido bucodispersable antes de cada comida principal: grupo 1 (150 mg de DMB® [2,8 mg MIR] + 150 mg de liofilizado de fresa [LF]), grupo 2 (300 mg de DMB® [5,6 mg MIR]) y grupo 3 (300 mg LF). Inclusión: pacientes en quimioterapia, desnutrición (criterios GLIM) y alteración objetiva del gusto (eletrogustometría). Al inicio y al final se valoró la ingesta dietética (registro del consumo de alimentos 72 h), calidad de vida (EORTC.QLQ-C30) y tolerancia (cuestionario). CEIm. HULP–6164. ClinicalTrials.gov–NCT05486260.

Resultados: Se han evaluado 21 pacientes (mujeres 61,9 %). Edad media 60 años. Tras finalizar el estudio (Tabla I, pág. siguiente), todos los pacientes percibieron una mejora de la efectividad del producto a lo largo del estudio ($p = 0,035$), particularmente

Tabla I.

Dosis	Inicio (%)	Final (%)	Cambio (%)	*p*		
				Tiempo	Intervención	T × L
Linoleico						
150 mg DMB	7,8 ± 0,7	8,9 ± 0,8	14,1	0,326	0,949	0,296
300 mg DMB	8,2 ± 0,6	8,6 ± 1,7	4,9			
Placebo	8,8 ± 0,9	8,3 ± 2,2	-5,7			
Araquidónico						
150 mg DMB	9,6 ± 2,8	13,1 ± 1,7	36,5	0,005	0,81	0,40
300 mg DMB	10,3 ± 2,1	14,0 ± 2,8	35,9			
Placebo	11,1 ± 1,9	11,6 ± 2,1	4,5			
Docosahexaenoico						
150 mg DMB	2,9 ± 1,4	4,3 ± 1,7	48,3	0,906	0,021	0,76
300 mg DMB	3,0 ± 1,1	4,1 ± 1,0	36,7			
Placebo	2,9 ± 0,7	3,7 ± 1,8	27,6			

Tabla I. Calidad de vida y percepción del consumo de alimentos y efectividad en función del tratamiento asignado (X ± DS)

		Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3			p		
		Baseline	1 mes	2 meses	3 meses	*Baseline*	1 mes	2 meses	3 meses	*Baseline*	1 mes	2 meses	3 meses	Tiempo	Tratamiento	(Tx T.x × tiempo
Calidad de vida	Puntos	67,7 ± 6,4	70,8 ± 7,4	68,8 ± 5,6	69,8 ± 4,3	47,2 ± 7,4	34,7 ± 8,6	40,3 ± 6,4	40,3 ± 5,0	57,1 ± 6,8	73,8 ± 7,9	73,8 ± 6,0	78,6 ± 4,6	0,496	0,001	0,048
		Baseline	1 mes	2 meses	3 meses	*Baseline*	1 mes	2 meses	3 meses	*Baseline*	1 mes	2 meses	3 meses	1 mes	2 meses	3 meses
Come igual	Sí (%)	--	66,7	85,7	50	--	85,7	50	25	--	50	50	50	0348	0,298	0,683
	No (%)	--	33,3	14,3	50	--	14,3	50	75	--	50	50	50			
Come menos	Sí (%)	--	22,2	0	0,00	--	0	33,3	50	--	0	0	0	0,204	0,089	0,032
	No (%)	--	77,8	100	100,00	--	100	66,7	50	--	100	100	100			
Come más	Sí (%)	--	11,1	14,3	50,00	--	14,3	16,7	25	--	50	50	50	0,172	0,280	0,683
	No (%)	--	88,9	85,7	50,00	--	85,7	83,3	75	--	50	50	50			
		Baseline	1 sem	2 meses	3 meses	*Baseline*	1 sem	2 meses	3 meses	*Baseline*	1 sem	2 meses	3 meses	Tiempo	Tx.	Tx. × tiempo
Efectividad percibida	Puntos	38,8 ± 11,63	8,8 ± 11,66	2,5 ± 10,36	3,8 ± 11,4	52,5 ± 13,4	52,5 ± 13,4	71,7 ± 11,9	58,3 ± 13,2	60,8 ± 13,4	60,8 ± 13,4	75,0 ± 11,9	75,0 ± 13,2	0,035	0,500	0,598

en dosis de 150 mg de DMB® (de 38,8 ± 11,6 a 63,8 ± 11,4 puntos). Una dosis más elevada (300 mg) se tradujo en un exceso de la percepción dulce con un impacto menor sobre la calidad de vida ($p = 0,048$).

Conclusión: La suplementación oral con DMB® 150 mg parece ser una pauta eficaz para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos desnutridos con disgeusia. Esto es debido, muy probablemente, a que el cambio de los sabores ácidos a dulces resulta positivo para la percepción del consumo de alimentos en estos pacientes con alteraciones del sabor.

P-049. Patrones de biomarcadores relacionados con el envejecimiento en una población con obesidad

Diana Guadalupe Ariadel Cobo[1], Brisamar Estébanez González[2], Diana García Sastre[1], María del Pilar García Pérez[1], Elena González Arnaiz[1], Begoña Pintor de la Maza[1], María José Cuevas González[2], María D. Ballesteros Pomar[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León. [2]Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León

Introducción: La obesidad condiciona envejecimiento prematuro relacionado a biomasrcadores.

Objetivos: Determinar qué marcadores de senescencia están elacionados con la obesidad.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con obesidad entre 50-60 años comparados con un grupo control de personas sanas. Se midieron variables clínicas, datos antropométricos, composición corporal por bioimpedancia y función muscular por dinamometría y plataforma de fuerza. Se evaluó la expresión de exosomas CD9, CD63 y CD81, la expresión proteica de Klotho alpha, Klotho beta y FGF19, FGF21, FGF23 por Western blot. Se analizó nivel de expresión de microRNA-499 y se midieron los niveles de DNA libre de células (cfDNA) en plasma y exosomas. Además, se realizaron ensayos ELISA de adiponectina y leptina. Se realizó un análisis de componentes principales (ACP) con los biomarcadores con diferencias entre grupos.

Resultados: $n = 45$ (33 mujeres), grupo obesidad (GO, $n = 30$; 22 mujeres), grupo control (GC, $n = 15$; 11 mujeres). Edad media 55 (0,5) GO, 54 (0,8) GC. Diferencias en: TNFa, PCR, Leptina (LEP), Adiponectina (ADP), Klotho (KL), CD63 y CD81. ACP se incluyó composición corporal, fuerza, biomarcadores, dividido GO y GC; explicaba un 61,8 % de varianza (CP1 52,2; CP2 9,6), las variables mayor peso CP1: Masa Grasa/peso (MG/P), dinamometría/peso (Din/P), levantarse silla (LS), Test *Up & Go* (TUG), fuerza piernas (FP), perímetro cintura (PC), circunferencia pantorrilla (CP), velocidad levantamiento (VL) y, en CP2 fueron: CD63, ADL, CD81, KL. MG, LS, TUG, PC, CP, LEP y CD81 carga negativa en CP1 y en dirección opuesta a las variables de carga positiva en CP1 DIN/P, FP, VL. Klotho, ADP, CD63 carga negativa en CP2, CD63 con mayor carga.

Conclusión: Los biomarcadores podrían ayudar a identificar senescencia, el CD63 y el CD81 son los que más aportan en la varianza del componente principal, y tienen mayor relación con el grupo con obesidad.

P-050. Asociación de lesiones histológicas hepáticas básicas con la alteración de la microbiota intestinal en pacientes con enfermedad hepática metabólica (MAFLD) y obesidad mórbida

Isabel Cornejo-Pareja[1], M. Reda Amiar[2], Ángel López Montalbán[3], Carolina Gutiérrez-Repiso[1], Ángela Martínez-Martínez[1], Ana Sánchez-García[1], Isabel Arranz[4], Lus Ocaña-Wilhelmi[5], Francisco José Tinahones Madueño[1], Lourdes Garrido-Sánchez[1]

[1]Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Plataforma BIONAND. Ciber Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERobn). Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [2]Universidad de Málaga. Unidad de Gestión Clínica de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [4]Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Plataforma BIONAND. Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [5]Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Plataforma BIONAND. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Universidad de Málaga. Málaga

Introducción: La enfermedad del hígado graso asociada a disfunción metabólica (MAFLD) engloba desde la esteatosis hasta la esteatohepatitis e incluso la cirrosis. Recientemente, la microbiota intestinal (MI) ha mostrado ser un factor importante en la fisiopatología de MAFLD.

Objetivos: Nuestro objetivo es describir composición y funcionalidad de la MI en pacientes con obesidad mórbida (OM) y MAFLD, evaluado mediante biopsia.

Material y métodos: 110 pacientes con OM fueron clasificados en función de la presencia/ausencia de alteraciones histológicas hepáticas básicas (esteatosis, actividad necroinflamatoria y fibrosis). Analizamos la MI mediante secuenciación del ARNr 16S.

Resultados y conclusión: El análisis de diversidad-β (distancia UniFrac no ponderada) mostró diferencias en pacientes con fibrosis (PERMANOVA, pseudo-F:1.54, $p = 0,02$) y en pacientes con actividad necroinflamatoria (PERMANOVA, pseudo-F:1,40, $p = 0,049$). Las alteraciones hepáticas histológicas básicas se asociaron con cambios específicos en los patrones de MI (análisis LEfSe). En general, la presencia de alteraciones histológicas hepáticas se caracterizó por un aumento de Enterobacteriaceae y una disminución en *Ruminococcacea*. Específicamente, *Escherichia coli* se asoció con esteatosis y actividad necroinflamatoria, mientras que *Escherichia-shigella* se asoció con fibrosis y actividad necroinflamatoria. En el análisis funcional (PICRUSt2), observamos enriquecimiento en la biosíntesis de aminoácidos proteinogénicos en fibrosis, mientras que la esteatosis mostró enriquecimiento en la degradación de compuestos fenólicos y biosíntesis de L-triptófano. La actividad necroinflamatoria mostró el mayor número de vías metabólicas alteradas, con enriquecimiento en vías de degradación de compuestos aromáticos, aminas, poliaminas, y aminoácidos proteinogénicos (L-arginina y L-treonina); así como enriquecimiento en la biosíntesis de aminoácidos proteinogénicos (L-fenilalanina, L-triptófano, L-tirosina, L-metionina y L-alanina) y quinol y quinonas. En conclusión, establecemos un vínculo entre las alteraciones de la MI y el daño histológico hepático mediante biopsia. Estas alteraciones en los patrones microbianos y sus posibles vías metabólicas podrían agregar información a los predictores clásicos de la gravedad de MAFLD y sugerir nuevos objetivos metabólicos.

P-051. Efecto del consumo habitual de DMB® sobre la percepción del gusto en pacientes con cáncer en tratamiento oncológico activo que presentan desnutrición y disgeusia

Bricia López Plaza[1], Lucía Arcos Castellanos[1], Marlhyn Valero Pérez[1,2], Julio Plaza Díaz[3,4], Ana Isabel Álvarez Mercado[4-6], Francisco Javier Ruiz Ojeda[3,4,6], Marco Brandimonte-Hernández[3,6], Rosa María García Moreno[2], Ángel Gil[3,4,6], Samara Palma Milla[1,2]

[1]Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid. [2]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. [3]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Centro de Investigación Biomédica. Granada. [4]Ibs.GRANADA. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada. [5]Departamento de Farmacología. Centro de Investigación Biomédica. Granada. [6]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Centro de Investigación Biomédica. Granada

Introducción: Un efecto secundario del tratamiento oncológico son las alteraciones del gusto, las cuales favorecen la desnutrición. El ingrediente DMB® es el liofilizado de *Synsepalum dulcificum,* fruto que contiene miraculina (MIR), proteína que modifica la percepción gustativa al actuar directamente sobre los receptores del sabor dulce.

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar el efecto del consumo habitual del DMB® sobre la percepción del gusto de pacientes oncológicos en tratamiento activo que presentan desnutrición.

Material y métodos: Ensayo clínico piloto aleatorizado, paralelo, triple ciego y controlado, durante 3 meses. Los pacientes consumieron un comprimido bucodispersable antes de cada comida principal: Grupo 1 (150 mg de DMB® [2,8 mg MIR] + 150 mg de liofilizado de fresa [LF]), Grupo 2 (300 mg de DMB® [5,6 mg MIR]) y Grupo 3 (300 mg LF). Inclusión: pacientes en quimioterapia, desnutrición (Criterios GLIM) y alteración objetiva del gusto (electrogustometría). Al inicio y al final se valoró tanto la percepción química del gusto (Taste_Strip_Tests) como los cambios ocurridos (cuestionario). CElm.HULP–6164. ClinicalTrials.gov–NCT05486260.

Resultados y conclusión: 21 pacientes finalizaron (61,9 % mujeres). El cáncer más prevalente fue el colorrectal (30 %). La disgeusia mejoró a lo largo del tiempo en ambas hemilenguas [izquierdo ($p = 0,022$) y derecho ($p = 0,048$)] (Tabla I, pág. siguiente). Los pacientes pertenecientes al Grupo 1 redujeron a la mitad la presencia de disgeusia del inicio al final de la intervención y tendieron a mejorar la percepción química del sabor ácido ($p = 0,068$). Al finalizar, los cambios en el sabor amargo no afectaron de manera importante a aquellos pacientes del Grupo 1 y 2 (0 %), mientras que un 25 % del Grupo 3 lo describieron como muy importante ($p = 0,064$). Por lo tanto,

Tabla I. Electrogustometría en función del grupo de tratamiento asignado (X ± DS)

	Grupo 1					*p*
	Baseline	**1 sem**	**1 mes**	**2 meses**	**3 meses**	**Tiempo**
Lado izquierdo (dB)	21,0 ± 5,1	16,7 ± 5,6	12,5 ± 5,8	9,6 ± 5,1	9,8 ± 5,2	0,022
Lado derecho (dB)	17,2 ± 5,1	18,6 ± 4,9	19,6 ± 6,0	6,9 ± 4,4	10,9 ± 5,5	0,048
	Grupo 2					
	Baseline	**1 sem**	**1 mes**	**2 meses**	**3 meses**	**Tratamiento**
Lado izquierdo (dB)	21,5 ± 5,9	19,0 ± 6,4	18,9 ± 6,7	20,5 ± 5,9	18,3 ± 6,0	0,714
Lado derecho (dB)	20,8 ± 5,9	19,3 ± 5,6	19,0 ± 7,0	19,8 ± 5,1	18,0 ± 6,4	0,772
	Grupo 3					
	Baseline	**1 sem**	**1 mes**	**2 meses**	**3 meses**	**Tratamiento × tiempo**
Lado izquierdo (dB)	19,9 ± 5,4	15,9 ± 5,9	14,6 ± 6,2	12,4 ± 5,4	9,9 ± 5,6	0,708
Lado derecho (dB)	19,3 ± 5,5	16,9 ± 5,2	16,5 ± 6,5	10,8 ± 4,7	16,7 ± 5,9	0,470

el consumo de DMB® puede contribuir a mejorar la disgeusia y la percepción química de los sabores ácidos, así como a atenuar los cambios en los sabores amargos desagradables presentados por los pacientes oncológicos con disgeusia y desnutridos en tratamiento activo.

P-052. Efecto del consumo de un suplemento nutricional rico en miraculina (DMB®) sobre la microbiota oral en pacientes oncológicos desnutridos con disgeusia

Julio Plaza Díaz[1-3], Bricia López Plaza[4,5], Lucía Arcos Castellanos[4,5], Francisco Javier Ruiz Ojeda[2,3,6,7], Marco Brandimonte-Hernández[2,3], Ana Isabel Álvarez Mercado[2,6,8], Samara Palma Milla[4,5], Marlhyn Valero Pérez[5], Ángel Gil[2,3,6,7]

[1]Children's Hospital Eastern Ontario Research Institute. Ottawa, Canadá. [2]Ibs.GRANADA. Instituto de Investigación Biosanitaria. Granada, España. [3]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España. [4]Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. [5]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid, España. [6]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Centro de Investigación Biomédica. Granada, España. [7]CIBERobn. Centro de Investigación Biomédica en Red. Madrid, España. [8]Departamento de Farmacología. Centro de Investigación Biomédica. Granada, España

Introducción: La quimioterapia produce cambios en los pacientes oncológicos relacionados con trastornos del gusto que afectan negativamente la frecuencia de consumo de ciertos alimentos, favoreciendo el desarrollo de desnutrición. Además, asociado a la quimioterapia, se ha descrito una disbiosis en la microbiota oral. El consumo de DMB®, un suplemento nutricional rico en la proteína miraculina, puede reducir los sabores amargos y metálicos, impactando en el consumo de alimentos, lo cual, a su vez, puede influir en la composición de la microbiota oral.

Objetivos: Evaluar el consumo regular de un suplemento nutricional rico en miraculina sobre cambios en la microbiota oral en pacientes oncológicos. Protocolo clínico NCT05486260.

Material y métodos: Estudio clínico aleatorizado, triple ciego y controlado con placebo en 21 pacientes oncológicos que recibían quimioterapia y presentaban trastornos del gusto. Tres grupos fueron aleatorizados para recibir un comprimido de DMB® 150 mg, un comprimido de DMB® 300 mg y por último un comprimido placebo. Se administraron antes de cada comida principal y durante tres meses. La microbiota oral se determinó en la saliva de los pacientes al inicio, al mes y a los tres meses de la intervención mediante la tecnología de nanoporos, Nanopore®.

Resultados y conclusión: El filo mayoritario en todos los pacientes fue Firmicutes. El género Veillonella disminuyó en el grupo de DMB® 150 mg comparado con los otros dos grupos. Enterococcus se mantuvo en el grupo de DMB® 150 mg mientras que aumentó en el grupo de DMB® 300 mg. Dentro de las especies, *Streptococcus parasanguinis* y *Veillonella parvula* disminuyeron en el grupo DMB 150 mg. Además, *Streptococcus mutans* aumentó en el placebo respecto a los grupos de DMB® (Tabla I, pág. siguiente). Estos resultados sugieren que la ingesta de DMB® 150 mg puede contribuir a limitar la disbiosis oral observada en los pacientes oncológicos.

Tabla I.

Grupos	Intervención	Filo	Género			Especie		
		Firmicutes	*Enterococcus*	*Streptococcus*	*Veillonella*	*S. mutans*	*S. parasanguinis*	*V. parvula*
DMB® 150 mg	Inicio	99,2 (97,0-99,6)	0,5 (0,2-1,4)	69,5 (61,3-71,2)	9,3 (3,3-19,6)	0,3 (0,2-2,9)	1,2 (0,09-3,9)	6,9 (2,8-9,6)
	1 mes	99,1 (97,6-99,7)	0,4 (0,3-0,8)	64,4 (56,6-75,3)	6,6 (3,5-24,8)	0,3 (0,2-3,5)	1,2 (0,5-1,6)	4,8 (2,9-15,8)
	3 meses	99,2 (99,6-99,7)	0,5 (0,4-0,9)	68,7 (37,2-77,3)	2,4 (0,06-5,5)	0,4 (0,2-3,4)	0,8 (0,2-2,2)	2,1 (0,03-4,9)
DMB® 300 mg	Inicio	99 (98,2-99,8)	0,2 (0,03-0,7)	72 (53,1-94)	4,3 (1,4-5,6)	1,9 (0,3-2,7)	0,3 (0,09-1,4)	3,4 (1,3-3,9)
	1 mes	99,3 (98,7-100)	0,1 (0,04-0,4)	76,3 (60-84,6)	7,9 (3,8-23,7)	2,2 (0,4-7,2)	0,6 (0,09-1,8)	5,1 (3,1-7,1)
	3 meses	99,5 (99-99,6)	0,4 (0,08-2,4)	69 (53,3-84,9)	6,6 (2,7-10,6)	0,6 (0,3-1,8)	1,5 (0,1-2,5)	4,7 (0,5-7,9)
Placebo	Inicio	98,9 (98,1-99,7)	0,3 (0,1-0,8)	65 (49,7-85,3)	10,5 (3,1-20,1)	0,4 (0,2-1,2)	0,5 (0,2-1,3)	4,6 (1,3-9,6)
	1 mes	98,9 (95,1-99,3)	0,5 (0,2-0,5)	63 (33,7-76,9)	5,4 (2,3-13,3)	0,3 (0,2-0,3)	0,8 (0,09-3,6)	3,6 (0,5-8,9)
	3 meses	98,9 (98,3-99,4)	0,3 (0,1-0,3)	68 (41,3-72,6)	5,6 (4,1-8)	0,6 (0,2-0,9)	0,5 (0,1-2,3)	2,9 (1,8-5,2)
p	Tratamiento (T)	0,254	0,251	0,236	0,956	0,022	0,780	0,608
	Tiempo (t)	0,63	0,234	0,525	0,052	0,125	0,746	0,053
	T × t	0,62	0,044	0,789	0,015	0,012	0,018	0,043

P-053. Influencia de los polifenoles del cacao en las funciones cognitivas y emocionales, así como en la neurogénesis hipocampal adulta de ratones

Marta Palma-Morales[1,2], Sonia Melgar-Locatelli[3,4], Carmen Razola-Díaz[1,2], Estela Castilla-Ortega[3,4], Celia Rodríguez Pérez[1,2,5]

[1]Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. [2]Centro de Investigación Biomédica. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INYTA) José Mataix. Granada. [3]Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga. [4]Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Málaga. [5]Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA. Granada

Introducción: Los beneficios para la salud del cacao se atribuyen, en parte, a la actividad de los polifenoles presentes en el mismo. A pesar de que existen estudios que relacionan el consumo de cacao con la mejora de la función cognitiva, las acciones del cacao en el sistema nervioso han sido menos investigadas.

Objetivos: Evaluar el efecto de los polifenoles del cacao en el aprendizaje dependiente del hipocampo y el comportamiento emocional en ratones, así como analizar la neurogénesis hipocampal adulta.

Material y métodos: Ratones jóvenes adultos machos y hembras C57BL/6J se alimentaron con una dieta estándar (CTR), dieta rica en polifenoles (HPC) o dieta baja en polifenoles (LPC) durante 4 semanas. A continuación, se realizaron una batería de pruebas para estudiar el comportamiento exploratorio y emocional, así como la memoria dependiente del hipocampo. La neurogénesis hipocampal adulta se analizó mediante la expresión de doblecortina (DCX).

Resultados y conclusión: Las dietas enriquecidas con cacao no influenciaron la actividad exploratoria general y el comportamiento similar a la ansiedad en la prueba del laberinto elevado en cruz. Se encontró una disminución en la actividad locomotora en los ratones alimentados con la dieta LPC en la prueba de campo abierto. Los ratones HPC mostraron un aumento en la memoria de reconocimiento de objetos, mientras que todos los grupos tuvieron un rendimiento similar en la prueba de memoria de lugar. En la prueba de natación forzada, ambas dietas enriquecidas aumentaron el comportamiento de inmovilidad y redujeron la velocidad de natación en el paradigma del laberinto acuático. El cacao no modificó la memoria espacial. Cuando se investigaron las diferencias de género, el sexo no modificó los efectos. Por otro lado, la dieta HPC potenció la neurogénesis hipocampal adulta en comparación con los ratones CTR. Los polifenoles del cacao podrían mejorar la memoria de objetos y potenciar la neurogénesis hipocampal en adultos en ratones.

P-054. Variantes moleculares implicadas en la activación de la vitamina D como biomarcadores de riesgo de cáncer colorrectal

José María Gálvez Navas[1-3], Laura Elena Pineda-Lancheros[4,5], Susana Rojo Tolosa[5,6], Cristina Pérez-Ramírez[1], Alberto Jiménez-Morales[5]

[1]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Universidad de Granada. Granada, España. [2]Unidad de Farmacogenética. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. [3]Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consorcio de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Granada, España. [4]Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [5]Unidad de Farmacogenética. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. [6]Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España

Introducción: La vitamina D es una importante molécula en el organismo, la cual desempeña numerosas funciones esenciales para la supervivencia de este, entre las que destaca la estimulación de la diferenciación celular y la apoptosis. El cáncer colorrectal (CCR) tiene una etiología compleja, pero se ha observado que los factores genéticos tienen una gran importancia.

Objetivos: En este trabajo se busca evaluar la relación de varios polimorfismos de nucleótido único (SNPs) en los genes implicados en la activación de la vitamina D (CYP27B1 y CYP2R1) y el desarrollo de CCR.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 127 pacientes con CCR y 508 controles de origen caucásico, diagnosticados entre 2017-2019, seguidos hasta diciembre de 2022. Se determinaron los SNPs CYP27B1 rs4646536, rs3782130, rs10877012 y rs703842, y CYP2R1 rs10741657 mediante PCR a tiempo real utilizando sondas TaqMan®. Se realizó un análisis bivariante para conocer las asociaciones entre el desarrollo de la enfermedad con variables demográficas, clínicas y genéticas.

Resultados: Casos y controles fueron emparejados por edad y sexo en una ratio 1:4, siendo la edad media de ambos grupos de 67 años y el 33,10 % mujeres en ambos grupos. Portadores del alelo T en el CYP27B1 rs703842 presentaron un mayor riesgo de padecer CCR en el modelo aditivo (OR = 8,31; IC 95 %: 5,84-12,21; $p < 0,001$). Asimismo, los portadores del alelo G en el CYP27B1 rs3782130 se relacionaron con un mayor riesgo de padecer CCR en modelo aditivo (OR = 5,11; IC 95 %: 3,76-7,09; $p < 0,001$).

Conclusión: Los SNPs CYP27B1 rs703842 y rs3782130 influyen en el desarrollo de CCR, aunque se debe continuar con el estudio de factores genéticos que influyen en esta patología e investigar la asociación de estos polimorfismos a fin de desarrollar nuevas estrategias para combatir la enfermedad.

P-055. Correlación entre dos cuestionarios de nivel de actividad física para pacientes en hemodiálisis

Marina Toquero Correa[1], Vicent Benabent Caballer[1], Francisco José Martínez Olmos[1], Paula Moscoso[1], Noemi Valtueña Gimeno[1], Alicia Cana Poyatos[2], Alicia García Testal[2], Rafa García Maset[2], José Antonio Gil[1], Eva Segura Ortí[1]

[1]Departamento de Fisioterapia. Universidad CEU Cardenal Herrera. València. [2]Servicio de Nefrología. Hospital de Manises. Manises, València

Introducción: Las personas con enfermedad renal crónica (ERC) tienen bajo nivel de actividad física, alto riesgo de morbilidad y mortalidad además de baja calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y capacidad funcional. En estos pacientes es importante la valoración de los niveles de actividad física, pero se desconoce cuál es el mejor cuestionario.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue correlacionar los cuestionarios Human Activity Profile (HAP) y el Internacional de Actividad Física IPAQ (International Physical Activity Questionnaire).

Material y métodos: Estudio transversal correlacionado, donde participaron 20 pacientes en tratamiento de HD durante al menos 3 meses y con condición médica estable. Las valoraciones del nivel de actividad física se realizaron a través de dos cuestionarios diferentes, HAP e IPAQ. El cuestionario HAP calcula el maximal activity score (MAS), correspondiente a la actividad más intensa que es capaz de realizar el sujeto, y el *adjusted activity score* (AAS). En función de la puntuación obtenida en el AAS se puede clasificar a los sujetos en inactivos, moderadamente activos y activos. El cuestionario IPAQ valora los niveles de actividad física que tienen en cuenta la actividad física en 3 niveles diferentes: trabajo, transporte y entretenimiento, y cuantifica los MET.

Resultados: En el estudio participaron un total de 20 pacientes con una edad media de 72,1 años. La mediana (percentil 25-75) del AAS fue 68 (52,3-73,8) y para el IPAQ fue 685,0 METs (99-2067,4). Los MET del IPAQ y el resultado del AAS correlación de forma significativa ($r = 0,722$; $p < 0,001$).

Conclusión: Los resultados muestran una correlación significativa entre los METS medidos con IPAQ y los AAS del HAP, ambos cuestionarios son válidos para valorar la CVRS en personas en HD.

NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

P-056. Adecuación de las fórmulas de nutrición enteral para el paciente con insuficiencia renal crónica prediálisis y diabetes portadores de gastrostomía

María Teresa Colomar Ferrer[1], Rosa María Ruiz López[1], Mercedes Noval Font[2], Gabriela Noemi Nicola Orejas[1], Alicia Sanmartín[2], Josefina Olivares Alcolea[2]

Servicios de [1]Nutrición y Dietética y [2]Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Introducción: Las guías clínicas nutricionales KDOQI-2020 recomiendan, en la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) prediálisis (estadios 3-5) con diabetes *mellitus* (DM), una restricción proteica de 0,6-0,8 g/kg al día y un aporte calórico de 25-35 kcal/kg al día. Hasta nuestro conocimiento, no se ha realizado ninguna revisión sobre la adecuación de fórmulas de nutrición enteral por sonda (NE) en la práctica clínica habitual en este grupo de pacientes.

Objetivos: Evaluar cómo las fórmulas de NE permiten adherirse a las recomendaciones nutricionales del paciente adulto con DM e IRC que precisa una restricción proteica moderada.

Material y métodos: Comparativa de las fórmulas de NE de 6 casas comerciales (Nestlé, Fresenius, Abbot, Vegenat, Bi1 y Nutricia) sobre volúmen a administrar, aporte proteico y de carbohidratos en 2000 kcal. Análisis de las fórmulas nutricionales que se aproximan al objetivo de 55 g de proteínas en 2000 kcal; requerimientos nutricionales estimados para paciente de 68 años, 68 kg, IMC 23; 30 kcal/kg y 0,8 g proteínas/kg.

Resultados y conclusión: Se han comparado 30 fórmulas de NE. Las opciones estándar e hipercalóricas fibra, diabéticas normocalóricas, y, especialmente las diabéticas hipercalóricas son hiperproteicas y exceden notablemente el objetivo de 55 g / 2000 kcal en un 42-92 %. Solo un suplemento nutricional oral (SNO) específico renal-hipoproteica y las NE pediátrias se aproxíman (del -21 al +2 %) al objetivo proteico. No disponemos de fórmulas de NE por sonda adaptadas al paciente con DM e IRC que precisa una restricción proteica moderada. En estos casos, se pueden considerar utilizar fórmulas pediátricas o SNO renales-hipoproteicos administrado por sonda (Tabla I).

P-057. Suplementación de vitamina K en la nutrición parenteral domiciliaria: ¿es realmente necesaria?

Estrella Diego Perojo, María del Carmen Fernández López, Beatriz de León Fuentes

Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia

Introducción: En las últimas guías ESPEN se menciona que las preparaciones multivitamínicas con vitamina K para nutrición parenteral (NP) en adultos proporcionan una cantidad adicional de esta vitamina con la que se cubrirá los requerimientos de todos los pacientes.

Objetivos: Monitorizar los niveles de vitamina K tras adicionar este mutilvitamínico con vitamina K en los pacientes que precisan de nutrición parenteral domiciliaria en el Hospital Universitario Cruces.

Material y métodos: Se recogen los niveles de vitamina K tras 6 meses de tratamiento con el multivitamínico con vitamina K en la NP y se analizan en nuestro centro.

Resultados: En nuestro centro, 8 pacientes están en tratamiento con nutrición parenteral domiciliaria, el 50 % son mujeres, con una edad media 58 ± 13 años. El motivo de precisar de nutrición parenteral domicilia es en un 50 % una enfermedad de la mucosa intestinal, en un 38 % un síndrome de intestino corto y en un 12 % una dismotilidad intestinal. El 75 % de los pacientes precisan entre 1 y 2 litros de NP al día; un paciente menos de un litro y otro paciente más de 3 litros. Tras adicionar el multivitamínico con vitamina K el 80 % (6/8) de los pacientes presentan niveles elevados de vitamina K siendo la media 4,4 µl (límite inferior 0,27 µl; límite superior 17,94 µl). Los dos pacientes que no presentan niveles elevados se encuentran en el grupo que precisa entre 1 y 2 litros de NP.

Conclusión: Tras objetivar niveles por encima del límite superior de la normalidad se decidió en consenso con el Servicio de Farmacia Hospitalaria de nuestro centro retirar este multivitamínico y reiniciar el multivitamínico convencional. Tras ello, los niveles de vitamina K se encuentran dentro de la normalidad.

P-058. Nutrición parenteral domiciliaria, informe anual del grupo NADYA-SENPE

Gabriela Lobo Tamer[1], Marta Motilla de la Cámara[2], José Luis Pereira Cunill[3], Patricia Díaz Guardiola[2], Cristina Campos Martín[4], Núria Virgili Casas[3]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves. Granada. [2]Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid. [3]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Instituto de Investigación Biomédica de Sevilla. Sevilla. [4]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: Los primeros pacientes tratados con nutricion parenteral domiciliaria en España datan de finales del siglo pasado. Por Real Decreto (1030/2006), se incluye en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en el medio intra y extrahospitalario y financiada por el mismo. El Grupo

Tabla I.

Tipo de fórmula	mL requeridos para 2000 kcal	g de proteínas (2000 kcal)	% proteínas del objetivo (55 g)	g de carbohidratos (2000 kcal)
Normocalóricas-normoproteicas-fibra	2000	76-80	+38-45	228-281
Hipercalóricas-normoproteicas-fibra	1250-1600	75-88	+36-59	225-261
Diabética-normocalórica	2000	86-100	+56-82	149-226
Diabética-hipercalórica	1333-1666	100-106	+82-92	160-207
Normocalóricas-pediatría	2000	52-56	-5 a +2	223-250
Hipercalóricas-pediatría	1333-1612	43-50	-21 a -9	249-272
SNO renales-hipoproteicos (botes de 125 a 220 ml)	1000-1111	30-50	-45 a -9	206-264

de Trabajo de Nutrición Artificial Domiciliaria y Ambulatoria pretende conseguir un registro lo más real posible que permita un análisis en profundidad de este tratamiento en nuestro país.

Objetivos: Evaluar la prevalencia y las características de los pacientes con nutrición parenteral domiciliaria registrados en el grupo NADYA durante el año 2023.

Material y métodos: Estudio descriptivo de la base de datos del grupo de trabajo, registro de ámbito nacional. El periodo de análisis comprende el 01 de enero al 31 de diciembre de 2023. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS® 24.0. Se utilizaron técnicas descriptivas (frecuencias absolutas y relativas).

Resultados: La base de datos cuenta con 334 registros, en 2.023 se registraron 42 nuevos casos. La edad media de todos los pacientes fue de 56,8 ± 19,1 años y en 2023, 58,4 ± 13,6 años, el 59,5 % fueron mujeres. El motivo de indicación de NP fue en el 26,2 % por dismotilidad intestinal, el 21,4 % síndrome de intestino corto, 19,0 % obstrucción mecánica, el 65,2 % de los pacientes presentó neoplasia, 9,5 % isquemia mesentérica, 9,6 % enfermedad de Crohn e intestino corto traumático. La mitad de los pacientes utilizan como vía principal catéter venoso implantado PICC y reservorio subcutáneo el 31 %. La media de días con NPD es de 177,05 ± 103,7 días (rango 9-341 días).

Conclusión: Por problemas de migración de datos y actualización de la página web no se ha podido reportar la totalidad de pacientes. Aunque la participación es voluntaria, se observan cifras similares a otros años, pero todavía no se puede contar con todos los hospitales.

P-059. Agenda virtual de nutrición para pacientes con necesidad de atención domiciliaria

Fernanda Mucarzel Suárez-Arana, Victoria Avilés Parra, Raül Cartiel Vesperinas, Guillermo Cárdenas Lagranja, Nuria García Barrasa, Clara Viñas Torne, Marta Gómez Muñoz, Laura Andurell Ferrándiz, Hegoi Segurola, Rosa Burgos Peláez

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

Introducción: El Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM) se dirige a personas con elevada morbilidad, frágiles e incapaces de acudir a consultas programadas por estar encamados o institucionalizados. En 2022, la Unidad de Nutrición (USN) de nuestro hospital (tercer nivel) creó la Agenda Virtual Autogestionada de Nutrición Enteral Domiciliaria (AVANED), bidireccional con Atención Primaria (AP), con el objetivo de estructurar, organizar y agilizar el soporte nutricional (SNO) del paciente ATDOM.

Objetivos: Describir la actividad de la AVANED tras 18 meses de implementación

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo. Variables: género, edad, criterio ATDOM, ubicación (domicilio/institución), diagnóstico principal, grupos de morbilidad ajustada (GMA), motivo de consulta (espesante o valoración nutricional completa a distancia (VNCD). En VNCD, además, MNA y tipo de soporte nutricional. En caso de MNA no disponible se completa telefónicamente. Clasificación GMA 3-4: grupo de riesgo moderado y alto respectivamente.

Resultados: Se analizaron un total de 706 derivaciones en AVANED (6,1 % duplicadas), incluyendo pacientes de edad media 85,3 ± 10,7, predominantemente mujeres (62,6 %; $p = 0{,}001$). El 89,1 % de derivaciones cumplía criterios ATDOM (58,3 % institucionalizados; $p < 0{,}001$). La patología neurológica fue más prevalente (72,5 %). Un 2,4 % fue *exitus* antes de la valoración. Grupo espesantes: Representa el 75,6 % de las derivaciones (60,4 % institucionalizados). Suponen un 82,9 % del volumen total gestionado por USN. Grupo VNCD: Representa el 24,4 % de las derivaciones (30,2 % institucionalizados). El 24,7 % no cumplían criterios ATDOM. MNA no-disponible: 86,2 % (VNCD incompleta). Se registra actuacion nutricional en la tabla I. El GMA = 4 en grupo VNCD es ligeramente superior (65,2 %-61,3 %; $p = 0{,}057$).

Conclusión: La valoración nutricional de un paciente que precisa atención domiciliaria es compleja, y requiere protocolos de actuación consensuados con Atención Primaria para poder dar el mejor soporte nutricional a estos pacientes tan frágiles. Es necesario reforzar la comunicación con AP para asegurar una buena cumplimentación de la valoración nutricional propuesta.

P-060. Experiencia y seguimiento de pacientes con nutrición artificial y sueros de hidratación domiciliarios

Sergio Ojeda, Joana Cardenete Ornaque, Pau Riera, Jan Thomas de Pourcq

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción: La nutrición artificial (NAD) y los sueros de hidratación (SHD) domiciliarios están indicados en pacientes con fallo intestinal secundario a patologías digestivas. En nuestro centro contamos con una experiencia de 35 años. La elaboración se externalizó en 2015 debido al aumento de preparaciones y para facilitar la logística al paciente.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con NAD y/o SHD incluidos dentro del programa de NAD en un hospital universitario terciario.

Tabla I.

Actuación	Riesgo de desnutrición (32,6 %)	Desnutrición (62,3 %)
Consejo dietético	25 %	-
Consejo + módulo proteico	53,1 %	25,3 %
Consejo + SNO financiado	21,9 %	54 %
Consejo + SNO no financiado	-	20,7 %

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se recogieron todos los pacientes adultos y pediátricos incluidos dentro del programa de NAD en el período 1988-2023. Se analizaron las características sociodemográficas de los pacientes, patologías de base, duración y complicaciones durante el tratamiento con la NAD y/o SHD y motivo de finalización, tras revisión de historias clínicas.

Resultados y conclusión: Durante este período, 32 pacientes (28 adultos y 4 niños) fueron incluidos en el programa. La mayoría (56 %) eran mujeres, con una edad media de 53 años. Todos requirieron NAD y/o SHD por fallo intestinal, tras comprobarse que no podían alcanzar los requerimientos nutricionales y/o de hidratación por vía oral y/o enteral. Los diagnósticos principales fueron síndrome de intestino corto (34 %), EICH digestivo (13 %) y síndrome de malabsorción intestinal secundario a neoplasias (9 %). Actualmente, dos reciben tratamiento con teduglutide. Un 78,6 % (26 adultos) estuvieron con NAD, de los cuales 3 (10,7 %) también contaron con SHD. Los 2 (7,1 %) restantes estuvieron únicamente con SHD. En cuanto a los niños, todos (100 %) llevaron NAD exclusivamente. La duración osciló entre 7 días hasta 16 años. Las complicaciones más comunes fueron alteraciones en pruebas hepáticas (44 %) e infecciones relacionadas con el catéter (41 %). Sin embargo, ninguna de estas conllevó la suspensión, siendo la causa más prevalente el *exitus* (66 %). La NAD y los SHD constituyen una opción adecuada para pacientes con fallo intestinal con requerimientos de aportes crónicos por vía intravenosa.

P-061. Descripción de características clínicas, indicaciones y composición de fórmula de pacientes con nutrición parenteral domiciliaria en un hospital de tercer nivel en 2015-2023

Carmen Soriano López, Cristina Guillén Morote, Beatriz López Muñoz, Myriam Sánchez-Pacheco Tardón, Máxima Mateo García, Clara de la Fuente Gómez, María Muñoz Beleña, Trinidad Castillo García, Ángel Luis Abad González

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitari Dr. Balmis. Alacant

Introducción: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) es necesaria en fallo intestinal e imposibilidad de nutrición suficiente por vía oral-enteral (NE) más de 4-5 semanas, con una esperanza de vida > 3 meses. Indicaciones: intestino corto, malabsorción, alteraciones motilidad, fístulas o proceso oncológico con obstrucción intestinal o mala respuesta-imposibilidad de NE.

Objetivos: Describir las características de pacientes con NPD de un hospital de tercer nivel entre 2015 y 2023. Analizar si la indicación se ajusta a las habituales y si la composición de la fórmula se ajusta a los requerimientos establecidos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Variables: edad inicio, sexo, estado nutricional, acceso, infusión, diagnóstico, indicación, duración, motivo finalización, composición fórmula. Análisis: SPSSv.25.

Resultados y conclusión: 22 pacientes, 56 % mujeres, edad media inicio: 56 ± 15. Finalización: 84 % *exitus* (75 % progresión tumoral, 19 % causa infecciosa independiente catéter, 6 % hemorragia digestiva), 16 % recuperación vía oral. Duración media: 67 ± 50 días (mín: 15; máx: 180). 45 % supervivencia > 90 días. 3 activas. Duración: 30, 2555 y 2920 días. Vía: reservorio 40 %, PICC 45 %, intradialítica 5 %. Infusión: ciclada 90 % (12 h 50 %), continua 5 %, intradialítica 5 %. Desnutrición criterios GLIM: 64 % grave, 14 % moderada. Riesgo nutricional: 14 %. Patología base: oncológica 82 % (61 % gastrointestinal), Indicaciones: oclusión intestinal (55 %) (Tabla I) (Fig. 1). Los criterios de NPD de las guías se ajustan a los de nuestra muestra, a excepción de supervivencia > 3 meses, que se cumple en la mitad. La oclusión intestinal neoplásica gastrointestinal constituye la indicación más frecuente. Los requerimientos habituales establecidos se ajustan a los requerimientos de nuestra muestra, a excepción de un aporte lipídico ligeramente menor, un aporte proteico en el límite alto y un menor aporte de Ca y Pi.

Tabla I.

	Volumen (cc/ kg)	kcal/ kg	HC (g/ kg)	Lípidos (g/ kg)	AA (g/ kg)	Na (mEq/ kg)	K (mEq/ kg)	Mg	Ca	Pi
NPT	38,3 ± 9,1	31,2 ± 5,4	3,2 ± 1,3	0,91 ± 0,4	1,9 ± 0,2	2 ± 0,6	1,6 ± 0,7	9,6 ± 4,5	6,8 ± 2,1	20 ± 12,7
Req	35	20-35	3-6	1-1,5	0,8-2	1-1,5	1-1,5	8-20	10-15	40-80

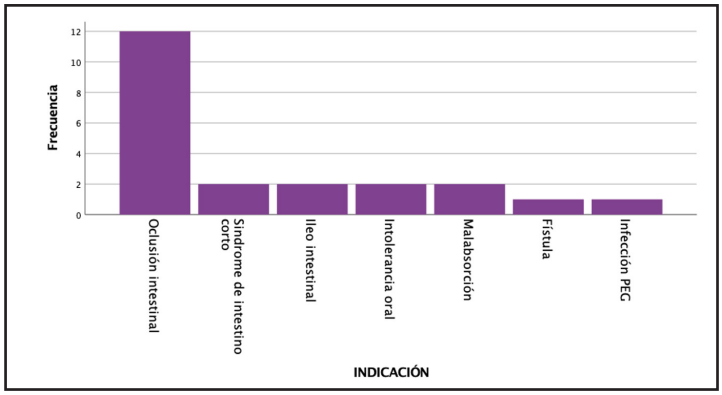

Figura 1.

P-062. Colaboración multidisciplinar en la resolución de complicaciones de las ostomías de alimentación

Felisa del Pilar Zarco Rodríguez[1], José Antonio Arroyo Zarco[1], María del Carmen Pérez Martín[2], Carmen Carretero Marín[1], Rosario López Velasco[1]

Unidades de Gestión Clínica de [1]Endocrinología-Nutrición y de [2]Cirugía Digestiva. Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: Las gastrostomías y las yeyunostomías se utiliza como alternativa de la alimentación enteral en situaciones en las que la alimentación por vía oral a largo plazo no es posible, no es eficaz o no se tolera Unas de las complicaciones que se pueden dar, cuando la alimentación se realiza de esta manera es la fuga periostomal de contenido gástrico, pudiendo provocar problemas graves e incluso la pérdida de la sonda. En ocasiones, ni la protección de la piel con pastas de oxido de zinc, ni la utilización de apósitos de espuma, ni la utilización de inhibidores de la bomba de protones disminuyen están fugas, provocando grandes molestias para el paciente, diezmando su calidad de vida.

Objetivos: Describir varios casos que precisaros de colaboración multidisciplinar para el el cuidado de una fuga periostomal grave.

Material y métodos: Ante el fracaso de las medias habituales la enfermera de nutrición y la enfermera estoma terapeuta valoraron diferentes opciones para minimizar la fuga, con diferentes anillos de barrera planos, convexa, bolsas de evacuación, pasta de material sellante y polvo de estoma. Para minimizar factores predisponentes de la fuga se controló: la infección de la piel, el aumento de ácido gástrico, la gastroparesia, la presión abdominal, el estreñimiento, la torsión lateral de la sonda, el aumento de la tensión entre el tope interno y externo, y la presencia de tejido de granuloma en el trayecto fistuloso

Resultados y conclusión: Con la adopción de las medias descritas, se consiguió minimizar la salida de contenido gástrico y mejorar la lesión periostomía, evitando la retirada de la sonda. El paciente siguió utilizando la ostomía de alimentación y mejoro su calidad de vida La colaboración multidisciplinar en el cuidado de ostomias, puede se útil en casos muy complejos.

PACIENTE CRÍTICO

P-063. Terapia nutricional en pacientes con sistema de oxigenación por membrana extracorpórea

Sara Aldunate Calvo[1], Amaia Egués Lugea[2], Verónica Díaz de Antoñana Sáenz[1], Andoni Presa Orue[1], José María Prat Mora[1], Juan Pedro Tirapu León[1]

Servicios de [1]Medicina Intensiva y [2]Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Introducción: Los pacientes sometidos a sistemas de oxigenación por membrana extracorpórea (E CMO), presentan alto riesgo de desnutrición hospitalaria y debilidad adquirida en unidades de críticos, por lo que se debe garantizar una correcta terapia nutricional.

Objetivos: Revisar el abordaje nutricional en los pacientes sometidos a E CMO.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes con soporte de E CMO en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Navarra. Periodo recogido:01/01/2016-01/12/2023. Variables recogidas: Fecha inicio de nutrición, aporte calórico-proteico administrado en el séptimo día de terapia con E CMO, complicaciones derivadas de la nutrición y seguimiento nutricional realizado. Análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 25.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 48 pacientes (75 % hombres). Edad media de 56,7 años (rango 17-80). Terapia E CMO VA 34 y E CMO VV 14. Terapia Depuración Renal 52 % y el 100 % fármacos vasoactivos. La mortalidad global intraUCI fue del 52,1 %. *Exitus* en las primeras 48 horas del 25 %. Se inició terapia nutricional precoz (< 48 h) tras la instauración de E CMO en el 66,6 %. El aporte calórico medio al séptimo día fue de 24,39 kcal* kg (DE 9,32) y el aporte proteico medio de 1,1 g* kg (DE 0,46). El 38,7 % de los pacientes recibieron un aporte inferior a 20 kcal* kg; 74,2 % aporte proteico inferior a 1,3 g* kg/día y 12,9 % un aporte calórico excesivo (> 30 kcal* kg). No se encontraron diferencias significativas entre el aporte calórico y/o proteico de los pacientes que sobrevivieron y los fallecidos: 22 frente a 19,2 kcal* kg y 1,13 frente a 1,08 g* kg/día. Las complicaciones asociadas a la nutrición enteral fueron: hiperglucemia (47,2 %), aumento del residuo gástrico (52,8 %), distensión abdominal (47,2 %) y diarrea (19,4 %). En el 68 % de los pacientes se realizó monitorización nutricional mediante analítica semanal.

P-064. Nutrición parenteral total en paciente crítico: ¿nos adecuamos a las guías?

María Isabel Guerrero Blanca, Marta Madrid González, Sandra Bodas del Viejo

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción: El soporte nutricional adecuado juega un importante papel en la recuperación del paciente crítico.

Objetivos: Evaluar la adecuación de las prescripciones de nutrición parenteral total (NPT) en pacientes críticos respecto a las recomendaciones de la última guía ESPEN.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva con NPT en el periodo de agosto 2022 a febrero 2023. Selección de pacientes mediante el programa Kabisoft® y registro de variables: sexo, edad, peso, talla, IMC, riesgo nutricional (NutriScore), NPT prescrita y duración de la NPT. Cálculo de aportes energéticos y proteicos según peso (peso actual si IMC < 30, peso ajustado si IMC > 30). Comparación de aportes con las recomendaciones de la guía ESPEN.

Resultados y conclusión: Recibieron NPT 41 pacientes con mediana (rango) de edad de 61 (35-79) años y duración mediana de 12 (5-84) días. El 61 % (25/41) tenían IMC < 30 kg/m^2. De ellos, el 28 % (7/25) se ajustó a la recomendación de calorías, en 3/25 fue menor (15-20 kcal /peso actual/día) y en 15/25 superó 25 kcal/peso actual/día. Respecto al aporte proteico, el 32 % (8/25) se ajustó a la recomendación, en 5/25 fue menor (0,5-1 g/peso actual/día) y en 12/25 superior (1,5-2,5 g/peso actual/día). De los 16 pacientes con IMC > 30 kg/m^2, el 31 % (5/16) se ajustó a la recomendación de calorías, en 2/16 fue menor (15-20 kcal/peso ajustado/día) y en 9/16 mayor (> 25 kcal/peso ajustado/día). Respecto al aporte proteico, el 38 % (6/16) se ajustó a las recomendaciones, en 3/16 fue 0,5-1 g/peso ajustado/día y en 7/16 1,5-2,5 g/peso ajustado/día. En nuestro estudio, entre 28 y 38 % de las NPT se adecuaron a las recomendaciones de las últimas guías ESPEN. Se plantea como punto de mejora y se propone la realización de sesiones multidisciplinares farmacia-UVI y seguimiento de estos pacientes para reevaluar la adecuación de la NPT a los objetivos de las guías.

P-065. Prevalencia de síndrome de realimentación asociado a nutrición parenteral en pacientes críticos

Carmen Lasala Aza[1], Carmen J. Blanco Bermejo[1], Elena Giráldez Vázquez[2], Isabel Moya Carmona[1], María Antonia Estecha Foncea[2]

Unidades de Gestión Clínica de [1]Farmacia y de [2]Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La nutrición parenteral (NP) es una terapia nutricional habitual en el manejo de pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos (UCI). El síndrome de realimentación (SR) puede surgir como una complicación potencialmente grave, dando lugar a alteraciones metabólicas significativas. La posible subestimación de su diagnóstico resalta la importancia de potenciar la sensibilización clínica.

Objetivos: Determinar la prevalencia de casos con sospecha de SR (SSR) asociado al inicio de NP en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y transversal de pacientes que inician nutrición parenteral (NP) entre 01/06-01/12/2023 en UCI de un hospital de segundo nivel. Variables: demográficas, diagnóstico de ingreso, parámetros nutricionales (kcal/ kg NP; prealbúmina previa; fósforo, potasio y magnesio basales y a los 5 días tras inicio; nutrición enteral (NE) concomitante; terapia de reemplazo renal (TRR); tiamina prescrita) y riesgo de SR según Consenso ASPEN 2020.

Resultados y conclusión: 46 pacientes (74 % hombres/ 36 % mujeres; 62,3 ± 13,5 años; 83,4 ± 15,3 kg; IMC 28,9 ± 5,2 kg/m^2). Diagnósticos: sepsis (34,8 %), traumatismo (8,7 %), hemorragia (13 %), posquirúrgicos (13 %), pancreatitis (10,9 %) y otros (19,6 %). Mediana prealbúmina previa: < 5 mg/dl (30 % no medida). Cociente PCR/prealbúmina: 4 ± 2,7 kcal/kg NP: 22,2 ± 5,3 kcal/ kg (SSR) frente a 20,3 ± 5 kcal/kg (sin SSR). NE concomitante: 19 % (SSR) frente a 30 % (sin SSR). TRR: 27 % (SSR) frente a 20 % (sin SSR). Tiamina: 11,5 % (SSR) frente a 5 % (sin SSR). 56,5 % desarrolló posible SR: 65,4 % riesgo grave, 15,4 % moderado y 19,2 % sin riesgo. Diagnósticos: sepsis (42,4 %), traumatismo (7,7 %), hemorragia (7,7 %), posquirúrgicos (11,5 %), pancreatitis (11,5 %) y otros (19,2 %) Se observa mayor SSR en pacientes sépticos, y, por tanto, en diagnósticos más graves. En pacientes con TRR con SSR, no se descarta una posible asociación con dicha terapia. Los pacientes con NE concomitante podrían haber minimizado la SSR por inicio más gradual de aportes. Aunque las diferencias entre ambos grupos no alcanzaron significancia estadística ($p > 0,05$), la elevada prevalencia de SSR destaca la importancia de considerar este diagnóstico y tomar medidas preventivas, especialmente en pacientes de alto riesgo.

P-066. Impacto de la terapia médica nutricional en el paciente obeso crítico

Juan Carlos López Delgado[1], Andrew García Jean[2], María Luisa Bordejé Laguna[3], Ester Mor Marco[3], Esther Portugal Rodríguez[4], Itziar Martínez de Lagrán[5], Carlos González Iglesias[6], Carolina Lorencio Cárdenas[7], Mateu Lidón Campos[8], Lluís Servia Goixart[9]

[1]Área de Vigilancia Intensiva. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. [2]Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [3]Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [4]Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid. [5]Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. [6]Hospital de Barbastro. Barbastro, Cuenca. [7]Hospital Universitari de Girona Josep Trueta. Girona. [8]L'Hospital General Universitari de Castelló. Castelló de la Plana. [9]Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: Los requerimientos nutro-metabólicos son diferentes al resto de pacientes críticos en función de sus características antropométricas.

Objetivos: Evaluar el impacto del aporte calórico-proteico mediante la terapia médica nutricional (TMN) en el paciente obeso crítico.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico ($n = 38$). Se incluyeron adultos obesos que requirieron TMN ingreso en UCI. Datos demográficos, comorbilidades, estado nutricional, y TMN administrada y sus complicaciones, se registraron en una base de datos (RedCAP®). Los pacientes fueron clasificados y analizados en función de la adecuación del aporte calórico-proteico en base a recomendaciones de guías de práctica clínica. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 25.0.

Resultados: 525 pacientes ingresados en UCI,150 (28.6 %) fueron obesos. El aporte calórico se consideró inadecuado (< 11 kcal/ kg al día) en el 30,67 % ($n = 46$), mientras que 69,33 % ($n = 104$) fue adecuado (≥ 11 kcal/kg al día). El aporte proteico fue inadecuado (< 0,8 g prot/kg al día) en el 63,33 % ($n = 95$), insuficiente (0,8-1,2 g prot/kg al día) en el 31,33 % ($n = 47$) y adecuado (≥ 1,2 g prot/kg al día) únicamente en el 5,33 % ($n = 8$). Los obesos con un aporte calórico adecuado presentaban una mayor incidencia de neoplasia (6,52 % frente a 23,1 %; $p = 0,028$), una tendencia a un menor fracaso orgánico al ingreso (8,22 ± 3,68 frente a 7.33 ± 3.43; $p = 0,15$) y un mayor uso de nutrición parenteral (NP) (4,35 % frente a

22,12 %; $p = 0,014$). Aunque la estancia media hospitalaria fue mayor (28,62 ± 26,04 frente a 39,29 ± 28,08 días; $p = 0,032$), presentaron una menor mortalidad en UCI (32,61 % frente a 16,5 %; $p = 0,046$). Los pacientes obesos con un aporte proteico inadecuado, en relación con aquellos que recibieron un aporte insuficiente o adecuado, eran más jóvenes (60,12 ± 13,06 frente a 67,04 ± 12,5 frente a 67,5 ± 17,86 años; $p = 0,009$) y tuvieron un menor uso de NP (12,63 % frente a 19,15 % frente a 50 %; $p = 0,027$). Los obesos con peor aporte proteico tuvieron una mayor mortalidad en UCI sin significancia estadística (25,53 % frente a 14,89 % frente a 12,5 %; $p = 0,322$). El análisis multivariable objetivó que los pacientes obesos con adecuado aporte calórico (HR: 0,398; 95 % IC: 0,180-0,882; $p = 0,023$) tuvieron una mejor supervivencia, mientras que los pacientes con un aporte proteico insuficiente (HR: 0,404; IC 95 %: 0,171-0,955; $p = 0,038$) tuvieron una mejor supervivencia que aquellos con aporte inadecuado.

Conclusión: En nuestra población, un aporte calórico adecuado se asoció a una mejor supervivencia y un aporte proteico insuficiente a una mayor mortalidad. La optimización de la TMN en el obeso crítico podría tener un beneficio clínico significativo en estos pacientes.

P-067. Valoración morfofuncional y complicaciones intrahospitalarias en pacientes COVID-19 poscríticos en función de la presencia de factores de riesgo cardiovascular previos al ingreso

Ángel López Montalbán, Víctor José Simón Frapolli, Teresa Campos Varela, Isabel María Vegas Aguilar, Francisco José Tinahones Madueño, José Manuel García Almeida

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Málaga

Introducción: Los pacientes con elevado riesgo cardiovascular son un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de desarrollar enfermedad severa por COVID-19, una condición asociada a una importante tasa de morbimortalidad intrahospitalaria. La obesidad, la diabetes *mellitus* (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la dislipemia son factores que se correlacionan positivamente con el riesgo de enfermedad cardiovascular a nivel poblacional, y que en conjunto forman parte del denominado síndrome metabólico. Asimismo, la enfermedad metabólica se expresa morfológicamente como una alteración de la proporción y distribución de la masa grasa corporal (adiposidad) y de la masa muscular.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es determinar si la presencia aislada de factores de riesgo cardiovascular como DM, HTA, dislipemia y obesidad, se asocian a diferencias estadísticamente significativas en composición corporal, así como en complicaciones y necesidad de terapias agresivas durante la estancia hospitalaria en UCI.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye 75 pacientes que superaron ingreso en UCI por neumonía severa por COVID-19. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos, historial clínico médico y se realizó una valoración morfofuncional completa con bioimpedanciometría con ángulo de fase, ecografía nutricional, dinamometría y test funcionales a las 3 semanas del alta hospitalaria. Se analizaron las diferencias en composición corporal y en complicaciones durante el ingreso en función de la presencia o no de dichos factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Observamos que el grupo de pacientes con diabetes presenta menor ángulo de fase ($p = 0,019$), menor FFM ($p = 0,013$), menor B CM ($p = 0,004$) y menor área de RF-CSA (cm^2) ($p = 0,009$) respecto al grupo de pacientes sin diabetes (Tablas I y II).

Conclusión: De los factores de riesgo estudiados (HTA, DLP, obesidad y DM), solo la presencia de diabetes *mellitus* supone diferencias en composición corporal indicando un mayor estado proinflamatorio y menor masa muscular, así como se asocia a una mayor estancia hospitalaria.

Tabla I.

	Todos *n* = 75	No DM *n* = 54	DM *n* = 21	*p*
Variables analíticas				
Albúmina	3,20 ± 0,7	3,2 ± 0,6	3,1 ± 0,9	0,505
Prealbúmina	27,3 ± 12,5	26,6 ± 10,8	29,8 ± 18,7	0,631
PCR	26,9 ± 50,1	15,8 ± 27,0	46,2 ± 88,1	0,046*
PCR / prealbúmina	1,88 ± 4,45	0,9 ± 1,5	5,0 ± 8,7	0,073
Test funcionales				
HGS máx. (kg)	24,7 ± 12,3	28,2 ± 12,5	21,3 ± 11,1	0,070
TUG (s)	8,49 ± 2,7	8,4 ± 2,6	8,6 ± 3,1	0,890
> 12 s (*n*)	2 (14,3)	1 (8,3)	1 (16,7)	
> 20 s (*n*)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
6 MW (m)	369 ± 107	376,5 ± 95,6	331,9 ± 135,6	0,259
> 350 m (*n*)	30 (58,8)	21 (70,0)	5 (50,0)	
< 350 m (*n*)	21 (41,2)	5 (16,7)	5 (50,0)	

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

	Todos *n* = 75	No DM *n* = 54	DM *n* = 21	*p*
Complicaciones				
Estancia en UCI (días)	22,7 ± 20,1	23,0 ± 21,2	21,7 ± 17,3	0,732
Estancia hospitalaria (días)	48,3 ± 44,9	41,6 ± 34,5	65,3 ± 62,3	0,039*
VMI (*n*)	43 (57,3)	30 (55,5)	13 (61,9)	0,618
VMI (días)	27,7 ± 21,4	31,3 ± 22,6	19,5 ± 15,9	0,106
Traqueostomía (*n*)	27 (62,8)	21 (70,0)	6 (46,2)	0,137
Maniobras prono (*n*)	2,41 ± 2,5	2,4 ± 2,6	2,4 ± 2,1	0,876
Corticoterapia (*n*)	74 (98,7)	53 (98,1)	21 (100,0)	0,530
Oxígeno domiciliario al alta (*n*)	39 (52,0)	25 (46,3)	8 (38,1)	0,521
Rehabilitación (*n*)	67 (89,3)	23 (42,6)	11 (52,4)	0,613
Deambulación:				0,479
Sin ayuda	28 (80)	18 (85,7)	10 (71,4)	
Ayuda / bastón (*n*)	6 (17,1)	3 (14,3)	3 (21,4)	
Silla de ruedas (*n*)	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (7,1)	
Escala SPPB:				0,603
No frágil (*n*)	15 (78,9)	10 (83,3)	5 (71,4)	
Frágil (*n*)	4 (21,1)	2 (16,7)	2 (28,6)	
Escala FACIT-F	40,1 ± 13,1	40,7 ± 13,1	38,3 ± 13,2	0,185
Escala Barthel	92,5 ± 17,4	92,5 ± 18,2	92,5 ± 15,5	1,0

Tabla II.

	Todos *n* = 75	No DM *n* = 54	DM n = 21	*p*
Variables demográficas				
Edad (años)	62 ± 12,0	59,8±12,4	66,3±10,3	0,034
Sexo				0,641
Mujer (*n)*	58 (77,3)	13 (24,1)	4 (19,0)	
Hombre (*n*)	17 (22,7)	41 (75,9)	17 (81,0)	
Peso habitual (kg)	99,1 ± 24,7	103,6 ± 25,2	86,2 ± 18,0	0,007
Peso al alta (kg)	90,5 ± 21,1	91,6 ± 22,0	77,7 ± 18,7	0,012
Pérdida de peso (%)	10,9 ± 8,31	11,1 ± 6,8	10,7 ± 6,8	0,494
IMC (kg/m^2)	31,1 ± 6,4	32,3 ± 6,5	28,0 ± 5,4	0,004
Hipertensión arterial (*n*)	38 (50,7)	22 (40,7)	16 (76,1)	0,012
Dislipemia (*n*)	26 (34,7)	11 (20,4)	15 (71,4)	< 0,001
Categoría nutricional				
Desnutrición (GLIM):				0,501
Normonutrición (*n*)	16 (21,1)	10 (18,5)	3 (14,3)	
Desnutrición moderada / fase 1 (*n*)	22 (28,9)	28 (51,8)	14 (66,7)	
Desnutrición severa / fase 2 (*n*)	37 (49,3)	16 (29,7)	4 (19,0)	
Desnutrición (VSG):				0,804
VSG A (*n*)	0 (0,0)	0 (0)	0 (0)	
VSG B (*n*)	40 (53,3)	30 (55,6)	11 (52,4)	
VSG C (*n*)	35 (46,1)	24 (44,4)	10 (47,6)	

(Continúa en página siguiente)

Tabla II (cont.).

	Todos *n* = 75	No DM *n* = 54	DM n = 21	*p*
BIA				
PHa (°)	4,9 ± 1,12	5,2 ± 1,1	4,5 ± 0,9	0,019
SPhA	-1,00 (1,1)	-0,7 ± 0,9	1,7 ± 0,9	< 0,001
Hidratación (TBW/FFM) (%)	76,1 ± 3,9	75,8 ± 3,8	76,4 ± 4,5	0,679
Intercambio NaK	1,15 ± 0,2	1,1 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,022
FFM (kg)	59,9 ± 11,7	62,0 ± 11,9	54,6 ± 9,1	0,013
FFMI (kg/m^2)	20,5 ± 2,9	21,1 ± 2,8	19,0 ± 2,6	0,004
FM (kg)	30,6 ± 13,4	32,4 ± 13,9	26,0 ± 11,0	0,048
FM (%)	32,7 ± 8,0	33,2 ± 6,3	31,5 ± 7,2	0,381
ASMM (kg)	23,6 ± 5,9	24,6 ± 6,1	20,1 ± 4,7	0,015
ASMMI (cm^2/m^2)	8,07 ± 1,56	8,7 ± 1,8	7,5 ± 1,5	0,064
SMM (kg)	28,8 ± 6,9	29,7 ± 7,2	26,5 ± 5,7	0,066
SMI (cm^2/m^2)	9,84 ± 1,8	10,1 ± 1,8	9,2 ± 1,7	0,067
BCM (kg)	28,9 ± 8,6	30,5 ± 6,8	24,6 ± 6,2	0,006
BCM/h (kg/m)	16,9 ± 4,6	17,8 ± 4,6	14,5 ± 3,5	0,004
Ecografía nutricional				
RF-CSA (cm^2)	4,21 ± 1,5	4,5 ± 1,7	3,5 ± 0,9	0,009
RF-CSA/h (cm^2/m)	2,46 ± 0,8	2,6 ± 0,9	2,0 ± 0,5	0,010
RF-CSA/w (cm^2/kg)	4,65 ± 1,35	4,8 ± 1,4	4,4 ± 1,2	0,332
RF-CIR (cm)	9,0 ± 1,4	9,1 ± 1,6	8,7 ± 0,9	0,302
RF-X axis (cm)	3,68 ± 0,6	3,7 ± 0,7	3,6 ± 0,5	0,586
RF-22Y axis (cm)	1,32 ± 0,4	1,4 ± 0,4	1,1 ± 0,3	0,006
L-SAT (cm)	1,04 ± 0,6	1,1 0,7	0,8 ± 0,4	0,079
T-SAT (cm)	1,89 ± 0,9	2,0 ± 0,9	1,6 ± 0,9	0,072
VAT (cm)	0,73 ± 0,5	0,82 ± 0,5	0,5 ± 0,3	0,015

P-068. Estudio comparativo de los requerimientos nutricionales obtenidos por calorimetría indirecta frente a ecuaciones predictivas y cálculo simplificado

Moisés Couñago Fernández[1], Natividad Lago Rivero[1], Eva María Menor Fernández[2], Paula Prado Montes[1], María Alfonsín Lara[1], Iván Agra Blanco[1], Elena Cerdeira Regueira[1], Luis Otero Millán[1], Eva Campelo Sánchez[1], Noemi Martínez López de Castro[1]

Servicios de [1]Farmacia y de [2]Medicina Intensiva. Área Sanitaria de Vigo. Vigo

Introducción: La calorimetría indirecta (CI) es el tratamiento estándar para determinar los requerimientos nutricionales (RN), pero no está disponible en la mayoría de hospitales, por lo que se utilizan fórmulas predictivas para estimarlos.

Objetivos: Comparar los RN de pacientes críticos determinados por CI frente a los estimados por ecuaciones predictivas y cálculo simplificado.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en Unidad de Cuidados Intensivos de hospital de tercer nivel durante noviembre-diciembre 2023. Criterios de inclusión: pacientes críticos adultos con intubación orotraqueal a los que se les realizaron determinaciones de CI. Se compararon los RN por CI a 3 y 5 días de ingreso (CI1, CI2) con los RN calculados según Harris-Benedict (HB; factor de estrés 1,4) y criterios ESPEN (25 kcal/kg si IMC < 30, 14 kcal/kg si IMC > 30). Se consideró significativa una variación > 10 % respecto a la CI.

Resultados y conclusión: 32 pacientes incluidos (17 mujeres [53,1 %]). Mediana de edad: 59 años (rango intercuartílico; RIC: 52,5-66). A 20 pacientes se les realizó la segunda CI. Comparando la CI1 con criterios ESPEN, el 68,7 % (*n* = 22) presentan variación significativa, de los cuales, el 28 % (*n* = 9) por debajo del límite inferior y el 40,6 % (*n* = 13) por encima del límite superior. En la CI2, 35 % (*n* = 7) seguían por encima de los valores establecidos y 10 % (*n* = 2) por debajo, siendo un 45 % del total. Según HB, 71,9 % de pacientes no se ajustaban a CI1 y 75 % a CI2, mostrando la CI1 unos RN mayores en *n* = 3 (9,4 %) y menores en *n* = 20 (62,5 %), y la CI2 unos RN superiores en *n* = 1 (5 %), e inferiores en *n* = 14 (70 %). Por lo tanto,

HB no es una ecuación adecuada para calcular los RN de pacientes críticos, pues sobrestima los requerimientos en la mayoría de casos. Aunque el cálculo simplificado (ESPEN) tampoco concuerda inicialmente con CI, se corrobora mayor similitud a partir del día 5 de ingreso. Es necesario un mayor número de pacientes y determinaciones de CI para conclusiones más robustas.

P-069. La calorimetría indirecta podría contribuir a evitar el nutritrauma en UCI

Teresa Pons López[1], Pilar Marcos Neira[2], María Luisa Bordejé Laguna[2], Pilar Ricart Martí[2]

[1]Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [2]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: El paciente crítico requiere una TMN personalizada para evitar el nutritrauma, la calorimetría indirecta (CI) es el Gold Standard para calcular la TNM.

Objetivos: Comparar el requerimiento energético basal cuantificado mediante calorimetría indirecta con el obtenido mediante práctica clínica habitual (PCH).

Material y métodos: Estudio observacional transversal. Inclusión: pacientes ingresados UCI+ventilación mecánica invasiva. NUTRITRAUMA (kcal): Nutrición correcta: (aporte calórico real (ACR)/prescrito (ACP) = 80-100 %); infranutrición: (ACR/ACP < 80 %); sobrenutrición: (ACR/ACP > 100 %). Cuantificación ACR según PCH. Dispositivo Q-NRG, COSMED. Situación clínica al realizar CI: aguda (prescripción ≤ 20 kcal/kg al día); estable (21-25 kcal/kg al día); recuperación (> 25 kcal/kg al día). Análisis descriptivo: medias/medianas (IC 95 %), según normalidad (test Shapiro-Wilk). Análisis univariante: Test F-Fisher (variables cualitativas). Análisis concordancia NUTRITRAUMA según PCH frente a CI: Índice Kappa.

Resultados: n = 32 pacientes. Varones 53,1 % (IC 95 %: 35,2-70,2). Edad mediana: 60 años (IC 95 %: 52-65). IMC > 30 kg/m^2: 22,9 % (IC 95 %: 12,9-37,4). Principales motivos ingreso: neurológico (53,1 %; IC 95 %: 5,2-70,2), respiratorio (25 %; IC 95 %: 12,5-43,7). Modalidad ventilatoria cuando CI: A/C (71,9 %; IC 95 %: 53,1-85,2). Tipo de nutrición cuando CI: 95,8 % (IC 95 %: 84,1-99) enteral. n = 48 determinaciones (D). En fase aguda se realizaron 13D (27,1 %; IC 95 %: 16,1-41,8); fase estable, 27D (56,2 %; IC 95 %: 41,6-70) y fase recuperación 8D (16,7 %; IC 95 %: 8,3-30,5). Concordancia NUTRITRAUMA según PCH frente aCI: 18,75 %; índice de Kappa-0,13; (p = 0,9). Fase aguda (p = 0,4): PCH correcta 7,7 % respecto CI. ACR correcto 30,8 % respecto ACP. Infranutrición según PCH 76,9 % respecto CI. ACR infranutrición respecto ACP 46,1 %. Sobrenutrición según PCH 15,.4 % respecto CI. ACR sobrenutrición respecto ACP 23,1 % Fase estable (p = 0,8): PCH correcta 25,9 % respecto CI. ACR correcto 44,4 % respecto ACP. Infranutrición según PCH 14.8 % respecto CI. ACR infranutrición respecto ACP 37,1 %. Sobrenutrición según PCH 59,3 % respecto CI. ACR sobrenutrición respecto ACP 18,5 % Fase Recuperación (p = 0,4): PCH correcta 12,5 % respecto CI. ACR correcto 62,5 % respecto ACP. Infranutrición según PCH 0 % respecto CI. ACR infranutrición respecto ACP 37,5 %. Sobrenutrición según PCH 87,5 % respecto CI. ACR sobrenutrición respecto ACP 0 %.

Conclusión: La pobre concordancia entre aporte calórico calculado según PCH frente a CI. En fase aguda, se tiende a infranutrir según PCH respecto CI. En fase de recuperación, se tiende a sobrenutrir según CI respecto PCH, debido a que el cálculo calórico por CI es basal.

P-070. Desplazamiento del vector de bioimpedancia 24 horas después de una guardia en la Unidad de Medicina Intensiva

Teresa Pons López[1], Lexa Nescolarde[2], Esther Mor Marco[1], Pilar Ricart Martí[3], María Luisa Bordejé Laguna[3]

[1]Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [2]Departamento de Ingeniería Electrónica. Grupo de Investigación de Instrumentación Electrónica y Biomédica. Universitat Politècnica de Catalunya. Barcelona. [3]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Una guardia de 24 h en UCI puede ser extenuante, pero no sabemos hasta qué punto puede alterar la composición coropral. El análisis del vector de bioimpedancia es un método para clasificar la composición corporal según su estado de hidratación y la masa celular.

Objetivos: Observar si una guardia de 24 h en UCI refleja cambios en los parámetros de bioimpedancia como consecuencia de cambios en la composición corporal.

Material y métodos: En un periodo de 15 días, se realizó bioimpedancia pre- y posguardia 24 h sobre una muestra de 25 guardias en 16 residentes. Las medidas de resistencia(R), reactancia (Xc) y ángulo de fase (PhA) se obtuvieron con un equipo de fase sensible (Quantum IV, RJL systems) en configuración *whole-body* con electrodos Ag/AgCl de baja impedancia intrínseca ($Xc_{intrinc}$ < 2,5 W). Los valores medidos de R y Xc se normalizaron por la altura (H) del residente. Se realizó un análisis multivariante de Hotelling's T2, como método de concordancia se realizaron Bland and Altamn conjuntamente con una regresión de Deming. La significancia estadística se fijó en $p < 0{,}005$. Para el análisis se utilizaron los paquetes estadíaticos IBM SPSS 29 y MedlCalc.

Resultados: Los vectores individuales (Fig. 1A, pág. siguiente) para ambos géneros no mostraron desplazamientos significativos con solapamiento en el IC 95 % elipses de confianza (Fig. 1B, pág. siguiente). El análisis de concordancia de Bland y Altman confirmó que los cambios posguardia no estuvieron reflejados por cambios estructurales (Fig. 2A, pág. siguiente), concordancia entre PhA y Xc/H); se observó ligera concordancia entre PhA y R/H (Fig. 2B, pág. siguiente). La regresión de Deming (Fig. 3, pág. siguiente) confirmó un espacio específico para las guardias de pocas horas de descanso y alta retención de líquidos tanto por cambios relativos como absolutos de R/H.

Conclusión: Después de una guardia en UCI de 24 h no se reflejan cambios en el ángulo de fase como consecuencia de cambios estructurales, pero si cambios en el ángulo de fase como consecuencia de cambios hídricos.

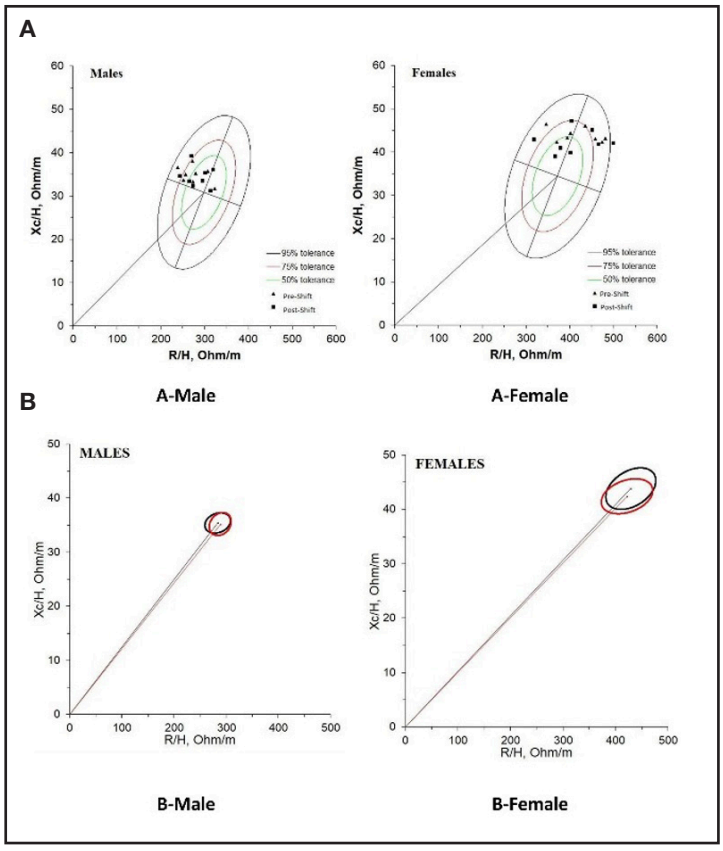

Figura 1.

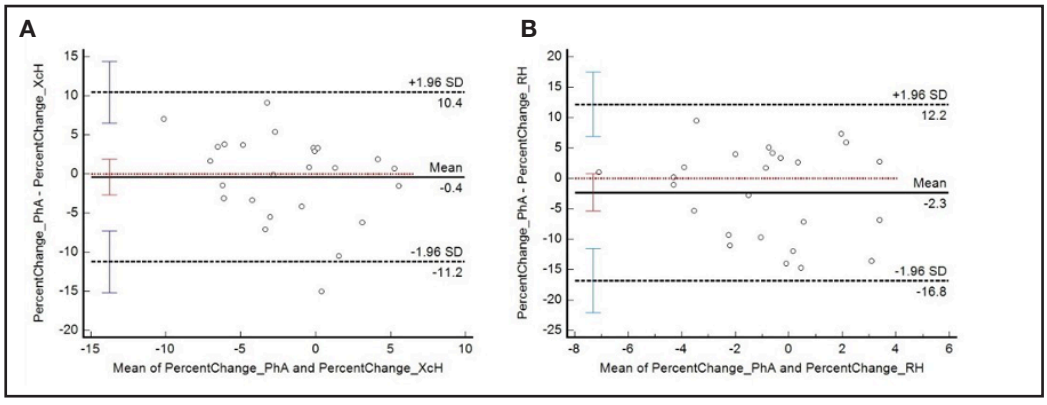

Figura 2.

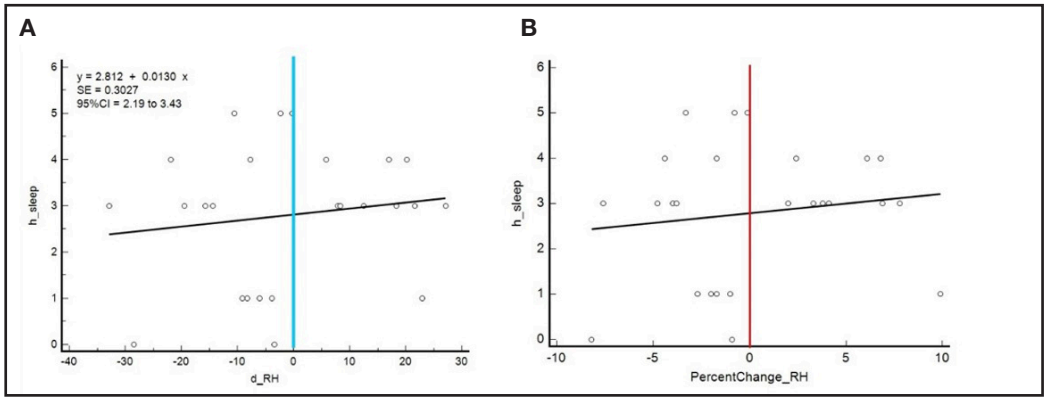

Figura 3.

P-071. Evaluación de la nutrición parenteral en el paciente crítico: adaptación a las guías de práctica clínica

Carlota Rodríguez-Tenreiro Rodríguez, Marina Muñoz Villasur, Mónica Carvajales Álvarez, María Elena Gómez Álvarez, Irene de la Fuente Villaverde, Sergio Fernández Lastras, Laina Oyaque López, Mateo Eiroa Osoro, Ana Lozano Blázquez

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: La evaluación periódica de la práctica asistencial favorece el mantenimiento de los estándares de calidad.

Objetivos: Valorar el grado de adecuación de la nutrición parenteral (NP) a las recomendaciones publicadas en las guías ESPEN 2023 como medida de mantenimiento de los estándares de calidad.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes con prescripción de NP en UCI durante el primer semestre de 2023. De la historia clínica electrónica y del programa de NP se recogieron variables: demográficas, antropométricas, motivo de ingreso en UCI, contraindicación de nutrición enteral (NE), día de inicio de NP con respecto al ingreso en UCI, aporte calórico, proteico y lipídico en las primeras 24h y a los 7 días, tipo de lípidos y seguimiento. Indicadores de calidad: indicación, aporte y tipo de nutrientes, seguimiento electrolítico.

Resultados y conclusión: 39 pacientes, 36 % mujeres, mediana de edad 62 años (RIQ: 52,5-70,5), IMC 28,1 kg/m² (RIQ: 23,7-32,5) (n = 33). Los motivos de ingreso en UCI variaron, siendo la sepsis la causa más común (23 %). En el 58 % la indicación fue intolerancia a NE, 8 % dehiscencia, 5 % hemorragia digestiva, 5 % problemas en colocación de sonda, 24 % otros (n = 38). Tiempo transcurrido desde ingreso en UCI hasta NP: 4 días (RIQ: 2-7). Mediana de duración: 6 días (RIQ: 3-12). Mediana de aportes calóricos, proteicos y lipídicos durante las primeras 24 h: 21,1 kcal/kg (RIQ: 16,2-25,2), 1 g/kg (RIQ: 0,8-1,2) y 0,7 g/ kg (RIQ: 0,5-0,9) (n = 36), respectivamente. A los 7 días: 22,1 kcal/kg (RIQ: 16,6-26,5), 1,1 g/kg (RIQ: 1,0-1,3) y 0,7 g/ kg (RIQ: 0,5-0,9) (n = 20). Todos los pacientes recibieron lípidos enriquecidos en ω-3 y triglicéridos de cadena media. Se dispuso de valores de K, Mg y P en las primeras 48 h en el 49 % de los pacientes. Se observaron 14 casos de hipofosfatemia. En la serie analizada se cumplieron las recomendaciones de las guías ESPEN en la indicación y aporte de nutrientes. Existe margen de mejora en el seguimiento electrolítico de estos pacientes.

P-072. Sobreviviendo a la infranutrición: implantación de un protocolo de nutrición por volumen

David Segura Berzosa, María Luisa Bordejé Laguna, Esther Mor Marco, Consuelo Villanueva Fuentes, Alejandro Llamas Castillo, Pilar Marcos Neira, Ana Santos Montón, Elena Carrasco García, Mireia Silva Fernández

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Desafortunadamente, con la nutrición enteral (NE), no se consigue aportar el total de los requerimientos calculados a nuestros pacientes debido a múltiples factores: errores de cálculo, interrupciones en la administración o mala tolerancia gastrointestinal. Todo ello deriva en una infranutrición, con sus consuencias deletéreas asociadas: aumento de las infecciones, debilidad muscular, prolongación de la estancia hospitalaria, etc. Por este motivo, consideramos necesario llevar a cabo el método de nutrición por volumen, en el cual la velocidad de la bomba de nutrición pasa de ser un valor estático a dinámico, modificándose en función de las interrupciones propias del enfermo de UCI.

Objetivos: Evitar la infranutrición debida a interrupciones innecesarias de la NE y conseguir el 80-100 % de los objetivos calórico-proteicos calculados.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema y se diseñó un protocolo interdisciplinar de manejo de la nutrición por volumen. Para ello, se hicieron sesiones de formación previas al personal implicado. Las bombas de nutrición van conectadas al soporte informático y, además, se creó un formulario informatizado para registrar cualquier evento adverso o complicación. Tres veces al día, al inicio de cada turno, se verifica a si es necesario modificar el ritmo (ml/h) de infusión para conseguir el objetivo diario, además de compensar los momentos en que la nutrición ha estado parada (retirada accidental de sonda, prueba diagnóstica, extubación, etc.).

Resultados y conclusión: En líneas generales, el volumen eficaz administrado fue superior al obtenido previamente a la implantación del protocolo, el cual sigue el esquema de la tabla I. La formación del personal, junto con un protocolo diseñado para evitar interrupciones innecesarias de la nutrición y compensar las pérdidas, es primordial para mejorar el estado nutricional de nuestros pacientes.

Tabla I.

Velocidad actual (ml/h)	Tiempo interrupción (horas)	Volumen restante hasta finalizar día (ml)	Tiempo restante hasta finalizar día (horas)	Nueva velocidad de infusión (ml/h)
–	–	–	–	–

P-073. Valoración morfofuncional y complicaciones intrahospitalarias en pacientes poscríticos tras neumonía por COVID-19 en función del *continuum* de la enfermedad metabólica

Víctor José Simón Frapolli[1,2], Isabel María Vegas Aguilar[2], Isabel María Cornejo Pareja[1], Lourdes Garrido Sánchez[1], José Manuel García Almeida[1], Francisco José Tinahones Madueño[1]

[1]Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los pacientes con elevado riesgo cardiovascular son un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de desarrollar enfermedad severa por COVID-19, una condición asociada a una importante tasa de morbimortalidad intrahospitalaria. La obesidad abdominal, la diabetes *mellitus* (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la dislipemia son factores de riesgo cardiovascular (FRCV) que se correlacionan positivamente con el riesgo de enfermedad cardiovascular a nivel poblacional, y que en conjunto forman parte del denominado síndrome metabólico. Asimismo, la enfermedad metabólica se expresa morfológicamente como una alteración de la proporción y distribución de la masa grasa corporal (adiposidad) y de la masa muscular.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en composición corporal, así como en complicaciones y necesidad de terapias agresivas durante la estancia hospitalaria en UCI en paciente con síndrome metabólico con respecto a pacientes sin ningún FRCV y pacientes con uno o varios FRCV (DM, HTA, dislipemia y obesidad abdominal) sin llegar a formar parte de este síndrome.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye 75 pacientes que superaron ingreso en UCI por neumonía severa por COVID-19. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos, historial clínico médico y se realizó a las 3 semanas del alta hospitalaria una valoración morfofuncional completa con bioimpedanciometría con ángulo de fase, Ecogra-

Tabla I.

	No FRCV *n* = 12	FRCV *n* = 45	MetS *n* = 18	*p*
Variables demográficas				
Edad (años)	61,7 ± 3,1	59,6 ± 1,9	66,7 ± 2,2	0,071
Sexo				0,313
Mujer (%)	2 (16,7)	13 (28,9)	2 (11,1)	
Hombre (%)	10 (83,3)	32 (71,1)	16 (88,9)	
Peso habitual (kg)	89,4 ± 10,5	105,3 ± 27,4	91,1 ± 18,1	0,003
Peso al alta (kg)	75,5 ± 8,5	93,5 ± 23,9	81,6 ± 18,4	0,020
Pérdida de peso (%)	11,0 ± 7,1	11,8 ± 9,2	8,6 ± 5,9	0,567
IMC (kg/m^2)	26,7 ± 2,5	32,9 ± 6,7	29,4 ± 5,7	< 0,001
Hipertensión arterial (%)	0 (0,0)	21 (46,7)	17 (94,4)	< 0,001
Dislipemia (%)	0 (0,0)	10 (22,2)	16 (88,9)	< 0,001
Diabetes *mellitus* (%)	0 (0,0)	6 (13,3)	15 (83,3)	< 0,001
Obesidad (%)	0 (0,0)	29 (64,4)	7 (38,9)	< 0,001
Categoría nutricional				
Desnutrición (GLIM):				0,688
Normonutrición (%)	1 (8,3)	9 (20,0)	3 (16,7)	
Desnutrición moderada / Fase 1 (%)	9 (75,0)	23 (51,1)	10 (55,6)	
Desnutrición severa / Fase 2 (%)				
Desnutrición (VSG):	2 (16,7)	13 (28,9)	5 (27,8)	0,803
VSG A (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
VSG B (%)	6 (50,0)	24 (53,3)	11 (61,1)	
VSG C (%)	6 (50,0)	21 (46,7)	7 (38,9)	

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

	No FRCV *n* = 12	FRCV *n* = 45	MetS *n* = 18	*p*
BIA				
PhA (°)	5,2 ± 1,2	5,0 ± 1,2	4,9 ± 0,1	0,717
SPhA	-1,19 ± 1,0	-0,84 ± 1,1	-1,28 ± 1,1	0,322
Hidratación (TBW/FFM) (%)	74,7 ± 2,8	76,5 ± 4,1	75,9 ± 4,3	0,075
Intercambio NaK	1,14 ± 0,3	1,13 ± 0,3	1,18 ± 0,2	0,825
FFM (kg)	56,8 ± 9,3	61,3 ± 12,8	58,4 ± 9,9	0,370
FFMI (kg/m^2)	19,5 ± 2,4	20,9 ± 2,9	19,8 ± 3,0	0,293
FM (kg)	27,3 ± 6,2	34,0 ± 14,4	29,2 ± 11,4	0,002
FM (%)	29,1 ± 7,1	34,7 ± 8,1	30,8 ± 7,1	0,046
ASMM (kg)	21,8 ± 4,3	24,5 ± 6,6	21,6 ± 4,7	0,220
ASMMI	8,1 ± 1,1	8,4 ± 1,6	7,4 ± 1,5	0,028
SMM (kg)	27,2 ± 5,7	29,4 ± 7,7	27,4 ± 5,7	0,716
SMI (cm^2/m^2)	9,0 ± 1,5	10,0 ± 1,9	9,1 ± 1,8	0,240
BCM (kg)	28,1 ± 8,2	29,6 ± 9,3	26,6 ± 7,1	0,761
BCM/h (kg/m)	16,2 ± 4,3	17,3 ± 4,8	15,2 ± 4,1	0,653
Ecografía nutricional				
RF-CSA (cm^2)	4,2 ± 1,4	4,4 ± 1,8	3,7 ± 0,9	0,485
RF-CSA/h (cm^2/m)	2,4 ± 0,7	2,6 ± 0,9	2,21 ± 0,5	0,077
RF-CSA/w (cm^2/kg)	5,15 ± 1,5	4,7 ± 1,5	4,4 ± 0,9	0,450
RF-CIR (cm)	9,2 ± 1,7	9,0 ± 1,5	8,9 ± 0,9	0,898
RF-X axis (cm)	3,8 ± 0,7	3,7 ± 0,6	3,7 ± 0,5	0,812
RF-Y axis (cm)	1,29 ± 0,2	1,41 ± 0,5	1,13 ± 0,3	0,036
L-SAT (cm)	0,8 ± 0,4	1,2 ± 0,7	1,0 ± 0,4	0,139
T-SAT (cm)	1,7 ± 1,1	2,0 ± 0,8	1,9 ± 0,9	0,203
VAT (cm)	0,83 ± 0,4	0,78 ± 0,5	0,53 ± 0,3	0,122
Variables analíticas				
Albúmina	3,1 ± 0,6	3,3 ± 0,7	3,0 ± 0,9	0,415
Prealbúmina	31,2 ± 16,7	26,7 ± 12,0	27,2 ± 14,1	0,915
PCR	14,2 ± 14,9	16,2 ± 29,6	55,0 ± 98,2	0,245
PCR / prealbúmina	1,2 ± 1,3	0,8 ± 1,5	6,2 ± 9,5	0,750
Test funcionales				
HGS máx. (kg)	24,7 ± 12,3	21,6 ± 9,8	30,3 ± 13,1	0,711
TUG (s)	8,49 ± 2,7	8,4 ± 3,1	8,6 ± 2,4	0,137
> 12 s (%)	2 (66,6)	11 (100,0)	3 (75,0)	
> 20 s (%)	1 (33,3)	0 (0)	1 (25,0)	
6 MW (m)	369 ± 107	369,5 ± 109,1	359,8 ± 106,9	0,596
> 350 m (%)	5 (55,6)	16 (69,6)	5 (62,5)	
< 350 m (%)	4 (44,4)	7 (30,4)	3 (37,5)	
Complicaciones				
Estancia en UCI (días)	22,7 ± 20,1	21,6 ± 18,6	23,8 ± 21,8	0,985
Estancia hospitalaria (días)	48,3 ± 44,9	54,4 ± 50,2	51,6 ± 38,0	0,779
VMI (%)	8 (66,7)	26 (57,8)	9 (50,0)	0,661
VMI (días)	27,7 ± 21,4	22,6 ± 19,9	34,9 ± 21,8	0,656
Traqueostomía (%)	5 (62,5)	17 (65,4)	5 (55,5)	0,871
Maniobras prono (*n*)	2,41 ± 2,5	2,3 ± 2,2	2,6 ± 2,8	0,615

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

	No FRCV *n* = 12	FRCV *n* = 45	MetS *n* = 18	*p*
Corticoterapia (%)	12 (100,0)	45 (100,0)	17 (94,4)	0,801
Oxígeno domiciliario al alta (%)	8 (66,7)	19 (42,2)	6 (33,3)	0,184
Rehabilitación (%)	6 (50,0)	19 (42,2)	9 (50,0)	0,803
Deambulación:				0,668
Sin ayuda (%)	10 (83,3)	35 (77,8)	14 (77,8)	
Ayuda / bastón (%)	1 (8,3)	9 (20,0)	3 (16,7)	
Silla de ruedas (%)	1 (8,3)	1, (2,2)	1 (5,6)	
Escala SPPB:				0,892
No frágil (%)	5 (83,3)	19 (65,5)	7 (70,0)	
Frágil (%)	1 (16,7)	10 (34,5)	3 (30,0)	
Escala FACIT-F	40,1 ± 13,1	40,6 ± 12,5	39,5 ± 13,9	0,814
Escala Barthel	92,5 ± 17,4	88,8 ± 21,6	96,9 ± 8,9	0,927

fía Nutricional, dinamometría y test funcionales. Se analizaron las diferencias en composición corporal y en complicaciones durante el ingreso usando ANOVA (y test de Tukey para comparaciones múltiples), en función de la presencia de síndrome metabólico, FRCV aislados o ausencia de FRCV.

Resultados y conclusión: Los resultados se muestran en la tabla I. La presencia de FRCV agrupados en forma de síndrome metabólico, con respecto a FRCV aislados, se asocia a un menor ASMIl y RF-Y axis, pero no supone diferencias en variables proinflamatorias ni en complicaciones intrahospitalarias.

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS

P-074. Fibromialgia y síntomas gastrointestinales. ¿Podemos abordarlos desde la nutrición?

Victoria Abril Sánchez[1], Jorge Antolín Ramírez Tejero[2], Antonio Martínez Lara[2], David Cotán Marín[2]

[1]Departamento de Nutrigenómica y [2]Área Técnica. Pronacera. Sevilla

Introducción: La fibromialgia (FM) es una condición de dolor crónico generalizado de etiopatogenia desconocida, afectando significativamente sobre la calidad de vida de los pacientes. La creciente evidencia aboga por la coexistencia de la FM con trastornos digestivos, lo que lleva a considerar la disbiosis intestinal entre los posibles factores etiológicos y agravantes de la enfermedad.

Objetivos: El objetivo será analizar la concomitancia de FM y alteraciones gastrointestinales en casos y controles e identificar posibles tratamientos nutricionales para reducir la clínica asociada.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de 244 mujeres (196 casos y 48 controles). Se utilizó un cuestionario para recopilar la información detallada de las participantes. Para la identificación de afecciones digestivas se usó una escala de severidad de 0-3 puntos.

Resultados y conclusión: El análisis estadístico mostró síntomas digestivos en la totalidad de las pacientes, así como la existencia de alergias o intolerancias en el 56,63 % de estas. Asimismo, la distensión abdominal y la presencia de gases fueron los parámetros más severos, siendo del 40,82 % y 41,33 %, respectivamente. El hábito evacuatorio también se encontró alterado en las pacientes, observándose estreñimiento en el 32,14 % de las mismas, seguido de dolor abdominal (15,82 %). Con respecto a intervenciones nutricionales, la dieta baja en FODMAP parece mejorar las molestias agudas, la dieta cetogénica se ha utilizado para reducir el sobrepeso en FM; otros estudios han observado mejoría clínica tras la aplicación de dietas con exclusión de glutamato y aspartamo. Existe una mayor prevalencia de alteraciones digestivas en FM. La presencia de gases fue el síntoma más frecuente en nuestro estudio. El abordaje nutricional permite modular neurotransmisores que intervienen en el dolor muscular y emociones, por lo que supone una herramienta útil y complementaria al tratamiento no farmacológico. No obstante, son necesarias más investigaciones con seguimientos más amplios para verificar la estrategia dietética más adecuada.

P-075. Cambios evolutivos a los 12 meses en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática en un programa de nutrición y ejercicio

Rocío Fernández Jiménez[1], Isabel María Vegas Aguilar[1], María del Mar Amaya Campos[1], Eva Cabrera César[2], Ana Sánchez García[1], Lourdes Garrido Sánchez[1], Mora Murri[1], Isabel María Cornejo Pareja[3], Patricia Guirado Peláez[1], José Manuel García Almeida[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Neumología. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Málaga. [3]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 efecto al año del uso de suplementos nutricionales en la práctica clínica habitual en pacientes con FPI midiendo el estado nutricional y composición corporal mediante nuevas técnicas (BIVA) para un mejor diagnóstico e intervención.

Material y métodos: Estudio prospectivo de seguimiento basal y al año de pacientes con FPI con intervención nutricional y ejercicio. La composición corporal se valora mediante el uso de la BIVA (Pha).

Resultados: 63 pacientes, 52 hombres (82,5 %), con una edad media de 71,7 (7,07) años con una mortalidad del 8,6 % de la muestra. Un 62,1 % de la muestra presentaba riesgo de malnutrición moderado según valoración subjetiva global (VSG) y un 20,7 % grave. Un GAP (sexo, edad y gravedad pulmonar) estadio I 36,5 %, estadio II 51,9 %, estadio III 11,5 %. A continuación, en la tabla I se puede observar la descripción de la muestra según la ingesta o no de suplementos orales. Realizando un análisis de regresión logística se observa que la toma o no de suplementos afecta directamente en los cambios de valor en el Pha ajustado por edad, sexo y BMI con un OR = 10,01, r^2 = 0,24 (Tabla II; Fig. 1).

Conclusión: El uso de suplementos nutricionales (hiperproteicos y enriquecidos en omega tres) en pacientes FPI muestra un mantenimiento del Pha, mientras que los pacientes sin riesgo nutricional que no toman suplemento se evidencia un deterioro del Pha a los 12 meses. Además, el no tomar suplementos aumenta el riesgo 10 veces de que baje el Pha al año.

Tabla I. Descripción de cambios de parámetros de la BIVA

Variables	Total		Con suplementos		Delta del cambio con suplemento	Sin suplementos		Delta del cambio sin suplementos
	Basal	12 m	Basal	12 m	Final-basal	Basal	12 m	Final-basal
Peso (kg)	78,8 ± 12,1	76,7 ± 12,0	76 ± 9,58	72,8 ± 8,92	-1,59	80,8 ± 10,3	79,5 ± 11,2	-1,59
Pha (°)	4,88 ± 0,76	4,82 ± 0,81	4,52 ± 0,69	4,58 ± 0,86	+0,042	5,17 ± 0,66	4,91 ± 0,73	-0,374
Spha		-0,96 ± 0,75	1,16 ± 0,69	-1,05 ± 0,72		0,63 ± 0,68	-0,84 ± 0,73	
Nak	1,16 ± 0,18	1,21 ± 0,20	1,21 ± 0,17	1,25 ± 0,22	+0,03	1,12 ± 0,17	1,19 ± 0,20	+0,07
FM	23,6 ± 7,77	21,8 ± 7,18	23,6 ± 7,91	21,1 ± 7,51	-1,35	23,4 ± 5,84	22,5 ± 5,55	-0,93
SMI	9,03 ± 1,22	9,0 ± 12,8	8,54 ± 1,10	8,63 ± 1,39	+0,05	9,3 ± 1,32	9,26 ± 1,31	-0,1

Tabla II. Regresión logística del delta del Pha – SNO

Binomial logistic regression					
Model fit measures					
Model	Deviance		AIC	R^2_{McF}	
1	44,8		54,8	0,242	
Model Coefficientes – SNO					
Predictor	**Estimate**	**SE**	**Z**	**p**	***Odds ratio***
Intercept	-7.1335	6.7420	-1.0581	0.290	7.98e-4
Delta_phaB-12M_stand	2.3139	1.0444	2.2156	.0.27	10.114
Age	0.1465	0.0701	2.0890	0.037	1.158
Sexo:					
Mujer-hombre	0.0491	0.9883	0.0497	0.960	1.050
BMI	-0.1279	0.1523	-0.8397	0.401	0.880

Note: estimates represent the log odds of "SNO = 1" vs. "SNO = 0".

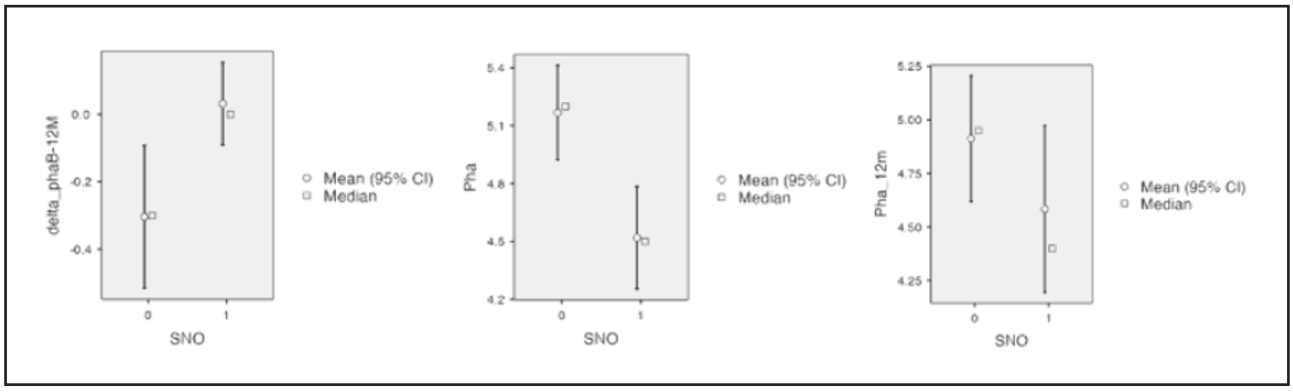

Figura 1.

Cambios basal-12 meses Delta del pha, Pha Basal y Pha 12 m.

P-076. Valoración morfofuncional en diabetes *mellitus* de tipo 1: utilidad de la ecografía muscular en la evaluación de la composición corporal y su relación con variables metabólicas

María del Carmen Andreo López, María Teresa Zarco Martín, Victoria Contreras-Bolívar, María Luisa Fernández Soto

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: La sarcopenia se ha propuesto como complicación de la diabetes. Sin embargo, hay pocos estudios de composición corporal en diabetes *mellitus* tipo 1(DMT1). Así, el uso de la ecografía como herramienta clínica, portátil y emergente podría ser útil para el diagnóstico precoz de sarcopenia.

Objetivos: Describir parámetros ecográficos de composición corporal en personas con DMT1 y determinar si existen asociaciones con variables metabólicas.

Material y métodos: Estudio transversal en personas con DMT1. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), analíticas (hemoglobina glicosilada: HbA1c) y clínicas (dosis total insulina (DTI), fuerza muscular medida con dinamómetro Jamar en kilogramos (kg) (punto de corte: < p10 de población española), masa muscular del recto femoral del cuádriceps y masa adiposa de grasa subcutánea abdominal con ultrasonidos -Sonosite S-Nerve®). El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS v.25.

Resultados: Se evaluaron 15 pacientes con DMT1 (53 % mujeres, edad media 35 ± 12 años, IMC 22,8 ± 3,3 kg/m^2 y HbA1c media 9,2 ± 2,3). Se detectó baja fuerza muscular en un 28 %. La media del grosor muscular del recto femoral del cuádriceps o eje Y fue 1,5 ± 0,3 y su área media, 5,6 ± 2,1. La media de tejido adiposo (TAT) fue de 1,2 ± 0,8, dependiente fundamentalmente del tejido adiposo superficial (TASu), con media de 0,6 ± 0,4. El eje Y se correlacionó positivamente con la fuerza muscular (r = 0,5, p = 0,04) y negativamente con el control metabólico en DMT1 (r = 0,6, p = 0,03). El peor control metabólico (HbA1c más elevada) se correlacionó positivamente con DTI (r = 0,4, $p < 0,001$), TASu (r = 0,7, $p < 0,001$) y TAT (r = 0,7, $p < 0,001$).

Conclusión: En este estudio preliminar, el control metabólico se correlacionó con medidas ecográficas de la masa muscular y del tejido adiposo abdominal. Por tanto, la evaluación del estado morfofuncional parece ser útil y podría plantear nuevas estrategias terapéuticas en DM de tipo 1.

P-077. Encuesta sobre el manejo de la desnutrición en pacientes con tumor neuroendocrino

Maribel del Olmo[1], Inmaculada Peiró[2], Ana Custodio[3], Jorge Hernando Cubero[4], Miguel Ángel Martínez Olmos[5], Miguel Sampedro[6], José Luis Muñoz[6], Núria Valdés[7], Guillermina Moreno[8], María Argente Pla[1]

[1]Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. [2]Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [3]Hospital Universitario La Paz. Madrid. [4]Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. [5]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña. [6]Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. [7]Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [8]FK. Barcelona

Introducción: La desnutrición es un factor pronóstico de primer orden en el paciente oncológico. Los tumores neuroendocrinos (TNE) representan un grupo de neoplasias heterogéneas y cuyo manejo debe hacerse en un contexto de muldisciplinariedad. La frecuencia descrita de desnutrición es variable en estos pacientes. Se realizó una encuesta a nivel hospitalario para conocer el manejo de la desnutrición asociada a TNE.

Objetivos: La desnutrición es un factor pronóstico de primer orden en el paciente oncológico. Los tumores neuroendocrinos (TNE) representan un grupo de neoplasias heterogéneas y cuyo manejo debe hacerse en un contexto de muldisciplinariedad. La frecuencia descrita de desnutrición es variable en estos pacientes. Se realizó una encuesta a nivel hospitalario para conocer el manejo de la desnutrición asociada a TNE.

Material y métodos: Se remitió una encuesta de 10ítems, validada por un grupo de expertos en TME sobre detección y manejo de desnutrición estos pacientes, a diferentes hospitales de 14 comunidades autónomas. Se evaluaron las respuestas

obtenidas de 72 profesionales; 50 de oncología médica (OM), 20 de endocrinología y nutrición (EyN), un cirujano general y un especialista en medicina nuclear.

Resultados y conclusión: El 90 % de OM y el 100 % de EyN registran el peso de los pacientes. La tabla I muestra frecuencia de cribado de malnutrición. EyN lo realiza en > 75 % y OM entre 50-75 %. El test MUST y el % pérdida de peso en 3m son las herramientas de cribado más empleadas. La mayoría de los pacientes son derivados a unidades de nutrición. La figura 1 muestra las herramientas de seguimiento más utilizadas. Los médicos que no realizan cribado sistemático (14/72) refieren falta de recursos (tiempo y personal). La mayoría de los especialistas que tratan los TNE criban de forma sistemática la desnutrición en estos pacientes, especialmente EyN. Uno de cada 5 pacientes con TNE queda sin cribar por falta de recursos. La mayoría de los hospitales que trata TNE poseen unidades de nutrición incluidas en el circuito de derivación de estos pacientes.

P-078. Mejora en la calidad de vida en pacientes con cáncer tras la colocación de gastrostomía de alimentación

Lorena Arribas Hortigüela[1,2], Marta Bellver[2], Ana Regina González Tampán[2], Maryam Choulli[1-3], Inmaculada Peiró[1,2]

[1]Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [2]Unidad Funcional de Nutrición Clínica. Institut Catala d'Oncologia (ICO). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [3]Unidad de Epidemiología Molecular y Genética (UNICEMG). Programa de Recerca en Epidemiología del Cáncer (PREC). Institut Catala d'Oncologia (ICO). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: La dificultad a la ingesta puede condicionar la calidad de vida (CV) de los pacientes con cáncer.

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la CV de los pacientes antes y después de la colocación de gastrostomía, así como las complicaciones precoces y tardías asociadas a esta.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de un solo centro que incluyó pacientes con cáncer que requirieron la colocación de gastrostomía desde 3/2019 hasta 3/2023. Las gastrostomías fueron indicadas y evaluadas previamente desde la unidad de nutrición clínica. Se recogieron variables clínicas, nutricionales y de CV previo y 1 mes tras la colocación de gastrostomía, así como complicaciones precoces (inmediatamente tras la colocación) y tardías (hasta 6 meses poscolocación).

Resultados y conclusión: Se incluyeron 36 pacientes con una media de 61,6 años (DE14,4), mayoritariamente hombres (82,4 %), con cáncer de cabeza y cuello (88,9 %). El motivo principal de su colocación fue disfagia a sólidos y líquidos (89 %) con necesidad de nutrición enteral completa en el 83,3 %. El 79,3 % llevaron SNG previa ≤ 3 meses. Recibían tratamiento sistémico paliativo el 52,8 % seguidos de quimio-radioterapia radical (30,6 %). Se produjo una ganancia de peso progresiva siendo significativa a los 6 meses (62,6 a 65,4 kg; $p = 0,005$). No hubo complicaciones precoces severas. La complicación precoz más común fue el dolor local (88,9 %) con un EVA medio de 6,1 puntos (DE 2,75) y con necesidad de opiáceos (36 %), resuelta en < 48 h. Presentaron complicaciones tardías el 77,7 % siendo la infección local (28,6 %) y la salida accidental (17,8 %) las más comunes. La CV asociada a la colocación de gastrostomía mejoró de forma significativa (50,6 frente a 66,7 puntos; $p = 0,001$). En paciente con supervivencia < 3 meses (5/36) la puntuación aumentó de 54 a 68 puntos ($p = 0,43$). En conclusión, una adecuada valoración e indicación de la gastrostomía de alimentación en pacientes con cáncer podría mejorar su calidad de vida.

P-079. Validación de la herramienta Sarc-CalF para el cribado de la sarcopenia en pacientes oncológicos hospitalizados: resultados preliminares

Marta Bellver[1], Maryam Choulli[1-3], Inmaculada Peiró[1,3], Aina Llenas Bladé[1], Lorena Arribas Hortigüela[1,3], Ana Regina González Tampán[1]

[1]Unidad Funcional de Nutrición Clínica. Institut Catala d'Oncologia (ICO). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [2]Unidad de Epidemiologia Molecular y Genética (UNICEMG). Programa de Recerca en Epidemiología del Cáncer (PREC). Institut Catala d'Oncologia (ICO). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [3]Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: En los pacientes con cáncer, y especialmente hospitalizados, la sarcopenia es prevalente aumentando complicaciones y costes sanitarios.

Objetivos: Validación de la herramienta de cribado de sarcopenia Sarc-CalF en paciente con cáncer hospitalizado considerando la bioimpedancia (BIA) cómo gold estándar.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de un solo centro de pacientes con cáncer hospitalizados. Se recogieron variables clínicas, nutricionales, composición corporal y funcionales al ingreso y se realizó un primer análisis descriptivo con los datos recogidos durante febrero-octubre 2023.

Resultados: 74 pacientes incluidos mayoritariamente hombres (67,6 %) y edad media 64,4 años (DE 13,64). La localización más habitual fue cáncer de pulmón (21,6 %) seguida de leucemia aguda (17,6 %). El motivo principal de ingreso fueron las complicaciones de la enfermedad (33,8 %). El 21,6 % ($n = 16$) presentaron un Sarc-F ≥ 4 frente a 58,1 % ($n = 43$) Sarc-CalF ≥ 11. Respecto los pacientes con Sarc-CalF ≥ 11, 72,1 % eran > 65 años y tenían IMC 25,5 kg/m^2 (DE 3,97) de media. El 37,2 % presentaba un ECOG 2-3, 67,4 % presentaban GLASGOW 2 y 51,2 % tenían VGS-GP = C ($p < 0,05$). El 88,3 % presentó riesgo de fragilidad por SPPB < 10 puntos ($p < 0,05$ en comparación con el grupo Sarc-Calf < 11) y dinamometría 23,1 kg (DE 8,14) de media. De los 22 pacientes que disponían de TC < 6 semanas al ingreso, el 72,7 % presentaban sarcopenia tras la medición del índice de masa muscular (IMM) en L3 respecto el 6,9 % ($n = 43$) medido por bioimpedancia. El ángulo de fase medio fue 4,4° (DE 0,9). Las pruebas de sensibilidad y especificidad de la herramienta Sarc-F, Sarc-CalF y las curvas de ROC se muestran en la tabla I (pág. siguiente).

Conclusión: SARC-CalF incrementa la sensibilidad en el cribado de sarcopenia y podría ser una herramienta para cribar funcionalidad muscular. Se están llevando a cabo más análisis con una muestra mayor.

Tabla I.

Prueba control			Sensibilidad	Especificidad	Área ROC cm² *(p)*
Bajo IMM	BIA	Sarc-F	40 %	79,7 %	0,557 (0,568)
		Sarc-CalF	60 %	42 %	0,654 (0,254)
	TC	Sarc-F	20 %	72,7 %	0,552 (0,617)
		Sarc-CalF	53,3 %	45,5	0,479 (0,837)
SPPB		Sarc-F	34,8 %	100 %	0,907 (0,000)
		Sarc-CalF	82,6 %	82,1 %	0,875 (0,000)

P-080. Valoración nutricional en pacientes con cáncer de cabeza y cuello mediante impedanciometría: más allá del ángulo de fase

Ana Benítez Velasco[1], Aura Dulcinea Herrera Martínez[2], Inmaculada Prior Sánchez[3], Rocío Fernández Jiménez[4], María José Molina-Garrido[2], José Manuel García Almeida[4]

Servicios de [1]Medicina Nuclear y de [2]Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La desnutrición y la sarcopenia son altamente prevalentes en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCN).

Objetivos: Evaluar la aplicabilidad y precisión del análisis de la composición corporal mediante análisis vectorial de bioimpedancia eléctrica (BIVA) y técnicas de ecografía nutricional para diagnosticar desnutrición y sarcopenia en pacientes con CCN sometidos a tratamiento sistémico con quimioterapia o radioterapia.

Material y métodos: Estudio observacional transversal que incluyó a 509 pacientes con CCN. Se realizó una evaluación nutricional integral que incluyó BIVA, parámetros bioquímicos, ecografía del tejido adiposo abdominal (Ab) y recto femoral (RF).

Resultados: La desnutrición fue mayor en los pacientes que recibieron quimioterapia (59,2 % frente a 40,8 %, $p < 0,001$); los pacientes desnutridos presentaron mayor mortalidad (33,3 % frente a 20,1 %; $p < 0,001$), peor ECOG basal ($p < 0,001$), menor área muscular, circunferencia de RF, ejes X e Y, así como grasa abdominal subcutánea y visceral ($p < 0,05$). La masa celular corporal (B CM) y la masa grasa fueron los parámetros asociados más significativamente con la desnutrición (OR 0,88 [0,84-0,93] y 0,98 [0,95-1,01], respectivamente); B CM y el índice de masa libre de grasa (FFMI) se asociaron con la evaluación global subjetiva generada por el paciente (OR 0,93 [0,84-0,98] y 0,86 [0,76-0,97], respectivamente) y con la presencia de sarcopenia (OR 0,81 [0,76-0,87] y 0,78 [0,66-0,92], respectivamente). El eje RF-Y y el área muscular del RF se correlacionaron con los parámetros de masa grasa y muscular determinados por BIVA, mientras que el tejido adiposo global abdominal se correlacionó con los parámetros de masa grasa evaluados por BIVA ($p < 0,05$). Un B CMI < 7,8 en combinación con FFMI y B CM, identificó los pacientes con desnutrición (IC 95 %: 0,803 [0,763-0,839]; índice kappa: 0,486; AUC: 0,618 [$p < 0,01$]). Un punto de corte del B CMI de 7,6 fue suficiente para identificar a los hombres con desnutrición ($p < 0,001$), mientras que en las mujeres debería combinarse con otros parámetros.

Conclusión: Los parámetros de composición corporal determinados por BIVA identifican con precisión a los pacientes con HNC y desnutrición.

P-081. Valoración del estado nutricional, funcional e inflamatorio en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal

María Berrio Miranda[1], María Teresa Zarco Martín[1], Socorro Leyva Martínez[1], Salvadora Benito Palma[2], Pilar Martínez Tirado[2], María Luisa Fernández Soto[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y del [2]Aparato Digestivo. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: Los pacientes con EII muestran un elevado riesgo de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) por la fisiopatología de la enfermedad entre otros factores.

Objetivos: Diferenciar parámetros de valoración morfofuncional junto a parámetros de calidad de vida, estado clínico y adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con EII en base al diagnóstico de desnutrición.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo transversal en pacientes con EII en el HUSC (Granada). Se incluyen variables sociodemográficas, morfofuncionales (BIVA, ecografía nutricional, dinamometría, SPPB como test funcional), variables de calidad de vida con el cuestionario IBDQ-9, y valoración de la adherencia a dieta mediterránea con el cuestionario PREDIMED de 14 ítems. El diagnóstico de DRE se basó en criterios GLIM. El estudio estadísitico mediante JAMOVI con significancia para $p < 0,05$.

Resultados y conclusión: Se incluyen 38 pacientes, 42 % hombres y 58 % mujeres, con edad media de 39,1 ± 16,5 años. 76 % tenían diagnóstico de Enfermedad de Chron y el 24 % de Colitis Ulcerosa. El 61 % presentaban desnutrición. Los pacientes con DRE presentaban menor IMC, B CM, SMI, FM, AF, eje vertical y área del recto femoral, pero mayor %ECW de forma significativa comparando con los no desnutridos (Tabla I , pág. siguiente). No hubo diferencias significativas en variables funcionales (dinamometría

Tabla I. Diferencia de las medias en pacientes con DRE

	Total	DRE	No DRE	*p*
IMC	22,4 ± 7,4	19,9 ± 3,2	26,6 ± 9,9	0,01
PhA	6,0 ± 0,8	5,7 ± 0,7	6,5 ± 0,7	0,01
% ECW	46,1 ± 3,7	47,5 ± 3,2	43,8 ± 3,2	0,01
B CM/h	15,5 ± 3,8	13,7 ± 2,0	18,3 ± 4,2	0,01
SMI	8,5 ± 1,7	7,8 ± 1,0	9,7 ± 1,9	0,01
FM/h	7,9 ± 8,3	5,7 ± 3,8	6,5 ± 0,7	0,03
Eje vertical RF	1,3 ± 0,4	1,1 ± 0,3	1,5 ± 0,4	< 0,001
Área RF	3,7 ± 1,5	3,3 ± 1,2	4,3 ± 1,7	0,03

y SPPB), puntuación de calidad de vida y adherencia de dieta mediterránea entre ambos grupos de forma significativa.

Conclusión: Los pacientes con EII presentan una elevada prevalencia de desnutrición y aquellos con DRE muestran un deterioro los compartimentos corporales sin alteración en la fuerza y/o funcionalidad y otros parámetros clínicos.

P-082. El impacto del tratamiento neoadyuvante en la composición corporal en pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado

José Ignacio Botella Carretero[1], Luz Divina Juez Sáez[2], Beatriz Ugalde Abiega[1], Julio Galindo[2], Marta Cuadrado[2], Javier Blázquez[3], Pablo Priego[2]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición, de [2]Cirugía General y Digestiva y de [3]Radiología y Diagnóstico por Imagen. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: La incidencia de sarcopenia en el cáncer del tracto gastrointestinal superior es muy alta. Previamente ya demostramos que en el caso del cáncer gástrico (CG) tras la gastrectomía, la sarcopenia se asocia a un aumento de las complicaciones postoperatorias y empeora el pronóstico oncológico. Dado que la quimioterapia neoadyuvante (QN) seguida de la cirugía radical es el tratamiento más adecuado para el cáncer gástrico (CG) localmente avanzado en la actualidad, nos propusimos ahora estudiar este grupo concreto de pacientes.

Objetivos: Evaluar el impacto de la QN en la composición corporal, y la asociación de la sarcopenia en el pronóstico de los pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 180 pacientes con CG localmente avanzado sometidos a gastrectomía, 61 de los cuales recibieron QN. Se midieron el índice de músculo esquelético, el área total del músculo psoas y el área de tejido adiposo visceral y subcutáneo a nivel de L3 en la TC antes y después de la QN. Se utilizó el método de Kaplan-Meier para el análisis de supervivencia y la prueba *log-rank.*

Resultados: Antes de la cirugía, los pacientes tratados con QN presentaron un 15 % más de sarcopenia ($p = 0,048$), y se observaron cambios significativos en la composición corporal con una disminución en la masa muscular esquelética (-2,5 %) y la grasa visceral (-6,7 %). Además, estos cambios fueron significativamente mayores en hombres (-10,55 % y -10,87 %, respectivamente). Los cambios significativos en la composición corporal se asociaron con la supervivencia general (HR = 5,91, IC 95 % = 1,99-17,58) y la supervivencia libre de enfermedad (HR = 2,74, IC 95 % = 0,94-7,98).

Conclusión: Los pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado que reciben QN experimentan cambios en la composición corporal a expensas de una pérdida de masa muscular y grasa, lo cual tiene un impacto negativo en el pronóstico oncológico.

P-083. Análisis descriptivo de hábitos alimentarios y calidad de vida de pacientes candidatos a cirugía bariátrica en un programa de educación alimentaria grupal

Paula Campo del Campo, Montserrat Cachero Triadú, Guillem Socias Rullan, Eva Martínez López, Mariona Martín Giol, Ángel José Rosales Rojas, Karla Marcela Maríaka Riveros, Ana Silvia Pellitero Rodríguez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Un abordaje educativo grupal permite realizar una educación alimentaria de forma conjunta entre pacientes con la misma patología, aportando herramientas que favorecen la pérdida ponderal, mejoría de comorbilidades y de la calidad de vida.

Objetivos: Describir los hábitos alimentarios y de calidad de vida que tienen los pacientes candidatos a cirugía bariátrica (CB) antes de ser incluidos en un programa de educación alimentaria grupal.

Material y métodos: Estudio descriptivo con datos obtenidos de un programa de educación grupal compuesto por 3 talleres quincenales previos a CB. Se recogen datos ponderales al inicio y final de los talleres, así como el resultado de 3 cuestionarios autoadministrados: Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), Moorehead-Ardelt Quality of Life II (M-A QoLQII) y Body Shape Questionarie (BSQ).

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes (69,2 % mujeres, edad 49,5 ± 11 años, IMC 46,7 ± 6,9 kg/m^2), asistentes al programa de educación grupal y candidatos a CB. Un 23 % de los pacientes cumplían diagnóstico por ansiedad y habían requerido talleres psicológicos previos, iniciando el programa tras estabilización clínica. En global, los pacientes presentaban una calidad de vida regular

(0,107 ± 0,24 puntos) según M-A QoLQII, sin distinción de género. Respecto a la imagen corporal valorada por BSQ, los varones mostraban una menor preocupación (110 ± 7,14 puntos) frente a las mujeres (122 ± 7,57 puntos). Todos tenían una baja adherencia a la dieta mediterránea (7,52 ± 0,36 puntos). Solo los varones presentaron una una disminución ponderal significativa al finalizar el programa (-1,83 ± 0,66 kg; $p < 0,001$).

Conclusión: Los pacientes con obesidad que se someten a cirugía bariátrica tienen una baja adherencia a la dieta mediterránea y una calidad de vida regular, por lo que el abordaje nutricional grupal previo a la cirugía parece necesario para mejorar tanto los hábitos alimentarios y de actividad física como su motivación y calidad de vida y así conseguir mejores resultados.

P-084. Ángulo de fase en pacientes con carcinomatosis peritoneal sometidos a cirugía de citorreducción y quimioterapia intraoperatoria hipertérmica

M.ª Luisa Carrascal Fabián[1,2], Miguel Camblor Álvarez[1,2], Atocha Bielza González[1,2], Tamara Hernández Hernández[1,2], Beatriz Rodríguez Herrera[1,2], Cristina Velasco Gimeno[1,2], Irene Bretón Lesmes[1,2], Marta Motilla de la Cámara[1,2], Cristina Cuerda Compés[1,2]

[1]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. [2]Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: La bioimpedancia eléctrica (BIA) es considerada un método rápido no invasivo para estimar la composición corporal y el estado nutricional, permite la monitorización de los cambios en los distintos compartimentos corporales además de proporcionar valores eléctricos crudos (impedancia, resistencia, reactancia y ángulo de fase [AF]). Su aplicación ha demostrado ser útil para valorar cambios en la composición corporal a corto y largo plazo.

Objetivos: Observar la evolución de diferentes parámetros antropométricos, nutricionales, funcionales y AF en pacientes con carcinomatosis peritoneal sometidos a cirugía de citorreducció n(CCR) y quimioterapia intraoperatoria hipertérmica (HIPEC) desde su ingreso hasta los tres meses del alta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo. Se recogieron precirugía, al alta hospitalaria, al mes (1M) y a los tres meses (3M) del alta: sexo, edad, peso, VGS-GP, dinamometría, circunferencia pantorrilla (CP), estancia hospitalaria, estancia REA, días NPT, test SARC-F©, *Timed Up&Go* (TUG) y AF. Estadística, mediana [rango intercuartílico] y porcentaje. Test Wilcoxon, Correlación Pearson.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (50 % varones) de 59,5 (43-62) años, estancia hospitalaria de 17,5 (9-23) días y REA de 2,0 (2-3) días y NPT de 8 (0-12) días. La tabla I muestra datos de los pacientes. Se observó una correlación positiva entre AF (3M) y dinamometría (3M) ($r = 0,578$; $p < 0,012$) y AF (alta) ($r = 0,650$; $p < 0,003$), y una correlación negativa entre AF (3M) y días de ingreso ($r = -0,540$; $p < 0,021$) y el test SARC-F© (alta) ($r = -0,597$; $p < 0,009$).

Conclusión: En nuestra serie de pacientes se objetivó una recuperación ponderal, nutricional y funcional a los 3 meses del alta hospitalaria, sin evidenciar una gran variación en los valores del ángulo de fase durante el seguimiento.

P-085. Análisis de la evolución del peso y de las comorbilidades a los cuatro años tras cirugía bariátrica en pacientes de Castilla y León

Javier Castañón Alonso[1], Pilar Álvarez Baños[1], Laura de la Maza Pereg[1], Juan José López Gómez[2], Daniel de Luis Román[2], Luis Ángel Cuéllar Olmedo[3], Antonio Jesús López Guzmán y Guzmán[4], Cristina Abreu Padín[5], Cristina Serrano Valles[6], Alfonso Maldonado Ruiz[7]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Univer-

Tabla I.

	Precirugía	Alta	1M	3M	*p*
Peso (kg)	70,5 (62-80)	65,4 (56-75)	65 (51-74)	65,7 (52-74)	0,180
VGS-GP					
A (%)	88,9	16,7	44,4	72,2	
B (%)	11,1	55,6	38,9	22,2	
C (%)	0,0	27,8	16,7	5,6	
Dinamometría (kg)	28 (23-40)	22,4 (19,37)	23,1 (20-35)	27,9 (20-36)	0,080
CP (cm)	37 (35-40)	35,2 (33-38)	35 (32-38)	36 (32-38)	0,058
≤ 31,5 cm (%)	16,7	22,2	22,2	16,7	
SARC-F	0 (0-0)	3 (2-4)	1 (0-1)	0 (0-1)	
Riesgo de sarcopenia (%)	0	27,8	5,6	0	0,000
TUG (ss)	6,7 (6-8)	9,3 (8-10)	7,6 (7-8)	7,1 (6-8)	
> 10 ss (%)	0	47,10	0	0	0,001
≤ 10 ss (%)	100	52,90	100	100	
AF (°)	5,4 (5-6)	4,9 (4-6)	5 (4-6)	4,8 (4-5)	0,632
Hombres	5,8 (5-7)	5,4 (5-6)	5,3 (5-6)	5,3 (5-6)	0,594
Mujeres	5,2 (5-6)	4,7 (4-5)	4,5 (4-5)	4,6 (4-5)	0,812

sitario de Valladolid. Valladolid. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. [5]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Segovia. Segovia. [6]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Santa Bárbara de Soria. Soria. [7]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Río Carrión. Palencia

Introducción: La cirugía bariátrica lleva presente mucho tiempo en los hospitales de España, por lo que ya se pueden apreciar sus efectos a largo a plazo.

Objetivos: Analizar la evolución de peso y comorbilidades en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en Castilla y León durante los primeros cuatro años.

Material y métodos: Estudio descriptivo multicéntrico en siete hospitales de la comunidad. Se recogen datos retrospectivos, desde 2002 hasta 2023, de 134 pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Resultados: Se reclutan 134 pacientes con revisión uno, dos y cuatro años tras la cirugía. La edad media fue 44.8 años y la mayoría eran mujeres (68,7 %). El IMC medio era 46,9 kg/m^2. La cirugía más frecuente fue el *bypass* gástrico (73 pacientes, 54,5 %), seguida de *sleeve* (26,1 %) y Scopinaro (19,4 %). El IMC medio era 45,6 kg/m^2 en *bypass*, 51,0 kg/m^2 en Scopinaro y 46,5 kg/m^2 en *sleeve*. Al año de seguimiento, el mayor porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) fue 59,0 % (δ = 19,6 %) con *bypass*, seguido de Scopinaro 51,5 % (δ = 24,0 %) y *sleeve* 50,4 % (δ = 16,3 %). Se realiza ANOVA (p = 0,06). Dos años después, de nuevo el mayor PEPP se consigue con *bypass* (74,0 %, δ = 20,6 %). A continuación, con *sleeve* (60,8 %, δ = 22,5 %) y Scopinaro (59,5 %, δ = 20,6 %), con diferencias estadísticamente significativas (p = 0.00). A los cuatro años, se mantiene el PEPP: 74,8 % (δ = 22,0 %) con *bypass*, 59,9 % (δ = 21,1 %) con *sleeve* y 57,0 % (δ = 20,6 %) con Scopinaro, con significación estadística (p = 0,00). Las comorbilidades disminuyeron con la pérdida de peso. Previamente a la cirugía el 26,9 % presentaban diabetes, 39,6 % hipertensión y 23,1 % dislipemia. A los 4 años, 1,5 % padecía diabetes, 13,4 % hipertensión y 3,7 % dislipemia.

Conclusión: En nuestros pacientes, la mayor pérdida de peso se produce durante los dos primeros años tras la cirugía bariátrica y se mantiene hasta los cuatro. Las comorbilidades mejoran con la disminución de peso.

P-086. Composición corporal y biomarcadores sanguíneos como factores asociados a fragilidad en adultos cardiópatas hospitalizados: un estudio transversal

Irene Albertos Muñoz[1], Noel Rivas González[2], Sara Camarón Rollán[2], Cristina Martín Albillos[2], Ana Isabel Ramírez Velasco[2], Virginia Calle Clemente[2], María José Castro-Alija[3], María López[1], María José Cao[1], José María Jiménez[1]

[1]Facultad de Enfermería. Universidad de Valladolid. Valladolid. [2]Hospital Central Universitario de Valladolid. Valladolid[3]

Introducción: Diversos estudios han identificado la relación entre el estado nutricional y la fragilidad, pero no en los pacientes con enfermedades cardiovasculares cuya prevalencia es mayor a partir de los 60 años presentando fragilidad en el 60 % de los casos.

Objetivos: Identificar la relación entre la composición corporal, biomarcadores y la fragilidad en adultos mayores cardiópatas hospitalizados.

Material y métodos: Estudio observacional transversal en pacientes ≥ 60 años ingresados en una unidad de cardiología de un hospital de tercer nivel desde marzo de 2022 hasta mayo de 2023. La fragilidad se determinó mediante el fenotipo de Fried, la composición corporal mediante bioimpedancia eléctrica y el grado de dependencia mediante Barthel. Se analizaron biomarcadores sanguíneos: colesterol, hemoglobina, pro-BNP, PCR, glucemia y albúmina. El análisis descriptivo cuantitativo se realizó a través de medias y desviación típica y el cualitativo mediante frecuencias. Para la relación de variables se utilizó el test de χ^2 y de test de t de Student y sus respectivos no paramétricos. Se analizó la correlación entre las variables mediante la Rho de Spearman.

Resultados: Participaron 82 pacientes con media de edad: 72,65 ± 7,88 años. El 67,10 % fueron hombres y la fragilidad se situó en un 34,50 %. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la fragilidad y: el índice de Barthel (U = 1101); la hemoglobina (U = 1117,50); el % de agua corporal (U = 992,50); la grasa segmental de ambos brazos (derecho: U = 523,00), (izquierdo: U = 553,50) y los ángulos de fase segmentales excepto el del brazo derecho (p = 0,13; U = 925,00). El colesterol total (p = -0,31; $p < 0,00$) y la grasa segmental (pierna derecha: p = -0,64; p = 0,00) se correlacionaron con la fuerza prensil de la mano dominante. La hemoglobina se correlacionó con el índice de Barthel (p = -0,39: p = 0,00).

Conclusión: La composición corporal y los biomarcadores estuvieron relacionados con la fragilidad en pacientes cardiópatas hospitalizados. Establecer intervenciones nutricionales específicas podría modificar el estado de fragilidad.

P-087. Evaluación del estado nutricional en pacientes sometidos a pautas de hemodiálisis

Estela Crespo Rodríguez, Susana García Lastra, Ana Romero García, Nieves González Sánchez, Ana Isabel Plano Sánchez, María Pilar Andreu Margullón

Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

Introducción: Evaluar el estado nutricional (EN) teniendo en cuenta los griteríos GLIM (Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición) de los pacientes sometidos a hemodiálisis (HD).

Objetivos: Evaluar el EN de pacientes en HD.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo realizado en diciembre 2023. Se incluyeron pacientes sometidos a HD. Se recogieron variables demográficas, como la edad y el sexo, y clínicas: diagnóstico, proteína C reactiva (PCR), prealbúmina y consumo de suplementos. Los datos se obtuvieron a través de la his-

toria clínica electrónica. Para evaluar el EN los criterios utilizados fueron los criterios GLIM. Se registraron los criterios fenotípicos (pérdida de peso involuntaria, índice de masa corporal y perímetro de la pantorrilla) y los criterios etiológicos (presencia de inflamación por enfermedad crónica). Para el diagnóstico de desnutrición se requiere al menos un criterio fenotípico y uno etiológico.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 37 pacientes, un 35 % mujeres, con una mediana de edad de 68 años (44-79). El 84 % (31) diagnosticados de enfermedad renal crónica (ERC) G5A3 antes de empezar HD. Un 57 % tenía la PCR elevada (> 0,5 mg/dL) y un 19 % la prealbúmina baja (< 20 mg/dL). El 86 % tomaba suplementos. Del total de pacientes revisados, 5 cumplían dos criterios fenotípicos y 16 cumplían uno. En 7 pacientes se registró una pérdida de peso involuntaria en los últimos seis meses y en 19 un IMC bajo. El perímetro de la pantorrilla no se pudo evaluar debido al elevado número de amputaciones. Todos los pacientes registraron un criterio etiológico debido a la inflamación crónica asociada a la ERC. Por lo tanto, 21 pacientes cumplían criterios de desnutrición (20 moderada y 1 de ellos desnutrición grave). De acuerdo con los criterios GLIM, un 56 % de los pacientes en HD presenta criterios de desnutrición, concordante con la bibliografía revisada. Sin embargo, sería necesario un seguimiento de los pacientes para obtener datos más concluyentes.

P-088. Estado de la malnutrición en pacientes con obesidad al momento de su ingreso hospitalario

Lara Dalla Rovere, Carmen Hardy Añón, Cristina Herola, Rocío Fernández Jiménez, María García Olivares, José Abuin Fernández, José Manuel García Almeida

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud. Málaga

Introducción: La prevalencia de desnutrición en pacientes con obesidad es significativa en el entorno hospitalario. Los programas de evaluación de riesgo de desnutrición que incluyen el índice de masa corporal (IMC) a menudo pasan por alto a estos individuos. En los últimos años, se han introducido herramientas avanzadas de evaluación nutricional específicas para complementar los métodos de cribado clásicos.

Objetivos: Evaluar el riesgo de desnutrición en pacientes con obesidad (IMC ≥ 30) al ingreso hospitalario y relacionarlo con el de nuevos métodos de cribado (dinamometría y bioimpedanciometria).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 307 pacientes ingresados en el Hospital Quirónsalud Málaga desde 2022 hasta abril 2023. Se realizó una valoración nutricional completa (MUST, *"Malnutrition Universal Screening Tool";* VSG, "Valoración Global Subjetiva"; GLIM, *"Global Leadership Initiative on Malnutrition")*, incluyendo bioimpedanciometría (Akern Nutrilab®) y dinamometría (Jamar®).

Resultados y conclusión: *n* = 307 pacientes: 141 mujeres y 166 varones, edad media 63,2 ± 15,4 años, IMC 34 ± 3,7 kg/m^2. Resultado de cribado y valoración nutricional: MUST: riesgo bajo (84,7 %), riesgo moderado (10,4 %), riesgo alto (4,9 %). VSG: A (71 %), B (26,1 %), C (2,9 %). GLIM: sin malnutrición (64 %), 1 (26 %), 2 (10 %). OS: obesidad sarcopénica (27,5 %) (Tabla I). El diagnóstico de malnutrición en pacientes hospitalizados con obesidad en ocasiones pasa desapercibido. En nuestra muestra se observa como el 36 % de los pacientes obesos presentan malnutrición según los criterios GLIM, y el 27,5 % tenían criterio diagnóstico de Obesidad Sarcopenica. La dinamometría y la bioimpedanciometría complementarían la práctica clínica habitual como técnica de cribado en pacientes obesos.

P-089. Valoración nutricional en pacientes con insuficiencia cardíaca

Carmen Dameto Pons[1], María Antequera González[1], Mario Alfredo Saavedra Vásquez[1], David Emilio Barajas Galindo[1], María García Duque[1], Ana María Urioste Fondo[1], Diana Guadalupe Ariadel Cobo[1], Miguel Rodríguez Santamarta[2], Elena González Arnaiz[1], María D. Ballesteros Pomar[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La prevalencia de desnutrición y sarcopenia en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) presenta implicaciones en el pronóstico de pacientes.

Objetivos: Describir la situación nutricional en pacientes con IC.

Material y métodos: Estudio observacional en pacientes con IC valorados entre 2021-2022 en consultas de Nutrición. La composición corporal fue estimada mediante bioimpedanciometría (TANITA®MC780A), fuerza muscular de extremidades

Tabla I.

Según criterios OS	Sin OS	Con OS
Edad	59,6 ± 15,4	61,4 ± 19
IMC	33,6 ± 4,5	34,1 ± 4,3
Pérdida de peso %	-0,5 ± 1,1	4,1 ± 5,9
PhA	5,9 ± 1,3	5 ± 1,2 ($p < 0,05$)
B CM *(Body Celular Mass)*	H 34,3 ± 7,8 M 32,6 ± 2,5	H 31,8 ± 5,4 M 24 ± 5,8 ($p < 0,01$)
Nutrición	1018 ± 212	710 ± 157 ($p < 0,01$)
Hidratación	75,6 ± 4,7	74,4 ± 5,8
Dinamometría	H 35,2 ± 8,7 M 29,5 ± 5,3	H 33,7 ± 7,4 M 15,8 ± 4,9 ($p < 0,01$)

superiores mediante dinamometría (Dynex®) y de inferiores con plataforma de fuerza (Tanita BM 220®), riesgo de caídas con test *Timed Up&Go* (TUG), capacidad de realizar esfuerzo físico con clasificación New York Heart Association (NYHA), cribado de desnutrición mediante MNA, MUST y VGS y de sarcopenia con SARC-F y baja masa muscular con circunferencia de pantorrilla (CP) ajustada a IMC. Se valoró ingesta calórico-proteica según registro ingesta 24 horas y se determinó si los pacientes cubrían requerimientos nutricionales. El diagnóstico de desnutrición según criterios GLIM, sarcopenia según EWGSOP2 y obesidad sarcopénica (OS) según ESPEN/EASO.

Resultados y conclusión: 41 pacientes, 82,9 % varones, edad media 66,4 (DE 9,8) años, peso 81,8 (DE 17,5) kg, IMC 29,8 (DE 6,3) kg/m^2, pérdida de peso de 2,4 (DE 5,1) %. Según NYHA; 46,4 % eran grado III-IV. En la tabla I se recoge porcentaje de pacientes con cribado y diagnóstico de desnutrición y sarcopenia, global y según IMC. El 51,2 % y 43,9 % no cubrían requerimientos calóricos y proteicos respectivamente. El 39 % y 45 % tenían baja dinamometría y CP respectivamente, TUG patológico el 36 %. 90,2 %, 85,4 % y 48,8 % tenían baja fuerza, velocidad y estabilidad, respectivamente. La prevalencia de desnutrición y sarcopenia en IC es elevada, sobretodo en aquellos con IMC ≥ 25 y la mitad de pacientes no cubren requerimientos nutricionales por lo que deberíamos realizar una intervención nutricional más intensiva en estos grupos.

P-090. Valoración nutricional en pacientes con leucemia aguda. Estudio y función de la composición corporal (estudio Valle)

Belén del Arco Romualdo[1], María García Olivares[1], Viyey Doulatram Gamgaran[1], Daniel Barrios Decoud[2], María José Tapia Guerrero[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Hematología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La leucemia es una de las neoplasias más frecuente. Se clasifica en leucemia aguda linfoblástica (LLA) y leucemia aguda mieloblástica (LMA). Los pacientes con leucemia tienen alto riesgo nutricional por la enfermedad y su tratamiento. Por tanto, realizar una valoración morfofuncional completa para a estos pacientes es fundamental.

Objetivos: Valorar la utilidad de valoración morfofuncional en pacientes con leucemia aguda que van a ser sometidos a quimioterapia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con leucemia que van a ser sometidos a quimioterapia en el Hospital Regional de Málaga.

Resultados y conclusión: Muestra de 18 pacientes previo a recibir quimioterapia (9 mujeres y 9 hombres) con IMC de 24,6 ± 5,64 kg/m^2. Seis pacientes tenían LLA (33,3 %) y 12 LMA (66,7 %). En hombres, la BIA muestran un PA (°) 5,11 (1,08) y B CM (kg) 27,8 (6,09), con la ecografía nutricional obtenemos RF-CSA (cm^2), 4,66 (1,82) y RF-Y axis (cm^2) 1,28 (0,34) y VAT (cm) 0,61 (0,35). En mujeres, la BIA muestran un PA (°) 5,48 (1,02) y B CM (kg) 24,4 (5,16), con la ecografía nutricional obtenemos RF-CSA (cm^2) 2,27 (1,18) y RF-Y axis (cm^2) 1,34 (0,32) y VAT (cm) 0,46 (0,19). La dinamometría media (HGS, kg) fue de: 29,3 (14,3) en hombres y 20,7 (4,73) mujeres, respectivamente. Existe correlación significativa entre las técnicas de valoración; RF-CSA con PA, B CM y HGS ($r = 0,7$, $r = 0,7$, $r = 0,6$). La valoración morfofuncional en pacientes con leucemia es útil para valorar la posible desnutrición y ponerla en contexto de su composición corporal ya que estos pacientes suelen presentar edematización periférica. En este estudio, podemos observar que existe correlación positiva significativa entre las distintas técnicas empleadas: dinamometría, bioimpedanciometría y ecografía muscular, si bien el caso específico de estos pacientes, la ecografía podría resultar una técnica más sensible en situaciones de edematización; si bien es cierto que su uso requiere de personal entrenado y pueden existir ligeras discrepancias interobservador.

P-091. Fortaleciendo equipos en hemodiálisis: impacto de dos sesiones de educación nutricional en un entorno interdisciplinar

María Delgado García de Polavieja[1], Soraya Escribano Loma[1], María Teresa Marín López[2], Paula Manso del Real[2], María Dolores Arenas Jiménez[2], Fabiola Dapena Vielba[2], Julia Audije[2]

[1]Departamento de Nutrición. Fundación Renal. Madrid. [2]Fundación Renal. Madrid

Tabla I.

	Global	IMC ≥ 25 kg/m² (*n* = 29)	IMC < 25 kg/ m (*n* = 9)	*p*
MNA	31,7 %	37,9 %	22,2 %	0,386
VGS	27,5 %	24,1 %	44,4 %	0,755
MUST	14,6 %	20,7 %	0 %	0,137
SARC-F	22 %	24,1 %	22,2 %	0,906
Sarcopenia	10 %	13,8 %	0 %	0,230
Desnutrición	18,9 %	20,7 %	11,1 %	0,601
OS	4,9 %	6,9 %	0 %	0,418

Introducción: El tratamiento nutricional es esencial en pacientes en hemodiálisis (HD) y el nivel de conocimiento del personal sanitario es un factor importante.

Objetivos: Analizar el impacto de dos sesiones formativas sobre los conocimientos nutricionales de profesionales sanitarios de cuatro unidades de hemodiálisis.

Material y métodos: Se impartieron dos sesiones ("Problemas nutricionales del paciente en hemodiálisis, importancia del trabajo en equipo" y "De la teoría a la práctica: manejo de la ingesta hídrica y del potasio"), dirigidas al personal sanitario. Se aplicaron cuestionarios de siete preguntas pre y postsesión.

Resultados y conclusión: Asistieron 69 profesionales: enfermeros (56,9 %), auxiliares de enfermería (29,6 %) y nefrólogos (6,94 %); edad media 36 (± 11) años, 84.3 % mujeres. El menor porcentaje de aciertos fue en las preguntas sobre fuentes de potasio (1,4 % frente a 94,2 %), restricción dietética (13,2 % frente a 69,1 %), restricción del potasio (31,9 % frente a 95,7 %) y manejo del potasio (44,9 % frente a 94,2 %) (Fig. 1). El promedio de aciertos sobre 7 presesión de los nefrólogos fue 5,75, enfermeros 4,75 y auxiliares 4,25. El aumento de aciertos postsesión fue de: 0,85 en los nefrólogos, 1,55 en los enfermeros y 1,65 en los auxiliares (Fig. 2). Las áreas nutricionales menos conocidas por los profesionales de HD fueron el manejo del potasio y la restricción dietética. El programa de formación resultó eficaz en mejorar sus conocimientos. Destaca el incremento de conocimiento postsesión de los auxiliares de enfermería.

P-092. Evaluación del grado de conocimiento de los pacientes en hemodiálisis sobre pautas dietéticas recomendadas

Soraya Escribano Loma[1], María Delgado García de Polavieja[1], María Teresa Marín López[2], Fabiola Dapena Vielba[2], Paula Manso del Real[2], Julia Audije[2], María Dolores Arenas Jiménez[2]

[1]Departamento de Nutrición. Fundación Renal. Madrid. [2]Fundación Renal. Madrid

Introducción: El manejo nutricional del paciente en hemodiálisis es complejo, por ello es importante que tenga conocimientos nutricionales básicos para mejorar su adherencia a las pautas dietéticas.

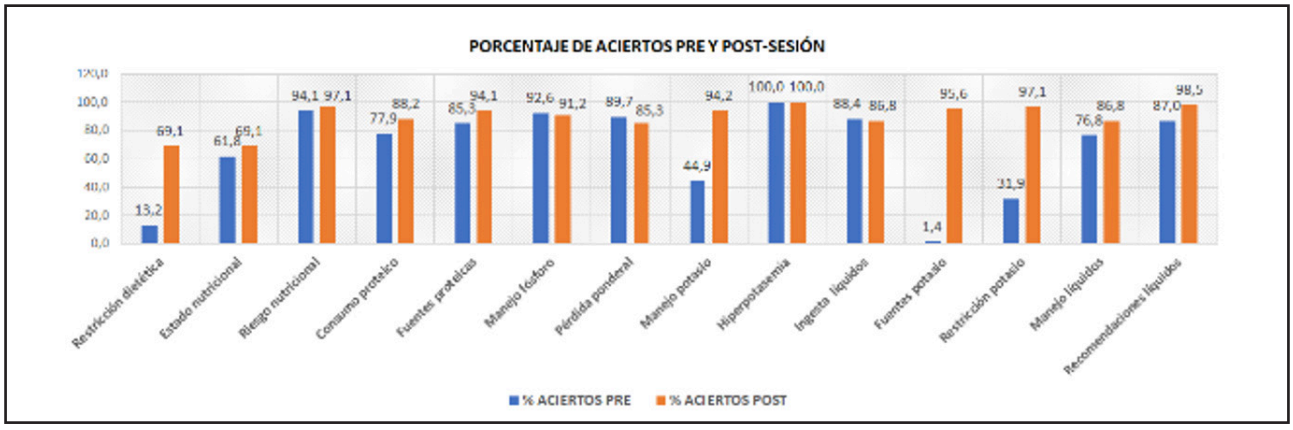

Figura 1.

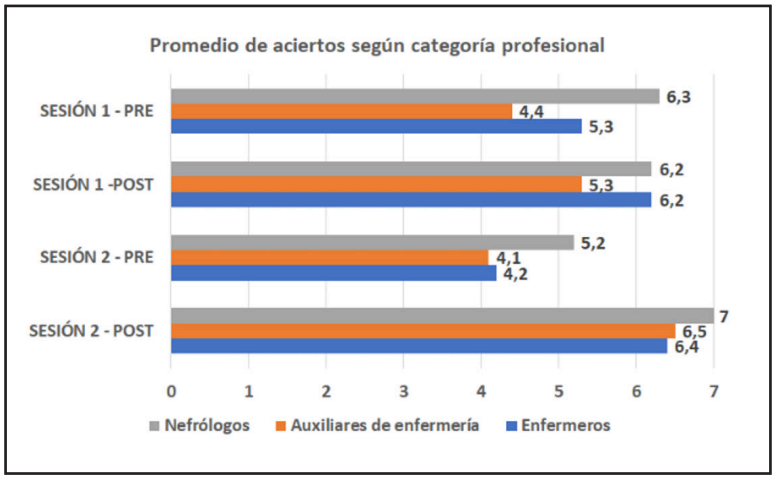

Figura 2.

Objetivos: Evaluar el conocimiento que tienen los pacientes en tratamiento de hemodiálisis sobre las recomendaciones nutricionales indicadas en la enfermedad renal.

Material y métodos: Se realizaron encuestas a pacientes en hemodiálisis de cuatro centros de la Fundación Renal a través de un cuestionario que valora el grado de conocimiento subjetivo que tienen estos sobre alimentación en diálisis, así como preguntas relacionadas con el manejo de la ingesta de líquidos, fósforo, potasio y proteínas. Los cuestionarios los realizó una dietista-nutricionista durante la sesión de diálisis.

Resultados y conclusión: De un total de 212 participantes, el 59 % eran hombres, con una edad media de 67,6 ± 14,6 años. El conocimiento subjetivo medio de las pautas dietéticas, evaluado en una escala del 1 al 10, fue de 6,2 ± 2,2. Las preguntas relacionadas con la fuente de proteínas y la necesidad de ingesta proteica obtuvieron el mayor porcentaje de aciertos (79,7 % y 75,9 %, respectivamente), seguida de la del manejo del fósforo (64,6 %). Sin embargo, aquellas relacionadas con la ingesta hídrica y el potasio mostraron el menor porcentaje de aciertos (50,9 % y 37,3 %, respectivamente). Los resultados del presente trabajo reflejan que los aspectos más desconocidos por el paciente renal son el manejo del potasio y de la ingesta hídrica, que son fundamentales en las personas con enfermedad renal, por lo que debería convertirse en el foco de la educación nutricional de estos pacientes.

P-093. Hiperglicemia secundaria al tratamiento con alpelisib en cáncer de mama localmente avanzado o metastásico PIK3CA mutado

Jorge Esquivel Negrín, Carmen Fraile Clemente, Betel del Rosario García, Ariana Martín López, Amara Magdalena Pérez, Javier Merino Alonso, Álvaro Crespo González, Alba Domínguez Hernández

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: Alpelisib es un inhibidor del gen PIK3CA que presenta actividad antitumoral en células de cáncer de mama con mutación del mismo. La vía PI3K/AKT está implicada en la homeostasis de la glucosa, y su inhibición puede producir hiperglucemias de gravedad variable, pudiendo requerir control farmacológico, reducciones de dosis o la suspensión del fármaco.

Objetivos: Estudiar en la práctica clínica la incidencia y gravedad de hiperglucemia secundaria a alpelisib, su control farmacológico, y el impacto de las reducciones de dosis que conlleva en las tasas de discontinuación por progresión de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo-observacional, longitudinal, unicéntrico, realizado en pacientes con cáncer de mama PIK3CA-mutado tratadas con alpelisib entre noviembre de 2019 y mayo de 2023. Se registraron tasas de hiperglucemia, reducción de dosis por toxicidad (TR), discontinuación (TD), y necesidad de fármacos antidiabéticos (TF). Hiperglucemia según CTCAE *(Common Terminology Criteria for Adverse Events)* V.4.03: grado 3 (> 250500 mg/dl), 4 (> 500 mg/dl).

Resultados: Muestra: 27 pacientes (mediana de edad: 63,76 ± 10 años). 23 pacientes (85 %) presentaron hiperglucemia (12 de grado 3-4). La TF fue del 70,37 % (19 pacientes; 17 recibieron metformina, 2 insulina). Pese al tratamiento hipoglucemiante, la TR asociada a hiperglucemia fue 55,56 %. El tratamiento se suspendió en 22 pacientes (TD: 81,48 %): 2 por toxicidad y 20 por progresión tumoral (11 de estas últimas recibían dosis reducidas de alpelisib). No se detectaron diferencias significativas en TD por progresión entre pacientes con dosis plena y reducida ($p = 0,446$).

Conclusión: El empleo de metformina e insulina no bastó para mantener dosis plenas de alpelisib (no se ha explorado el uso de otros antidiabéticos). Sería recomendable realizar estudios multicéntricos con más pacientes para confirmar que las reducciones de dosis de alpelisib por hiperglucemia no influyen en las tasas de progresión. La colaboración entre los equipos de endocrinología, farmacia y oncología optimizaría el control glucémico y la notificación de reacciones adversas.

P-094. La utilidad del TAC para estimar la masa muscular y adiposa en pacientes con cáncer de pulmón. Estudio piloto

Rocío Fernández Jiménez[1], María Zhao Montero Benítez[2], Alicia Román Jobacho[3], Irene López-Bachiller Martínez[1], María Jesús Lorca Ocón[3], Isabel María Vegas Aguilar[1], María del Mar Amaya Campos[1], Isabel Cornejo Pareja[1], Patricia Guirado Peláez[1], José Manuel García Almeida[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General La Mancha. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. [3]Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los pacientes con cáncer de pulmón (CP) pueden presentar malnutrición y sarcopenia, lo que disminuye la supervivencia global, la eficacia del tratamiento y aumenta las tasas de mortalidad.

Objetivos: Considerar la aplicabilidad de las medidas morfofuncionales para evaluar el estado nutricional de estos pacientes con cáncer de pulmón mediante técnicas de valoración sencillas y utilizando como tratamiento de referencia el TAC.

Material y métodos: Estudio trasversal en el que se analizan las medidas morfofuncionales en pacientes con cáncer de pulmón previo a la cirugía o tratamiento oncológico (RT-QT) mediante: Bioimpedancia vectorial BIVA (akern® Nutrilab), ecografía nutricional NU (Mindray® Z60), dinamometría HGS (Jamar®) y TAC (FocusedOn®).

Resultados y conclusión: 81 pacientes, 69,1 % hombres, edad media de 66,0 ± 9,71. A: buen estado, 17,9 %; B: riesgo moderado, 53,8 %, y C: riesgo grave, 28,2 % y un ECOG 0-1 84 % y 2-3 16 %. Ángulo de fase (Pha) = 4,61 ± 0,92, *body mass cell* (B CM) 24 ± 6,82, *fat mass index* (FMI) 7,81 ± 3,17, *rectus femuris cross sectional area* (RF-CSA) 3,62 ± 1,29 y grosor del músculo (eje y) 1,12 ± 0,35. Correlaciones musculares-BIVA: Pha con dinamometría (HGS) r = 0,64 y el área femoral (RF-CSA) $r = 0,7$ ($p < 0,05$). El B CM con RF-CSA $r = 0,89$ y HGS r = 0,76.

Correlaciones-TAC: área-T4 con B CM $r = 0,79$, con RF-CSA 0,71, con eje y 0,71 y con HGS $r = 0,59$, $p < 0,001$. Todo ello a su vez se correlaciona con un índice Cronbach's = 0,81 (Fig. 1) Correlaciones adiposas-BIVA del *fat mass index* (FMI) con el tejido adiposo abdominal (NU-TAT) r = 0,68, y con subcutaneo total (SAT_T4) $r = 0,92$, SAT_T12 $r = 0,89$, SAT_L3 $r = 0,9$. A su vez la NU-TAT se correlaciona con SAT_T4 $r = 0,76$, SAT_T12 $r = 0,82$, SAT_L3 $r = 0,72$, y grasa preperitoneal (NU_PP) con la visceral del TAC: VAT_T4 $r = 0,44$, VAT_T12 $r = 0,43$ y VAT_L $r = 0,21$. Cronbach's = 0.79 (Fig. 2). El TAC (T4, T12, L3) es una medida que presenta un alto grado de acuerdo con las técnicas de valoración morfofuncional (BIVA y NU) tanto de la masa muscular como adiposa en los pacientes con cáncer de pulmón.

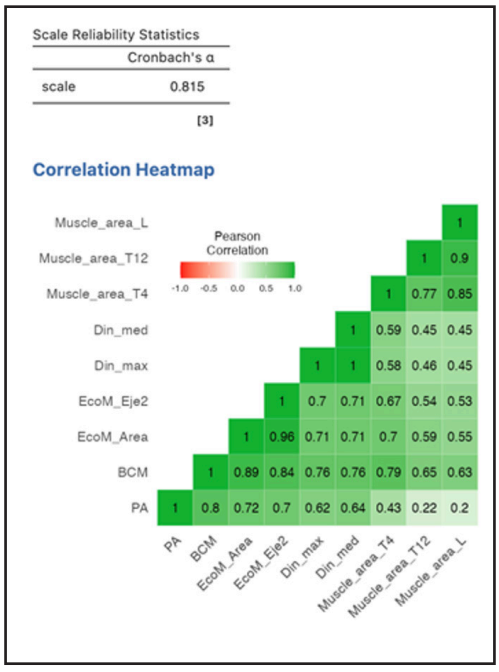

Figura 1.

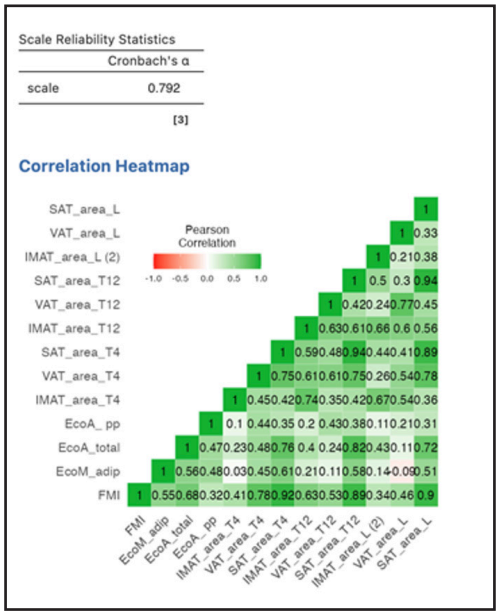

Figura 2.

P-095. Estado nutricional de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. ¿Llegamos a tiempo?

María García Duque, Elena González Arnaiz, Diana Guadalupe Ariadel Cobo, Mario Alfredo Saavedra Vásquez, María Antequera González, Ana María Urioste Fondo, Carmen Dameto Pons, Diana García Sastre, María D. Ballesteros Pomar

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es muy prevalente y rápidamente progresiva. La valoración nutricional precoz y un seguimiento clínico estrecho va a ser imprescindible para garantizar un tratamiento adecuado en función del estadio evolutivo de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional de los pacientes con ELA actualmente en seguimiento por la Unidad de ELA del Complejo Asistencial Universitario de León en su primera valoración en consultas de endocrinología y nutrición.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de pacientes en seguimiento por la Unidad de ELA. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y parámetros antropométricos para realizar el diagnóstico de DRE mediante criterios GLIM. Utilizamos EAT-10 como cribado en la valoración de disfagia. También se evalúo si había diferencias en la prevalencia de desnutrición según el tipo de ELA (bulbar o espinal).

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes con ELA, 82,6 % de tipo espinal y 17,4 % restante de tipo bulbar. El 60,9 % eran hombres y la edad media fue de 67 (DE 13,5) años. El 39,1 % de los pacientes presentaban disfagia. Un elevado porcentaje de los pacientes (43,5 %) presentaban desnutrición según criterios GLIM, un 26,1 % de grado moderado y un 17,4 % de grado grave. Según el tipo de ELA, 50 % de los pacientes portadores de ELA bulbar presentaban desnutrición (todos moderada), mientras que en ELA espinal era del 42,1 % (50 % moderada y 50 % grave), sindiferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,596$).

Conclusión: La prevalencia de desnutrición en pacientes con ELA en su primera valoración nutricional es muy elevada. Es imprescindible una valoración nutricional inmediata al diagnóstico de la enfermedad para garantizar un correcto tratamiento nutricional y así mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

P-096. Consumo energético, macro- y micronutrientes en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal

Alejandro García García[1], David Sánchez Relinque[2], Luis Argüeso Camacho[2], María Eugenia Valenzuela Mateos[2], Jara Díaz Jiménez[1], Eduardo Sánchez Sánchez[3]

[1]Instituto de Investigación e Innovación biomédica de Cádiz (INiBICA). Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. Servicios de [2]Cirugía General y del Aparato Digestivo y de [3]Medicina Interna. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más prevalentes en los países occidentales. La dieta es uno de los factores más estudiados en el desarrollo de esta neoplasia, especialmente el consumo de glucosa, ácidos grasos, fibra y vitaminas como factores de riesgo o protectores protectores.

Objetivos: Analizar el consumo energético, macro y micronutrientes en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio descriptivo prospectivo en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal previa a cirugía. Para el análisis de la ingesta dietética se utiliza un cuestionario de recuerdo de 24 horas.

Resultados: Participaron un total de 41 pacientes, de los cuales 34,15 % mujeres y 65,85 % hombres con una mediana de edad de 65 años. Se presentan las medianas en el consumo energético, y de algunos macros y micronutrientes: energía = 1926 kcal; hidratos de carbono = 202 g; proteínas = 84,4 g; lípidos = 70,8 g, ácidos grasos saturados = 25,6 g; colesterol = 272,4 mg; sodio = 2098,4 mg; potasio = 2504,3 mg; calcio = 809,2 mg; magnesio = 249,3 mg; hierro = 11,5 mg; zinc = 9,7 mg; vitamina B_1 = 1,1 mg; vitamina B_2 = 1,8 mg; vitamina B_6 = 1,7 mg; vitamina B_{12} = 4 ug; folato = 194,3 ug; niacina = 26,4 mg; vitamina C = 59,9 mg; vitamina A = 598,8 ug; vitamina D = 1,5 ug; vitamina E = 6,5 mg; fibra = 16,5 g. Si prestamos atención al consumo de ácidos grasos saturados, el grupo de mujeres consumieron una media de 19,7 g frente a los 29,6 g que consumían los hombres (p = 0,48). El consumo de fibra también fue superior en el grupo de mujeres (18,05 g frente a 16 g). Si usamos los valores de referencia para sujetos > 65 años, tomaban una dieta más alta en hidratos de carbono, ácidos grasos saturados, proteínas, sodio, hierro, niacina y más baja en calcio, potasio, vitaminas como la vitamina B_6, folato, vitaminas C, A, D y E y fibra.

Conclusión: Los resultados muestran que los pacientes con cáncer colorrectal toman una dieta desequilibrada, aumentando el consumo de nutrientes como los hidratos de carbono, ácidos grasos y sodio y con un consumo inferior de algunas vitaminas y fibra.

P-097. Impacto de la gastrostomía en el manejo de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA): análisis de complicaciones y supervivencia en un entorno multidisciplinario

Bothayna Oulad Ahmed[1], Ana Piñar Gutiérrez[2], José Luis Pereira Cunill[1], Dolores Tatay Domínguez[2], Rocío Vázquez Gutiérrez[3], Pedro Pablo García Luna[3]

[1]Unidad de Gestión de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [2]Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. [3]Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La relación entre la utilización de gastrostomías y la prolongación de la vida en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) aún no está claramente definida.

Objetivos: Determinar la frecuencia de realización de gastrostomía en pacientes con ELA atendidos en una Unidad Multidisciplinar. Describir las complicaciones asociadas y evaluar su impacto en la supervivencia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en la Unidad de ELA del Hospital Virgen del Rocío entre 2015-2020. Las variables cualitativas se muestran como *n* (%), cuantitativas como P50(P25-P75). Para la comparación de grupos se realizó el χ^2 para variables cualitativas y el test no paramétrico de comparación de medianas para las cuantitativas. Para el estudio de supervivencia se realizó el test de Kaplan-Meier y el test *log rank* para la comparación entre grupos.

Resultados: *n* = 175. Edad = 65 (56-73) años. Sexo varón = 92 (52,6 %). Tiempo de seguimiento = 192,5 (121,5-337,75) semanas. *Exitus* = 84 (48 %). Empleo de ventilación mecánica = 60 (34,3 %). IMC al diagnóstico = 26,06 (23,28-28,76) kg/m^2. Disfagia = 112 (64 %). Nutrición enteral = 99 (56,6 %). Empleo de gastrostomía = 52 (29,7 %); quirúrgica = 2 (3,8 %), endoscópica = 15 (28,8 %), radiológica = 35 (67,3 %). 5 (2,9 %) sufrieron complicaciones relacionadas, solo 1 (1,9 %) requirió ingreso por este motivo (neumonía por aspiración). 3 (5,7 %) presentaron exudado, 2 (3,8 %) granuloma y 3 (5,7 %) infección local. No hubo diferencias entre técnicas a este respecto. La supervivencia global a 10 meses fue de 50,9 %, a 20 meses de 43,1 %. No existieron diferencias a 12 ni 24 meses entre pacientes con y sin gastrostomía (p = 0,52 en ambos casos). Tampoco entre pacientes con y sin gastrostomía que presentaban disfagia (p = 0,39).

Conclusiones: La gastrostomía se empleó en un tercio de los pacientes con ELA en nuestra Unidad. Las complicaciones asociadas fueron infrecuentes y de carácter menor. El empleo de gastrostomía no supuso un aumento de la supervivencia en pacientes con disfagia.

P-098. Evolución de las fístulas quilosas en los últimos 2 años con tratamiento nutricional y farmacológico

Bothayna Oulad Ahmed, Lucía González Gracia, Irene González Navarro, Pilar Serrano Aguayo, José Luis Pereira Cunill, Antonio Jesús Martínez Ortega, Dolores Tatay Domínguez, Pedro Pablo García Luna

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La fístula quilosa (FQ) es la pérdida de linfa desde los vasos linfáticos hacia una cavidad o la piel, siendo una complicación infrecuente de la cirugía mayor. Supone un aumento de morbimortalidad por el potencial deterioro nutricional e inmunológico. La terapia nutricional es el tratamiento de elección por consenso y se basa en una dieta baja en grasas suplementada con triglicéridos de cadena media. No existe evidencia sobre el tratamiento y secuencia óptima de manejo.

Objetivos: Analizar la evolución de las FQ de pacientes hospitalizados atendidos en la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes hospitalizados consecutivos con FQ entre 2021 y 2023. Se registró: sexo, edad, origen, localización y débito de la fístula, tiempo desde cirugía hasta aparición y cierre de la FQ, necesidad de nu-

trición parenteral (NP) y ácidos grasos esenciales intravenosos, uso de análogos de somatostatina, % cierre con manejo conservador, y complicaciones. Las variables cuantitativas se expresan en mediana y rango intercuartílico y las cualitativas en *n* y %.

Resultados: *n* = 16. 50 % hombres con mediana de edad 59 (50,5-68) años. La causa fue quirúrgica en 15 (97,25 %) pacientes: abdominal (75 %), cervical (18,75 %) y torácica (6,25 %). La mediana de tiempo desde cirugía hasta desarrollo de la FQ fue 7 (3,5-9) días. En 5 (31,25 %) casos fueron de alto débito. El 100 % cerraron con terapia nutricional, con mediana de tiempo de 24 (11,75-54,25) días. 7 (43,75 %) requirió NP, con mediana de tratamiento 15,5 (9,25-21) días. 12 (75 %) pacientes recibieron análogos de somatostatina, y 4 (25 %) ácidos grasos intravenosos. 9 (56,25 %) tuvieron complicaciones: 31,25 % infecciones, 31,25 % desnutrición y 31,25 % alteraciones hidroelectrolíticas.

Conclusión: El origen más frecuente de FQ en nuestra serie fue posquirúrgico abdominal. Todas respondieron al manejo conservador con terapia nutricional específica y farmacológica, aunque un porcentaje importante requirió NP complementaria o total. Las complicaciones fueron frecuentes pero resolubles.

P-099. Estudio del estado nutricional de los pacientes con neoplasia de cabeza y cuello sometidos a cirugía de reconstrucción preimplantación del protocolo ERAS

Eva García Raimundo, Carlota Martín Aguilar, Sara Sicras Navarro, Sara Sánchez Rosado, José Vas Coronado, María Verónica Herrera Rodríguez, Mónica Montserrat Gil de Bernabé

Unidad de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: Los aspectos relacionados con la intervención nutricional son uno de los pilares fundamentales en los protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) que han demostrado ser efectivos para afrontar en mejores condiciones el proceso quirúrgico. En enero de 2024 se implantará el protocolo ERAS en la unidad de cabeza y cuello (UCC) del Hospital Universitario de Bellvitge.

Objetivos: Determinar el estado nutricional de los pacientes sometidos a cirugías complejas de neoplasias de cabeza y cuello pre y posquirúrgico y el soporte nutricional (SN) recibido.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se extrajeron de la base de datos de la UCC 319 historias clínicas correspondientes a los años 2021-2022. De las cuales se estudiaron las 173 intervenciones quirúrgicas (IQ) que requirieron microcirugía o reconstrucciones con colgajos. De estas se analizaron los datos analíticos y antropométricos, MST y el soporte nutricional recibido.

Resultados: El 66,5 % eran hombres y el 33,5 % mujeres con una media de edad de 66 años. El 52,6 % de las neoplasias se localizaron en cavidad oral y un 26 % en laringe. Al momento del diagnóstico se realizó MST al 60,7 % de los pacientes donde el 7,6 % presentaba riesgo de desnutrición y el 37,2 % desnutrición (19 % desnutrición moderada). El 45,7 % recibió SN. Pos-IQ, el 65,4 % presentaban desnutrición y el 35,1 % riesgo de desnutrición (Tabla I).

Conclusión: Un soporte nutricional adecuado podría contribuir a disminuir los índices de desnutrición actuales. La implementación del protocolo ERAS debe incluir una buena estrategia para cribar al mayor número posible de pacientes pre-IQ.

P-100. Esclerosis lateral amiotrófica (ELA): análisis morfofuncional como implicación pronóstica

María González Pacheco[1], Francisca Domínguez Guerrero[2], María del Mar Roca Rodríguez[1], María Alarcón Manoja[3], Irene Zayas Aguilar[1], Francisco Javier Vílchez López[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición, [2]Gestoría de Casos y [3]Unidad de Gestión Clínica de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa donde la desnutrición es elevada y se incrementa conforme aumenta el estadio de la enfermedad.

Objetivos: Analizar la incidencia de desnutrición y valorar la relación de determinados parámetros antropométricos y bioeléctricos con la progresión de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de ELA del Hospital Puerta del Mar (Cádiz).

Resultados y conclusión: 27 pacientes, 59,3 % mujeres, con una mediana de edad de 68 años y 63,5 kg de peso. El 69,2 % inicia con síntomas espinales y el 70,4 % padece clínica

Tabla I.

Interconsultas realizadas al servicio de nutrición (*n* = 148)							
Pos-IQ			**Al alta**				
Vía administración		**N.º de pacientes**	**Vía administración**		**N.º de pacientes**		
Nutrición enteral	SNG	138	Nutrición enteral	SNG	68		
	Gastrostomía	2		Gastrostomía	8		
Nutrición parenteral		5	Oral	Sin disfagia	69	Con SN	48
Oral		1		Con disfagia	7		

bulbar. El 40,7 % presentan estadio II. La mediana de la puntuación de la escala ALSFRS-R es 33 (progresión moderada). El 50,3 % presentan disfagia, el 22,2 % fue intervenido con sonda PEG, el 40,7 % tienen VSG B o C. La frecuencia de *exitus* fue del 11,1 %. Medianas de ecografías nutricionales: recto anterior del cuádriceps: área 3,17 cm^2, eje Y 1,08 cm, tejido adiposo abdominal: total 1,56 cm y preperitoneal 0,55 cm, masetero derecho 1,10 cm. Medianas de la BIA: pHA 3,85°, hidratación 73,8 %, masa libre de grasa 42,2 kg, masa grasa 20 kg, B CM 17,3 y ASMM 14,9 kg. Los pacientes con VSG B o C presentaron una menor masa grasa (12,6 frente a 23,3 kg; *p* 0,009). La puntuación ALFRS presenta correlaciones negativas con la grasa preperitoneal (*r*-0,762, $p < 0,001$) y masa grasa (r-0426, *p* 0.038). El eje Y presenta correlación positiva con pHA (*r* 0482, *p* 0,020) y B CM (r 0,609, *p* 0,002). Existe correlación positiva entre la ecografía del masetero derecho con la masa grasa (*r* 0405, *p* 0,04). Los pacientes que tuvieron eventos desde la consulta basal (ingresos, PEG nueva o *exitus*) presentaban en su mayoría clínica bulbar (70,3 %, *p* 0,029). Nuestra serie muestra una alta prevalencia de desnutrición. Encontramos reducción significativa de masa grasa en los pacientes desnutridos. Es preciso establecer el papel y valor pronóstico de estos parámetros en la evolución de la enfermedad.

P-101. Valoración de las fórmulas para el cálculo de la masa muscular a partir de datos antropométricos en una población con enfermedad renal crónica

Alejandro Sanz París[1], Wendy Valeria González Sacoto[2], Macarena Lacarta Benítez[1], Carlos Moreno Gálvez[1], Lidia Olivar Gómez[1], Beatriz Laries Sánchez[2], Alejandro Sanz Arque[3]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [3]Centro de Salud de Cedrillas. Cedrillas, Zaragoza

Introducción: Uno de los parámetros necesarios para el diagnóstico de sarcopenia es la determinación de la masa muscular, que se puede determinar por impedancia, DEXA o antropometría. Existen fórmulas publicadas para calcular la masa muscular a partir de datos antropométricos en población sana.

Objetivos: Validar las fórmulas publicadas para población española con enfermedad renal crónica

Material y métodos: 1. Revisión bibliográfica; 2. Aplicación de las fórmulas encontradas en una población de 182 pacientes con enfermedad renal crónica (126 hombres y 56 mujeres, edad 22-90 años, masa muscular baja por impedancia según criterios EWGSOP en 73 % de los hombres y 58,9 % de las mujeres. Test estadístico: Correlación entre masa muscular por fórmula e impedancia, curva ROC y Bland Altman Plots. Aprobado por el comité de ética local (C.I. PI22/574).

Resultados: Recogimos 8 fórmulas de la revisión bibliográfica. Para calcular ASM (masa muscular apendicular) la mejor fórmula es: en hombres la fórmula 1 de Rathnayake N et al (R 0,75, AUC 0,855, MAE 2,42) y en mujeres la fórmula 2 de Rathnayake N et al (R 0,86, AUC 0,924, MAE 1,7). Para calcular FFM (masa libre de grasa) la mejor fórmula es la de Janmahatasian S et al. para hombres (R 0,78, AUC 0,974, MAE 4,45) y Heitmann Bl et al. para mujeres (R 0,8, AUC 0,939, MAE 2,6).

Conclusión: Recomendamos la utilización de diferentes fórmulas según sea para hombres o mujeres en esta población específica con enfermedad renal crónica.

P-102. Valoración de la composición corporal y del estado nutricional en pacientes diabéticos o con hiperglicemia de estrés que reciben nutrición enteral por sonda

Sandra Granados Huerga[1,2], Marina Macías Muñoz[1], Paula Campo del Campo[1], Analia Emilce Ramos Rodas[1], Sabina Ruiz Janer[1], Clara Joaquín Ortiz[1], Alejandra Pérez Montes de Oca[1], Mariona Martín Giol[1], José Manuel Sánchez-Migallon Montull[1,3], María José Sendrós Madroño[1,3]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [2]Institut Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [3]Unidad de Nutrición Clínica. Institut Català d'Oncologia (ICO). Badalona, Barcelona

Introducción: Dada la elevada prevalencia de desnutrición (DN) en los pacientes hospitalizados, aflora la necesidad de encontrar herramientas que permitan valorar el riesgo de DN y la composición corporal (CC) con métodos sencillos y fiables.

Objetivos: Valorar el estado nutricional y la correlación entre los parámetros de CC mediante bioimpedancia (BIA) y ecografía muscular y adiposa (EMA) en pacientes con diabetes (DM) o hiperglicemia de estrés (HE) que reciben nutrición enteral (NE) por sonda.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes hospitalizados no críticos con DM o HE que recibían NE por sonda. Se valoró el estado nutricional mediante Valoración Global Subjetiva (VGS), criterios GLIM y la CC mediante antropometría, EMA y BIA.

Resultados: Un total de 32 pacientes, 68,75 % varones, de edad media 67,50 ± 13,31 años, IMC 25,81 ± 5,5 kg/m^2, perímetro pantorrilla (PP) 30,4 ± 5,6 cm y perímetro cintura (PC) 100,96 ± 14,89 cm. Por GLIM y VGS el 21,9 % de los pacientes se encontraban normonutridos, el 50 % presentaba DN moderada y el 28,1 % DN severa. BIA: En hombres, se objetivó baja masa muscular en el 47,37 % por IMLG (17,62 ± 3,23 kg/m^2) y 31,58 % por IMME (7,58 ± 1,48 kg/m^2), mientras que ninguna de las mujeres la presentó por IMLG (IMLG: 16,92 ± 1,42 kg/m^2) y únicamente el 11,11 % por IMME (IMME: 6,31 ± 0,96 kg/m^2). Se encontraron diferencias significativas entre sexos en el porcentaje de masa grasa (mujeres 37,14 ± 6,80 % / hombres 27,67 ± 7,30 %) ($p = 0,003$). Se observó correlación entre ARFA (2,57 ± 0,67 cm^2) y CP (r = 0,424, $p = 0,035$), MME (r = 0,412, $p = 0,045$), IMME (r = 0,554, $p = 0,005$), IMLG (r = 0,707, $p < 0,001$) y agua intracelular (r = 0,415, $p = 0,044$). Además, se observó correlación entre AF (4,45 ± 1,79°) y el PC (r = 0,413, $p = 0,032$).

Conclusión: Diferentes métodos de valoración de la CC se han visto significativamente relacionados a la hora de valorar la masa muscular en pacientes hospitalizados. La concordancia de los métodos de valoración nutricional empleados fue del 100 %.

P-103. Intervención dietética en trasplante renal de donante vivo (TRDV): optimización nutricional de receptor y donante

Inmaculada Jiménez García, Elisabet Romero Gangonells, Sara Sicras Navarro, Mónica Montserrat Gil de Bernabé, Rafael López Urdiales, Ana Manonelles Montero, Cristina Quintana Reyes, Maribel Díaz Jurado, Ana Coloma López, María Verónica Herrera Rodríguez

Unidad de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: El trasplante renal (TR) es la mejor opción terapéutica para el paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), siendo el TRDV una opción de tratamiento precoz. Es conveniente optimizar el estado nutricional de los candidatos para el éxito de la técnica y el buen funcionamiento del injerto ante una cirugía programada.

Objetivos: a) Describir las principales características de la población tratada con TRDV, y b) Caracterizar los individuos con intervención dietética previa o posterior al trasplante: motivo de intervención y cambios ponderales.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 51 parejas sometidas a TRDV con criterios de intervención dietética en consulta especifica durante 2023: desnutrición (IMC < 18,5 kg/m^2) y obesidad de grado II (IMC > 35 kg/m^2). Se realiza valoración nutricional y adecuación del patrón alimentario según estadio ERCA. Se recogen datos sociodemográficos basales, antropométricos, y complicaciones de la herida quirúrgica.

Resultados y conclusión: De las 51 parejas tratadas: 47,06 % emparentados. Receptores: 80,39 % hombres, edad media 59,47 (± 14,01) años; 25,49 % obesidad grado I. Donantes: 80,39 % mujeres, edad media 58,51 años (± 10,93) y el 37,25 % normopeso. Complicaciones pos-IQ el 21,57 % de receptores y el 13,73 % de donantes (Tabla I). El 5,88 % de los donantes y el 9,80 % de los receptores requirieron intervención dietética para pérdida ponderal (n = 8) y ganancia ponderal (n = 1) (Tabla II, pág. siguiente). La pérdida de peso mediana fue del 13,82 % (10,5-14 %) en 3 meses (2,5-5) y la ganancia ponderal 18 % en 2 meses. En nuestra casuística, el TRDV logra que el 56,86 % de los pacientes no realice diálisis pretrasplante. La intervención dietética mejora la elegibilidad del donante y adecua el estado nutricional del receptor para reducir el riesgo quirúrgico. Actuaciones futuras: estandarizar intervención dietética prequirúrgica en donantes y receptores, posquirúrgica en receptores para minimizar complicaciones metabólicas largo plazo.

Tabla I. Características sociodemográficas de la población estudiada

	Receptor (n = 51)	Donante (n = 51)
Género, n *(%)*		
Hombres	41 (80,39 %)	10 (19,61 %)
Mujeres	10 (19,61 %)	41 (80,39 %)
Edad (años)		
Media (sd)	59,47 (14,01)	58,51 (10,93)
Mediana (cuartil 1-3)	65,00 (51,5-69,5)	59,00 (51-67)
IMC (kg/m^2), n (%)		
Bajo peso (< 18,5)	1 (1,96 %)	0 (0 %)
Normopeso (18,5-24,9)	12 (23,53 %)	19 (37,25 %)
Sobrepreso de grado I (25-26,9)	11 (21,57 %)	6 (11,76 %)
Sobrepeso de grado II (27-29,9)	10 (19,61 %)	13 (25,49 %)
Obesidad de tipo I (30-34,9)	13 (25,49 %)	9 (17,65 %)
Obesidad de tipo II (35-39,9)	2 (3,92 %)	3 (5,88 %)
Obesidad de tipo III (40-49,9)	2 (3,92 %)	1 (1,96 %)
Emparentado donante-receptor		
No	27 (52,94 %)	
Sí	24 (47,06 %)	
Estadio de ERC		
E4	28 (54,90 %)	
E5	23 (45,10 %)	
Diálisis previa a TR, n *(%)*		
No	29 (56,86)	
Sí	22 (43,14 %)	

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.). Características sociodemográficas de la población estudiada

	Receptor (*n* = 51)	Donante (*n* = 51)
Tiempo en diálisis (meses)		
Media (sd)	10,82 (12,16)	
Mediana (cuartil 1-3)	6,50 (5-12)	
Complicaciones pos-IQ		
No	40 (78,43 %)	44 (86,27 %)
Sí	11 (21,57 %)	7 (13,73 %)
Dehiscencia	9 (75,00 %)	5 (62,5 %)
Colección / Infección local	1 (8,33 %)	1 (12,5 %)
Seroma	2 (16,67 %)	1 (12,5 %)
Linforragia	0 (0,0 %)	1 (12,5 %)

Tabla II. Intervención dietética (*n* = 8)

Género, n (%)		
Hombres	3	(37,50 %)
Mujeres	5	(62,50 %)
Edad (años)		
Media (sd)	55,00	(15,60)
Mediana (cuartil 1-3)	60,50	(46,75-64,75)
Tipo de paciente		
Donante	3	(37,50 %)
Receptor	5	(62,50 %)
Tiempo de intervención (meses)		
Media (sd)	3,5	(1,69)
Mediana (cuartil 1-3)	3	(62,50 %)
Tiempo de intervención (meses)		
Media (sd)	3,5	(1,69)
Mediana (cuartil 1-3)	3	(2-4,5)
Objetivo dietético		
Pérdida ponderal	7	(87,50 %)
Ganancia ponderal	1	(12,50 %)
Pérdida ponderal	(*n* = 8)	(*n* = 8)
IMC inicial (kg/m²)		
Media (sd)	36,88	(3,7)
Mediana (cuartil 1-3)	35,80	(34,15-39,8)
Pérdida de peso (%)		
Media (sd)	11,26	(5,36)
Mediana (cuartil 1-3)	13,82	(10,5-14)
Tiempo de intervención (meses)		
Media (sd)	3,71	(1,70)
Mediana (cuartil 1-3)	3,00	(2,5-5)
Ganancia ponderal		(*n* = 1)
IMC inicial	kg/m²	16,06
IMC final	kg/m²	19,69
kg		8
Tiempo de intervención (meses)		2

P-104. Aplicación clínica de la escala de malnutrición-inflamación en pacientes en hemodiálisis periódica

Esmeralda Josa Martín[1], Guillermina Barril[2], Mar Ruperto López[3]

[1]Universidad Complutense de Madrid. Madrid. [2]Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid. [3]Universidad San Pablo CEU. Madrid

Introducción: El síndrome de desgaste proteico-energético (SDPE) asociado con inflamación, es un predictor de mortalidad en pacientes en hemodiálisis (HD).

Objetivos: El objetivo del estudio fue evaluar el riesgo de SDPE y de inflamación medido por la escala de cribaje de malnutrición-inflamación (MIS) en una cohorte en HD.

Material y métodos: Estudio observacional transversal en 100 pacientes en HD (69 % hombres; edad media: 74,0 ± 13,0 años; tiempo de tratamiento en HD: 36 ± 3,3 meses; diabetes *mellitus*: 43 %). Valoración clínico-nutricional mediante datos clínicos, antropométricos, y parámetros de laboratorio. Para identificar el riesgo de SDPE se utilizó el MIS. La cohorte se clasificó según la puntuación del MIS en cuartiles (Qn): Q1: 0-3; Q2: 3,01-5; Q3: 5,01-6, y Q4: ≥ 6,01 puntos. Análisis de regresión lineal utilizando MIS como variable dependiente. Análisis estadístico SPSS v.25.

Resultados: De los 100 pacientes en HD, tenían SDPE el 36,5 %. El MIS se correlacionaba significativa y positivamente con el índice de Charlson, cociente neutrófilo-linfocito y proteína C-reactiva (PCR), e inversamente con el porcentaje del peso ideal, hemoglobina, colesterol total y prealbúmina sérica (todos al menos, $p < 0,05$). En los Q3 y Q4 del MIS (≥ 5,01 puntos) se encontró significativamente mayor comorbilidad asociada y aumento de los marcadores inflamatorios (PCR, fibrinógeno), así como niveles medios de prealbúmina < 25 mg/dL cuando se comparó con el Q1 y Q2. El análisis de regresión lineal demostró que la concentración de proteínas totales (β = -0,188; IC 95 %: -1,194 a -0,026), prealbúmina (β = -0,431; IC 95 %: -0,160 a -0,060), PCR (β = 0,198; IC 95 %: 0,003- 0,340), y β_2 microglobulina (β = 0,218; IC 95 %: 0,009-0,108), eran predictores

independientes del SDPE medido por MIS ($R^2 = 0,48$; R^2 ajustada: 0,456, al menos, $p < 0,05$).

Conclusión: El MIS permite identificar el riesgo de SDPE en HD relacionándose significativamente con la comorbilidad subyacente y parámetros nutricionales e inflamatorios.

P-105. Eficacia del tratamiento con fármacos moduladores del gen *CFTR* en el estado nutricional en pacientes con fibrosis quística

Darío Lara Gálvez[1], Mari Nieves Balaguer Cartagena[1], Pilar Masdeu López-Cerón[1], María Argente Pla[2], Katherine García Malpartida[1], María José Selma Ferrer[1], Andrea Micó García[2], Eva Gascó Santana[2], Silvia Martín Sanchís[2], Ángela Dura de Miguel[2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València. [2]Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Introducción: La fibrosis quística (FQ) condiciona una alta prevalencia de desnutrición en los pacientes por múltiples mecanismos. Los fármacos modificadores de la enfermedad, moduladores del gen CTFR (Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) (mCTFR), han supuesto una mejoría sustancial en pacientes con determinadas mutaciones. Su uso en estos pacientes es reciente y podría proporcionar beneficios en el estado nutricional.

Objetivos: Describir la evolución de parámetros antropométricos y bioquímicos en pacientes con FQ que inician mCFTR.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo, prospectivo. Se analizaron 31 pacientes con FQ y en tratamiento con mCFTR. Se recogieron datos clínicos, analíticos y antropométricos relacionados con el estado nutricional previos al inicio de mCFTR y hasta 24 meses después. Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE). Se realizó el test de Friedman para muestras relacionadas y el test Wilkoxon como posthoc. Programa SPSS v.25.

Resultados: Se estudiaron 31 pacientes (58,1 % mujeres) de 31,7 (9,3) años, un tiempo de seguimiento medio de 22,3 (6,0) meses. En la tabla I se recoge la evolución de parámetros antropométricos, clínicos y analíticos relacionados con el estado nutricional.

Conclusión: Existe una mejoría de los parámetros nutricionales. Hay una tendencia al aumento del IMC en mujeres, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Es necesario aumentar el tamaño muestral para confirmar estos resultados.

P-106. Composición corporal en mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama y su relación con el estado hormonal. Datos preliminares del estudio MamaVida

Angélica Larrad Sainz[1], María Gemma Hernández Núñez[2], María Ortiz Ramos[1], María Josefa Torrejón Martínez[3], María Eugenia Olivares Crespo[4], María Herrera de la Muela[4], Patricia Espinosa de los Monteros Sicilia[2], Clara Marcuello Foncillas[2], Pilar Matía[2], Juana María Brenes Sánchez[4]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. [2]Unidad de Nutrición. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Servicios de [3]Análisis Clínicos y de [4]Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: La incidencia y el pronóstico de algunos tipos de cáncer de mama (CaMa) se asocian con adiposidad. Conocer los factores predictivos de ganancia ponderal-adiposidad y de disminución de la masa muscular esquelética (MME) en estas pacientes puede favorecer la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a mejorar el curso clínico (Proyecto MamaVida).

Objetivos: Describir la composición corporal y la fuerza muscular en mujeres recién diagnosticadas de CaMa en función de su estado hormonal (pre- y posmenopausia).

Material y métodos: Estudio descriptivo-analítico, transversal. Composición corporal: bioimpedancia SECA® mBCA 514 (cálculo de la MME a partir de la resistencia con la fórmula de Janssen/talla 2 [índice de MME –IMME–]) y ecógrafo Mindray™ (grasa preperitoneal y superficial). Fuerza muscular (FuM):

Tabla I.

	Pre-CFTR	3-6 meses	9-12 meses	15-18 meses	*p*
IMC hombres	23,9 (1,2)	25,4 (1,7)	24,5 (1,4)	24,5 (2,3)	0,817
IMC mujeres	22,6 (1,1)	22,5 (1,1)	23,2 (1,6)	24,2 (2,0)	0,167
Proteínas totales	7,4 (0,14)	7,3 (0,13)	7,2 (0,15)	7,1 (0,19)	0,600
Albúmina	4,0 (0,1)	4,4 (0,1)	4,5 (0,1)	4,3 (0,1)	0,005
Col total	138,7 (6,4)	148,8 (8,3)	156,2 (6,1)	140,0 (5,9)	0,003
Linfocitos	2323,22 (88,4)	2253,6 (109,8)	2314,0 (165,4)	2301,4 (120,7)	0,430
Vitamina A	50,1 (3,2)	55,0 (4,1)	58,9 (3,5)	50,2 (3,2)	0,048
Vitamina E	10,4 (0,7)	10,4 (0,7)	12,4 (0,7)	10,9 (1,2)	0,161
Vitamina D	29,6 (2,4)	30,6 (3,0)	46,7 (14)	30,1 (2,4)	0,293
% desnutrición (criterios GLIM)	19,4 %	12,9 %	16,13 %	16,13 %	

dinamómetro Jamar®. Diagnóstico de obesidad sarcopénica (OS) según criterios ESPEN/EASO, baja FuM < 16 kg; elevada adiposidad > 43 %; baja MME/peso < 27,6 %.

Resultados: 138 mujeres (media 59 años [entre 26 y 81]; 25 % premenopausia; 69,3 % luminal A o B; 6,3 % HER 2+; 3,1 % triple negativo). Se observaron diferencias en adiposidad (pre- y posmenopausia): perímetro cintura 83,0/90,2 cm ($p = 0,040$); masa grasa 34,4/43,1 % ($p < 0,001$); grasa preperitoneal 0,57/0,72 cm ($p = 0,044$) (sin diferencias en IMC y en grasa subcutánea); y en IMME 6,8/6,3 kg/m 2 ($p < 0,001$) y en FuM 26,0/22,3 kg ($p < 0,001$). Solo 2 mujeres en posmenopausia (1,6 %) cumplieron criterios de OS.

Conclusiones: En nuestra muestra, sobre mujeres con CaMa recién diagnosticado, la adiposidad fue elevada. Esta fue más alta en mujeres en postmenopausia, con una mayor distribución central de la grasa. La masa muscular y la fuerza fueron menores en posmenopausia, pero la prevalencia de OS según criterios ESPEN/EASO fue escasa.

P-107. Influencia de la pérdida de peso combinada con el índice de masa corporal en el pronóstico de pacientes con cáncer tratados con nuevas moléculas

Aina Llenas Bladé[1], Andrea González Valencia[2], María José Sendrós Madroño[3], Neus Salleras Compte[4], Lucía Notario Rincón[2,5], Anna Esteve Gómez[2,6], Sandra Fontanals Martínez[7], Ricard Mesía Nin[2,5], Cinta Hierro Carbo[2,5], Lorena Arribas Hortigüela[1,8]

[1]Unidad Funcional de Nutrición Clínica. Institut Català d'Oncologia (ICO). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [2]Departamento de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia (ICO). Badalona, Barcelona. [3]Unidad de Nutrición Clínica. Institut Català d'Oncologia (ICO). Badalona, Barcelona. [4]Unidad de Nutrición Clínica. Institut Català d'Oncologia (ICO). Girona. [5]Grupo de Investigación Aplicada en Oncología de Badalona (b-argo). Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP). Badalona, Barcelona. [6]Unidad de Gestión de Investigación (UGR). Institut Català d'Oncologia (ICO). Badalona, Barcelona. [7]Servicio de Farmacia. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [8]Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: La pérdida de peso (PP) se asocia a una peor respuesta al tratamiento oncológico, mientras que la obesidad se ha asociado a una mejor supervivencia según la paradoja de la obesidad. En la actualidad, los programas hospitalarios de medicaciones en situaciones especiales (MSS) permiten el acceso a nuevos fármacos como agentes dirigidos (AD) o inmunoterapia (IO).

Objetivos: Describir el impacto de la PP combinada con el índice de masa corporal (IMC) previo al tratamiento con AD/IO como posible factor pronóstico de supervivencia.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes con cáncer metastásico tratados con AD/IO MSS en el Instituto Catalán de Oncologia. Se recogió el %PP previo al inicio de AD/IO y el IMC. Se utilizaron los criterios para la clasificación de la PP asociada al cáncer publicada previamente: grado 0 (menor %PP y mayor IMC) hasta grado 4 (mayor %PP y menor IMC). Se estimó la mediana de supervivencia global (mSG) mediante Kaplan-Meier y se compararon las curvas de supervivencia con la prueba de *log-rank.*

Resultados: 257 pacientes incluidos (167 con AMD y 90 con IO). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos. No hubo asociación de la supervivencia con el IMC ($p = 0,11$), en cambio, si la hubo con %PP ($p = 0,015$). Al aplicar el sistema de clasificación, los pacientes con grado 0 presentaban una mSG de 13,7 meses (IC 95 %, 10,8-20,1) frente a 8 meses con grado 4 (IC 95 %, 3,2-NA; $p = 0,038$).

Conclusión: Estos resultados sugieren que el sistema de clasificación en función del %PP e IMC podría contribuir a identificar mejor a pacientes metastásicos candidatos a recibir IO/AMD MSS. Futuros estudios deberían dirigirse hacia el desarrollo de un sistema de puntuación objetiva con el fin de guiar a los oncólogos en la toma de decisiones sobre el uso de esta medicación.

P-108. Aplicación de la ecografía muscular en la insuficiencia cardíaca

Regina López Guillén, María Argente Pla, Andrea Micó García, Ángela Dura de Miguel, Eva Gascó Santana, Silvia Martín Sanchís, Lorena Hernández Rienda, Juan Francisco Merino

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Introducción: Los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) presentan sobrecarga hídrica, lo que puede alterar la evaluación morfofuncional. La ecografía puede resultar de utilidad para valorar la masa muscular en estos pacientes.

Objetivos: Realizar valoración morfofuncional con ecografía muscular en pacientes con IC y ver su relación con la escala NYHA.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de 76 pacientes con IC. Se recogieron variables clínicas y analíticas, se utilizó el ecógrafo UPROBE-L6C®. Los resultados se muestran como media (DE) y mediana (RIQ). Se utilizó el test SPPB para valoración funcional, criterios GLIM para definir desnutrición y criterios conferencia de consenso de caquexia (2006). Se realizó análisis estadístico (t de Student) con SPSS 25.0.

Resultados: 69,7 % hombres de 65,5 (RIQ 57,2-72) años, FEVI 44,3 (RIQ 32,4-57,8) % e IMC 28,1 (RIQ 24,9-31) kg/m^2 hombres y 28,7 (RIQ 24,7-32,4) kg/m^2 mujeres. Del total, 65,8 % presentaba HTA, 38,3 % DM tipo 2 con HbA1c 6,8 (0,9) % y 61,8 % dislipemia. En hombres, conforme aumenta el tejido adiposo preperitoneal, empeora la capacidad funcional: 3 (0,6) en frágiles frente a 6,9 (3,5) en autónomos ($p = 0,04$) y el estadio NYHA: 5,3 (2,8) NYHA I; 7,7 (4) NYHA II y 5,1 (2,5) NYHA III ($p = 0,049$) (Tablas I-III, pág. siguiente).

Conclusión: La ecografía muscular es útil en la IC. En los hombres, la disminución de masa muscular se asocia a aumento del tejido adiposo. El aumento de grasa corporal se correlaciona con un peor estadio de la NYHA.

Tabla I. Parámetros ecográficos músculo cuádriceps

	Hombres (*n* = 53)	Mujeres (*n* = 23)
Localización (cm)	16,7 (1,7)	16,2 (1,5)
Tejido adiposo (mm)	5,9 (2,8)	11,6 (8,1-17,4)
Área (cm^2) → en contracción	2,7 (1,2) → 2,5 (1,3)	2,5 (1,2) → 2,1 (1,1)
Eje X (mm) → en contracción	32,1 (27,2-35,5) → 25,7 (19,6-31,3)	30,6 (24,7-33,9) → 24,8 (21,3-28,6)
Eje Y (mm) → en contracción	9,4 (7,6-12,5) → 11,7 (7,2-14,1)	9,1 (7,2-12) → 10,1 (7,2-13)

Tabla II. Parámetros ecográficos músculo recto anterior del abdomen

	Hombres	Mujeres
Localización (cm)	10 (2,2)	9 (2)
Tejido adiposo total (mm)	15,5 (9,9-23,5)	20,7 (13,1-27)
Tejido adiposo superficial (mm)	6,7 (4,2-9,2)	9 (5,2-14,7)
Tejido adiposo preperitoneal (mm)	4,9 (3,4-7,9)	5 (3,4-5,9)

Tabla III. Relación caquexia cardíaca y tejido adiposo en hombres

	No caquexia	Caquexia	*p*
Tejido adiposo superficial (mm)	7,1 (4,2)	21,9 (0)	0,000
Tejido adiposo total (mm)	16,4 (7,8)	41,1 (0)	0,003
IMC (kg/m^2)	28,4 (4,8)	25,7 (7,2)	0,253

P-109. Valor pronóstico del ángulo de fase en el paciente con cáncer de páncreas avanzado

Gonzalo Maldonado Castro[1], Carolina Lisbeth Suárez Vasconez[1], Ana María Martínez García[1], Irene Moreno Sáez[1], María Beatriz Rodríguez Martínez[2], Benito Blanco Samper[1]

[1]Servicio de Endocrinología. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo. [2]Inspección Médica. SESCAM. Castilla-La Mancha. Toledo

Introducción: El empleo del análisis de composición corporal mediante bioimpedancia eléctrica (BIA) se emplea en la valoración del estado nutricional. Con está técnica podemos obtener el ángulo de fase (PA) que corresponde a la relación entre la resistencia y la reactancia. Este parámetro se presenta como un marcador de la función celular correlacionandose con la integridad tisular. De esta manera PA puede constituir un factor predictivo para el riesgo de complicaciones y muerte en distintas patologías y como un factor predictivo independiente en pacientes con cáncer avanzado.

Objetivos: Estudio retrosopectivo de cohortes en pacientes con cáncer estadio IV de pancreas en seguimiento en nutrición para valorar sí PA puede proporcionar información pronóstica y su correlación con los indices pronósticos y parametros bioquímicos en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre 12 pacientes con adenocarcinoma de pancreas estadio IV en seguimiento en nutrición de forma consecutiva. Se realizó valoración nutricional a todos los pacientes incluyendo analítica que incluye albúmina y prealbúmina. el diagnóstico de estado nutricional se realizó mediante metodología GLIM y BIA (NUTRILAB®) Los datos se analizaron usando SPSS 24. La supervivencia del paciente se define como el intervalo de tiempo entre la primera visita y la fecha de fallecimiento o el último contacto registrado. El tiempo de supervivencia se evaluó mediante analisis de regresión de Cox uni o multivariable incluyendo PA, albúmina, prealbúmina, ECOG. La correlación entre PA, albúmina, ECOG se determinó mediante Correlación de Pearson (Tabla I).

Resultados y conclusión: Este estudio demuestra que PA es un buen predictor pronóstico en estos pacientes, correlacionándose

Tabla I.

<	Albúmina	ECOG	Prealbúmina
PA	0,3*	0,4*	0,2
RR (PA/)	0,80†	0,74†	1,04

p < 0,05. Coeficiente de correlación de Pearson (r); †p < 0,05. Análisis multivariante Cox.

con ECOG. La falta de correlación con proteinas de vida media corta como prealbúmina indica menor variabilidad que los parámetros bioquímicos.

P-110. Valoración de la sobrecarga hídrica y de la composicion corporal mediante bioimpedancia segmental en pacientes con patología cardíaca prequirúrgicos

Christian Mañas Ortiz, Alba Durba Lacruz, Jessica Ruiz Berjaga, Ana Artero Fullana, Cintia González Blanco, Carlos Sánchez Juan

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de València. València

Introducción: La sobrecarga de fluidos se relaciona con mayor mortalidad, complicaciones cardiovasculares, empeoramiento de la función renal y disminución de la calidad de vida. Valorar la sobrecarga hídrica en pacientes cardioquirúrgicos debe ser una actuación rutinaria de cara a evitar complicaciones como se recoge en los protocolos ERAS.

Objetivos: Identificar la sobrecarga hídrica (total y segmental) y la composición corporal en pacientes cardiológicos prequirúrgicos.

Material y métodos: Análisis observacional transversal de pacientes cardioquirúrgicos valorados por la unidad de nutrición durante noviembre y diciembre del 2023. Se recogieron datos de: sexo, edad, altura, peso, IMC y, bioimpedancia multifrecuencia segmental. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo usando el programa SPSS v.28.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes (73,3 % hombres y 26,7 % mujeres). Las medias obtenidas fueron: 67 años de edad (66 en hombres y 72 en mujeres), 77,7 kg de peso, (83,5 kg en hombres y 61,6 kg en mujeres) e IMC de 28,3 kg/m^2 (28,9 kg/m^2 en hombres y 26,7 kg/m^2 en mujeres). Las mujeres presentaron: menor cantidad de fluidos corporales, peor distribución de los mismos, sobrecarga hídrica a nivel total, en tronco y, en MMII. Los MMII seguido del tronco son los segmentos corporales con peor distribución de fluidos. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sexos en: parámetros relacionados con el estado nutricional (AF, B CM, FFMI, ASMI), fluidos corporales (ACT, AEC e AIC) y, distribución segmental de agua corporal total (MMII, MMSS y tronco). No se encontraron en la ratio de agua extracelular (AEC/ACT) total o segmental. En la tabla I aparecen los valores obtenidos mediante bioimpedancia.

Conclusión: Las mujeres con patología cardíaca presentan mayor riesgo de sobrecarga hídrica previamente a una cirugía. Los MMII y el tronco son los mejores indicadores de sobrecarga de fluidos en estos pacientes. Deben evaluarse según género: los parámetros relacionados con el estado nutricional, fluidos corporales y su distribución.

P-111. Prevalencia de síndrome de realimentación (SR) e hipofosfatemia en pacientes oncohematológicos portadores de nutrición parenteral en el Hospital Universitario Son Espases

Rebeca Alexandra Freites Nava[1], Sonia Manso Anda[1], Tania García Ruiz[1], Marta Ortiz González[1], Mercedes Noval Font[2], Josefina Olivares Alcolea[2,3]

Servicios de [1]Farmacia y de [2]Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. [3]Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares. Palma de Mallorca

Tabla I.

	Total			Hombre			Mujer			*p*
	n	Media	± DE	*n*	Media	± DE	*n*	Media	± DE	
AF (°)	14	5,4	0,7	10	5,6	0,7	4	4,7	0,4	0,014
BCM (kg)	14	33,3	8,3	10	37,2	6,3	4	23,5	1,6	< 0,001
FFMI (kg/m^2)	14	18,8	2,8	10	19,9	2,4	4	15,9	1,2	0,005
ASMI (kg/m^2)	14	7,7	1,6	10	8,4	1,3	4	5,9	0,5	0,002
ACT (L)	14	38,0	9,5	10	42,5	7,3	4	27,0	1,8	< 0,001
AEC (L)	14	14,8	3,7	10	16,5	3,0	4	10,7	0,7	0,001
AIC (L)	14	23,3	5,8	10	26,0	4,4	4	16,4	1,1	< 0,001
AEC / ACT	14	0,389	0,009	10	0,387	0,010	4	0,393	0,005	0,149
AEC / ACT Brazo derecho	14	0,382	0,006	10	0,381	0,006	4	0,385	0,003	0,135
AEC / ACT Brazo izquierdo	14	0,384	0,006	10	0,383	0,006	4	0,386	0,005	0,18
AEC / ACT Tronco	14	0,388	0,009	10	0,386	0,009	4	0,393	0,005	0,094
AEC / ACT Pierna derecha	14	0,390	0,011	10	0,389	0,013	4	0,394	0,007	0,269
AEC / ACT Pierna izquierda	14	0,392	0,011	10	0,391	0,012	4	0,396	0,006	0,222
AEC / ACT Brazo derecho	14	2,20	0,70	10	2,51	0,56	4	1,41	0,13	0,001
AEC / ACT Brazo izquierdo	14	2,18	0,70	10	2,49	0,56	4	1,40	0,14	0,002
ACT Tronco	14	17,86	4,25	10	19,81	3,33	4	12,98	0,71	< 0,001
ACT Pierna derecha	14	6,23	2,00	10	7,15	1,59	4	3,95	0,23	0,001
ACT Pierna izquierda	14	6,04	1,83	10	6,93	1,33	4	3,83	0,34	< 0,001

Introducción: El SR es el conjunto de disfunciones metabólicas (principalmente hipofosfatemia) frecuente en desnutridos tras reintroducción de nutrición. No hay criterios diagnósticos consensuados, pero se han propuesto grupos de riesgo, como los pacientes onco-hematológicos hospitalizados.

Objetivos: Determinar la prevalencia de SR según criterios NICE en pacientes onco-hematológicos con nutrición parenteral (NP) ingresados en el Hospital Universitario Son Espases (HUSE). Describir el riesgo nutricional por CONUT al iniciar la NP, y caracterizar factores de riesgo para SR.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos oncohematológicos con NP en HUSE entre 2022-2023, excluyendo aquellos con NP < 5 días. Se valoraron las características demográficas, composición de la NP, ingesta, presencia de DM y parámetros analíticos a días 0 y 2 del inicio. Se determinó el porcentaje de pacientes con hipofosfatemia (< 2 mg/L), riesgo de SR (RSR) y diagnóstico de SR (DxSR) según criterios NICE.

Resultados y conclusión: Se obtuvieron 78 pacientes (50 % mujeres, edad media 55,82 ± 14,1 años, IMC 25 ± 4 kg/m^2, pérdida de peso media 5,7 %). La prevalencia de riesgo nutricional (moderado-alto) por CONUT fue 78,2 %, de hipofosfatemia del 20,5 %, RSR del 96,2 % y del DxRSR del 78,2 %. Las características diferenciales de pacientes con RSR fueron la edad (56 frente a 35 años, p = 0,038), gramos de CH (170 frente a 275 g, p = 0,009) y disminución de la ingesta (88,9 % frente a 11,1 %, p = 0,001); del DxSR el K+ plasmático (3,6 frente a 4,1 mEq/L, p = 0,01); y de la hipofosfatemia, el peso habitual (67,7 frente a 75,8 kg, p = 0,04) y actual (64 frente a 71 kg, p = 0,04), K+ plasmático (3,4 frente a 3,8 mEq/L, p = 0,014), kcal totales (1254 frente a 1555 kcal, p = 0,019), CH (144,5 frente a 180,7 g, p = 0,019), gN2 (9,4 frente a 11,8 g, p = 0,011) y volumen infundido en 24 h (1203 frente a 1456 ml, p = 0,025). No hubo diferencias significativas en cantidad de electrolitos ni en prevalencia de riesgo nutricional entre grupos. La prevalencia de DRE y SR en pacientes onco-hematológicos es elevada. La composición de la NP parece determinante para desarrollar hipofosfatemia y SR.

P-112. Valoración nutricional clínica y ecográfica de pacientes con síndrome de Cushing endógeno. Estudio descriptivo en un centro de tercer nivel

Isabella Mantellini González[1], Rosa María García Moreno[1], Laura Mola Reyes[1], Mary Gaby Llaro Casas[1], Paula Vázquez Pérez[1], Sime Rogic Valencia[1], Patricia Martín Rojas-Marcos[2], Paola Parra Ramírez[2], Cristina Álvarez-Escola[2], Samara Palma Milla[1]

[1]Unidad de Nutrición Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: El hipercortisolismo se caracteriza por cambios en la composición corporal con distribución central de la grasa y atrofia de musculatura proximal. Existen pocas publicaciones sobre la ecografía nutricional en pacientes con síndrome de Cushing (SC).

Objetivos: Describir los hallazgos de la valoración nutricional clínica-ecográfica de los pacientes con SC.

Material y métodos: Valoramos a pacientes diagnosticados de SC en el Hospital Universitario La Paz entre noviembre 2022 y agosto 2023. La ecografía evaluó el recto femoral (RF) del cuádriceps derecho y la grasa abdominal.

Resultados: Incluimos a 4 mujeres de 57 ± 9,7años de edad media con tiempo de evolución del hipercortisolismo de 7,2 ± 5,1 meses. Etiología del SC: 1 adenoma, 1 carcinoma adrenal y 2 secreción ectópica. En la evaluación, 3 pacientes presentaban hipercortisolismo activo (cortisoluria elevada). 2 presentaban SC leve-moderado y 2 severo-muy severo. Antropometría: IMC 25,96 ± 1,8 kg/m^2; circunferencia abdominal 100,3 ± 8,1 cm; circunferencia de pantorrilla ajustada por IMC 28,33 ± 2,8 cm; ASMI 3,62 ± 0,8 kg/m^2; dinamometría 11 ± 7,1 kg y *test up-and-go* (TUG) 11 ± 4,7seg. 2 pacientes referían pérdida de peso de al menos 5 % y 2 dismución de la ingesta. La dinamometría fue percentil < 5 en 3 pacientes y p5 en 1. Todas presentaban desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) según criterios GLIM. Ecográficamente todas presentaron heterogeneidad y mala calidad muscular, sugestivos de mioesteatosis. La única paciente con control bioquímico del cortisol tenía mejor calidad muscular cualitativamente. Medidas ecográficas en RF: Eje Y 1,14 ± 0,1 cm; Eje Y en contracción 1,3 ± 0,2 cm; eje X 4 ± 0,1 cm; Área 4,2 ± 0,7 cm; Circunferencia 9,6 ± 0,4 cm y grasa 0,9 ± 0,3 cm. A nivel abdominal: grasa subcutánea 2,5 ± 0,6 cm y preperitoneal 0,6 ± 0,2 cm.

Conclusiones: La prevalencia de DRE fue alta probablemente porque la mayoría tenía una neoplasia maligna. La baja fuerza muscular, funcionalidad y las alteraciones ecográficas del músculo reflejan la fragilidad de estos pacientes. A nivel abdominal predomina el tejido adiposo subcutáneo frente al preperitoneal. La valoración nutricional clínica y ecográfica pueden ser útiles para el manejo integral de los pacientes con SC.

P-113. Mejora del estado nutricional, de la composición corporal y de la funcionalidad de pacientes con patología pancreática y desnutrición tras la intervención con una dieta peptídica

Cristian Marco Alacid[1], Sara Trelis Clemente[1], Alicia Calleja Fernández[2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Verge dels Lliris. Alcoy, Alacant. [2]Departamento Médico. Adventia Pharma. Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: El uso de las dietas peptídicas forma parte de la estrategia del manejo nutricional del paciente con patología pancreática.

Objetivos: Evaluar el impacto del soporte nutricional artificial específico con una dieta peptídica en el estado nutricional, la composición corporal y la funcionalidad del paciente con patología pancreática.

Material y métodos: Estudio observacional, antes-después, con un grupo de pacientes con clínica malabsortiva digestiva por patología pancreática y desnutrición, a los que se le pautó una dieta peptídica hipercalórica e hiperproteica (1-3 envases/día, según las necesidades nutricionales) y consejo dietético, según práctica clínica habitual. Para el diagnóstico nutricional

se emplearon los criterios GLIM, para la composición corporal se empleó una bioimpedancia (multifrecuencia segmental, InBody S10) y para la funcionalidad se utilizó un dinamómetro analógico (Hartmann®). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital General Universitario de Elda. Se analizaron los datos con Stata 16.

Resultados: Fueron incluidos un total de 17 pacientes con desnutrición, de 68,9 (9,83) años, 64,7 % fueron varones, 64,7 % con diabetes y respecto a la patología pancreática: 47,1 % pancreatitis crónica, 35,3 % cáncer de páncreas y 17,6 % pancreatitis aguda, con un porcentaje de pérdida de peso inicial de 14,40 (0,08) %. Tras la intervención se produjo una mejora estadísticamente significativa en la composición corporal, incrementándose los valores de masa músculo esquelética (MME), del índice apendicular de masa músculo esquelética (IMME) y del ángulo de fase. El porcentaje de masa grasa (MG %) se redujo de forma significativa. A nivel de funcionalidad, se produjo un incremento estadísticamente significativo de los valores.

Conclusión: La intervención nutricional con una dieta peptídica es eficaz en el manejo nutricional del paciente con patología pancreática y desnutrición, favoreciendo la recuperación del estado nutricional, el incremento de la masa muscular y la funcionalidad del músculo. de la dinamometría (Tabla I).

P-114. Valoración nutricional y funcional del paciente con técnicas domiciliarias de depuración extrarrenal: proyecto Nutri-Nefro

Amelia Mari Sanchís[1], Ana Zugasti Murillo[1], Miren Compains[1], Arantxa Ibarrola Frias[1], Feli Beaumont Barberena[1], María Fernanda Slon Roblero[2], Ignacio Lorenzo Ferris[2], Susana Fiero[2]

Servicios de [1]Endocrinologia y Nutrición y de [2]Nefrología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Introducción: La desnutrición en el paciente con enf. renal crónica es frecuente y aumenta a mayor grado de deterioro de la función renal. Se estima una prevalencia del 28-54 % en estadio 5. El estudio EMID mostró una la prevalencia de desnutrición en diálisis de > 50,6 % en centros españoles.

Objetivos: a) Determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes de nuestro centro con diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis domiciliaria; b) determinar la prevalencia de obesidad en pacientes con DP domiciliaria; c) determinar la prevalencia de sarcopenia y el estado funcional; d) analizar ingesta calórica-proteica según registro dietético y las estimadas según requerimientos teóricos por TRS y estado nutricional; e) evaluar la calidad de vida; f) detectar la prevalecia de déficits de micronutrientes, y g) realizar educación nutricional para optimizar estado nutricional y evitar la restricción dietética generalizada.

Material y métodos: El proyecto Nutri-Nefro incluye: -valoración del estado nutricional: recuento de ingesta calórica-proteica según registro dietético, escala MIS- *score* desnutrición inflamación- o VSG (clasificacion A, B. C), antropometría (perímetros cintura, cadera, pantorrilla y pliegue tricipital) -estudio composición corporal (Inbody770) -valoración funcional: dinamometría (Jamar) y test de la silla. -test calidad de vida (SF-36).

Resultados: Se elaboró un proyecto piloto para valoración multidisciplinar de una enfermera de nutrición y otra renal, un técnico superior en dietética y endocrinólogo. Según el estado nutricional y funcional se ofrece un tratamiento nutricional específico y educación nutricional y/o modificación dietética que precisara según comorbilidades. Este proyecto permitirá mostrar resultados de prevalencia de desnutrición en esta población, monitorización del estado nutricional y medición de la calidad de vida antes y después del tratamiento nutricional.

Conclusión: Se trata de implementar un protocolo de valoración nutricional y funcional del paciente en TRS domiciliaria para detectar y tratar la desnutrición mediante una intervención nutricional específica. Implementar una atención nutricional a estos pacientes según un enfoque holístico, individualizado e interdisciplinar que mejore la evolución clínica y la calidad de vida.

P-115. Estudio de la vía enteral a largo plazo en el paciente con neoplasia de cabeza y cuello sometido a intervención quirúrgica

Eva García Raimundo, Carlota Martín Aguilar, Sara Sánchez Rosado, Sara Sicras Navarro, José Vas Coronado, Mónica Montserrat Gil de Bernabé, Núria Virgili Casas

Unidad de Dietética y Nutrición Clínica. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

Tabla I.

	Inicial	12 semanas	Diferencia	*p*
Peso (kg)	58,86 (8,48)	59,41 (7,91)	0,55 (IC 95 %, -1,90 a 3,00)	0,6387
IMC (kg/m^2)	22,12 (3,41)	22,30 (3,07)	0,18 (IC 95 %, -0,72 a 1,09)	0,6737
Dinamometría (kg)	24,14 (12,13)	27,02 (11,62)	2,88 (IC 95 %, 0,91 a 4,85)	0,0069
MME (kg)	23,53 (4,38)	25,11 (3,94)	1,58 (IC 95 %, 0,59 a 2,57)	0,0037
IMME (kg/m^2)	6,71 (1,13)	6,96 (0,91)	0,25 (IC 95 %, 0,05 a 0,44)	0,0155
MG (kg)	14,78 (5,97)	13,39 (5,48)	-1,39 (IC 95 %, -3,27 a 0,48)	0,1349
MG (kg)	24,89 (9,29)	22,35 (7,41)	-2,54 (IC 95 %, -4,98 a -0,10)	0,0422
Ángulo de fase (°)	4,26 (0,84)	4,76 (0,74)	0,50 (IC 95 %, 0,09 a 0,91)	0,0191

Introducción: El paciente con neoplasia de cabeza y cuello sometido a intervención quirúrgica (IQ) presenta un alto riesgo de desnutrición. Tras la IQ, sobre todo si precisa reconstrucción, no es viable la vía oral (VO). La elección del tipo de sonda suele generar discrepancias. Se debe tener en cuenta para su elección sobre todo el tiempo previsto para la recuperación de la VO.

Objetivos: Identificar las IQ de mayor riesgo de presentar dificultad en la alimentación oral a medio/largo plazo y el papel de la nutrición por gastrostomía en el proceso de recuperación de la VO.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se estudiaron 765 historias clínicas entre 2018-22. Se seleccionaron 73, que requirieron colocación de vía enteral a largo plazo (VELP). Se analizó el estado nutricional del paciente, el tipo de IQ, el tipo de sonda y la duración de la vía enteral.

Resultados: El 65,75 % eran hombres y el 34,25 % mujeres con una media de 63 años. Un 36 % presentaba riesgo o desnutrición leve y un 52 % desnutrición moderada o grave. De los tipos de IQ, se intuyen dos grupos que necesitaron VELP, 55 IQ con resección mandibular y 38 con glosectomía. El 61,6 % requirió tratamiento complementario. De las 73 VELP, el 89 % fueron gastrostomías radiológicas percutáneas, el 9,6 % gastrostomías endoscópicas percutáneas y el 1,4 % yeyunostomías quirúrgicas. El tiempo medio de duración de la VELP fué de 163,61 días. Un 21,92 % fueron retiradas por inicio de VO y un 43,84 % por *exitus*. El 20,03 % están activas.

Conclusiones: La evidencia de la colocación profiláctica de la gastrostomía es débil. Las IQ que comprometen cavidad oral y la capacidad deglutoria, como las hemimandibulectomías y las glosectomías, se podrían beneficiar de una colocación precoz para disminuir el riesgo de desnutrición, mejorar la deglución y la calidad de vida.

P-116. Valoración nutricional de los pacientes afectados de enfermedad de motoneurona en una unidad de experiencia clínica regional (UEC)

Mariona Martín Giol[1], Míriam Almendrote[2], Antonio Marín[3], Adriana Martín[3], M.ª Victoria Vílchez[2], José Manuel Sánchez-Migallón Montull[1], Analia Emilce Ramos Rodas[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición, [2]Neurología y [3]Pneumología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Las enfermedades de la neurona motora se asocian a la presencia de disfagia orofaríngea y alteraciones del estado nutricional. Se recomienda una valoración nutricional completa en el diagnóstico, y revaloraciones consecutivas para detectar precozmente la desnutrición y planificar el tratamiento.

Objetivos: Identificar aquellos pacientes que presentan pérdida de peso (PP) significativa en la primera visita en la UEC y correlacionar la PP según el tipo síntomas iniciales: espinales frente a bulbares, así como la asociación de demencia fronto-temporal (DFT). Describir el tipo de tratamiento nutricional indicado en dichos pacientes.

Material y métodos: Análisis retrospectivo.

Resultados: Se han valorado 39 pacientes en la UEC: 51,3 % mujeres, edad 67,85 ± 12,08 años, IMC: 23,4 ± 7,62 kg/m^2. El 51,3 % de los pacientes presentaban una PP significativa en la valoración nutricional inicial. A los 3 meses, la PP solo se mantuvo significativa en el 12,8 % de los pacientes, y al año disminuyó al 10,3 %. Los que presentaron mayor PP al inicio fueron aquellos que debutaron con DFT (100 %) frente a aquellos con síntomas bulbares (54,5 %) y espinales (39,1 %). Durante el año de seguimiento, el 46,2 % de los pacientes requirió suplementación nutricional oral, el 38,4 % precisaron la colocación de una sonda de gastrostomía para mantener un correcto estado nutricional; y solo un 15,4 % consiguieron mantener el peso exclusivamente con consejo dietético-nutricional. Durante el seguimiento han fallecido un total de 53,8 % pacientes.

Conclusión: La mayoría de los pacientes presentan pérdida de peso durante el proceso diagnóstico de la enfermedad. La prevalencia de desnutrición en estos pacientes es elevada tanto en pacientes con clínica bulbar como espinal, por tanto, la intervención nutricional precoz por parte de un dietista-nutricionista especializado es esencial en esta patología dentro de las unidades multidisciplinares.

P-117. Desnutrición en insuficiencia cardíaca: ¿depende su detección del método diagnóstico?

Carolina Moreno-Torres Taboada[1], Francisco José Sánchez Torralvo[1], María García Olivares[1], Sonia Castillo[2], José María Pérez Ruiz[2], Gabriel Olveira[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La desnutrición está relacionada con un aumento de complicaciones y un peor pronóstico en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivos: Conocer la prevalencia de desnutrición en pacientes con IC utilizando diferentes herramientas diagnósticas.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes ambulatorios atendidos en la Unidad de IC del HRUM. Se realizó una valoración nutricional mediante valoración subjetiva global (VSG) y criterios GLIM utilizando bioimpedanciometría (BIA) y dinamometría de mano como determinantes de masa muscular.

Resultados: 51 pacientes (27,5 % mujeres, 72,5 % varones) con diferentes grados de disnea (46,9 % de grado 1; 32,7 % de grado 2, 38,8 % de grado 3) y estadios de IC (61,2 % estadio B, 38,8 % estadio C). El IMC fue 28,2 ± 5,2 kg/m^2 (3,9 % con IMC bajo) y un 21,6 % de los pacientes habían perdido más del 5 % de peso en los últimos 6 meses. La VSG detectó un 41,2 % de pacientes en riesgo de desnutrición/desnutrición moderada y un 3,9 % con desnutrición severa. Mediante criterios GLIM se detectaron 21 (41,2 %) pacientes desnutridos cuando se utilizó la BIA y 22 (43,1 %) pacientes desnutridos cuando se utilizó la dinamometría. La dinamometría de mano presentó un valor medio de 33,1 ± 8,5 kg para hombres y 20,7 ± 4,3 kg para mujeres (el 22,5 % por debajo de p5 poblacional). El índice

de masa libre de grasa por BIA de 20,3 ± 2,26 kg/m^2 para hombres y 17,3 ± 1,99 kg/m^2 para mujeres (el 5,9 % por debajo de puntos de corte ESPEN) y la masa muscular apendicular por BIA de 22,6 ± 4,1 kg/m^2 para hombres y 15,1 ± 2,85 kg/m^2 para mujeres (el 31,4 % por debajo de puntos de corte). La hidratación media (BIA) fue 76 ± 4,35 % (ligera sobrehidratación).

Conclusión: Existe una prevalencia elevada de desnutrición o riesgo de desnutrición en pacientes con IC ambulatorios, dato que se mantiene independientemente de la herramienta de valoración nutricional utilizada.

P-118. Perfil clínico de pacientes remitidos a consulta de dietista-nutricionista (D-N) para tratamiento con dieta baja en FODMAP y eficacia de la misma

Míriam Moriana Hernández[1], Blanca Alabadi Pardiñes[1], Sandra Amores Alandí[2], Ning Yun Wu Xiong[1], Celia Gallego Méndez[1], Olalla Rubio Puchol[1], Miguel Civera Andrés[1], José Tomás Real Collado[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de València. València. [2]INCLIVA. València

Introducción: Estudios recientes indican que los síntomas digestivos que presentan los pacientes con trastorno funcional digestivo (TFD) mejoran con la restricción en la dieta de los hidratos de carbono de cadena corta (FODMAP).

Objetivos: Describir el perfil clínico de los pacientes remitidos a consulta de d-*n* con TFD para inicio de dieta baja en FODMAP y valorar la eficacia de la dieta en la mejoría de los síntomas digestivos.

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo que estudió los pacientes con TFD remitidos desde enero de 2022 hasta diciembre 2023 al d-*n* de la sección de nutrición de un hospital universitario para inicio de dieta baja en FODMAP. Durante 6-8 semanas siguieron dicha dieta, analizando la mejoría de los síntomas y la adherencia. Posteriormente siguieron la dieta de reintroducción de alimentos con FODMAP, evaluando la tolerancia a cada uno de los alimentos.

Resultados: Se estudiaron un total de 17 pacientes (76 % mujeres). La edad media fue de 52,6 años (± 15,66 DE). Un 60 % fueron remitidos con diagnóstico principal de sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), un 18 % con síndrome de intestino irritable (SII) y un 12 % con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los síntomas que presentaban eran dolor abdominal, distensión, saciedad precoz, gases, diarrea y/o estreñimiento. El 76 % de los pacientes presentaron mejoría de los síntomas con una alta adherencia al tratamiento dietético, un 6 % con alta adherencia no mejoró y un 18 % abandonó el tratamiento. Al realizar la dieta de reintroducción, el grupo de alimentos con menor tolerancia fue el de fructanos.

Conclusiones:

1. La dieta baja en FODMAP, con el apoyo de un d-*n*, es eficaz para mejorar la sintomatología digestiva de los pacientes con TFD.
2. La mayoría de los pacientes, tras realizar la dieta de reintroducción, vuelve a tolerar casi todos los FODMAP. Todos son desencadenantes potenciales, pero no todos exacerban los síntomas en el mismo paciente.

P-119. Terapia renal sustitutiva en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica: serie de casos

Ana María Moyano Sánchez, Concepción Muñoz Jiménez, María Carmen Serrano Laguna, María José Molina Puerta, María Ángeles Gálvez Moreno, Aura Dulcinea Herrera Martínez

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La obesidad se relaciona con la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC), por lo que la cirugía bariátrica puede considerarse una estrategia renoprotectora.

Objetivos: Analizar la respuesta clínica tras la CB.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con trasplante renal (TR) o en lista de espera por ERC intervenidos de CB (años 2019-2022).

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes. 75 % mujeres. Edad media a la CB 47 años (DE 9,44). 58,3 % tenían DM2 (28,6 % complicaciones macrovasculares, 71,4 % complicaciones microvasculares) y 91,7 % HTA. Las causas de ERC fueron nefropatía diabética, poliquistosis renal y displasia renal multiquística. Se realizó *sleeve* gástrico en 11/12 y el tiempo de seguimiento fue de 22,6 meses. Antes de la CB, 3/12 estaban trasplantados y el resto en lista de espera para TR (5/12 recibiendo hemodiálisis). Hubo una reducción significativa en IMC ($p = 0,001$), masa grasa ($p = 0,06$), masa libre de grasa ($p = 0,042$) y masa magra ($p = 0,026$) en todos los pacientes. Solo 1 paciente aumentó de peso tras CB (10,7 kg, +10,5 %). La terapia renal sustitutiva recibida (hemodiálisis/trasplante/observación) no influyó en la reducción de IMC ($p = 0,394$) o peso ($p = 0,774$). El MDRD aumentó 3.5 ml/min en todos los pacientes ($p = 0,833$), siendo mayor en los sometidos a Tx renal (6,5 ml/min; $p = 0,479$). Solo 1 recibió TR poscirugía. Todos mantienen viable el injerto. La DM2 emitió en el 43 % de los pacientes. Ningún paciente empeoró alguna comorbilidad adicional.

Conclusión: Tras la CB, los pacientes redujeron significativamente el IMC con mejoría de la función renal y comorbilidades sin afectación de la función del injerto o su inmunosupresión.

P-120. Utilidad del test *Short Physical Performance Battery* para determinar fragilidad en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada

Ángel Nogueira Pérez[1], Mar Ruperto López[2], Paloma Ruiz López Alvarado[1], Gloria González Lázaro[1], Graciela Álvarez García[1], Guillermina Barril[1,3]

[1]Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. [2]Universidad San Pablo CEU. Madrid. [3]Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid

Introducción: La fragilidad es un síndrome geriátrico que se caracteriza por una fuerza disminuida, resistencia y función fisiológica reducida que aumenta la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar una mayor dependencia y/o muerte, de la misma manera que su definición es compleja su diagnóstico también lo es, existiendo múltiples herramientas para evaluarla, la más utilizada son el criterio diagnóstico de FRIED.

Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar la utilidad del Test Short Physical Performance Battery (SPPB) para evaluar fragilidad en un grupo de pacientes con ERCA.

Material y métodos: Tipo de estudio. Se evaluaron a 225 pacientes con ERCA, se determinó el porcentaje de fragilidad con los criterios diagnósticos de FRIED (se compone de 5 criterios: 1. Pérdida de peso involuntaria, 2. Fatiga, 3. Disminucion de la fuerza muscular, 4. Disminucion de la actividad física y 5. Dismincion de la velocidad de la marcha), y se realizó el test SPPB (evalúa la funcionalidad con 3 pruebas cortas: equilibrio, velocidad marcha, sentadillas).

Resultados: El 65,8 % fueron hombres, la media de edad fue de 70,65 ± 11,97 mayor en mujeres (72,19 ± 13,33 frente a 69,85 ± 11,16 en hombres), aunque esta diferencia no resulto estadísticamente significativa. Un 17,8 % cumplían criterios de fragilidad (13,5 % hombres y 26 % mujeres; $p = 0{,}020$). Se obtuvieron puntos de corte de máxima sensibilidad y especificidad para fragilidad con una puntuación en el test SPPB ≤ 6 puntos, obteniendo un ABC: 0,834; IC 95 %: 0,771-0,897; $p < 0{,}001$. 84 % sensibilidad – 57 % especificidad. Un 82,2 % no presentaron criterios de fragilidad, y de estos un 76,4 % obtuvieron un SPPB > 6. Un 23,6 % de los pacientes presentaron una puntuación en el test SPPB ≤ 6 (19,9 % hombres y 36,4 % mujeres; $p = 0{,}001$).

Conclusión: El test SPPB puede utilizarse como criterio diagnóstico de fragilidad, interpretando como fragilidad un resultado en test igual o menor a 6 puntos.

P-121. Características de los pacientes de una unidad de enfermedad renal crónica avanzada tratados con agentes estimulantes de eritropoyetina

Ángel Nogueira Pérez[1], Mar Ruperto López[2], Paloma Ruiz López Alvarado[1], Gloria González Lázaro[1], Guillermina Barril[3]

[1]Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. [2]Universidad San Pablo CEU. Madrid. [3]Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid

Introducción: La anemia en la enfermedad renal crónica (ERC), se debe principalmente a una síntesis inadecuada de eritropoyetina (EPO) por el riñón, aumentando conforme aumenta la ERC, siendo necesario en determinados pacientes pautar agentes estimulantes de eritropoyetina (AAE).

Objetivos: Valorar el porcentaje de pacientes que precisan AEE en los distintos estados de ERC avanzada (ERCA), y establecer si existen diferencias en parámetros bioquímicos y nutricionales

Material y métodos: Corte transversal retrospectivo de la base de datos de la consulta de ERCA. Se recogieron datos analíticos y de composición corporal de 240pacientes con ERCA. Además, se recogió ademas pauta de AAE y dosis/semana.

Resultados: 240 pacientes con ERCA (65,8 % hombres), edad: 70,68 ± 11,95 años (hombres: 69,85 ± 11,05 años frente a mujeres: 72,29 ± 13,45 años; $p = 0{,}137$). Un 32,9 % (79 pacientes) fueron tratados con AAE clásicos (darbepoetina-alfa: 28,3 %; [18,08 ± 14,63 µg/sem], apoectina-alfa: 2,9 %; [3571,43 ± 1306,71UI], y metoxi-polietilenglicol-epoetina beta: 1,7 %; [18,75 ± 7,21 µg]). De los pacientes con pauta de AAE cásicos: 2 pacientes (2,8 %) en estadio 3B, 41 pacientes (57,7 %) en estadio 4, y 28 pacientes (39,4 %) en estadio 5. La etiología de la ERC fue: en estadio 3B:1 diabetes *mellitus* (DM), 1 intersticial. En estadio 4: 13 nefroangiosclerosis, 18DM, 1 poliquistosis, 2 glomerulonefritis, 1 intersticial, 6 por otras causas, y en estadio 5: 5 nefroangiosclerosis, 14DM, 1 poliquistosis, 2 glomerulonefritis, 1 intersticial, 4 otras causas, y 1 no filiada. Encontramos diferencia en la escala MIS, no en PCR, si bien la muestra presentaba un porcentaje bajo de pacientes con inflamación (Tabla I), un 16.6 % presentaban PCR > 1, con parámetros férricos y HB alterados, y repartido en los distintos estadios.

Conclusión: La prescripción de AEE puede realizarse desde estadios 3b, 4 y 5 aumentando la necesidad con la progresión de ERC. Mantener parámetros de Fe adecuados colabora a mantener niveles de Hb adecuados y optimizar prescripción de AEE. La inflamación e hidratación deben tenerse en cuenta y corregirse ya que juega un papel importante tanto en valores de HB como en parámetros de cinética del Fe.

Tabla I.

	Global	EPO sí	EPO no	*p**
HB	12,10 ± 1,61	11,24 ± 1,30	12,51 ± 1,59	< 0.001
VCM	92,23 ± 5,76	94,04 ± 5,99	91,32 ± 5,44	< 0.001
HCM	29,94 ± 1,87	30,27 ± 1,70	29,77 ± 1,93	0,005
CHCM	32,40 ± 1,66	32,20 ± 1,10	32,50 ± 1,87	0,199
Fe	72,62 ± 31,04	68,76 ± 29,78	74,50 ± 31,56	0,185
Transferrina	222,74 ± 45,96	212,40 ± 36,54	227,88 ± 49,29	0,016
Ferritina	204,28 ± 184,80	230,00 ± 238,12	191,67 ± 151,33	0,139
Saturación de	25,94 ± 10,89	25,76 ± 10,86	26,03 ± 10,94	0,857
ACT	53,06 ± 8,06	54,67 ± 6,33	52,28 ± 8,68	0,032
MG	31,41 ± 9,02	29,79 ± 7,66	32,18 ± 9,54	0,056
MLG	68,52 ± 9,20	70,20 ± 7,66	67,72 ± 9,77	0,052

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

	Global	EPO sí	EPO no	*p**
MMA	18,98 ± 4,69	18,04 ± 4,74	19,42 ± 4,61	0.035
BCMI	7,84 ± 2,00	7,44 ± 1,91	8,04 ± 2,02	0,030
IMC	27,47 ± 4,88	26,03 ± 4,39	28,16 ± 4,97	0.002
Cintura	99,08 ± 13,38	94,92 ± 12,82	101,10 ± 13,22	0.001
Cadera	100,13 ± 9,22	97,70 ± 7,03	101,29 ± 9,92	0.005
Albumina	4,22 ± 0,41	4,19 ± ,037	4,23 ± 0,43	0,506
PCR	0,69 ± 1,39	0,84 ± 1,93	0,62 ± 1,04	0,251
CKDEPI	18,82 ± 7,57	17,94 ± 6,15	19,25 ± 8,15	0,212
MIS	4,46 ± 3,00	5,03 ± 2,97	4,18 ± 2,98	0,040
Edad	70,68 ± 11,95	71,40 ± 12,58	70,34 ± 11,66	0,525
**p* entre EPO sí / no				
	PCR ≤ 1	**PCR > 1**	***p****	
HB	12,28 ± 1,60	11,30 ± 1,43	0,001	
VCM	92,12 ± 5,36	92,43 ± 7,68	765	
HCM	29,94 ± 1.80	29,82 ± 2,25	709	
CHCM	32,43 ± 1,77	32,27 ± 1,07	600	
Fe	75,68 ± 30,19	58,05 ± 32,01	0,001	
Transferrina	229,29 ± 46,63	194,30 ± 29,41	< 0,001	
Ferritina	189,89 ± 160,61	258,55 ± 265,61	0,035	
Saturación de	26,28 ± 10,23	23,83 ± 13,68	0,216	
Albumina	4,27 ± 0,38	3,94 ± 0,45	< 0,001	
Prealbumina	28,69 ± 8,03	24,58 ± 5,980	0,005	
MIS	4,25 ± 2,87	5,55 ± 3,48	< 0,001	
**p* entre PCR ≤ 1 frente a PCR > 1				
		PCR ≤ 1	**PCR > 1**	
Estadio 3B	EPO sí	3 (4,1 %)	0 (0,0 %)	
	EPO no	20 (12,5 %)	0 (0,0 %)	
Estadio 4	EPO sí	34 (45,9 %)	8 (10,8 %)	
	EPO no	74 (46,3 %)	12 (7,5 %)	
Estadio 5	EPO sí	24 (32,4 %)	5 (6,8 %)	
	EPO no	41 (25,6)	13 (8,1 %)	

P-122. Valoración nutricional en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica avanzada

Alejandro Sanz París[1], Wendy Valeria González Sacoto[1], Macarena Lacarta Benítez[1], Carlos Moreno Gálvez[1], Lidia Olivar Gómez[1], Beatriz Laries Sánchez[1], Alejandro Sanz Arque[2]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [2]Centro de Salud de Cedrillas. Cedrillas, Zaragoza

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) en las fases más avanzadas se comprometen el estado nutricional. Se han descrito nuevas técnicas como impedancia, fuerza de prensión y ecografía muscular que pueden aportar más información que las técnicas clásicas

Objetivos: Estudio de valoración nutricional y sarcopenia en pacientes con ERCA, realizar ecografía del musculo bicipital para predecir la masa muscular y del espesor de la grasa visceral preperitoneal y observar si hay diferencias en la evolución nutricional de los pacientes ERCA y diabetes *mellitus*

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional transversal. Se incluyeron pacientes que acudían a la consulta de ERCA con FG < 30 ml/min y que no estaban recibiendo tratamiento renal sustitutivo. Se recogieron: peso, talla, circunferen-

cias de brazo, de pantorrilla y abdominal, pliegue tricipital, fuerza de agarre de la mano, ecografía bíceps, grasa visceral preperitoneal abdominal y grasa subcutánea abdominal, biompedancia eléctrica y *Mini Nutritional Assessment* (MNA).

Resultados y conclusión: Se incluyeron 133 pacientes: 35 mujeres y 98 hombres. La prevalencia de malnutrición según MNA fue 15,8 % y la prevalencia de sarcopenia de 8,3 %. La ecografía bicipital se ha relacionado con la masa muscular esquelética apendicular medida por bioimpedancia (*r* 0,534, *p* 0,0001) y a partir de la circunferencia de pantorrilla (Pozza: *r* 0,50, *p* 0,0001 y Kawakami: *r* 0,569 *p*: 0,0001), también con la fuerza de agarre de la mano por dinamometría (*r* 0,553, *p* 0,0001). La ecografía de grasa preperitoneal abdominal se relacionó negativamente con niveles plasmáticos de HDL-colesterol (r – 0,211, *p* 0,0023) y con el cuestionario MNA (r - 0,666, *p* 0,0001). El 35.3 % de los pacientes presentaban diabetes *mellitus.*

Conclusiones: Entre los pacientes con ERCA estudiados observamos baja prevalencia de malnutrición y sarcopenia. Existen nuevas técnicas de valoración nutricional que podrían ser útiles en ERCA para valorar masa muscular y posible malnutrición.

P-123. Modulación de la expresión de MIR-29A y MIR-29B y de sus genes diana mediante un suplemento nutricional oral con probióticos en pacientes desnutridos en hemodiálisis

Gabriel Olveira[1], Francisco Hevilla Sánchez[1], Said Lhamyani[1], Marina Padial[1], María Blanca[2], Enrique Sanz[2], Ángel Nogueira[3], Guillermina Barril[3], Ana María Lago-Sampedro[1], Corina Verónica Sasso[1]

[1]Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [2]Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. [3]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid

Introducción: La desnutrición es muy prevalente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), especialmente en aquellos en hemodiálisis. Recientemente, nuestro grupo describió que un nuevo suplemento nutricional oral (SNO), diseñado para pacientes desnutridos en hemodiálisis con un patrón "similar a la dieta mediterránea", mejoraba la ingesta calórico-proteica, el estado nutricional y los biomarcadores de inflamación y oxidación.

Objetivos: Evaluar si los SNO, asociados o no a probióticos, producen cambios en la expresión de miRNAs y sus genes diana en pacientes desnutridos en hemodiálisis, en comparación con las recomendaciones dietéticas individualizadas.

Material y métodos: Ensayo aleatorizado, multicéntrico, de grupos paralelos (control -C- ($n = 11$); SNO + placebo -SNO-PL- ($n = 10$); y SNO + probióticos -SNO-PR ($n = 10$); doble ciego para la ingesta de probióticos.

Resultados: Se analizaron los miRNAS y los niveles de expresión génica mediante RT-qPCR al inicio y después de 3 y 6 meses. Observamos que la expresión de miR-29a y miR-29b aumentaba significativamente en los pacientes con SNO-PR a los 3 meses en comparación con el valor basal, estabilizándose al sexto mes. Además, observamos diferencias en los niveles de expresión de miR-29b más elevados SNO-PR en comparación con el C en el tercer mes. Observamos una disminución en el grupo SNO-PR frente al grupo control en el tercer mes para RUNX2 y TNFα. A los tres meses la expresión de TGFB1 disminuyó en el grupo SNO-PR y la del gen PTEN se elevó significativamente respecto a la basal. La expresión de leptina aumentó significativamente en el grupo SNO-PL a los 3 meses respecto a la basal.

Conclusión: El SNO, especialmente asociado a probióticos, aumentó los niveles de expresión de miR-29a y miR-29b modificando la expresión de genes diana con acciones antiinflamatorias y antifibróticas.

P-124. Tratamiento nutricional personalizado en la enfermedad renal crónica avanzada: resultados del ensayo clínico ERCANUT

Marina Padial[1], Ana Rebollo Rubio[2], Tamara Jiménez[2], María García Olivares[1], Francisco Hevilla Sánchez[1], Nuria Porras[1], Gabriel Olveira[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La dieta supone uno de los pilares en el tratamiento de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), donde se produce la acumulación de toxinas urémicas y otros desequilibrios metabólicos. El planteamiento de estrategias nutricionales personalizadas podría resultar eficaz para la mejora del estado nutricional y funcional de estos pacientes.

Objetivos: Evaluar los cambios en morfofuncionalidad a los 3 meses en pacientes con ERCA que siguen una dieta mediterránea personalizada y controlada en proteínas.

Material y métodos: ERCANUT es un ensayo clínico aleatorizado en 76 pacientes con ERCA (TFG < 30 ml/min/1,73 m^2) con dos grupos paralelos (control $n = 38$, intervención $n = 38$). Ambos grupos recibieron inicialmente asesoramiento en dieta mediterránea controlada en proteínas (0,65-0,8 g/kg al día) por parte de una dietista-nutricionista y una enfermera. El grupo intervención siguió un programa de educación nutricional y hábitos de vida saludables (3 sesiones de 1 hora) y una dieta personalizada según sus gustos y requerimientos nutricionales. Se recogieron datos basales y a los 3 meses: estado nutricional (antropometría e impedanciometría) y funcionalidad (dinamometría y SPPB).

Resultados: En total, 34 sujetos en el grupo control y 33 en el grupo de intervención finalizaron el estudio (edad media 66,1 ± 14,9 años; 68 % hombres; TFG media 22,2 ± 3,1 mL/min/1,73 m^2). En ambos grupos hubo reducción significativa del IMC, circunferencia de la cintura, pliegue tricipital y masa grasa, sin afectación de masa magra y ángulo de fase en el grupo intervención. La puntuación del test SPPB aumentó significativamente solo en el grupo intervención. La adherencia a la dieta mediterránea mejoró en ambos grupos. El asesoramiento dietético por parte de personal especializado resultó eficaz para la reducción del IMC y la masa grasa y para mejorar de la calidad de la dieta (Tabla I, pág. siguiente).

Tabla I. Cambios en el estado nutricional, funcionalidad y calidad de la dieta

		Grupo control (*n* = 34)		Grupo intervención (*n* = 33)	
		Basal	**3 m**	**Basal**	**3 m**
Estado nutricional	IMC (kg/m^2)	28,5 ± 5,0	26,9 ± 6,5*	28,6 ± 4,4	27,9 ± 4,3*
	Circunferencia cintura (cm)	97,2 ± 14,4	95,7 ± 14,0*	98,5 ± 13,3	96,1 ± 12,7*
	Circunferencia cadera (cm)	103,9 ± 9,6	103,1 ± 9,5	105,8 ± 8,6	102,5 ± 8,3
	Pliegue tricipital (mm)	15,9 ± 8,0	15,0 ± 7,9*	17,2 ± 9,8	15,5 ± 9,3*
	Masa grasa (kg)	28,5 ± 5,0	26,9 ± 6,5*	26,5 ± 8,5	24,6 ± 8,1*
	Masa magra (kg)	53,7 ± 11,4	52,9 ± 11,2*	55,2 ± 12,3	54,8 ± 12,0
	Ángulo de fase (°)	5,6 ± 1,2	5,2 ± 1,1*	5,6 ± 1,1	5,3 ± 1,0
Funcionalidad	Dinamometría	29,9 ± 9,2	30,0 ± 9,3	32,4 ± 13,1	33,0 ± 12,7
	SPPB	10,2 ± 3,2	10,5 ± 3,0	9,9 ± 2,8	10,7 ± 2,2*
Calidad de la dieta	Grado de adherencia a la dieta mediterránea	7,1 ± 2,3	8,4 ± 1,9	7,7 ± 2,4	11,1 ± 1,2

*Cambios significativos (*p *< 0,05). Valor* p *del testado apareado de Wilcoxon o T-test, según corresponda, tras aplicar la prueba de normalidad.*

Conclusión: El seguimiento de una dieta mediterránea personalizada junto con un programa educativo en hábitos de vida saludables evitó la pérdida de masa magra y ángulo de fase y mejoró algunos parámetros de funcionalidad.

P-125. Esteatosis y fibrosis hepática en fibrosis quística: similitudes en prevalencia, métodos diagnósticos y factores de riesgo con la enfermedad hepática metabólica

Ana Piñar Gutiérrez[1], María del Carmen Roque Cuéllar[1], Silvia García Rey[1], Inmaculada Domínguez[2], Andrés Jiménez Sánchez[1], Ángeles Pizarro[3], Esther Quintana[4], Manuel Romero Gómez[3], Pedro Pablo García Luna[1]

Unidades de [1]Nutrición, de [2]Gestión Clínica de Laboratorio, de [3]Aparato Digestivo y de [4]Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La enfermedad hepática relacionada con la FQ es bien conocida en niños, pero no en adultos, donde se cree que la esteatosis tiene un papel relevante similar al de la enfermedad hepática metabólica (EHMet).

Objetivos: Determinar la prevalencia de esteatosis (EH) y fibrosis hepática (FH) en una cohorte de adultos con FQ mediante elastografía por resonancia (RMe). Secundarios: determinar la rentabilidad diagnóstica de marcadores no invasivos y la elastografía transicional (Fibroscan®); así como los factores de riesgo de ambas entidades.

Material y métodos: Estudio transversal con adultos FQ de una Unidad Multidisciplinar. Se realizó evaluación clínica, valoración morfofuncional, RMe, elastografía transicional y marcadores no invasivos. Las variables cuantitativas se expresan como *n* (%); cualitativas como P50(P25-P75). Se realizaron pruebas de exactitud diagnóstica y curvas ROC. Para estudiar los factores de riesgo se realizó una regresión logística.

Resultados: *n* = 101. Mujer = 44 (43,6 %). Edad = 33 (25-40,5) años. Tiempo de evolución = 24 (16-31) años. Desnutrición (GLIM) = 48 (47 %). Diabetes = 28 (27,7 %). Insuficiencia pancreática exocrina = 64 (63,4 %). IMC = 23,4 (20,1-24,89) kg/m². La prevalencia de EH fue del 17,8 % y de FH del 14,9 %. En Fibroscan® fue del 23,8 % (66 % sensibilidad y 85,5 % especificidad) y 10,9 % (60 % sensibilidad y 97 % especificidad) respectivamente. La AUC de la curva ROC del Fibroscan® fue de 0,864 (0,77-0,958) en EH y 0,901 (0,793-1) en FH. El marcador invasivo que se asoció a EH fue FLI con OR (IC 95 %) 4,08 (1,30-12,81); $p = 0,016$; el NFS se asoció a FH: 9,25 (1,40-61,25); $p = 0,021$. Los factores asociados en análisis multivariante se muestran en la tabla I.

Conclusión: Es el primer estudio de EH y FH con RMe en pacientes adultos FQ. La prevalencia fue del 17,8 % y 14,9 %, respectivamente. El FibroScan demostró adecuada exactitud diagnóstica, no así los marcadores no invasivos. Al igual que en la EHMet, la diabetes fue un factor de riesgo de la EH.

Tabla I.

	OR (IC 95 %)	*p*
Esteatosis		
Diabetes	20,644 (1,259-338,59)	0,034
Bilirrubina total	45,092 (1,744-1166,20)	0,022
Plaquetas	0,969 (0,946-0,993)	0,013
Vitamina A	0,755 (0,618-0,922)	0,006
Fibrosis hepática		
Plaquetas	0,97 1 (0,949-0,993)	0,009

P-126. Estudio nutricional en 101 pacientes adultos con fibrosis quística: correlación entre distintas técnicas de valoración morfofuncional y utilidad respecto a los criterios GLIM

Ana Piñar Gutiérrez[1], María del Carmen Roque Cuéllar[2], Silvia García Rey[2], Ángeles Pizarro[3], Andrés Jiménez Sánchez[2], Francisco Javier Castell[4], Inmaculada Domínguez[5], Manuel Romero Gómez[3], Esther Quintana[6], Pedro Pablo García Luna[2]

[1]Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Unidades de [2]Nutrición y del [3]Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [4]Servicio de Radiología y unidades de [5]Gestión Clínica de Laboratorio y de [6]Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La desnutrición es un marcador de progresión de la fibrosis quística (FQ). La valoración morfofuncional (VMF) es la más completa para evaluar su presencia y gravedad.

Objetivos: Describir los resultados de VMF en una cohorte de adultos con FQ, evaluar la correlación de sus resultados y la rentabilidad diagnóstica frente a criterios GLIM.

Material y métodos: Estudio transversal. Se realizó VMF mediante historia clínica, antropometría, ángulo de fase, bioimpedanciometría y ecografía nutricional. Variables cuantitativas = P50 (P25-P75); cualitativas = *n* (%). Se realizó test no paramétrico de comparación de medianas para las cuantitativas. Se realizó test de Spearman para evaluar correlación y regresión logística y curvas ROC para la rentabilidad diagnóstica.

Resultados: *n* = 101. Edad = 33 (25-40,5) años. Mujer = 44 (43,6 %). Desnutrición (GLIM) = 48 (47,5 %) (Tabla I). Destacó en mujeres la correlación entre IMC y perímetro braquial (s = 0,865; $p < 0,001$) y en varones entre IMC y perímetro de cintura (s = 0,701; $p < 0,001$). En regresión multivariante se asoció a desnutrición (GLIM) la dinamometría (OR 0,885 (0,802-0,977); $p = 0,015$) en varones y el perímetro de cintura (OR = 0,905 [0,824-0,993]; $p = 0,035$) en mujeres. Las curvas ROC fueron significativas en ambos sexos para IMC, dinamometría, perímetro braquial y FFMI y perímetro de cintura y tejido adiposo solo en mujeres.

Conclusión: El 47,5 % presentaban desnutrición según criterios GLIM. La correlación entre los resultados de las pruebas de VMF fue variable, aunque la mayoría presentó buena rentabilidad diagnóstica frente a GLIM, especialmente la dinamometría.

P-127. Una reducción del contenido de grasa intrahepática tras una intervención nutricional se relaciona con una mejora en la función renal y del estado inflamatorio/oxidativo

María Magdalena Quetglas Llabrés, Margalida Monserrat Mesquida, Cristina Bouzas, Emma Argelich, David Mateos, Lucía Ugarriza, Antoni Sureda, Josep A. Tur

Grupo de Nutrición Comunitaria y Estrés Oxidativo-Biología Fundamental y Ciencias de la Salud. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA), enfermedad hepática crónica más común observada en la práctica clínica a nivel mundial, se ha visto independientemente asociada con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica (ERC)

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar si una intervención de 24 meses basada en una dieta mediterránea y la práctica de actividad física con el objetivo de reducir el contenido graso intrahepático se relaciona también con una disminución del riesgo de enfermedad renal crónica.

Material y métodos: Se reclutaron cuarenta adultos (20 hombres y 20 mujeres) residentes en las Islas Baleares, de entre 48 y 60 años, diagnosticados con EHGNA. Los participantes fueron divididos en dos grupos según si mejoraron o no su contenido de grasa intrahepática medido por resonancia magnética nuclear tras la intervención nutricional.

Resultados: Una reducción en la grasa intrahepática se relacionó con un aumento en los niveles de c-HDL, una disminución en el índice de masa corporal y en los niveles circulantes de glucosa, HbA1c, triglicéridos, c-LDL, colesterol total y de parámetros indicativos de la función hepática como transaminasas y de la citoqueratina 18. Además, se registró un aumento en las actividades de las enzimas antioxidantes catalasa y superóxido dismutasa en los eritrocitos, así como una reducción en las concentraciones de las citoquinas proinflamatorias generalistas IL-6 y TNF-α y de la IL-18, más específica de inflamación renal. En cuanto a la función renal, se detectó un aumento en la tasa de filtración glomerular estimada (MDRD). En contraste, en los participantes que no mejoraron la EHGNA, no se observaron cambios significativos en los parámetros mencionados, excepto una disminución en el MDRD.

Conclusión: Dieta y estilo de vida saludables promueven mejoras en diversos parámetros relacionados con la salud cardiovascular, hepática y renal.

P-128. Eficacia de un programa dietético y conductual en pacientes con obesidad grave

Alba Ribalta Canudas, Gemma Simats Oriol, Glòria Conangla Canadell, M. Engràcia Saló Solà, Helena Julià Pratllusa, M. Carme Vilardell Vila

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa. Manresa, Barcelona

Tabla I.

Variable	Resultado	*p*
IMC (kg/m^2) Hombres/Mujeres	23,96 (22,6-25,5)/22,1 (19,4-23,9)	0,01
Perímetro de cintura (cm) Hombres/Mujeres	86 (79,5-92,5)/74,5 (70-83,8)	0,003
Perímetro braquial (cm) Hombres/Mujeres	29 (27-30,8)/25 (23,5-28)	0,001
Perímetro tricipital (cm) Hombres/Mujeres	11 (8,5-14)/13,4 (9-17)	0,286
Dinamometría (kg) Hombres/Mujeres	33,3 (27,4-40)/20 (17,7-23,3)	< 0,001
Ángulo de fase (°) Hombres/Mujeres	6,8 (6-7,1)/5,7 (5,3-6)	< 0,001
Fat free mass index (FFMI) (kg/m^2) Hombres/Mujeres	17,8 (16,2-18,75)/15,55 (14,82-16,25)	< 0,001
Área muscular (cm^2) Hombre/Mujer	5,4 (4,2-6)/3,8 (2,8-4,2)	< 0,001
Tejido adiposo preperitoneal (cm) Hombres/Mujeres	0,84 (0,62-1,15)/0,64 (0,48-0,94)	0,07

Introducción: La obesidad es un gran problemas de salud pública del siglo XXI. Su prevalencia ha sufrido un incremento alarmante que se asocia a un aumento significativo de las comorbilidades asociadas, del riesgo de mortalidad, coste económico y sobrecarga del sistema sanitario.

Objetivos: Analizar los resultados de un programa dietético y conductual para pacientes con obesidad valorando la pérdida de peso, el Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC), parámetros bioquímicos y presión arterial.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que analiza los primeros resultados de la implementación del programa que incluye pacientes de 15 a 70 años con obesidad grave, sin criterios de cirugía bariátrica y pacientes de 15 a 30 años con IMC ≥ 27 kg/m^2 con comorbilidades asociadas o IMC ≥ 30 sin comorbilidades. Incluye 3 visitas médicas individuales, 2 con nutricionista y 4 sesiones grupales a lo largo de 1 año.

Resultados: 56 pacientes iniciaron el programa (abandono 41,4 %). Se analizaron 33 pacientes (19 mujeres) de edad media 55 años (30-63), peso medio de 113,4 kg (DE 20,4), IMC medio de 40,2 (38-43). Se observó una disminución estadísticamente significativa en el peso e IMC de 6,5 kg (3,8 a 9) y 3,4 kg/m^2 (0,3 a 6,4), respectivamente ($p \leq 0,0332$), pérdida de peso total del 5,5 %. Se observó una disminución no estadisticamente significativa de la CC en 6,2 cm (-4,6 a 17), mejora en parámetros bioquímicos y presion arterial. La pérdida de peso fue mayor entre 36 y 55 años, a mayor asistencia a sesiones grupales perdiendo 7,2 kg (-15,3 a 104,1) asistiendo al 100 % y 1,5 (-33,2 a 43,9) asistiendo al 25 %, y con tratamiento farmacológico asociado.

Conclusión: El programa dietético y conductual para el tratamiento de la obesidad es una herramienta eficaz para la pérdida de peso y promueve una mejoría en la CC, parámetros bioquímicos y presión arterial. Un mejor cumplimiento del programa se relaciona con mejores resultados en la pérdida de peso.

P-129. Influencia de los polimorfismos del metabolismo de la vitamina D en el riesgo de hipertensión

Susana Rojo Tolosa[1,2], José María Gálvez-Navas[2,3], Laura Elena Pineda-Lancheros[2], Cristina Pérez-Ramírez[4], Alberto Jiménez-Morales[2]

[1]Servicio de Neumología y [2]Unidad de Farmacogenética. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [3]Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. [4]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular Ii. Universiad de Granada, Granada

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y de mortalidad por cualquier causa en todo el mundo. La progresión de la enfermedad provoca alteraciones estructurales y funcionales en diferentes órganos, aumentando el riesgo cardiovascular. En la actualidad, existen importantes deficiencias en su diagnóstico, tratamiento y control. La vitamina D se caracteriza por su versatilidad funcional y su implicación en innumerables procesos fisiológicos. Esto ha llevado a asociar la vitamina D con numerosas enfermedades crónicas, entre ellas la HTA y la ECV, debido a su implicación en la regulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de 13 polimorfismos de nucleótido único relacionados con la vía metabólica de la vitamina D y el riesgo de desarrollar HTA.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de casos y controles que incluyó 250 pacientes diagnosticados de HTA y 500 controles del sur de España. Se analizaron polimorfismos genéticos en CYP27B1 (rs4646536, rs3782130, rs703842, rs10877012), CYP2R1 (rs10741657), GC (rs7041), CYP24A1 y VDR (BsmI, Cdx-2, FokI, ApaI, TaqI) mediante PCR a tiempo real utilizando sondas TaqMan®.

Resultados y conclusión: El análisis de regresión logística ajustado por tabaquismo, dislipemia y diabetes mostró que, en el modelo genotípico, los portadores del genotipo GC rs4071-GG se asociaban con un menor riesgo de desarrollar HTA ($p = 0,034$; OR = 0,57; IC 95 % = 0,34-0,96, GG frente a TT). En el modelo dominante se mantuvo esta asociación, los portadores del alelo-G mostraron un menor riesgo de desarrollar HTA (OR = 0,69; IC 95 % = 0,47-1,03, G frente a TT). En consonancia, en el modelo aditivo, el alelo-G se asoció con un menor riesgo de desarrollar HTA (OR = 0,75; IC 95 % = 1-1,75, G frente a T). El análisis de haplotipos reveló que los haplotipos ACTATG, GATGCT y GACATG para los SNP rs1544410, rs7975232, rs731236, rs4646536, rs703842, rs10877012, estaban asociados con el riesgo de HTA ($p = 0,02$; OR = 1,45; IC 95 % = 0,50-4,20), ($p = 0,02$; OR = 1,25; IC95 % = 0,30-5,14) y ($p = 0,02$; OR = 0,35; IC 95 % = 0,12-1,02), respectivamente. Esto resultados junto a nuevas investigaciones podrían afianzar el polimorfismo GC-rs7041 como un biomarcador predictivo del desarrollo de HTA.

P-130. Influencia del nivel de estudios con el grado de obesidad. ¿Influye el hospital de referencia?

Juan de Dios Barranco Ochoa, Macarena Moreno Martínez, Inmaculada Prior Sánchez, Francisco Pereira Becerra, Roberto Carlos Romo Remigio

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: Un nivel bajo de estudios se relaciona con una mayor probabilidad de padecer obesidad.

Objetivos: Asociación entre el grado de obesidad y el nivel de estudios - Asociación entre el grado de obesidad y el área hospitalaria de referencia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se recogen datos demográficos de los pacientes que acuden a consulta de nutrición en el Hospital Universitario de Jaén en noviembre y diciembre de 2023. Estadístico con SPSS®.

Resultados: $n = 160$, 62 % mujeres, edad media 50,33 ± 10,53 años. 4 pacientes presentaban un sobrepeso, 16 pacientes una obesidad grado I, 36 pacientes una obesidad grado II, 76 pacientes una obesidad grado III y 28 pacientes una obesidad grado IV. EL 42,5 % (68) de los pacientes tenían un nivel de estudios bajos. El 24,4 % (39) tenía un nivel de estudios medios

y el 25 % (40) tenía un nivel de estudios altos. Existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudio y grado de obesidad. Los pacientes con un nivel más bajo de estudios presentaban un IMC medio estadísticamente superior (46,14 frente a 42,06); Diferencia de medias + 4,07, IC 95 % (1,54- 6,60), $p = 0,002$. En la estratificación por área hospitalaria de referencia: 93 pacientes pertenecían al área hospitalaria de Jaén, 8 al área de Andújar, 32 al área de Linares y 27 al área de Úbeda. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grado de obesidad. Los pacientes procedentes del hospital de Andújar tenían un IMC medio superior (47,26 frente a 43,81), no siendo estadísticamente significativo ($p = 0,421$).

Conclusiones: Un nivel de estudios más bajos se relaciona con un mayor grado de obesidad, de manera significativa; no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grado de obesidad de los distintos centros hospitalarios, siendo objetiva la menor oportunidad de asistencia a nuestras consultas desde determinadas áreas hospitalarias.

P-131. Prevalencia y factores de riesgo de esteatosis y fibrosis hepática medidas mediante elastografía por resonancia en adultos con diabetes relacionada con la fibrosis quística

Ana Piñar Gutiérrez[1], Silvia García Rey[1], María del Carmen Roque Cuéllar[1], Inmaculada Domínguez[2], Andrés Jiménez Sánchez[1], Ángeles Pizarro[3], Esther Quintana[4], Manuel Romero Gómez[3], Francisco Javier Castell[5], Pedro Pablo García Luna[1]

Unidades de [1]Nutrición, de [2]Gestión Clínica de Laboratorio, de [3]Aparato Digestivo, de [4]Neumología y de [5]Radiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La diabetes relacionada con fibrosis quística (DRFQ) tiene una prevalencia del 40-50 % en adultos. Dado lo que conocemos sobre la enfermedad hepática metabólica, se precisan estudios que evalúen si la DRFQ también se relaciona con esteatosis (EH) y fibrosis hepática (FH).

Objetivos: Determinar la prevalencia de EH y FH en una cohorte de adultos con DRFQ mediante elastografía por resonancia (RMe). Secundarios: determinar la rentabilidad diagnóstica de La elastografía transicional (FibroScan®) y los factores asociados a ambas entidades.

Material y métodos: Estudio transversal con adultos con DRFQ de una Unidad Multidisciplinar. Se realizó evaluación clínica, valoración morfofuncional, RMe, elastografía transicional y marcadores no invasivos. Las variables cuantitativas se expresan como *n* (%); cualitativas como P50 (P25-P75). Se realizaron pruebas de exactitud diagnóstica. Para estudiar los factores de riesgo se realizó una regresión logística.

Resultados y conclusión: $n = 28$. Mujer = 15 (53,6 %). Edad = 34 (28,7-40,5) años. Tiempo de evolución = 28 (19,5-34) años. Desnutrición (GLIM) = 15 (53,6 %). Insuficiencia pancreática exocrina = 26 (92,9 %). IMC = 23,2 (19,7-24,5) kg/m². Tratamiento insulínico = 20 (71,4 %). La prevalencia de EH fue del 25 % y de FH del 32,1 %. En FibroScan® fue del 28,6 % (71,4 % sensibilidad y 85,7 % especificidad) y 17,9 % (55,5 % sensibilidad y 100 % especificidad), respectivamente. La AUC de la curva ROC del FibroScan® fue de 0,915 (0,81-1) en EH y 0,936 (0,838-1) en FH. No hallamos ningún factor asociado con EH. Los asociados a FH se muestran en la tabla I. No se pudo realizar análisis multivariante dado el bajo tamaño muestral. Como conclusiones, es el primer estudio de EH y FH en adultos con DRFQ realizado con RMe. La prevalencia fue del 25 % y 31,1 %, respectivamente. El FibroScan® demostró excelente exactitud diagnóstica. Las alteraciones del hemograma y las transaminasas, así como los déficits de vitaminas liposolubles parecen asociarse a mayor riesgo de FH.

Tabla I.

	OR (IC 95 %)	*p*
Hemoglobina	5,6 (1,01-338,59)	0,05
Bilirrubina total	11,46 (1,032-127,3)	0,047
Plaquetas	0,981 (0,964-0,998)	0,031
Linfocitos	0,038 (0,002-0,615)	0,021
GOT	1,128 (1,02-1,247)	0,019
Vitamina A	0,866 (0,752-0,997)	0,046
Vitamina E	0,997 (0,993-1)	0,047

P-132. Análisis descriptivo de los pacientes con obesidad y apnea obstructiva del sueño (AOS) incluidos en el programa de cocina terapéutica del hospital (RUTIXEF)

Mireia Ros Martí[1], Clara Joaquín Ortiz[1], Analia Emilce Ramos Rodas[2], Guillem Socias Rullan[1], Paula Campo del Campo[2], Sandra Granados Huerga[2], Núria Alonso Pedrol[1]

[1]Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Institut Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: Una alta proporción de las personas con AOS sufren sobrepeso u obsidad. Se ha observado que la reducción del peso puede conllevar a una mejoría significativa de los síntomas, así como la reducción del número de apneas-hipoapneas. Los pacientes con dichas características se incluyen en el programa de cocina terapéutica (Rutixef) cuyo objetivo es facilitar la adquisición y adherencia de las recomendaciones dietéticas.

Objetivos: Estudiar las características basales de los pacientes incluidos en el programa Rutixef.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con obesidad y AOS en un programa de educación grupal realizado en la cocina terapéutica del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, compuesto por 3 sesiones grupales. Se realizó un estudio de la composición corporal mediante parámetros antropométricos, bioimpedancia (InBody s10®) y dinamometria (JAMAR®).

Resultados y conclusión: 31 pacientes, edad media 59 ± 10,1 años y 67,7 % hombres. El 90,3 % presentaba obesidad (32,3 % grado I, 45,2 % grado II y 12,9 % mórbida). Comorbilida-

des: 61,3 % presentaba hipertensión, 32.3 % diabetes *mellitus* y 35.5 % dislipemia. Datos antropométricos: peso 104,9 ± 16,8 kg, IMC 36,2 ± 4,7 kg/m^2, perímetro de cintura 107,6 ± 17,8 cm en hombres y 91,1 ± 11,3 cm en mujeres y perímetro de pantorilla en hombres 34,9 ± 4,3 cm y en mujeres 30,1 ± 3,4 cm. Dinamometria en hombres 43,8 ± 8,2 kg y en mujeres 22,3 ± 5,7 kg. Los resultados de la bioimpedancia: en hombres, angulo de fase 6,3 ± 0,8°, índe de masa muscular esquelética 11,3 ± 1,3 kg/m^2, masa grasa 34 %, masa muscular 37,5 % y masa celular corporal 47 ± 6,1 kg; en mujeres, angulo de fase 5,2 ± 0,5°, índe de masa muscular esquelética 9 ± 0,8 kg/m^2, masa grasa 42,3 %, masa muscular 31,3 % y masa celular corporal 32,8 ± 3,9 kg. En esta muestra de pacientes con diagnóstico de AOS casi la totalidad de los mismos presentaba obesidad tanto por IMC como por biomimpedancia, asociado a comorbilidades que aumentan la morbimortalidad del paciente. Por ese motivo, se refuerza la necesidad de una intervención y seguimiento nutricional más intensivo en este grupo de pacientes.

P-133. Diferencias en el binomio malnutrición-inflamación entre hombres y mujeres en hemodiafiltración *online*

Esmeralda Josa Martín[1], Guillermina Barril[2], Mar Ruperto López[3]

[1]Universidad Complutense de Madrid. Madrid. [2]Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid. [3]Universidad San Pablo CEU. Madrid

Introducción: La malnutrición e inflamación son factores de riesgo de morbimortalidad en pacientes en hemodiálisis (HD).

Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar según el género las posibles diferencias de los marcadores nutricionales e inflamatorios en pacientes en hemodiafiltración (HDF-online).

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional transversal en 76 pacientes en HDF-online ($n = 53$; 69,7 % hombres; edad media: 74,2 ± 14,2 años; tiempo de tratamiento en HD: 36,3 ± 34,5 meses; diabetes *mellitus*: 38,2 %). Evaluación de la adecuación de diálisis, parámetros clínicos, antropométricos e inflamatorios. Se valoró la comorbilidad por el índice de Charlson. Se aplicó la escala de malnutrición-inflamación (MIS) para definir el riesgo nutricional e inflamatorio. El agua corporal total se calculó mediante la ecuación de Watson ajustada por sexo. Análisis estadístico mediante SPSS v.25.

Resultados: En los 76 pacientes en HDF-*online* la prevalencia de riesgo nutricional-inflamatorio fue mayor en hombres (25 %) frente a mujeres (11,1 %). En hombres y mujeres se encontró correlación positiva del MIS con la proteína C-reactiva (PCR), ratio PCR-albúmina, fibrinógeno e índice de Charlson, y negativamente con la prealbúmina y transferrina séricas (al menos, $p < 0,05$). Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con las proteínas totales, y el ratio plaquetas-linfocitos (al menos, $p < 0,05$).

Conclusión: En HDF-*online*, los hombres presentaban mayor riesgo nutricional e inflamatorio asociado con comorbilidades múltiples comparado con las mujeres.

P-134. Valoración nutricional durante el ingreso hospitalario en pacientes oncohematológicos

Mario Alfredo Saavedra Vásquez[1], María Antequera González[1], Carmen Dameto Pons[1], Elena González Arnaiz[1], Diana Guadalupe Ariadel Cobo[1], Diana García Sastre[2], María del Pilar García Pérez[2], Montserrat Casado Amigo[2], Ainhoa Niño González[2], María D. Ballesteros Pomar[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Nutrición Clínica y Dietética. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: Los pacientes oncohematológicos presentan un elevado riesgo de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), especialmente durante un ingreso hospitalario, la cual afecta negativamente la evolución de la enfermedad.

Objetivos: Describir las características demográficas de la población con enfermedad hematológica que precisó seguimiento nutricional durante el ingreso hospitalario, así como el grado de desnutrición al inicio y como este último afecta el pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el que se incluyen a pacientes ingresados en el Servicio de Hematología del Hospital de León que presentaron cribado de riesgo nutricional (mediante *Malnutrition Screening Tool*), desde diciembre del 2022 a noviembre del 2023. Se recogen variables demográficas (edad, sexo), diagnóstico nutricional (según criterios GLIM), tratamiento, estancia hospitalaria y reingresos.

Resultados y conclusión: Se incluyen 138 pacientes de los cuales el 43,5 % son mujeres. La edad media es 66,7 (DE 17,8) años. Las patologías más frecuentes son linfomas (36,1 %), mieloma múltiple (19,6 %) y síndrome mielodisplásico (8,7 %). En la valoración nutricional al inicio del seguimiento el 51,4 % presenta solo cribado nutricional positivo, el 18,1 % desnutrición moderada y el 30,4 % desnutrición severa. El 66,7 % requiere suplementación oral nutricional, el 2,9 % nutrición enteral y el 8,7 % nutrición parenteral. La media de estancia es 10,2 (DE 12,1) días. El 33,3 % de los pacientes presenta reingresos. Se aplicó prueba de χ^2 para ver la relación entre desnutrición severa con mayor probabilidad de reingresos y estancias hospitalarias prolongadas (> 10 días) obteniendo resultados estadísticamente significativos en ambas (p 0,003 y 0,021, respectivamente). Como conclusión, las enfermedades oncohematológicas requieren intervención nutricional como parte de su manejo por el aumento de complicaciones que conlleva la DRE. En nuestro estudio se observó una asociación entre un grado severo de desnutrición con mayor tasa de reingresos y prolongadas estancias hospitalarias que aumentan la morbimortalidad.

P-135. Nuevos avances y perspectivas en la valoración nutricional del paciente oncológico en el ámbito hospitalario

Nerea Sales Balaguer, Patricia Sorribes Carreras

Servicio de Dietética. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castelló de la Plana

Introducción: Tradicionalmente, se ha detectado la pérdida de peso del paciente oncológico sin evaluar la composición corporal o el tejido implicado en la pérdida ponderal. La masa musculoesquelética tiene funciones más allá de la locomoción, como la captación de glucosa estimulada por la insulina, influencia en la densidad ósea a través de la fuerza mecánica sobre los huesos y metabolismo proteico de todo el cuerpo. La sarcopenia (pérdida de masa y función muscular) está asociada a incremento del riesgo en las complicaciones quirúrgicas, toxicidad dosis-limitante y reducción a respuesta al tratamiento, disminución de la función física, calidad de vida y supervivencia. La mioesteatosis (infiltración grasa muscular) puede utilizarse como marcador de calidad muscular: un músculo con mayor deposición grasa tiene menor potencia de contracción y capacidad para producir fuerza.

Objetivos: Diagnosticar precozmente la sarcopenia y mioesteatosis mediante la utilización de la tomografía computarizada (TAC) y pruebas funcionales en el ámbito hospitalario.

Material y métodos: Análisis de funcionalidad mediante la fuerza prensora de la mano utilizando dinamómetro de mano JAMAR; Análisis de la composición corporal utilizando imágenes de TAC mediante el *software* Slicer3D; Para la determinación de la sarcopenia y mioesteatosis se utilizan los puntos de corte establecidos.

Resultados y conclusión: De los 45 pacientes analizados, se detectó una prevalencia total de sarcopenia del 31,1 %; de presarcopenia un 40 % y pacientes sin sarcopenia un 28,9 %. Asimismo, el 51,1 % de los pacientes presentó mioesteatosis. Esto pone en relieve la importancia de la detección temprana y la necesidad de tratar esta patología, frecuentemente infradiagnosticada. Es necesario la realización del cribado, prevención, intervención y monitorización mediante la integración de los diferentes niveles asistenciales y áreas de especialización a través de equipos multidisciplinares que favorezcan el tratamiento global del paciente oncológico (Figs. 1 y 2).

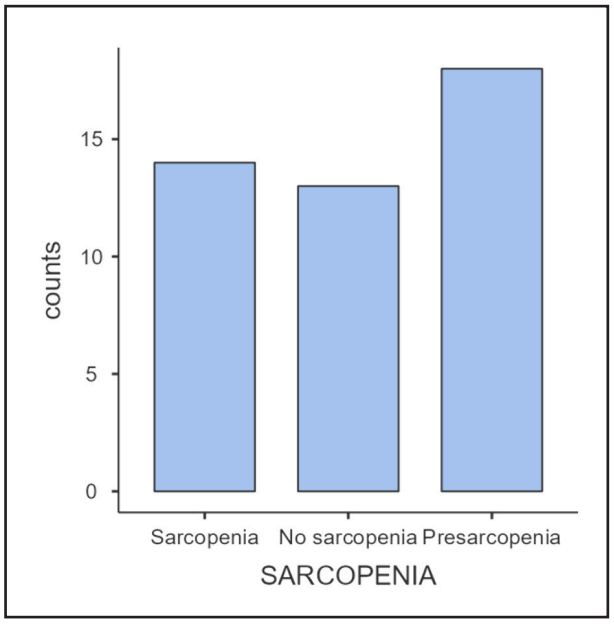

Figura 1.

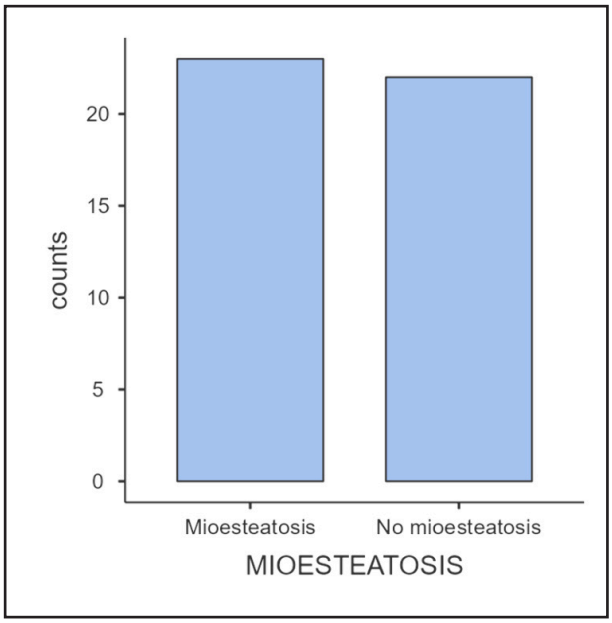

Figura 2.

P-136. Utilidad de la BIA en la valoración clínica del paciente con insuficiencia cardíaca

Francisco José Sánchez Torralvo[1], María García Olivares[1], Carolina Moreno-Torres Taboada[1], Sonia Castillo[2], José María Pérez Ruiz[2], Gabriel Olveira[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y [2]Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La impedancia bioeléctrica (BIA) se usa en la valoración nutricional, pero también evalúa la integridad de la membrana celular y las alteraciones en el balance hídrico.

Objetivos: Establecer la relación entre los parámetros de BIA y la situación clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes ambulatorios de la Unidad de IC. Se realizó una BIA y se recogieron otros parámetros clínicos. Se estableció un valor de NT-proBNP > 1800 pg/ml como signo de descompensación de la IC.

Resultados: 51 pacientes (72,5 % varones) con diferentes grados de disnea (46,9 % grado 1; 32,7 % grado 2, 38,8 % grado 3) y estadios de IC prestablecidos (61,2 % estadio B, 38,8 % estadio C). La media de NT-proBNP fue 4280,7 ± 7634,7 (35-39736) pg/ml. 24 pacientes (48 %) presentaron NT-proBNP en rango de descompensación. El ángulo de fase (AF) fue 4,68 ± 0,98° para hombres y 4,59 ± 0,78° para mujeres, sin diferencias entre ambos. El agua extracelular (ECW) fue 24 ± 5,3 kg en hombres y 16,8 ± 2,1 kg en mujeres. La hidratación media fue 76 ± 4,35 % (ligera sobrehidratación). El IMLG fue 20,3 ± 2,26 kg/m^2 para hombres y 17,3 ± 1,99 kg/m^2 para mujeres (el 5,9 % bajo puntos de corte) y la masa muscular apendicular

(ASMM) 22,6 ± 4,1 kg/m^2 para hombres y 15,1 ± 2,85 kg/m^2 para mujeres (el 31,4 % bajo puntos de corte). Los pacientes con NT-proBNP alto presentaron AF más bajo (4,34 ± 0.8 frente a 4,94 ± 0,96, $p = 0,02$) y mayor hidratación (77,3 ± 5,2 frente a 74,8 ± 3,2, $p = 0,048$), con mayor ECW (23,8 ± 5,8 frente a 20,4 ± 5,2, $p = 0,036$). La curva ROC determinó un punto de corte de 4.8° de AF para diagnóstico de descompensación (61,54 % S y 75 % E). No se encontraron diferencias significativas en los parámetros de BIA entre los diferentes estadios de IC.

Conclusión: La BIA se presenta como una herramienta útil para la valoración morfofuncional del paciente con IC. El ángulo de fase y los parámetros de hidratación tienen capacidad de predecir la situación clínica de estos pacientes.

P-137. Valoración de la composición corporal y función en pacientes con insuficiencia cardíaca. Utilidad de las nuevas técnicas de valoración morfofuncional

María García Olivares[1,2], Francisco José Sánchez Torralvo[1], Carolina Moreno-Torres Taboada[1], Sonia Castillo[3], José María Pérez Ruiz[3]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Malaga. [3]Servicio de Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La desnutrición y baja masa muscular están relacionadas con un aumento de complicaciones y un peor pronóstico en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivos: Evaluar la utilidad de las diferentes técnicas de valoración morfofuncional en la valoración nutricional de los pacientes con IC.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes ambulatorios atendidos en la Unidad de IC del Hospital Regional de Málaga. Para realizar la valoración morfofuncional se utilizó dinamometría de mano, bioimpedancia (BIA) y ecografía nutricional®.

Resultados y conclusión: 51 pacientes (27,5 % mujeres, 72,5 % varones), IMC de 28,2 ± 5,2 kg/m^2.Grados de disnea (46,9 % grado 1; 32,7 % grado 2, 38,8 % grado 3) y estadios de IC (61,2 % B, 38,8 % C). Mediante antropometría se observó un perímetro braquial (cm) de 28 ± 4,5 y 29 ± 3,6 y pantorrilla (cm) de 34,8 ± 3 y 36,4 ± 4,4 y un pliegue tricipital (mm) de 20,9 ± 9,2 y 12,8 ± 5,3; mujeres y hombres respectivamente. La dinamometría de mano media (kg) fue de 17,9 ± 5 en mujeres y 30 ± 7,1 en hombres. Con la BIA se obtuvo B CM (kg) 19,4 ± 4,1 y 26,8 ± 5,8, ASMM (kg) 15,1 ± 2,8 y 22,6 ± 4,1 y FMI (kg/m^2) 9,87 ± 4,4 y 8,34 ± 3,3; mujeres y hombres respectivamente. La hidratación media fue del 76 ± 4,4 % (ligera sobrehidratación). Mediante ecografía muscular se observó, un tejido adiposo superficial (cm) 1,17 ± 0,39 y 0,65 ± 0,39, y área muscular (cm^2) 2,86 ± 0,93 y 4,09 ± 1,21 y según ecografía abdominal, tejido adiposo total (cm) 1,68 ± 0,79 y 1,53 ± 0,81 y superficial (cm) 0,81 ± 0,49 y 0,62 ± 0,34; mujeres y hombres, respectivamente. Se halló una correlación positiva entre las diferentes técnicas de valoración morfofuncionaldestacando la fuerte asociación entre FMI (BIA) y tejido adiposo (ecografía) ($r = 0,55$); dinamometría y área muscular (ecografía) ($r = 0,59$); y entre dinamometría y B CM ($r = 0,72$) y ASMM (BIA) ($r = 0,75$); $p < 0,05$. Existe una buena correlación entre las diferentes técnicas de valoración morfofuncional (BIA, ecografía nutricional® y dinamometría) en pacientes con IC, siendo útil el uso de estas técnicas en la práctica clínica habitual.

P-138. Implementación de un programa de educación dietética teórico-práctico (RUTIXEF) para el paciente con enfermedad renal crónica avanzada

Guillem Socias Rullan[1], Clara Joaquín Ortiz[1], Analia Emilce Ramos Rodas[1], Mireia Ros Martí[1], Néstor Rodríguez Chivita[2], Paula Campo del Campo[1], Núria Alonso Pedrol[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y [2]Nefrología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: La prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) a nivel nacional es del 15,1 %, predominante en hombres mayores de 65 años. Según las guías KDIGO 2023, el tratamiento de la ERC se basa en el tratamiento médico, tratamiento sustitutivo y abordaje dietético individualizado.

Objetivos: Evaluar la eficacia del programa de cocina terapéutica enfocado a la mejora de los hábitos dietéticos de los pacientes con ERC sin riesgo de malnutrición.

Material y métodos: En nuestro centro, para aquellos pacientes sin riesgo de malnutrición (MNA-SF > 11) y con enfermedad renal crónica en estadíos avanzados se ha diseñado una intervención grupal de tres sesiones teórico-prácticas con el objetivo de promocionar la dieta mediterránea, la práctica de ejercicio físico, la interpretación de etiquetas alimentarias y la explicación de medidas específicas para el control del potasio y fósforo para los casos que lo requieran. Se ha utilizado el cuestionario Predimed modificado (14 puntos) y un cuestionario de conocimientos de elaboración propia (12 puntos) más específico con respecto a los aspectos dietéticos y la ERC. Los cuestionarios se pasaron al inicio y 3-6 meses después. Los datos se analizaron mediante el programa de análisis estadístico IBM SPSS Statistics 20.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes, edad media de 70,9 ± 10,3 años, 67,7 % hombres, con una tasa de filtración glomerular < 25 ml/min/m^2. Se observó un aumento de la adherencia a la dieta mediterránea (7,76 ± 1,09 frente a 9,22 ± 0,9, $p < 0,000$) y mejora de los conocimientos específicos del abordaje dietético y la ERC (7,95 ± 1,38 frente a 10,11 ± 0,88, $p < 0,014$).

Conclusión: La realización de sesiones teórico-prácticos es una buena herramienta para la educación dietética en el paciente con ERC avanzada sin riesgo de malnutrición, ya que aumenta la adherencia a la dieta mediterránea y mejora los conocimientos específicos del abordaje dietético y la patología.

P-139. El papel de la dinamometría en la evaluación de la función muscular y su relación con el control metabólico de pacientes con diabetes de tipo 2

María Antonia Tomás Pérez[1], María Dolores Espín García[2], Marina Marco Menárguez[2], Patricia Cuenca Pérez-Mateos[2], María Josefa López López[2], Ana Pinos Blanco[2], Fátima Illán Gómez[2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. [2]Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

Introducción: La pérdida de masa muscular se relaciona con la resistencia insulínica. La diabetes acelera el descenso de la masa y fuerza muscular. Los pacientes con DM2 tienen con frecuencia dinapenia, que causa debilidad muscular independendientemente del mantenimiento de la masa muscular.

Objetivos: Por ello, nos planteamos como objetivo evaluar la fuerza muscular en pacientes con DM2 y obesidad, y analizar su influencia sobre el control metabólico.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de pacientes evaluados por DM2 y obesidad en una consulta de endocrinología del Hospital General Univeristario Morales Meseguer, Murcia, durante el mes de septiembre de 2023.

Resultados y conclusión: Se evaluaron 47 pacientes, siendo 30 varones. Los varones tenían una mediana de edad de 61 (53-70) años, peso 95,1 (89-106) kg, IMC 32,7 (30-37) kg/m^2 y circunferencia de cintura de 120 (111-125) cm. La fuerza prensil media fue 38,9 (26-48) kg, el porcentaje de masa grasa 35,2 (39-41) % y el índice de masa libre de grasa (IMLG) 21,3 (19-2 2) kg/m^2. 7 pacientes (23,3 %) tenían fuerza muscular disminuida y peor control glucémico que el resto (HbA1c 9,5 frente a 8,1 %). Las mujeres tenían una mediana de edad de 57 (53-68) años, peso 87,1 (82-94) kg, IMC 36,3 (33-39) kg/m^2 y circunferencia de cintura de 114 (103-119) cm. La fuerza prensil media fue 20,6 (16-26) kg, el porcentaje de masa grasa 56 (47-60) % y el de IMLG 16,6 (15-19) kg/m^2. 3 tenían una fuerza muscular descendida (17,6 %) y peor control glucémico que el resto (HbA1c 8,7 frente a 7,8). El 21,2 % de nuestros pacientes tenían un descenso de la fuerza muscular con un peor control glucémico. Por ello, consideramos que se debería evaluar de manera sistemática la función y la masa muscular en estos pacientes, para poder intervenir nutricionalmente y mejorar el control metabólico y la calidad de vida.

P-140. Valoración del estado nutricional de personas que viven con VIH en el centro de atención integral de La Habana

Georgina María Zayas Torriente[1], Juana Maggie Torriente Valle[2], Hilda Noemí Chávez Valle[2]

Departamentos de [1]Nutrición Clínica y [2]Docencia. Instituto Nacional de higiene, Epidemiología y Microbiologia. La Habana, Cuba

Introducción: El monitoreo nutricional es, junto al manejo inmuno-virológico, un pilar fundamental en el tratamiento y curso de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. La terapia antirretroviral de alta eficacia mejoró la supervivencia de los individuos infectados, sin embargo, la desnutrición continúa siendo un problema frecuente sobre todo en las etapas avanzadas.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas y del estado nutricional de las personas con VIH internados en el Centro de atención integral, orientar el manejo alimentario y nutricional y evaluar la evolución de los indicadores nutricionales e inmunológicos.

Material y métodos: Estudio cuasi experimental. Evaluados 72 personas en tres ocasiones (inicio, primer y segundo año) mediante indicadores antropométricos [mediciones: (peso, talla, circunferencia braquial, pliegue tricipital). Se calculó IMC, índices de muscularidad, adiposidad y porcentaje de grasa], bioquímicos: (hemoglobina, colesterol total, triglicéridos, glicemia) e inmunológicos (CD4+). Se estableció diagnóstico nutricional, orientó dietoterapia y consejería. Para evaluar los cambios ocurridos en las variables durante la intervención se utilizó el Test de Friedman, prueba no paramétrica para más de dos muestras relacionadas.

Resultados y conclusión: Edad promedio: 43,1 ± 8,8 años, predominaron hombres, diagnóstico entre 6 y 15 años 61,1 %, casos sida: 83,3 %, ingestión de bebidas alcohólicas: 20,8 %, consumo de tabaco: 62,5 %, terapia antirretroviral: 77,8 %, consumo de vitaminas: 96,6 %, actividad física: 2,9 %. Los valores promedios del peso, pliegue tricipital, IMC, AGB y el porcentaje de grasa aumentaron después de la intervención nutricional; hemoglobina descendieron, colesterol total variables, glicemia aumentaron, pero dentro de la normalidad, (triglicéridos) en el límite alto siempre. Durante la evaluación inicial y final existieron diferencias significativas para: circunferencia braquial ($p = 0,004$), pliegue tricipital ($p = 0,047$), área muscular brazo ($p = 0,026$), porcentaje de grasa ($p = 0,000$), colesterol total $p = (0,003)$, glicemia ($p = 0,022$) y linfocitos TCD4+ ($p = 0,016$). En conclusión, la evaluación sistemática del estado nutricional y la dietoterapia oportuna son fundamentales en la atención a las personas con VIH.

P-141. Porcentaje de pérdida de peso en pacientes oncológicos de alto riesgo nutricional

Esther Tortosa Caparrós, Rosario Rubiato Aragón, María Sol Talaya Alarcón, Margarita Casado Jiménez, Diego Aldave Yaniz, J. Alfonso Cruz Conde, Susana Gonzalo Ruiz, Sara Carroceda González, Alexandra Elena Stoica Rosciupchin, María Teresa Murillo González

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción: La etiología de la pérdida de peso en pacientes con cáncer es compleja y multifactorial. La prevalencia de desnutrición varía en función de la localización del tumor, el estadio tumoral, así como de las repercusiones del tratamiento antineoplásico. Una de las localizaciones tumorales que más se asocia a desnutrición son las neoplasias de cabeza y cuello seguidas por tumoraciones del tracto gastrointestinal.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la severidad de la pérdida de peso y su repercusión clínica y analítica en pacientes clasificados como alto riesgo nutricional en el servicio de oncología radioterápica.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se han seleccionado aquellos pacientes clasificados en alto riesgo nutricional en función de la localización del tumor. Los pacientes son cribados (VGS-GP) y evaluados a la llegada al servicio de oncología radioterápica, durante y al finalizar el tratamiento, así como en la primera revisión postratamiento, a los 3 meses de la finalización del mismo, recogiendo datos clínicos, analíticos y antropométricos.

Resultados: Del total de los 1220 pacientes analizados, 184 fueron establecidos con alto riesgo nutricional. Estos a su vez han sido clasificados en función del porcentaje de pérdida de peso durante el tratamiento. Con esta clasificación hemos podido analizar que existen diferencias estadísticamente significativas para las variables de toxicidad (disgeusia, anorexia, astenia, disfagia/odinofagia y mucositis) en relación al porcentaje de pérdida de peso perdido. También se observan diferencias en el resultado del cribado VGS-GP, en relación al diagnóstico de desnutrición y su gravedad. Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para variables analíticas relacionadas con la inflamación y la DRE como albúmina, linfocitos y colesterol (Fig. 1).

Conclusión: Los parámetros de toxicidad analizados en los pacientes como anorexia, disfagia, astenia, mucositis y disgeusia son factores importantes en relación al porcentaje de pérdida de peso en pacientes de alto riesgo nutricional.

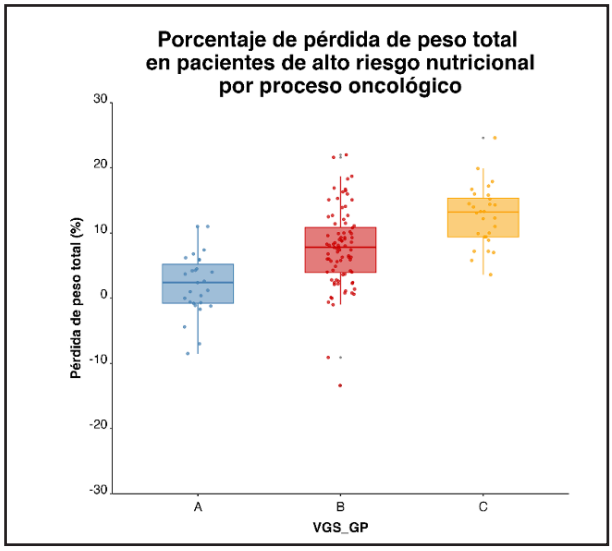

Figura 1.

P-142. Efecto de la triple terapia moduladora con elexakaftor/tezakaftor/ivakaftor sobre el cribado nutricional y la suplementación de enzimas pancreáticas en pacientes con fibrosis quística

Paula Vázquez Pérez, Rosa María García Moreno, Inés Borrego Soriano, Irene Aguilera García, Isabella Mantellini González, Laura Mola Reyes, Mary Gaby Llaro Casas, Gonzalo Miñón, Samara Palma Milla

Unidad de Nutrición Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad autosómica recesiva causada por variantes en el gen CFTR que codifica el canal iónico responsable de la regulación del equilibrio hidroelectrolítico en la superficie de diferentes órganos y sistemas. La desnutrición es muy frecuente en estos pacientes, en relación con la demanda energética/malabsorción.La insuficiencia pancreática afecta hasta al 80 % en diferentes series. Con la introducción de la triple terapia moduladora con elexakaftor/tezakaftor/ivakaftor se obtienen importantes mejorías de la función pulmonar y estado nutricional, además de frenarse la progresión de la insuficiencia pancreática exocrina.

Objetivos: Evaluar el efecto de elexakaftor/tezakaftor/ivakaftor sobre el cribado nutricional, peso y dosis de enzimas pancreáticas.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo en pacientes con fibrosis quística del Hospital Universitario La Paz, en tratamiento con elexakaftor/tezakaftor/ivakaftor. Se estudiaron modificaciones en el MUST, peso y dosis de enzimas pancreáticas antes y al año de tratamiento. Se utilizó el estadístico T de Student para muestras emparejadas (variables continuas) McNemar (variables categóricas) y el *software* IBM SPSS Statistics.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 48 pacientes (29 varones,15 mujeres), con una media de edad de 33,56 ± 12,73 años. Se realizó MUST en 43 pacientes. El riesgo nutricional mejoró al año ($p = 0,004$). Antes de iniciar tratamiento: 67,4 % pacientes presentaban bajo y 32,6 % moderado riesgo. Al año: 88 % bajo y 12 % moderado riesgo. El peso aumentó ($p < 0,001$). Media al inicio de elexakaftor/tezakaftor/ivakaftor: 61,67 ± 13 m 09 kg. Al año 65,37 ± 12,88 kg. 32 pacientes tenían tratamiento con enzimas pancreáticas, sin modificarse la dosis total al año ($p = 0,423$). Sí disminuyó la dosis ajustada por peso ($p = 0,037$). Antes de iniciar tratamiento, la media de enzimas fue 242 812,50 ± 142 986,23 UI (4167,66 ± 2134,04 UI/ kg) siendo al año 236 562,50 ± 145 238,61 (3891,97 ± 2114,37 UI/ kg). La triple terapia moduladora se relaciona con mejoría del riesgo nutricional y frena la progresión de la insuficiencia pancreática. El daño del páncreas exocrino puede revertirse, en función del grado, con más tiempo de tratamiento con elexakaftor/tezakaftor/ivakaftor, según diversas series. Necesitaríamos mantener más tiempo el tratamiento para ver estos resultados.

P-143. Prevalencia de desnutrición según criterios GLIM y su relación con morbimortalidad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Grupo Valor

Francisco Javier Vílchez López[1], María González Pacheco[1], Alba Carmona-Llanos[2], Manuel Cayón Blanco[3], Rocío Fernández Jiménez[4], María Luisa Fernández Soto[5], María García Olivares[6], María Novo Rodríguez[7], Inmaculada Prior Sánchez[8], José Manuel García Almeida[4]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. INIBICA. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. [4]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [5]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. [6]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [7]Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [8]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: La desnutrición es muy prevalente entre los pacientes con cáncer de cabeza y cuello por la localización tumoral y la toxicidad de los tratamientos. El empleo de los criterios GLIM requiere la valoración de la masa muscular mediante técnicas validadas y permite uniformizar el diagnóstico de desnutrición.

Objetivos: a) Determinar la prevalencia de desnutrición moderada y severa en una serie de pacientes con CCC sometidos a tratamiento radioterápico; b) Evaluar las diferencias en la valoración morfofuncional en las diferentes categorías diagnósticas; y c) Valorar la relación de la severidad de la desnutrición con complicaciones y mortalidad al año.

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

Resultados: 500 pacientes, 78,2 % hombres, con medias de edad 63,3 años de edad, 25,4 kg/m^2 de IMC y 6,21 % de pérdida de peso. Clasificación según estadio: I 7,1 %, II 8,3 %, III 20,6 %, IVA 13,9 %, IVC 19,1 %. El 63,8 % presentó complicaciones (dermatitis, disfagia, mucositis y/o astenia) y el 24,9 % falleció. En la tabla I se observan diferencias significativas entre los diferentes grados de desnutrición según GLIM (bien nutrido = 1, desnutrido moderado = 2 y severo = 3): Encontramos correlaciones significativas entre el grupo 1 y 3 con diferentes parámetros: -Correlaciones negativas BIA: ángulo de fase (r-0,33, $p < 0,001$), B CM (r-0,37, $p < 0,001$), masa grasa (r-0,22, $p < 0,001$), masa libre de grasa (r-0,35, $p < 0,001$) y SMI (r-0,30, $p < 0,001$). Ecografía muscular: circunferencia (r-0,21, $p < 0,001$) y eje Y (r-0,32, $p < 0,001$). Analíticos: albúmina (r-0,17, $p = 0,001$) y prealbúmina (r-0,18, $p = 0,007$). -Correlaciones positivas PCR (r 0,28, $p < 0,001$) y *exitus* (r 0,27, $p < 0,001$).

Conclusiones: según los criterios GLIM, en nuestra serie de pacientes con Ca ORL:

1. La desnutrición es muy prevalente.
2. la valoración morfofuncional detecta un deterioro en los parámetros antropométricos, ecográficos, bioeléctricos y analíticos en relación con la gravedad de la desnutrición.
3. los pacientes con desnutrición presentan mayor riesgo de morbimortalidad.

Tabla I.

	Bien nutridos *n* = 350 (70 %)	**Desnutrición moderada *n* = 73 (14,6 %)**	**Desnutrición severa *n* = 77 (15,4 %)**	***p***
Parámetros BIA				
PA (°)	5,38 (0,90)*,†	5,08 (0,96)‡	4,56 (0,83)	< 0,001
SPA	-0,39 (1,22) †	-0,65 (1,15)‡	-1,10 (1,32)	< 0,001
BCM (kg)	26,8 (5,79) *,†	24,6 (5,99)‡	20,7 (5,58)	< 0,001
FFMI (%)	19,0 (2,53)*,†	18,0 (2,04)‡	16,6 (2,41)	< 0,001
FMI (%)	7,16 (2,96)†	7,04 (3,73)‡	5,49 (2,84)	< 0,001
BCMI (%)	9,54 (1,83)*,†	8,77 (1,67)‡	7,52 (1,66)	< 0,001
SMI (cm^2/m^2)	9,02 (1,57)*,†	8,50 (1,48)‡	7,78 (1,53)	< 0,001
Parámetros ecográficos				
Ecografía del músculo recto anterior del cuádriceps				
Área (cm^2)	3,75 (1,44)†	3,53 (1,30)‡	2,57 (1,03)	< 0,001
Circunferencia (cm)	8,81 (1,41)†	8,62 (1,39)‡	8,01 (1,53)	< 0,001
Eje X (cm)	3,64 (0,64)†	3,61 (0,56)‡	3,28 (0,76)	< 0,001
Eje Y (cm)	1,17 (0,44)†	1,08 (0,34)‡	0,81 (0,25)	< 0,001
Ecografía abdominal				
Tejido adiposo abdominal preperitoneal (cm)	0,68 (0,44)†	0,68 (0,41)	0,52 (0,31)	0,014
Técnicas funcionales				
Dinamometría máxima (kg)	34,5 (9,74)†	31,4 (12,9)‡	26,9 (9,509	< 0,001
Dinamometría media (kg)	32,8 (9,43)†	30,3 (13,1)‡	25,3 (9,56)	< 0,001
Test *Up and Go* (s)	8,71 (4,81)*	9,81 (6,04)	10,6 (5,19)	0,014
Variables bioquímicas				
Prealbúmina (mg/dL)	25,1 (7,41)†	24,6 (7,99)	22,1 (7,35)	0,031
Albúmina (g/dL)	4,12 (0,98)*,†	3,81 (0,42)	3,74 (0,53)	0,001
PCR (mg/dL)	10,8 (21,5)*,†	27,4 (41,5)	27,9 (34,8)	< 0,001

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

	Bien nutridos *n* = 350 (70 %)	Desnutrición moderada *n* = 73 (14,6 %)	Desnutrición severa *n* = 77 (15,4 %)	*p*
Variables bioquímicas				
Complicaciones patológicas (dermatitis, disfagia, mucositis y astenia)				*< 0,001*
No	136 (44,0 %)*,†	15 (21,7 %)	11 (15,9 %)	
Sí	173 (56,0 %)	54 (78,3 %)	58 (84,1 %)	
Mortalidad				*< 0,001*
No	231 (79,9 %)†	46 (79,3 %)‡	33 (50, %)	
Sí	58 (20,1 %)	12 (20,7 %)	33 (50,0 %)	

**p, bien nutrido frente a desnutrición moderada; †p, bien nutrido frente a desnutrición severa; ‡p, desnutrición moderada frente a desnutrición severa.*

P-144. Prevalencia de obesidad sarcopénica (ESPEN-EASO) en pacientes en lista de espera de cirugía bariátrica

Jon Yoldi Urdiroz[1], Ana Zugasti Murillo[2], Sonsoles Botella Martínez[2], Amelia Mari Sanchís[1], Miguel Martí Martínez[1], Henry Rendón Barragán[1], Joaquín de Carlos Artajo[1], Ana Hernández Moreno[1], Maite Yeregui Balda[2], Miren Compains Layana[2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición y [2]Sección de Nutrición Clínica. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

Introducción: La obesidad sarcopénica (OS) asocia exceso de masa grasa y disminución de masa y de función muscular. En los últimos años, estamentos como la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) y la European Association for the study of Obesity (EASO) han trabajado para alcanzar un consenso acerca de la definición y criterios diagnósticos de esta entidad con el fin de favorecer su prevención y tratamiento.

Objetivos: Describir, según criterios ESPEN-EASO, la prevalencia de OS entre los pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica. Así como analizar si existen diferencias por sexo, edad, coexistencia de diabetes y porcentaje de masa grasa.

Material y métodos: Estudio descriptivo y analítico de una cohorte retrospectiva (pacientes pendientes de cirugía bariátrica en nuestro centro). Se han utilizado puntos de corte de dinamometría e IMME (EWGSOP-2) y de masa musculoesquelética (MME/ kgx100) (Janssen 2022). El análisis estadístico se realizó mediante test chi cuadrado.

Resultados: Se han incluido 73 casos (50 mujeres, 23 hombres), con edad de 49,9 ± 9,75 años, IMC de 46,74 ± 7,41 kg/m^2, dinamometría 26,14 ± 12,84 kg, %MME/ kg 27,15 ± 2,48; 25 pacientes presentan diabetes *mellitus* (DM). Dinamometría patológica: 24.63 % ($p < 0,01$ mujeres frente a hombres). También se detectó mayor prevalencia en > 50 años y en aquellos con DM ($p > 0,05$). Masa muscular patológica: 91,8 % (48 pacientes grado I, 19 pacientes grado II, 6 pacientes no sarcopenia) ($p < 0,01$ entre aquellos con > 50 % de grasa corporal). Dinamometría + masa muscular patológicas: 23.18 %. 100 % IMME en rango de normalidad.

Concluisones: Uno de cada cuatro pacientes de nuestra serie presenta OS según criterios ESPEN-EASO. Habría que diseñar protocolos específicos dirigidos a mujeres, > 50 años, DM y con mayor exceso de grasa corporal. Dada la discordancia con %MME/kg y el IMME, queda por confirmar si los puntos de corte de Janssen 2022 son útiles en este tipo de población.

P-145. Abordaje del cribado de sarcopenia en pacientes hospitalizados con herramienta telemática

María Teresa Zarco Martín, Nasr Bouylaghman Akman, Elena Martínez Silla, Carmen Yeste Doblas, María Luisa Fernández Soto, María Berrio Miranda

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

Introducción: Las herramientas telemáticas de cribado pueden facilitar la detección de aquellos pacientes hospitalizados en riesgo de sarcopenia para optimizar su tratamiento durante el ingreso.

Objetivos: Detectar los pacientes en riesgo de sarcopenia a través de una herramienta telemática (RMApp) y valorar variables musculares en el ingreso hospitalario.

Material y métodos: Estudio observacional transversal prospectivo, en pacientes que ingresan en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. Se realizó la valoración a través de RMApp (herramienta de cribado). Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, se realizó dinamometría, circunferencia de pantorrilla (CP) y se calculó el índice de masa apendicular esquelético (ASMI). Riesgo de sarcopenia establecido para SARC-F ≥ 4. Estudio estadístico con JAMOVI. Significancia $p < 0,05$.

Resultados y conclusión: Se incluyeron un total de 50 pacientes, 54 % (27) fueron mujeres edad media 72,4 ± 15 años, 66 % (33) cribado positivo de SARC-F. El 36 % ingresó en el Servicio de Digestología, seguido del 26 % en Medicina Interna. Solo el 20 % tuvieron ingreso programado. Los pacientes en riesgo de sarcopenia tuvieron diferencias significativas en %pp, dinamometría, CP, ASMI y edad. Los resultados se detallan en la tabla I (pág. siguiente). Existe una elevada prevalencia de pacientes ingresados en riesgo de sarcopenia, y estos presentan mayor edad, pérdida de peso, menor dinamometría, CP y ASMI. Es importante implementar herramientas de soporte de valoración de sarcopenia en pacientes ingresados.

Tabla I. Diferencia de las medias en pacientes con riesgo y diagnóstico de sarcopenia

	Total	No riesgo sarcopenia	Riesgo de sarcopenia	*p*
Sexo				
Mujer	54(27)	33(5)	63(22)	0,06
Hombre	46(23)	67(10)	37(13)	
Edad	72,4 ± 15	65,6 ± 15,2	75,3 ± 14,1	0,04
IMC	22,7 ± 4,2	24 ± 4,1	22,2 ± 2,3	0,15
% pp	8,3 ± 7,9	4,9 ± 7,5	9,8 ± 7,7	0,04
Dinamometría	18,8 ± 11,7	27,5 ± 15,2	15,1 ± 7,3	< 0,001
CP	31,4 ± 3,9	33,7 ± 2,6	30,4 ± 4	< 0,01
ASMI	5,5 ± 1,7	6,5 ± 1,5	5,1 ± 1,6	< 0,01
Alb	3,1 ± 0,6	3,2 ± 0,5	3 ± 0,6	0,33
PCR	56 ± 68,7	60,9 ± 80,4	53,9 ± 64,1	0,74
N.º de fármacos	5,9 ± 3,3	5,1 ± 3,1	6,2 ± 3,3	0,29

Los resultados se expresan como media ± SD o % (n).

PEDIATRÍA

P-146. Escolares con obesidad severa: SPISE y riesgo cardiometabólico

María Elena Herrera

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile

Introducción: En la última década vemos un ascenso de la obesidad en escolares, en especial la severa (> 3DS), que se asocia a mayor riesgo cardiometabólico. Últimamente se han desarrollado nuevas fórmulas para evaluar la insulinorresistencia (IR), tal es el caso de SPISE que perfil lipídico e Indice de masa corporal (IMC).

Objetivos: Nuestro objetivo principal fue evaluar SPISE y su asociación con síndrome metabólico (SM), comparándolo con HOMA-IR y HOMA 2-IR.

Material y métodos: Estudio descriptivo, analítico, transversal, posterior a la aprobación por comité de ética y luego firma de consentimiento/asentimiento se reclutan niños (5-15 años) que consultan en Hospital Clinico Universidad de Chile (2020 y 2023) y presentan IMC > 3DS. Se aplica encuesta acerca de datos sociodemográficos y clínicos, se realiza antropometría y examen físico completo (peso, talla, perímetro cintura, perímetro de cuello), toma de presión arterial. Se solicitan los siguientes exámenes para determinar el riesgo cardiometabólico: glicemia, insulinemia, vitamina D, perfil lipídico, ecografía abdominal y ECG.

Resultados y conclusión: Se reclutan 35 niños, 60 % sexo másculino, edad 8,8 años (5-13 SD 2,16), pubertad inicial 81,2 %. Diagnósticos más frecuentes: TEA 22 % y ASMA 20 %. 67 % con alguna comorbilidad de salud mental, pricipalmente ansiedad (62 %). zIMC 3,5 (3,1-5,4 SD 0,6). Solo 12,5 % de los niños tenía concentración normal de vitamina D (45,83 % deficiencia). 80,7 % de los pacientes presentaba IR evaluada con HOMA-IR, 68 % mediante HOMA2-IR y 42,8 % mediante SPISE -IR.D. La esteatosis hepática estaba presente en 68,4 % de os niños y 33 % presentaba sindrome metabólico (SM), encontramos asociación significativa entre SM y IR evaluada solo mediante SPISE ($p < 0,01$). Gran porcentaje de le los niños con obesidad severa presentan IR e hipovitaminosis D. Encontramos una buena capacidad de índice SPISE para pesquisa a los niños con mayor riesgo cardiometabólico, por loque sugerimos que el uso este índice pueda generalizarse más, dado la menor dificultad en su toma e interpretación.

P-147. Estado nutricional de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista: una revisión sistemática y metaanálisis

Raquel Revuelta Iniesta[1], Afnan Alhrbi[2], Dimitris Vlachopoulos[1], Chris Morris[2]

[1]Medical School. University of Exeter. Crediton, Reino Unido. [2]Medical School, University of Exeter. LU, Reino Unido

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) es una discapacidad del neurodesarrollo que puede afectar el estado nutricional. Algunos estudios sugieren un peor estado nutricional en niños con TEA en comparación con niños de desarrollo típico (TDC).

Objetivos: Este metaanálisis sintetiza ensayos publicados sobre el estado nutricional en niños con TEA en comparación con niños TDC.

Material y métodos: Se realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas sin restricciones de idioma hasta agosto de 2023 y palabras clave relacionadas con "TEA" y "nutrición". Criterios de inclusión: Niños de 4 a 18 años diagnosticados con TEA

mediante herramientas de evaluación reconocidas y evaluación del estado nutricional (incluyendo crecimiento antropométrico, composición corporal, ingesta de nutrientes y estado de micronutrientes). Exclusiones: niños con trastornos alimentarios y estudios que no evaluaron el estado nutricional. Se evaluó el riesgo de sesgo utilizando EPHPP. El tamaño del efecto se midió como la Diferencia Estandarizada de Medias (SMD) con intervalos de confianza del 95 % y se utilizó Review Manager® para el análisis.

Resultados y conclusión: Se incluyeron veinte estudios observacionales ($n = 11$ bajo riesgo de sesgo). El metaanálisis de 12 estudios transversales reveló que los niños con TEA comparados con los niños TDC presentaron: Altura significativamente menor (SMD: -0,20); Menor ingesta de calcio (SMD: -0,39) y vitamina A (SMD: -0,25), niveles significativamente más bajos de vitamina D (SMD: -1,86) y folato (SMD: -1,32). No se observaron diferencias significativas en peso, puntuación Z de Índice de Masa Corporal (IMC) y otras ingestas de nutrientes. Los niños con TEA mostraron una ingesta y niveles de micronutrientes significativamente más bajos y eran más bajos que los niños TDC, sin diferencias en el IMC. Esto sugiere un posible retardo en el crecimiento, resultado tanto de un crecimiento lineal lento como de un ajuste de peso en la infancia. Se requieren estudios longitudinales a gran escala para diseñar intervenciones en el futuro.

ALIMENTACIÓN ORAL

P-148. Evaluación de un suplemento nutricional oral hipercalórico/hiperproteico con fibra enriquecido en leucina sobre la masa muscular en adultos hospitalizados diagnosticados con desnutrición durante su ingreso

Lucía Arcos Castellanos[1], Bricia López Plaza[1], Marlhyn Valero Pérez[2], Rosa M.ª García Moreno[2], Laura Mola Reyes[2], M.ª Ángeles Salcedo Gámez[2], Samara Palma Milla[2]

[1]Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Unidad de Nutrición Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Introducción: La desnutrición relacionada con enfermedad (DRE) es un problema extendido en los hospitales, asociándose con mayor morbilidad, mortalidad y costes. La intervención con SNO pueden disminuir dichas complicaciones. La baja fuerza del músculo esquelético es predictora de mortalidad, por ello, cuantificar el cambio en el tamaño del músculo esquelético puede ayudar en la elección de tratamientos más adecuados.

Objetivos: Evaluar efecto del consumo de un SNO sobre masa muscular medida por ecografía en adultos hospitalizados diagnosticados con desnutrición.

Material y métodos: Ensayo clínico nutricional cuasiexperimental longitudinal y prospectivo que incluyó hombres y mujeres > 18 años y desnutrición (criterios GLIM). Los pacientes consumieron diariamente 2 SNO de una fórmula hipercalórica e hiperproteica enriquecida en leucina durante su estancia hospitalaria y los siguientes 3 meses tras el alta. Se llevó a cabo una visita inicial (intrahospitalaria) y final (consulta externa) en la que se realizó una valoración morfofuncional completa y se valoró la presencia de sarcopenia (SARC-F).

Resultados y conclusión: A la fecha se han evaluado 11 pacientes (hombres, 72,7 %) de una *n* total de 30 de 66,82 ± 17,96 años. Al inicio del estudio hubo una proporción de 50:50 % pacientes con DN moderada y severa. Al finalizar el estudio se observó mejora de la masa muscular (ASMI.BIA de 5,41 ± 0,59 a 7,03 ± 2,01) y de la baja fuerza medida por dinamometría (de 60 a 40 %). Tanto la ecografía muscular (media grosor recto: de 0,67 ± 0,43 a 0,64 ± 0,25 cm; media área recto: de 1,95 ± 1,52 a 1,34 ± 0,96 cm^2), como el riesgo de sarcopenia permanecieron estables. Los resultados preliminares del estudio muestran que el consumo de un SNO hipercalórico e hiperproteico enriquecido en leucina, podría mejorar la masa musculo esquelética del paciente y la fuerza muscular. Se espera que en una muestra de población mayor pueda observarse una mejora de la masa muscular medida por ecografía nutricional, repercutiendo esto positivamente en el riesgo la sarcopenia.

P-149. Gastronomía y nutrición, una alianza de éxito en las dietas hospitalarias

Camila Bencheluch Morales, Alexandra Luque Azores, Teresa Pérez Torres, María Eugenia Dulcich Bordagaray, María Concepción Manrique Alonso

Servicio de Gastronomía y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción: Conseguir un adecuado soporte nutricional a través de la alimentación es un pilar fundamental en el paciente hospitalizado. Especialmente, debido a que la desnutrición hospitalaria es un problema prevalente. Incluir el enfoque gastronómico en la realización de planes dietéticos ha sido una corriente emergente, dado que contempla la necesidad de mejorar la salud y hábitos a través de la dieta mediante la elección de alimentos de calidad y la utilización de ciertas destrezas culinarias. En el Área de Gastronomía y Nutrición de la Clínica Universidad de Navarra en Madrid (CUN) se apuesta por la adaptación gastronómica individualizada a las particularidades patológicas de los pacientes.

Objetivos: Conocer si la población de estudio considera que existe un vínculo entre la gastronomía y la nutrición. Observar si la estrategia realizada en la CUN refleja los valores de los encuestados.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, realizado en CUN durante el Día Nacional de la Nutrición 2023. Los participantes completaron un cuestionario presentado por la FESNAD

sobre "alimentación y gastronomía". Las variables se expresan como frecuencias y medias ± DS.

Resultados y conclusión: Se evaluaron 112 participantes (71,42 % mujeres), con edad media 46,8 ± 16,01. 98,21 % afirmaron que sí existe un vínculo entre gastronomía y nutrición. De ellos, el 92,85 % demuestran interés en la gastronomía y creen que existe un vínculo, el 6,25 % no tiene interés, pero afirman el vínculo. La mayoría de los encuestados considera que el ámbito de la nutrición y la gastronomía no son entidades separadas, sino que existe un vínculo entre ellas. Estos resultados reafirman que el esfuerzo hecho por el Área de Gastronomía y Nutrición de la CUN para revolucionar la gastronomía hospitalaria son respaldados por las necesidades de nuestros pacientes para crear una mejor aceptación cuidando la idoneidad nutricional.

P-150. Dieta hiperproteica: ¿un posible tratamiento para la hiponatremia / SIADH?

Laia Capdevila Torrents[1], Marta Bueno Díez[2], Josep León Mengíbar[2], Cristina Domínguez Gadea[2], Carla Abella Iglesias[2], Núria Pinyol Prats[2], Crisitina Moreno Castilla[2], Ana Gloria Soler Beunza[2], Javier Suárez Balaguer[2]

[1]Servicio de Endocriología y Nutrición. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. [2]Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Introducción: El síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) es una de las causas más comunes de hiponatremia. La restricción hídrica es una opción terapéutica, pero acostumbra a ser insuficiente (sobre todo en situaciones clínicas que cursan con baja excreción urinaria de solutos), con baja adherencia, mala tolerancia y, además, puede favorecer la desnutrición. Otros tratamientos son la furosemida, el tolvaptán (que tiene un elevado coste), y la urea oral. El aumento de aportes proteicos en la dieta produce un aumento de la excreción de urea y podría ser una alternativa de tratamiento.

Objetivos: Evaluar si el aumento del aporte proteico produce mejoría de la natremia, en aquellos pacientes que no responden a restricción hídrica y presentan baja excreción de solutos en orina.

Material y métodos: Se intervino en los pacientes que cumplían los criterios mencionados entre octubre 2022 y septiembre 2023. Se estimó que para generar 15 gramos de urea (dosis generalmente utilizada para SIADH), se tendrían que catabolizar 43 gramos de proteína, para lo cual se dieron equivalencias de alimentos y ejemplos de menú.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 3 pacientes con edades comprendidas entre 68 y 89 años (67 % mujeres). La natremia media pretratamiento era de 132,6 y postratamiento de 136,9. La excreción de urea en orina de 24 h media pretratamiento fue de 20,7 g/día y postratamiento de 28,6 g/día. Hubo diferencias estadísticamente significativas en ambas variables después del tratamiento con dieta hiperproteica ($p = 0,0424$ y $p = 0,0414$ respectivamente). Además, con el aporte hiperproteico fue posible mantener normonatremia con una restricción hídrica menos estricta o retirando otros tratamientos. Un aporte proteico extra podría ser una opción terapéutica para el SIADH crónico cuando no son suficientes medidas como la restricción hídrica, sin recurrir al tratamiento con urea oral (o permitiendo su retirada) u otros tratamientos de alta complejidad.

P-151. Las cualidades organolépticas y de salud, claves para una buena adherencia a la dieta hospitalaria

María Eugenia Dulcich Bordagaray, Alexandra Luque Azores, Teresa Pérez Torres, Camila Bencheluch Morales, María Concepción Manrique Alonso

Servicio de Gastronomía y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción: En la alimentación hospitalaria se ven implicados diferentes factores que inciden en la aceptación de los menús ofrecidos durante el ingreso. Conocer las características más valoradas a la hora de comer, nos permite hacer las modificaciones necesarias para garantizar la adherencia a la dieta ofrecida.

Objetivos: Conocer los aspectos priorizados a la hora valorar un plato y si los mismos se ven reflejados en los menús ofrecidos por el servicio de alimentación de la Clínica según el grado de satisfacción otorgado por los participantes.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, realizado en la Clínica Universidad de Navarra, sede Madrid, durante el Día Nacional de la Nutrición 2023. Los participantes completaron un cuestionario presentado por la FESNAD sobre "Alimentación y Gastronomía". También completaron un cuestionario de escala Likert de satisfacción sobre comida de la Clínica. Las variables se expresan como frecuencias y medias ± DS.

Resultados: Se evaluaron 112 participantes (71,42 % mujeres), con edad media 46,8 ± 16,01. 72,3 % considera el "sabor, textura y olor" como factor principal a la hora de valorar platos, 51,7 % los "productos frescos y de temporada", 50,8 % la "salud" y 47,3 % la "calidad". De los encuestados, 46 han comido en la Clínica. Como media, la puntuación de satisfacción (1-5) sobre el menú ofrecido es de 4,65 ± 0,6. La valoración de la salud de los menús tuvo una puntuación de 4,82 ± 0,43, el sabor el 4,62 ± 0,68 y el aspecto visual 4,71 ± 0,62.

Conclusión: La mayoría de los pacientes considera de gran importancia las características organolépticas y el componente salud a la hora de elaborar platos. Tomando en cuenta la valoración recibida en estos aspectos en el cuestionario de satisfacción, el Área de Gastronomía y Nutrición refleja las características valoradas por los encuestados.

P-152. Percepciones de los pacientes ingresados sobre las dietas consumidas en el Hospital Universitario de León

María del Pilar García Pérez[1], Diana García Sastre[2], Ainhoa Niño González[1], María D. Ballesteros Pomar[2], Elena González Arnaiz[2], Esther Domínguez Rodríguez[1], Diana Guadalupe Ariadel Cobo[2], Ana María Urioste Fondo[2], María García Duque[2], Montserrat Casado Amigo[1]

Servicios de [1]Nutrición Clínica y Dietética y [2]Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: Las dietas Hospitalarias buscan adaptarse a las características de los pacientes intentando mantener la mejor palatabilidad posible. La percepción de los pacientes contribuye a la calidad asistencial.

Objetivos: Analizar las percepciones de los pacientes hospitalizados respecto a las dietas consumidas, durante 2022 y 2023, intentando descubrir y controlar los resultados obtenidos.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluyó información de pacientes ingresados, conscientes, sin deterioro cognitivo y tres días de pauta dietética completa, mediante cuestionarios autocompletados y con la ayuda de enfermeras de la Unidad de Nutrición en 2022 y 2023. Se preguntó por sabor, cocinado, y temperatura, estratificados en 5 categorías, y por puntuación global (0-10). El análisis se realizó según sexo, edad (mayor/menor de la mediana), tipo de servicio de ingreso (médico/quirúrgico), y tipo de dieta. Se analizó estadísticamente mediante Statistical Package for Social Sciences (SPSS), comprobándose el ajuste a distribución normal, utilizando medianas (rango intercuartil) y pruebas no paramétricas.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 194 pacientes, con una mediana de 73 años (RIQ 79) y 42,3 % mujeres. 72,3 % estaban en servicios médicos. Un 48,5 % de los pacientes tenían dieta normal. Las puntuaciones no fueron diferentes en 2022 ($n = 94$) frente a 2023 ($n = 100$) (medianas: sabor 4 (2) y 4 (1), cocinado ambos 4 (1), temperatura 4 (1) y 4 (1), global 6 (1) y 7 (1). Los hombres dan puntuaciones mejores que las mujeres, pero sin significación y tampoco en edad. No hay diferencia entre normal, normal sin sal y terapéutica (medianas: sabor 4 (1), 3 (1) y 4 (1), cocinado 4 (1), 4 (1) y 4 (1) y temperatura 4 (1), 4 (1) y 4 (1), respectivamente). La calidad percibida de la dieta de nuestro Hospital es buena y la valoración se mantiene estable entre 2022 y 2023.

P-153. Petición de dietas para alergia y/o intolerancia alimentaria en el ámbito hospitalario: ¿lo estamos haciendo bien?

Carmen Molina Suárez[1], Dolores M.ª Rodríguez Pérez[1], M.ª Carmen Provencio Rodríguez[1], Socorro Leyva Martínez[1], María Teresa Zarco Martín[2], María Luisa Fernández Soto[2]

[1]Unidad de Endocrinología y Nutrición y [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: La codificación dietética hospitalaria incluye las referentes a alergia e intolerancia alimentaria; la petición desde los servicios médico-quirúrgicos debería atender a un diagnóstico específico. Se reconocen 14 grupos de sustancias o productos que producen alergias y/o intolerancias según Reglamento (UE) Nº1169/2011.

Objetivos: Determinar la inclusión del diagnóstico clínico de la alergia y/o intolerancia en la historia clínica y si corresponde con su petición a la Unidad de Nutrición.

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes que refieren algún tipo de alergia y/o intolerancia y se solicita esta dieta durante su ingreso hospitalario. Se realiza entrevista al paciente y examen de la historia clínica recogiendo variables socio-demográficas, sala de encamación y si hay diagnóstico de la alergia/intolerancia alimentaria en la historia.

Resultados: Se valoran 216 pacientes durante 6 meses consecutivos, edad media de 50 años. Se constatan 327 peticiones de dieta para Alergias y/o Intolerancias (74 % mujeres, 26 % hombres). La frecuencia según rango de edad fue: 0-17 (6 %), 18-59 (57 %) > 60 (37 %). El 46 % tenían un diagnóstico clínico. Según sala de hospitalización tenemos la siguiente frecuencia: obstetricia, 18 %; cirugía, 11 %; neumología, 11 %; medicina interna y digestivo, 9 %; traumatología, 8 %; ginecología, 6 %, y neurología, 5 %. En la figura 1 se detalla el porcentaje de dietas con alergias/intolerancias diagnosticadas y no diagnosticadas.

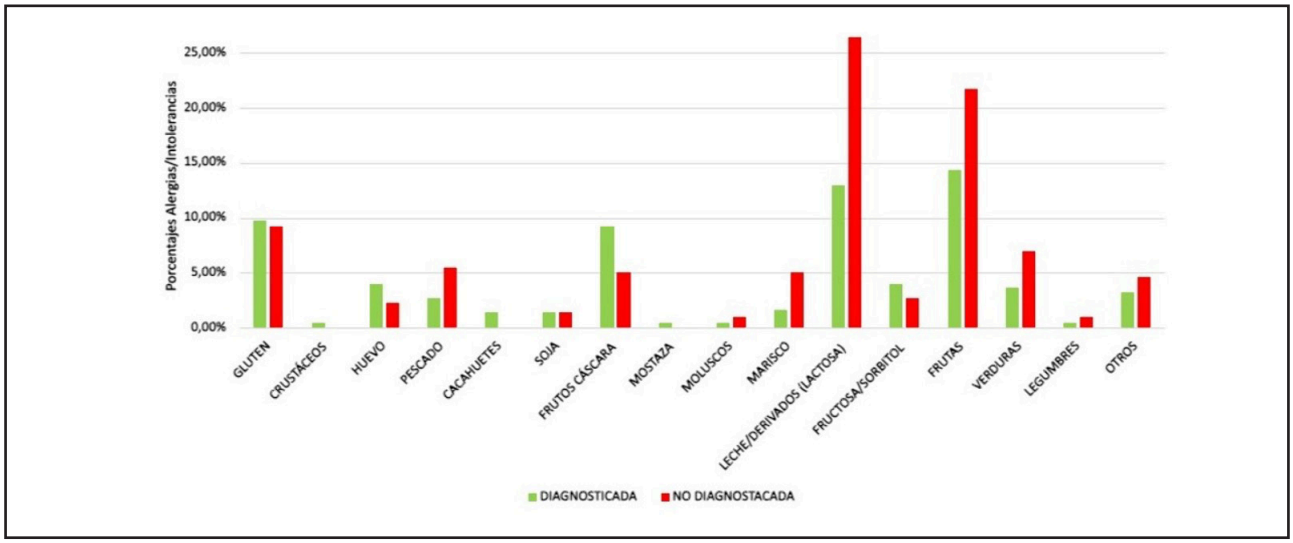

Figura 1.

Conclusión: La solicitud de una dieta especial de alergia/intolerancia durante el ingreso hospitalario no está sustentada en gran proporción por un diagnóstico en la historia clínica del paciente. Sería adecuado implementar protocolos de actuación dada la falta de asociación entre diagnóstico y la citada petición de dieta para alergia/intolerancia en la práctica diaria del técnico en dietética. Estos protocolos mejorarían la eficacia y seguridad de los pacientes hospitalizados.

P-154. ¿Influye la ingesta dietética sobre la presencia de sarcopenia en el paciente con desnutrición relacionada con la enfermedad?

Isabel Pérez Mellen[1], Eva López Andrés[1], María Jesús Villameriel Galván[1], María Ángeles Castro Lozano[1], Olatz Izaola Jáuregui[1,2], David Primo Martín[1,2], Paloma Pérez López[1,2], Rebeca Jiménez Sahagún[1,2], Juan José López Gómez[1,2], Daniel de Luis Román[1,2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. [2]Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción: La valoración de la ingesta es una parte básica de la valoración nutricional en el paciente con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) pero, ¿realmente influye sobre la presencia de sarcopenia?

Objetivos: Evaluar el ajuste de la dieta oral a requerimientos nutricionales en pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad y su relación con el desarrollo de sarcopenia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en 118 pacientes con DRE. Se realizó un registro dietético de tres días al inicio del seguimiento nutricional. Se calculó consumo calórico (kcal/día) y proteico (gramos de proteína/día). Se evaluaron los requerimientos energéticos (ecuación Harris-Benedict × factor de estrés) y de los requerimientos proteicos (1,5 g/kg/día). Se evaluó el ajuste a requerimientos calóricos y proteicos. Se evaluó la presencia de sarcopenia mediante los criterios del European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2).

Resultados: La edad media de los pacientes fue 62,25 (16,94) años y el 58,8 % fueron mujeres. 42 % de los pacientes presentaban sarcopenia (S). No hubo diferencias en el IMC en función de la presencia de sarcopenia (S:21,19 [3,29] kg/m^2; NoS: 21,75 [4,32]; $p = 0,44$). El consumo calórico medio fue de 29,56 (10,26) kcal/día y el consumo proteico fue de 1,30 g proteína/ kg/día. El ajuste a requerimientos fue de 78,27 (22,49) % en calorías y 86,77 (28,60) % en proteínas. 60,5 % de los pacientes consumían menos del 70 % de los requerimientos calóricos (CAL < 70) y 63,9 % por debajo de los proteicos (PROT < 70). En aquellos pacientes con sarcopenia se observó un menor consumo calórico (S: 1394 [404] kcal/día; NoS: 1654 [432] kcal/día; $p < 0,01$) y de macronutrientes (proteínas: S: 64,70 [19,63] g/día; NoS:72,12 [18,23] g/día; $p = 0,04$), (hidratos de carbono: S:143,47 [52,66] g/día; NoS: 173,70 [51,64] g/día; $p < 0,01$), (grasas: S: 59,46 [18,95] g/día; NoS: 73,76 [23,11] g/día; $p < 0,01$). Existe mayor porcentaje de sarcopenia en aquellos pacientes con peor ajuste a requerimientos calóricos (CAL < 70: 57,8 %; CAL > 70: 43,7 %; $p = 0,02$) y proteicos (PROT < 70: 48,8 % %; PROT > 70: 42,7 %; $p = 0,02$).

Conclusión: En desnutrición relacionada con la enfermedad, el paciente con sarcopenia tiene un menor consumo calórico y de macronutrientes. En pacientes con peor ajuste a requerimientos calórico-proteicos existe mayor prevalencia de sarcopenia.

P-155. Impacto medioambiental del consumo de grupos de alimentos en el hogar en paciente hospitalario. Comparativa EAT-Lancet

Teresa Pérez Torres, María Eugenia Dulcich Bordagaray, Camila Bencheluch Morales, Alexandra Luque Azores, María Isabel Yagüe Lobo, María Concepción Manrique Alonso

Servicio de Gastronomía y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Introducción: Recientemente ha surgido la necesidad de generar estrategias que apunten hacia dietas saludables y sostenibles. En España, el consumo de alimentos en el hogar es uno de los principales impulsores del impacto ambiental; siendo a escala de producto, el consumo de carnes y lácteos el de mayor impacto.

Objetivos: Comparar frecuencias de consumo habituales referidas frente a las recomendaciones propuestas por EAT-Lancet sobre alimentación saludable y sostenibilidad.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, realizado en la Clínica Universidad de Navarra en Madrid durante el Día Nacional de la Nutrición 2023. Los participantes completaron un cuestionario presentado por FESNAD "Alimentación y Gastronomía". Las variables se expresan como frecuencias y medias. Pruebas estadísticas de U de Mann-Whitney programado en C++.

Resultados: Se evaluaron 112 participantes (71,42 % mujeres), con edad media 46,8 ± 16,01. La media de consumo de productos cárnicos fue 323,7 g/semana, pescados y mariscos 265,1 g/semana, lácteos 655,4 g/semana, huevos 199 g/semana, legumbres 142,5 g/semana y frutas y verduras 1056,6 g/semana. Como la distribución de la muestra no es normal no se pueden aplicar contrastes estadísticos basados en la normalidad, por ello se aplica el contraste de signos (1: ≥ 0). El 66 % de la población consume cantidades de carne recomendadas por la EAT-Lancet ($p = 0,83$) y 60 % cumple con la recomendación de huevos ($p = 0,84$). Desde el punto de vista dietético se observa según coeficiente de correlación de la tau de Kendall que el consumo de carnes desplaza al pescado (T = 4,047) y legumbre (T = 4,346). Huevos desplaza el consumo de pescado (T = 5,061) y legumbre (T = 4,064).

Conclusión: El consumo de alimentos con mayor impacto ambiental está dentro de lo recomendado en la mayoría de los encuestados. Sin embargo, desde el punto de vista dietético se ven desplazadas otras fuentes proteicas.

P-156. Valoración del estado nutricional, disgeusia y calidad de vida en personas con cáncer de colon que reciben quimioterapia

Ignacio Ruiz García[1], Nuria Porras[2], Francisco José Sánchez Torralvo[2], Julia Alcaide García[3], Gabriel Olveira[2]

[1]Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición y [3]Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: Las personas que reciben quimioterapia pueden experimentar disgeusia, que se ha asociado a desnutrición y empeoramiento en calidad de vida.

Objetivos: Estudiar, en personas con cáncer de colon que reciben quimioterapia adyuvante, la presencia de desnutrición, disgeusia y calidad de vida, y la correlación entre estas 2 últimas variables.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en el Hospital Regional Universitario de Málaga. Iniciado en julio 2021. Pendiente completar reclutamiento. Se incluyeron personas con neoplasia de colon estadio II-III que iban a recibir quimioterapia adyuvante con oxaliplatino. Previamente al inicio de quimioterapia se midió IMC, porcentaje peso perdido últimos 6 meses y circunferencia de pantorrilla. Tras 3-6 meses de inicio de quimioterapia se evaluó disgeusia con "Chemotherapy induced Taste Alteration Scale" (CiTAS); estado nutricional con criterios GLIM (sarcopenia determinada según perímetro de pantorrilla); calidad de vida con EORTC QLQ-C30.

Resultados: Reclutadas hasta ahora 55 personas: 25 mujeres, IMC (media ± desviación estándar) 27,5 ± 5,25 kg/m^2, porcentaje perdido de peso últimos 6 meses 6,72 ± 5,7 %, circunferencia pantorrilla 36,9 ± 4,09 cm. CiTAS: hipogeusia 1,24 ± 0,553, molestias 1,39 ± 0,515, fantogeusia y parageusia 1,51 ± 0,915, alteraciones generales del sabor 1,38 ± 0,783. 18 pacientes (32 %) desnutrición moderada y 13 (23 %) grave. EORTC QLQ-C30: estatus de salud global 69,3 ± 22,2, funcionamiento físico 86,8 ± 15,8, funcionamiento emocional 79,9 ± 22,8, funcionamiento social 77,7 ± 26,9. El coeficiente de correlación de Pearson mostró asociación significativamente estadística entre todos los parámetros de CiTAS y EORTC QLQ-C30, salvo para funcionamiento emocional, y molestias-funcionamiento social.

Conclusión: 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. Existe correlación entre disgeusia y múltiples parámetros de calidad de vida.

PACIENTE QUIRÚRGICO

P-157. Prevalencia de desnutrición en pacientes candidatos a cirugía de resección de metástasis hepáticas o pancreáticas

Blanca Alabadi Pardiñes[1], Sandra Amores Alandí[1], Leticia Pérez Santiago[2], Ning Yun Wu Xiong[1], Míriam Moriana Hernández[1], Dimitri Dorcaratto[2], Miguel Civera Andrés[1], José Tomás Real Collado[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario de València. València

Introducción: El estado nutricional y funcional del paciente con patología oncológica que va a someterse a cirugía es fundamental por su repercusión en las complicaciones postoperatorias. Tanto la desnutrición como la baja masa muscular pueden suponer una disminución del proceso de cicatrización, una disfunción del sistema inmune, una disminución de la supervivencia y un aumento de las complicaciones. Como consecuencia de todo ello, aumenta la estancia hospitalaria y los gastos sanitarios.

Objetivos: Determinar la prevalencia de desnutrición en pacientes con patología oncológica antes de someterse a cirugía de resección hepática/pancreática y estudiar la diferente alteración de los criterios fenotípicos y etiológicos GLIM.

Material y métodos: Estudio observacional en el que se han incluido pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de metástasis hepáticas o pancreáticas de cáncer colorrectal que van a ser intervenidos quirúrgicamente. Previo a la cirugía se valoró el estado nutricional mediante los criterios GLIM. Para valorar la masa muscular se utilizó la impedancia bioeléctrica y la densitometría.

Resultados y conclusión: La cohorte estuvo formada por un total de 94 pacientes, 41 mujeres y 53 hombres, con una edad media de 66,0 ± 10,1 años y un IMC de 25,3 ± 3,9 kg/m^2. El 73,4 % presentó desnutrición en el momento de la visita, siendo en el 17 % de los casos desnutrición severa. El criterio alterado con más frecuencia después de la carga inflamatoria fue la pérdida de masa muscular, en un 54,3 %. Lo siguió la pérdida de peso, con un 45,8 % y la ingesta reducida, en un 21,3 %. Existe, por lo tanto, una prevalencia de desnutrición muy elevada en este grupo de pacientes, principalmente a consecuencia de una pérdida de masa muscular. Tanto la desnutrición, como la pérdida de masa muscular por si sola se asocian a un aumento de las complicaciones postoperatorias por lo que valorar y optimizar el estado de estos pacientes debería ser una prioridad.

P-158. Estado nutricional de pacientes ingresados con cáncer de cabeza y cuello

Diana Guadalupe Ariadel Cobo[1], Ana María Urioste Fondo[1], María García Duque[1], Montserrat Casado Amigo[1], Mario Alfredo Saavedra Vásquez[1], María Antequera González[1], Elena González Arnaiz[1], Ainhoa Niño González[1], María Puente Vérez[2], María D. Ballesteros Pomar[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en pacientes hospitalizados es muy frecuente (25 %), incrementándose hasta un 50 % en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, por lo que la identificación de desnutrición relacionada con enfermedad (DRE) en estos pacientes juega papel crucial en su recuperación y calidad de vida.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional y los resultados de las intervenciones nutricionales en pacientes con cáncer de ORL ingresados en el CAULE.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo utilizando datos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello hospitalizados en el CAULE en el año 2023. Se recogieron variables clínicas, así como tratamiento nutricional previo, durante y al alta del ingreso, se determinó riesgo nutricional mediante MUST,

diagnóstico de DRE mediante criterios GLIM y la efectividad de las intervenciones por reingresos

Resultados: De 35 pacientes atendidos por el servicio de nutrición, el 71,4 % eran hombres, la edad media fue de 66,1 (DE 9,5) años, el cáncer más frecuente fue el de laringe (34,3 %), 21 % ingresaban por cirugía programada, el 82,9 % no recibían tratamiento nutricional previo al ingreso, 45,7 % presentaba riesgo de DRE, mientras que el 51,4 % presentaban algún grado de desnutrición, el 97,1 % presentaban disfagia. 77 % recibieron nutrición enteral (NE) durante el ingreso, 81,5 % por sonda naso gástrica (SNG) y, 18,5 % por gastrostomía de inserción radiológica (GIR). El 37,1 % llevaron al alta NE domiciliaria, 84,6 % por GIR y 15,4 % por SNG. Hubieron 31,4 % reingresos, y no existe asociación entre reingresos y diagnóstico de DRE.

Conclusión: La prevalencia de riesgo y desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello es significativa. Esto subraya la necesidad de intervenciones nutricionales tempranas y personalizadas para mejorar los resultados de salud en esta población.

P-159. Factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones electrolíticas y/o insuficiencia renal en paciente con ileostomía de descarga

Blanca Bernaldo Madrid, Sara Mera Carreiro, Noelia Sánchez-Maroto García, Laura Ávila Antón, Laura Martínez Suero, Teresa Rueda Ortín, Rafael Sánchez-del Hoyo, José María Mugüerza Huguet, Natalia Pérez Ferre

Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: La realización de ileostomía de descarga previa a la reconstrucción del tránsito en cirugía colorrectal es habitual por su sencillez y menor tasa de morbilidad con respecto a la colostomía. No obstante, puede asociar complicaciones relevantes como desnutrición, alteraciones hidroelectrolíticas y/o insuficiencia renal.

Objetivos: Identificar variables que condicionen riesgo de alteraciones hidroelectrolíticas y/o insuficiencia renal en los pacientes con ileostomía.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 44 pacientes con cierre de ileostomía realizada en nuestro centro entre junio 2022 y junio 2023.

Resultados y conclusión: La distribución por sexo fue igual (50 %), con una edad media de 65,8 ± 11,85 años. La cirugía colorrectal, siendo mayoritaria la resección anterior baja (RBA) (70,5 %) se debió principalmente a neoplasia (84,1 %), con QT-RT neoadyuvante en 43,2 % de los pacientes, seguido de diverticulitis (9,1 %). La ileostomía se mantuvo una media de 8 ± 3,4 meses. Un 68 % de los pacientes presentaron complicaciones posquirúrgicas, especialmente alteraciones hidroelectrolíticas (59 %) siendo frecuente la coexistencia de varias (61 % con al menos 2 alteraciones: 58 % hipomagnesemia, 58 % hiponatremia, 42 % hipofosfatemia y 38 % hipopotasemia), íleo (20,5 %), insuficiencia renal aguda (16 %) y alto débito > 1500 ml/día (11,4 %). Durante la hospitalización se diagnosticó desnutrición previa a la cirugía en 13 pacientes, requiriendo soporte nutricional un 43,2 % del total (25 % nutrición parenteral (NP) seguido de suplementación nutricional oral (SNO); 11,4 % solo NP y un 6,8 % solo SNO). 79.5 % recibieron recomendaciones nutricionales al alta. No se encontró asociación significativa de las alteraciones electrolíticas y/o insuficiencia renal con la edad, sexo, comorbilidades, tiempo hasta cierre de ileostomía y diagnóstico de desnutrición. Se evidenció menor riesgo de alteraciones iónicas en RBA. Dada la relevancia de las complicaciones metabólicas que pueden presentar los pacientes con ileostomía a pesar de una adecuada educación nutricional, se requiere mayor investigación sobre posibles factores de riesgo y prevención de las mismas con protocolos de seguimiento eficaces.

P-160. Hipofosfatemia por hierro carboximaltosa en el paciente posquirúrgico

Alba Domínguez Hernández, Cristo Yared Pérez Martín, Carmen Fraile Clemente, Jorge Esquivel Negrín, Álvaro Crespo González, Amara Magdalena Pérez, Josephine Peña Hernández, Andrea Santos Fagundo, Ariana Martín López, Paula Joy Carmona

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Introducción: La administración de Hierro Carboximaltosa (H CM) en pacientes posquirúrgicos se ha relacionado con hipofosfatemia severa y persistente, aumentando el riesgo del síndrome de realimentación y la estancia hospitalaria.

Objetivos: Determinar la incidencia de hipofosfatemia en pacientes posquirúrgicos con H CM, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes posquirúrgicos que entre enero-junio de 2023 recibieron al menos una dosis de 1000 mg de H CM. Se registraron las variables demográficas y clínicas: edad, sexo y tratamiento concomitante con nutrición parenteral (NPT). Se registró la función renal a partir del filtrado glomerular (FG) mediante la fórmula de Crockoft-Gault. Para evaluar la incidencia de hipofosfatemia (fosfato sérico < 2,5 mg/dL), se analizó la mediana de niveles de fosfato pre *vs.* post-tratamiento con H CM. El análisis se realizó mediante la prueba estadística de χ^2, U-Mann-Whitney y de T de Student para muestras apareadas. Se consideró significativa una $p < 0,05$ con intervalo de confianza (IC) del 95 %. Asimismo, se evaluó la correlación entre la función renal, la asociación de NPT y la aparición de hipofosfatemia.

Resultados y conclusión: El estudio incluyó un total de 56 pacientes (57 % hombres [$n = 32$]), edad media: 71 años (63-78). La mediana del fosfato pre-tratamiento fue 3,71 mg/dL (IC 95 %: 3,46-3,97) frente a 2,48 mg/dL (IC 95 %: 2,24-2,72) postratamiento (IC 95 %: 0,97-1,50, $p = 0,0001$), apareciendo hipofosfatemia en el 62.5 % de los pacientes ($n = 35$). Destacar además el papel de la insuficiencia renal (IR) como factor protector (Tabla I, pág. siguiente). Este estudio demuestra la correlación entre la administración de H CM y el desarrollo de hipofosfatemia, apareciendo en 6 de cada 10 de los pacientes a estudio,

lo que evidencia la necesidad exhaustiva de monitorizar niveles plasmáticos de fosfato en este tipo de pacientes. Sin embargo, serán necesarios futuros estudios de mayor tamaño muestral para ratificar los resultados obtenidos.

Tabla I.

	Pacientes totales (*n* = 56)	Fosfato pos H CM < 2,5 (*n* = 35)	Fosfato pos H CM > 2,5 (*n* = 20)	*p*
IR*	17	6	11	0,003
NPT	18	14	4	0,14

**IR: FG < 60 ml/min/1,73 m²*.

P-161. Evolución del peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital General Universitario de Albacete

Marta Gallach Martínez, Andrés Ruiz de Assín Valverde, Marina Jara Vidal, Noel Pablo Roig Marín, César Gonzalvo Díaz, Rosa Pilar Quílez Toboso, Lourdes García Blasco, José Joaquín Alfaro Martínez, Elena Parreño Caparrós

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Introducción: La cirugía bariátrica ha demostrado ser la técnica más eficaz para la pérdida y mantenimiento de peso en la obesidad, comprendiendo distintas técnicas quirúrgicas. Es por ello que hay especial interés por conocer cuál es su eficacia.

Objetivos: Evaluar la eficacia de 3 técnicas de cirugía bariátrica realizadas en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio de análisis de la varianza robusto que incluyó a 179 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en seguimiento en el Hospitalario General de Albacete. Los pacientes se clasifican según la técnica quirúrgica: *bypass* gástrico (BG), cruce duodenal (CD) o gastrectomía tubular (GT). Las variables medidas fueron: IMC precirugía, tiempo de seguimiento posquirúrgico, peso final, porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) y % de pacientes con PEPP > 50 % nadir y final.

Resultados: El IMC inicial precirugía y el tiempo de seguimiento posquirúrgico, medido en alfa recortada, fueron superiores en CD (52,63 kg/m² y 16,55 años, respectivamente). El CD perdió más PEPP nadir en comparación con la GT (90,65 % frente a 80,92 %). El PEPP final entre las 3 técnicas no fue significativo. La recuperación de peso fue similar al inicio del seguimiento. Posteriormente, el CD recuperó más lentamente (1,12 % por año), mientras que la GT recuperó más rápidamente (2,99 %). El porcentaje de pacientes con PEPP > 50 % nadir fue similar con las 3 técnicas. Sin embargo, al final del seguimiento, el porcentaje de pacientes con PEPP > 50 % fue mayor en CD; y no se encontraron diferencias entre BG y GT.

Conclusión: El CD presentó obesidades más severas previo a la cirugía y tuvo un mayor tiempo de seguimiento. A pesar de ello, la proporción de pacientes PEPP > 50 % fue mayor. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el PEPP final con cada técnica. Con el número de pacientes sometidos a cirugía bariátrica y el tiempo de seguimiento, no podemos afirmar que hubiera diferencias entre BG y GT.

P-162. Puesta en marcha de un programa de cirugía bariátrica en un hospital comarcal. Valoración de los primeros 50 casos

María del Pilar García Pertegaz, July Maribel Montaño Martínez, María Cabrer Vidal, Francisca Vich Sastre, Margarita Gracia Moll Mascaro

Hospital Comarcal de Inca. Inca, Islas Baleares

Introducción: Según la (OMS) la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La causa principal de esta, radica en el cambio en el estilo de vida de la sociedad moderna, que ha generado un desequilibrio entre el consumo y el gasto energético.

Objetivos: Realizar un análisis de resultados de nuestra muestra en pacientes a los que se les a sometido a una intervención en C.B para combatir la obesidad con respecto a la pérdida de peso ponderal antes de la intervención pre- y posintervención.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 50 pacientes a los que se les ha realizado una intervención de C.B. en nuestro centro.

Resultados y conclusión: Un 79,5 % son mujeres, 20.40 % hombres. La EM de los pacientes es de 48,5 años. La media de PM es de 127,56 ± 4 kg. El IMC es de 47,13 kg/m² ± 2 kg/ m². El 36 % padecían antes de la intervención quirúrgica DM tipo II de los cuales el 66 % eran mujeres. El 32 % de la padecía SAOS de los cuales 93,7 % eran mujeres. El 28 % padecían HTA el 78 % eran mujeres. Solo el 20 % no tomaba de medicación. El 37 % eran fumadores y el 62,9 % eran ex fumadores. El 16 % de la consumían alcohol, el 87,5 % eran hombres. El 96 % se encontraba trabajando en el momento de la intervención solo un 4 % no trabajaba. El 64 % realizaban un mínimo de ejercicio de 3 veces por semana, solo el 12,5 % realizaba ejercicios de fuerza. El 96 % no tenían ningún tipo de alergia. En nuestra muestra podemos apreciar que la C:B puede considerarse como un TQ efectivo cuando se disminuye el sobrepeso tras la intervención y se mantiene posteriormente en el tiempo, la pérdida de peso tiene un impacto positivo en la salud, incluyendo la reducción de enfermedades crónicas la DM, la HTA y el SAOS.

P-163. Evolución analítica de los 50 primeros casos sometidos a cirugía bariátrica en un hospital comarcal

María del Pilar García Pertegaz, Francisca Vich Sastre, Margarita Gracia Moll Mascaro, María Cabrer Vidal, July Maribel Montaño Martínez

Hospital Comarcal de Inca. Inca, Islas Baleares

Introducción: Según la (OMS) la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La (CB) ha sido propuesta como la opción terapéutica

más efectiva en pacientes con obesidad grado II y III que fracasaron al tratamiento con medidas higiénico dietéticas y/o farmacológico. La CB ha demostrado ser efectiva para disminuir la mortalidad y el riesgo de desarrollar nuevas comorbilidades relacionadas.

Objetivos: Evaluar los parámetros metabólicos de nuestra muestra antes de la intervención de CB, a los 3 y 6 meses posintervención.

Material y métodos: Estudio analítico prospectivo en 50 pacientes sometidos a CB

Resultados y conclusión: Véase tabla I.

P-164. Mejora de la composición corporal y reducción de complicaciones tras educación, ejercicio y suplementación antes de la cirugía

Francisco Javier García Sánchez, Natalia Mudarra García, Almudena Nieto Ramos, Visitación Izquierdo

Unidad de Prehabilitación Quirúrgica. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

Introducción: La prevalencia de la desnutrición en el paciente prequirúrgico como consecuencia de su patología de base puede derivar en complicaciones posoperatorias. Es necesario una completa valoración corporal y un tratamiento adecuado en el preoperatorio para su prevención.

Objetivos: Evaluar la puntuación obtenida con dinamometría (fuerza muscular) en la primera consulta del paciente (antes de comenzar con la intervención prescrita), a los 15 días de optimización y al mes de cirugía. Se analizó la masa muscular mediante ecografía e impedanciometría en la primera consulta del paciente (antes de comenzar la intervención prescrita), a los 15 días de optimización y al mes de cirugía. Se analizó la adherencia al ejercicio y el tratamiento, así como la calidad de vida y las complicaciones posquirúrgicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, comparativo (antes-después). Incluyéndose 138 pacientes a los cuales se les realizó una valoración morfofuncional completa y optimizó con pautas de alimentación y ejercicio físico individualizado, suplementación, y comorbilidades, 21 días antes de la cirugía. Estas pautas se siguieron durante un mes tras la cirugía. El día antes de cirugía y al mes de cirugía se reevaluó la composición corporal de los pacientes.

Resultados: Muestra de 138 pacientes (tras valoración morfofuncional y calidad de vida) principalmente oncológicos ($n = 104$) recibiendo neoadyuvancia ($n = 37$). Predominantemente pacientes con resección colónica (35,7 %). Los valores de funcionalidad medidos por ecografía, bioimpedancia y así como criterios GLIM y calidad de vida, mejoraron desde el inicio hasta el día antes de cirugía (Tabla I, pág. siguiente). Comparándolo con pacientes no sometidos a optimización perioperatoria se puede apreciar la disminución de complicaciones posquirúrgicas (Tabla II, pág. siguiente).

Conclusión: Un programa de optimización prequirúrgica dirigido por enfermera avanzada con cribado y suplementación con ejercicio ayudaron a aumentar la musculatura, calidad de vida y funcionalidad a los pacientes. Igualmente redujeron la tasa de complicaciones, reingresos y el tiempo de hospitalización.

Tabla I.

	Antes de la intervención	Posintervención 3 meses	Posintervención 6 meses
Peso	111,26 kg (84-133,2)	96,28 kg (69,3-126)	87,76 kg (63-112,9)
Glucosa basal	116,77 mg/dL (75-296)	104,75 mg/dL (71-361)	97,12 mg/dL (74-194)
Glicosilada	5,9 % (4,9-9,6)	5,9 % (4,8-9,3)	5,5 % (4,9-7,5)
Índice HOMA	4,31 (1,09-25)	3,22 (0,7-24)	2,99 (0,37-20)
ALT	19,55 UI/L (7-69)	24 UI/L (10-81)	18,4 UI/L (8-33)
AST	23,6 UI/L (9-42)	21,6 UI/L (12-58)	17,56 UI/L (10-29)
GGT	27,71 UI/L (8-12)	28,7 UI/L (7-79)	22,59 UI/L (9-76)
FIB 4	0,92 (0,22-2,8)	1,05(0,25-3,07)	1 (0,33-2)
C, total	184 mg/dL (114-246)	178 mg/dL (106-310)	180 mg/dL (275-90)
LDL	113,41 mg/dL (48-187)	109 mg/dL (46-229)	114 mg/dL (42-210)
HDL	42,41 mg/dL (20-66)	44 mg/dL (26-175)	47,3 mg/dL (26-80)
Triglicéridos	137,3 mg/dL (29-498)	123,2 mg/dL (42-829)	94,7 mg/dL 0(26-191)
Albúmina	42 g/dL (33-49)	42,6 g/dL (33-73,2)	42,5 g/dL (34-48)
P. totales	70,63 g/dL (53-79)	69,3 g/dL (57-82)	68,78 g/dL (63-80)
Ferritina	112,12 ng/dL (5-1092)	122 ng/dL (5-875)	128 ng/dL (6-420)
Cortisol	13,78 mg/dL (3,8-25)	13,7 mg/dL (5,6-29)	13 mg/dL (4,7-21,2)
Lipoproteína A	34,68 mg/dL (1,8-98)	31,3 mg/dL (1-105)	33,7 mg/dL (4-101)
Leptina	47,12 ng/dL (10-135)	31,3 ng/dL (3,8-100)	22,28 ng/dL (2,7-56,2)
Vitamina D	24,9 ng/dL (1,9-59,1)	31,2 ng/dL (8,8-90,3)	32,24 ng/dL (18,3-76)

Tabla I.

	Inclusión LEQ	Antes QX	*p*
Y (SD)	1,16 (0,32)	1,40 (0,33)	< 0,001
Preperitoneal (SD)	0,68 (0,32)	0,55 (0,24)	< 0,001
Dinamometría (SD)	24,06 (9,30)	26,91 (9,76)	0,014
Masa muscular (SD)	33,54 (6,60)	36,33 (6,45)	0,001
Masa grasa (SD)	33,45 (10,23)	31,03 (9,61)	0,047
GLIM (SD)	2,24 (1,81)	1,98 (1,44)	0,215
Calidad de vida (SD)	5,19 (0,84)	5,17 (0,79)	0,852

Tabla II.

		Control	Estudio *n* = 138	Total *n* = 214	*p*
Complicaciones *n* (%)	Sí	40 (52,6 %)	19 (14,2 %)	59 (27,6 %)	< 0,001
	No	36 (47,4 %)	119 (85,8 %)	155 (72,4 %)	
Dehiscencia sutura *n* (%)	Sí	16 (21,1 %)	4 (3 %)	20 (9,3 %)	0,005
	No	60 (78,9 %)	134 (97 %)	194 (90,7 %)	
Requerimientos de sangre *n* (%)	Sí	19 (25 %)	13 (9,9 %)	32 (15,5 %)	0,014
	No	57 (75 %)	122 (90,1 %)	179 (84,5 %)	
Días de estancia hospitalaria (SD)		11,63 (10,63)	8,34 (6,70)	9,5 (8,4)	0,004

P-165. Tratamiento procinético con eritromicina intravenosa en íleo paralítico

María Victoria Granados Vera, Mónica Montero Hernández, Abraham González Mateo, José Manuel Ventura Cerdá

Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Llíria. València

Introducción: La eritromicina es un antibiótico con actividad procinética. Sin embargo, su uso fuera de ficha técnica presenta controversia, debido a la heterogeneidad de resultados según la evidencia disponible.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la eritromicina intravenosa como procinético en pacientes con íleo paralítico.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo desarrollado en el área de cirugía durante un año (septiembre 2022-septiembre 2023). Tras la revisión de la historia clínica de los pacientes se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, diabetes, pauta posológica, duración del tratamiento, otros fármacos procinéticos y nutrición parenteral total (NPT). Se definió como respuesta positiva la remisión de la clínica o mejora de la radiografía abdominal con retirada de la NPT y/o progresión de la dieta oral tras 5 días de tratamiento. La seguridad fue evaluada considerando los efectos adversos indicados en la historia clínica.

Resultados: De los 62 pacientes diagnosticados con íleo paralítico durante el tiempo de estudio, 10 (16 %) fueron tratados con eritromicina intravenosa como procinético. El 60 % de los pacientes eran hombres con una media de edad de 83 años (71-94). El 30 % de los pacientes eran diabéticos. La prescripción habitual fue 250-300 mg / 6-8 horas. La duración media del tratamiento fue de 7 días (3-10) y, en todos los casos, se utilizó metoclopramida intravenosa 10 mg / 8 h. Un 50 % de los pacientes recibieron NPT. Se consideró respuesta positiva en 6 pacientes (60 %) con un promedio de 6 días de tratamiento. Asimismo, 2 pacientes progresaron a dieta oral tras recibir NPT y 1 paciente era diabético. Por el contrario, 4 de los pacientes (40 %) no obtuvieron mejoría tras una media de 9 días de tratamiento. En relación con la seguridad, no se reportaron efectos adversos.

Conclusión: La eritromicina es un fármaco procinético eficaz y seguro en un número limitado de pacientes con metoclopramida como coadyuvancia.

P-166. Análisis de la composición corporal en pacientes con cáncer colorrectal con las técnicas de valoración morfofuncional y TC

Patricia Guirado Peláez[1], Isabel María Vegas Aguilar[1], Rocío Fernández Jiménez[1], Álvaro Vidal Suárez[1], Isabel Cornejo-Pareja[1], María del Mar Amaya Campos[1], José Manuel García Almeida[1], Francisco José Tinahones Madueño[2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. [2]Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: Los pacientes con cáncer colorrectal pueden sufrir cambios en su composición corporal que se asocian negativamente a la supervivencia global y a su vez son independientes del índice de masa corporal.

Objetivos: Evaluar mediante las técnicas de valoración morfofuncional el estado nutricional de los pacientes con cáncer colorrectal, así como su relación con complicaciones y mortalidad.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, en el que se analiza el estado nutricional de los pacientes previa a la cirugía de la neoplasia de colorrectal, mediante BIVA, ultrasonido, HGS y TC.

Resultados: Se han analizado un total de 129 pacientes, de los cuales el 66 % eran hombres. La edad media era de 67,5 ± 9,3 años. El ángulo de fase (PhA) está altamente correlacionado con el área del cuádriceps medida en ecografía, el área muscular medida en TC, así como el HGS ($p < 0,001$). Se ha conseguido correlacionar la grasa total abdominal y en el cuádriceps medidos con ecografía, con la grasa subcutánea en TC ($p < 0,001$) El punto de corte en hombres, a partir del cual se incrementa la mortalidad, es un área muscular de 3,84 cm^2 con un AUC de 0,56; además de un HGS de 33 kg con un AUC de 0,77. En cuanto a las mujeres, el punto de corte de tejido adiposo abdominal medido por ecografía es de 1,39 cm con un AUC de 0,63; además de un área de recto femoral medida por ecografía de 2,65 cm^2 con un AUC de 0,8. En el análisis de fiabilidad del área muscular medida por ecografía, área muscular con TC, HGS y B CM medido por BIVA se obtiene una R de 0,6.

Conclusión: Las medidas nutricionales realizadas con la ecografía y la BIVA tienen un alto grado de correlación con el TC y entre sí; por lo que pueden aportar un alto valor en el pronóstico de los pacientes con cáncer colorrectal.

P-167. Valoración de pérdida de masa y funcionalidad muscular mediante dinamometría y ecografía del recto anterior en pacientes de cirugía cardíaca

Macarena Lacarta Benítez, Wendy Valeria González Sacoto, Carlos Moreno Gálvez, Lidia Olivar Gómez, Alejandro Sanz Paris

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: La disminución de la masa muscular esquelética es un proceso fisiológico que puede verse acentuada en caso de presencia de enfermedades que limiten la capacidad funcional, como la insuficiencia cardíaca que presentan los pacientes de cirugía cardíaca.

Objetivos: Demostrar la disminución de la funcionalidad y de la masa muscular esquelética en un grupo de pacientes sometidos a cirugía cardíaca mediante técnicas validadas de valoración morfofuncional.

Material y métodos: Se realizó ecografía del recto anterior y dinamometría en 82 pacientes en el preoperatorio de cirugía cardíaca y tras la salida de UCI. Se realizó un estudio descriptivo, análisis de datos apareados y de correlación entre las variables. Estudio aprobado por el Comité de Ética Local.

Resultados y conclusión: La media de fuerza máxima de la mano previa a la cirugía fue de 31 ± 11,6 kilogramos (kg), y posterior a la cirugía, de 24,4 ± 10,9 kg. La media del área de recto anterior previa a la cirugía fue 3,93 ± 1,54 cm^2, y tras la cirugía fue de 3,11 ± 1,38 cm^2. Durante la hospitalización, se produjo una disminución significativa tanto de la fuerza máxima de la mano (6,62 kg), como del área del recto anterior (0,827 cm^2), aunque ambas variables no se correlacionaron significativamente entre sí ($R = 0,09$ $p = 0.407$) (Tabla I). En conclusión, se produjo una disminución significativa de la función muscular por dinamometría como de la masa muscular por ecografía del recto anterior. El área del cuádriceps se ve afectado en mayor medida, tanto por la inmovilización secundaria a la claudicación intermitente que padece este perfil de pacientes, como por la atrofia muscular que se produce durante el ingreso prolongado en UCI.

P-168. Efectos de la suplementación con emulsiones lipídicas endovenosas de aceite de pescado sobre los triglicéridos en pacientes después de una esofagectomía: ensayo clínico

Ana Suárez-Lledó[1], Elisabet Leiva Badosa[1], Josep Llop Talaverón[1], Montserrat Colls González[1], Mónica Fernández Álvarez[1], Mónica Miró Martín[2], Leandre Farran Teixidó[2], Marta Canedo Castelo[1], Íñigo González Caballero[1], María Badía Tahull[1]

Servicios de [1]Farmacia y de [2]Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Introducción: La esofagectomía se relaciona con una elevada morbimortalidad. Los ácidos grasos ω-3 son farmaconutrientes con beneficios en el posoperatorio.

Objetivos: Determinar el efecto de las emulsiones lipídicas endovenosas (ELIV) a base de aceite de pescado (AP) sobre los triglicéridos plasmáticos en pacientes esofagectomizados.

Material y métodos: Subestudio de ensayo clínico en adultos tratados con ELIV a base de AP después de una esofagec-

Tabla I.

	n	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Fuerza_0	82	31,0	30,9	11,6	12,1	75,0
Fuerza_1	82	24,4	23,8	10,9	5,80	65,3
Área_RA_0	82	3,93	3,70	1,54	1,44	7,71
Área_RA_1	82	3,11	2,88	1,38	1,00	6,84

tomía con soporte de nutrición enteral. Randomización 1:1:1. Grupo A: 0,4 g/ kg/d AP + 0,4 g/ kg/d LCT/MCT 50:50, Grupo B: 0,8 g/kg/d AP, y Grupo C: (control) 0,8 g/ kg/d LCT/MCT 50:50. Variables recogidas: demográficas y triglicéridos plasmáticos el día de randomización (día 0) y los días 1, 3 y 5 posteriores. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± DE. En la población con intención de tratar, se analizó la asociación entre triglicéridos plasmáticos y el AP recibido mediante un análisis de la varianza y regresión lineal simple con SPSS-IBM v22.

Resultados: 28 pacientes, 61,46 ± 8,94 años e IMC de 25,94 ± 4,76 kg/m^2. Triglicéridos (µmol/L) en los diferentes tiempos estudiados (Tabla I). En la comparación de cada grupo respecto al grupo control, no se observaron diferencias significativas. No obstante, al día 5 se observó una tendencia en la reducción de triglicéridos en el grupo B respecto al C (b = -0.517; p = 0,072).

Conclusión: La suplementación con emulsiones lipídicas a base de AP se asocia a una mejora en los niveles de triglicéridos plasmáticos.

P-169. Análisis de composición corporal prequirúrgica. ¿Puede determinar la tolerancia al tratamiento quimioterápico adyuvante en el paciente con cáncer colorrectal?

Amador Lluch Romero[1], Fiorella Ximena Palmas Candia[2,3], Fernanda Mucarzel[2], Marta Ricart Viles[3], Laura Andurell Ferrándiz[1], Victoria Avilés Parra[3], Alba Zabalegui Eguinoa[2], Antoni Vivo Pons[3], Hegoi Segurola[2], Rosa Burgos Peláez[2]

[1]Unidad de Soporte Nutricional y [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, España. [4]DTU Aqua. Copenhague, Dinamarca

Introducción: La evaluación de la composición corporal (CC) es una parte esencial de la valoración nutricional. La masa muscular se ha descrito como un factor determinante en la tolerancia de la quimioterapia.

Objetivos: Evaluar si la CC prequirúrgica impacta en la tolerancia al tratamiento oncológico adyuvante.

Material y métodos: Estudio prospectivo con una cohorte de pacientes hospitalizados y sometidos a cirugía por cáncer colorrectal candidatos a tratamiento oncológico adyuvante. Se analizó la CC mediante la segmentación de un corte a nivel de L3 en un TC abdominal prequirúrgico. Durante el ingreso, se realizó a cada paciente una bioimpedanciometría y una dinamometría para obtener datos basales de CC. Durante el tratamiento oncológico adyuvante, se siguió a cada paciente y se registraron meticulosamente los efectos limitantes de dosis por toxicidad (DLT) y sus consecuencias relacionadas con el cumplimiento del esquema de quimioterapia adyuvante.

Resultados y conclusión: Incluimos 49 pacientes, 23 mujeres, con una edad media de 67,8 años (R:46-83), IMC medio de 26,1 kg/m^2 (R: 17-44), masa muscular esquelética (MME) media de 35,8 cm^2/m^2 (mujeres) y MME media de 45,5 cm^2/m^2 (hombres) y un FFMI medio de 18,7 kg/m^2 (R:3,7-30,3). El esquema quimioterápico más frecuentemente indicado fue el CAPOX (51 %). Un 77,5 % precisaron ajustes de dosis de tratamiento, casi la mitad (48,9 %) sufrió algún retraso del tratamiento y 8 no lo finalizaron por toxicidad (16 %). Los pacientes diagnosticados de sarcopenia mediante la MME con TC presentaron mayor número de reducciones de dosis (p = 0,008) y un aumento en el número de retrasos del tratamiento oncológico (p = 0,049), al igual que con un FFMI bajo (p = 0,007). No se observaron diferencias significativas con el diagnóstico de sarcopenia mediante la dinamometría. La CC prequirúrgica es un importante factor que determina la necesidad de desviaciones (ajustes de dosis y retrasos) del esquema de quimioterapia. La sarcopenia medida por TC fue el diagnóstico más determinante para predecir estas desviaciones.

P-170. Implementación de la vía RICA en cirugía de carcinomatosis peritoneal mediante citorreducción y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal

Irela López Cobo, Sara Torrejón Jaramillo, Amaya Peñalva Arigita, Paula García Sancho de la Jordana, Gemma Francisco Expósito, Humberto Navarro Martínez, Irene Berges Raso, Lluís Vila Ballester, Mercè Albareda Riera

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complex Hospitalari i Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Introducción: Hay pocos datos publicados sobre el impacto nutricional de la Vía de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA) en la cirugía (IQ) de carcinomatosis peritoneal (CP) con citorreducción (CR) más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). Antes de la vía RICA todos los pacientes recibían Nutrición Parenteral (NP) desde 1er día pos-IQ.

Objetivos: Analizar el impacto del protocolo RICA en la CP con CR+HIPEC en días de NP, estancia hospitalaria (EH) y complicaciones quirúrgicas (CQ).

Tabla I.

Tiempo	Grupo A		Grupo B		Grupo C		F	*p*
	n	Media ± DE	*n*	Media ± DE	*n*	Media ± DE		
Día 0	8	1,63 ± 0,67	10	1,32 ± 0,64	10	1,56 ± 0,52	0,678	0,517
Día 1	7	1,37 ± 0,59	10	1,13 ± 0,65	9	1,26 ± 0,67	0,381	0,688
Día 3	7	1,19 ± 0,47	9	1,17 ± 0,53	9	1,55 ± 0,49	1,566	0,231
Día 5	8	1,67 ± 0,61	10	1,21 ± 0,48	10	1,90 ± 0,52	4,300	0,025

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio retrospectivo desde 3/2022 a 11/2023. Se realiza valoración nutricional preIQ a todos los pacientes (VGS + GLIM) e intervención nutricional en riesgo y malnutrición. Se clasifican por grupos (RICA 1, 2 y 3) según complejidad de la IQ. RICA1: no resección intestinal, ingesta oral precoz, no NP. RICA2: NP dependiendo de la extensión de la resección intestinal. RICA3: todos NP. Variables: edad, sexo, tipo neoplasia, días NP, días EH, estado nutricional preIQ, suplementación preIQ, CQ.

Resultados y conclusión: Se analizan los datos de 147 pacientes, 54 % mujeres, edad media 62,4 ± 11 años. Neoplasias más frecuentes: colorrectal 53 %, pseudomixoma peritoneal 15 %, ovario 14 % (Tabla I). Un 56 % de los pacientes presentó ≥ 1 CQ, siendo más frecuente íleo paralítico en RICA 1 ($p = 0,010$) y dehiscencia de sutura en RICA 3 ($p = 0,002$). En conclusión, la clasificación RICA 1,2 y 3 permite ajustar mejor el soporte nutricional postIQ, adecuando días de NP y EH. Los pacientes RICA 3 presentaron mayor desnutrición o riesgo nutricional. En este estudio fue más frecuente el ileo paralítico en RICA 1 y la dehiscencia de sutura en RICA 3.

P-171. Inmunonutrición en postransplante pulmonar. A propósito de nuestra experiencia

Patricia Mezerhane Ricciardi, Coral Montalbán, Marta Martínez García, Víctor Mora Cuesta, Sheila Izquierdo Cuervo, Sandra Tello Mena, David Iturbe, Laura Ramos Ramos, Luis Vázquez Salvi

Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

Introducción: La nutricion en el posquirúrgico inmediato puede ser determinante en la buena evolución clínica del paciente, existen guias destinadas a la atención de la cirugía mayor abdominal en donde esta aceptado con alto grado de evidencia la inmunomnutricion pre- y posquirúrgica en la cirugía mayor abdominal, no asi en otros tipos de cirugía como por ejemplo el transplante pulmonar en donde no hay evidencias suficientes.

Objetivos: El objetivo del estudio es un estudio prospectivo y de intervencion, con la finalidad de optimiza la atención nutricional al paciente transplantado de pulmón, seguimiento de sus parámetros clínicos y analíticos, en planta se instaura suplemento nutricional con inmunonutricion (237 ml, 144 kcal / 100 ml, con arginina y ω-3) al menos durante los primeros 12 dias pos-IQ, para evitar la desnutrición y prevenir la perdida de peso.

Material y métodos: se incluyeron 66 pacientes, desde enero a diciembre 2022, todos transplantados de pulmón, el 65 % con peso adecuado para la talla pre transplante, 27,7 % sobrepeso, y el resto con IMC menor de 18 pre tx. Durante el primer día en planta, 97 % de los pacientes tomaron menos del 60 % de la dieta oral. se inicio inmunonutricion, un suplemento al día, y en los pacientes con IMC menor de 20 dos al día. El 18 % de los pacientes se tuvo que cambiar a formulas especificas de diabetes y 3 pacientes a nutrición peptídica por intolerancia digestiva. El peso preingreso y el peso al alta no tuvieron variación estadísticamente significativa, ni tampoco el valor de prealbúmina.

Resultados y conclusión: En cirugía pulmonar no esta estandarizado el uso de inmunonutricio peri quirúrgica, pero extrapolando experiencia de la cirugía abdominal, se ha utilizado en este grupo de pacientes consiguiendo que no pierdan peso ni tengan datos de desnutrición proteica durante su estancia en el hospital.

P-172. Valoración y optimización de la composición corporal como medida para la reducción de las complicaciones antes de la cirugía liderados por enfermería de práctica avanzada

Natalia Mudarra García, Francisco Javier García Sánchez, Almudena Nieto Ramos, Visitación Izquierdo, Fernando Roque Rojas

Unidad de Prehabilitación Quirúrgica. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid

Introducción: La prevalencia de la desnutrición en paciente prequirúrgico como consecuencia de su enfermedad puede derivar en complicaciones postoperatorias. Una valoración por enfermera de práctica avanzada (EPA) puede favorecer dicho cribado y la adherencia a la intervención.

Objetivos: Evaluar los parámetros de composición corporal incluyendo fuerza (a través de dinamometría), masa muscular (mediante ecografía muscular y bioimpedancia) antes de intervención, a los 15 días y al mes de la cirugía mediante suplementación nutriciónal, ejercicio físico y ajuste de medicación. Analizar las diferentes intervenciones y la adherencia por parte del paciente y su repercusión sobre las complicaciones posquirúrgicas, así como la calidad de vida resultante al finalizar el proceso quirúrgico.

Material y métodos: Se procedió a realizar un estudio observacional, descriptivo, comparativo (antes y después). La muestra fue de 138 pacientes a los que se les realizó por parte de EPA

Tabla I.

	RICA 1	RICA 2	RICA 3	
Pacientes (%)	20,8	56,5	23	
Mediana días NP	0 (0-11)	7 (0-31)	9 (0-62)	$p < 0,0001$
Mediana días EH	8,5 (5-23)	11 (6-56)	15 (5-118)	$p < 0,0001$
Riesgo o desnutrición (%)	20	34,6	50	$p = 0,043$
Suplementación oral (%)	23	32,5	38	ns

una valoración morfofuncional completa y optimizó con pautas de alimentación y suplementación nutricional; ejercicio físico individualizado, comorbilidades y medicación que influya sobre músculo. (estos últimos tras valoración conjunta con internista) desde 21 días antes de cirugía hasta el mes de esta. El día antes y al mes de la cirugía se realizó una reevaluación morfofuncional.

Resultados: De los 138 pacientes incluidos (tras valoración morfofuncional y calidad de vida), 104 pacientes tenían perfil oncológico, 37 de ellos recibieron neoadyuvancia. De ellos, más frecuente era la neoplasia de colon con resección colónica (35,7 %). Se cuantificaron los valores por bioimpedancia y ecografía muscular, además, la evolución de los criterios GLIM, así como calidad de vida desde el inicio hasta el día antes de la cirugía se ven representados (Tabla I) con resultados de mejoría. Respecto a las complicaciones, la intervención sobre los pacientes muestra unos buenos resultados (Tabla II).

Conclusión: Un proyecto dirigido por una EPA con valoración morfofuncional e intervención mejora los parámetros y complicaciones en el paciente quirúrgico.

P-173. Evolución nutricional en el perioperatorio de pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal (CP) dentro de un protocolo RICA adaptado

Amaya Peñalva Arigita[1], Sara Torrejón Jaramillo[2], Irela López Cobo[1], María Lecha Benet[1], Rosa Prats Farreras[1], Aida Palmira Vásquez Íñiguez[1], Daniel Rubira[1], Gemma Francisco Expósito[1], Irene Berges Raso[1], Mercè Albareda Riera[3]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Dietética y Nutrición. Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona. [3]Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Introducción: Nuestro hospital ha adaptado la cirugía en carcinomatosis peritoneal (CP) a la guía de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA), una cirugía compleja con gran impacto nutricional.

Objetivos: Descripción de evolución nutricional en el peri-operatorio de pacientes con CP.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo (13 meses). Protocolo RICA-CP con 3 grupos según complejidad cirugía: R1, menor, R2 y R3, mayor. Valoración nutricional (VN) con VGS + GLIM preintervención; en consultas externas (CE) cuando cribado nutricional positivo o en ingreso en el resto de pacientes. Todos, con VN-posintervención (IQ) en CE. Variables: Días (D): Ingreso (I), nutrición parentera I (NP) y oral. VN: normonutridos, riesgo/desnutrición leve, des. Moderada/severa. Uso suplementación ora l(SNO): pre-I, ingreso, alta). Peso (P); P. Pre-IQ, P-alta; P. Pos-IQ(CE), pérdida P (PP); hospitalización, total.

Resultados y conclusión: Diferencia significativa de distribución entre VN-pre-IQ frente a VN-pos-IQ, $p < 0,01$. Así como diferencia en la necesidad SNO al alta frente a SNO-pre-IQ, $p > 0,05$. Descriptiva en tabla I (pág. siguiente). La evolución ponderal se describe en la tabla II (pág. siguiente). El deterioro nutricional es significativo en todos los individuos, pero especialmente en el subgrupo (R3) con mayor complejidad quirúrgica, que precisa una intervención nutricional más intensa.

Tabla I.

	Inclusión LEQ	Antes QX	*p*
Y (SD)	1,16 (0,32)	1,40 (0,33)	< 0,001
Preperitoneal (SD)	0,68 (0,32)	0,55 (0,24)	< 0,001
Dinamometría (SD)	24,06 (9,30)	26,91 (9,76)	0,014
Masa muscular (SD)	33,54 (6,60)	36,33 (6,45)	0,001
Masa grasa (SD)	33,45 (10,23)	31,03 (9,61)	0,047
GLIM (SD)	2,24 (1,81)	1,98 (1,44)	0,215
Calidad de vida (SD)	5,19 (0,84)	5,17 (0,79)	0,852

Tabla II.

		n = 138
Complicaciones *n* (%)	Sí	19 (14,2 %)
	No	119 (85,8 %)
Dehiscencia de sutura *n* (%)	Sí	4 (3 %)
	No	134 (97 %)
Requerimientos de sangre *n* (%)	Sí	13 (9,9 %)
	No	122 (90,1 %)
Días de estancia hospitalaria (SD)		8,34 (6,70)

Tabla I.

		R1 (40)	R2 (74)	R3 (38)	Total (152)	*p*
VN. Pre-IQ	normo	85 % (34)	68,9 % (51)	65,8 % (25)	72,4 % (110)	NS
	Riesgo / des. leve	12,5 % (5)	13,5 % (10)	18,4 % (7)	14,4 % (22)	
	Des.moderada / severa	2,5 % (1)	17,6 % (13)	15,8 % (6)	13,2 % (20)	
SNO-preingreso		12,5 % (5)	28,4 % (21)	31,6 % (12)	25 % (38)	NS
Días-ingreso		3 ± 6,7	14,5 ± 10,5	21 ± 16,9	14,9 ± 12,3	< 0,001
Días-NP		3,2 ± 6,3(15)	6,2 ± 6,4 (57)	12,8 ± 10,4 (38)	7,1 ± 8,3 (110)	*p* = 0,01
Días-oral		8 ± 5,3	11,4 ± 11	16,5 ± 18,4	11,9 ± 12,5	*p* = 0,01
SNO-Ingreso		57,5 % (23)	60,8 % (45)	71 % (27)	62,5 % (95)	NS
SNO-Alta		32,5 % (13)	43,2 % (32)	55,2 % (21)	43,4 % (66)	NS
VN. Pos-IQ	normo	35 % (14)	25,7 % (19)	21,1 % (8)	22,4 % (41)	NS
	Riesgo / des. leve	20 % (8)	14,9 % (11)	18,4 % (7)	18,2 % (26)	
	Des.moderada / severa	45 % (18)	59,5 % (44)	60,5 % (23)	11,2 % (85)	

Tabla II.

P (kg)	R1 (40)	R2 (74)	R3 (38)	Total (152)	*p*
P. pre-IQ	68,7 ± 15,5	70,7 ± 13	69,4 ± 14,3	70,9 ± 14,5	NS
P-alta	68,2 ± 15,6	71 ± 12,7	66,8 ± 13,9	69,2 ± 13,8	NS
P *p*-hospitalización	3,0 ± 2,5 (17)	2,9 ± 2,2 (41)	4,8 ± 4,7 (25)	3,5 ± 3,2	*p* = 0,038
P pos-IQ(CE)	64,1 ± 15	67,9 ± 12,6	62,9 ± 13,4	65,9 ± 13,5	NS
P *p*-total (*n* = 120)	4,4 ± 4,6	5,0 ± 5,3	7,9 ± 6,5	5,5 ± 5,5	*p* = 0,037

P-174. Programa de prehabilitación en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: intervención nutricional

Ana María Pérez Heras[1], Carla Mestre Reina[1], María Cancio Solé[1], Lluc Galarza Serra[1], Mónica Egea[2], Ada Cabero[2], Nuria Cuesta[3]

[1]Departamento de Nutrición y Dietética Clínica. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. [2]Departamento de Logopedia. Servicio de Otorrinolaringología y Rehabilitación. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. [3]Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Introducción: Los pacientes afectados de neoplasias de cabeza y cuello tienen un alto riesgo de presentar desnutrición (20-74 %). Esto se debe a que pueden presentar síntomas como disfagia, odinofagia, problemas de masticación o hiporexia, además de verse incrementados los requerimientos nutricionales. Se ha evidenciado que la desnutrición es un factor de peor pronóstico y de aumento de complicaciones derivadas del tratamiento oncoespecífico, lo que implica una mayor estancia hospitalaria y coste sanitario.

Objetivos: a) Asegurar que los pacientes lleguen en la mejor condición posible al tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia); b) reducir las complicaciones durante el tratamiento oncológico; y c) acelerar la recuperación y reducir la estancia hospitalaria. Ayudar en la recuperación funcional de su actividad habitual.

Material y métodos: 1. Antropometría: peso habitual y actual, talla, IMC, % pérdida de peso, circunferencia pantorrilla. 2. Dinamometría. 3. Criterios GLIM. 4. Sintomatología que comprometa la ingesta. 5. Cálculo de requerimientos nutricionales. 6. Analítica con perfil nutricional. 7. Anamnesis alimentaria.

Resultados y conclusión: La intervención nutricional se realizará como se describe en la tabla I (pág. siguiente). Una intervención nutricional previa al tratamiento oncológico de pacientes con neoplasia de cabeza y cuello (cirugía, quimioterapia o radioterapia) podría reducir el riesgo de desnutrición o en caso de existir, revertilo. A su vez, podría disminuir el número de complicaciones y el tiempo de hospitalización y favorecer un mejor pronóstico.

Tabla I.

	Bajo peso / normopeso	Sobrepeso / obesidad
Correcto estado nutricional	– Recomendaciones nutricionales de enriquecimiento energético y proteico	– Recomendaciones nutricionales de enriquecimiento proteico
Desnutrición	– Recomendaciones nutricionales de enriquecimiento energético y proteico – Suplementación: fórmula oral inmunomoduladora, hipercalórica e hiperproteica	– Recomendaciones nutricionales de enriquecimiento proteico – Suplementación: módulo de proteína
Disfagia orofaríngea leve / moderada	Además, se adaptará la textura de la dieta y el volúmen del bolo	
Disfagia severa	Nutrición a través de sonda de alimentación con fórmula inmunomoduladora e hiperproteica	

P-175. ¿Estamos incluyendo correctamente los pacientes en el programa de recuperación intensificada en la cirugía (RIC)? La respuesta a través de la tomografía computarizada (TC)

Marta Ricart Viles, Fernanda Mucarzel, Fiorella Ximena Palmas Candia, Amador Lluch Romero, Guillermo Cárdenas Lagranja, Marta Gómez Muñoz, Irene Montllor Ramoneda, Cristina Rivero, Hegoi Segurola, Rosa Burgos Peláez

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

Introducción: Para los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) la cirugía electiva (IQ) es habitual. El RIC es una estrategia perioperatoria para optimizar estado nutricional y composición corporal (CC).

Objetivos: Valorar la superioridad del programa RIC en pacientes sometidos a cirugía por CCR frente a pacientes no prehabilitados (PNP). Valorar si la cantidad y calidad de masa muscular basal (MM) influye en las complicaciones posquirúrgicas (CPC).

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con CCR tratados quirúrgicamente en dos grupos de estudio RIC (frágiles o MUST > 2) y PNP (MUST < 2). Variables: antropométricas, desnutrición (GLIM) y fuerza de prensión (HG). CC: Bioimpedancia y medición de MM en TC abdominal (L3) mediante *software* FocusedON BC. Variables RIC: sobrecarga de carbohidratos (SCHO), inicio oral precoz < 6 h (IOP). Establecemos punto de corte según % grasa intramuscular (%IMAT) para CPQ por curva ROC.

Resultados y conclusión: 270 pacientes con CCR (44 % RIC y 56 % PNP), 61,5 % varones (71 ± 11 años). Sin diferencias en diagnóstico nutricional o sarcopenia por TC (85,7 %: 78,1 %) ($p = 0,112$). El 76,9 % presentan baja MM por TC, un 23 % por BIA. No hay diferencias significativas en MM (ajustada por talla) entre grupos mediante TC, aunque tendencia a baja MM en grupo RIC (39,15 cm^2/m^2: 41,20 cm^2/m^2 $p = 0,059$), menor densidad muscular (UH)* ($p = 0,048$), mayor %IMAT (2,89 %: 2,43 % $p = 0,023$) y dinamopenia** (55,7 frente a 44,3 %, $p = 0,007$). Un 30,4 % de la muestra presentó CPQ mayoritariamente Clavien-Dindo II (58 %), siendo más prevalente entre el grupo RIC ($p < 0,000$), sin diferencias significativas en mortalidad ($p > 0,05$). Identificamos un punto de corte en 2,29 % IMAT para predecir CPQ en nuestra muestra. %IMAT superior a este valor se asoció significativamente a mayor riesgo de CPQ (verosimilidad: 1,34; IC: 1,04-1,76, $p = 0,0304$). El 57,1 % de los pacientes que presentaron CPQ superaban dicho punto. Los que tomaron SCHO presentaron mayor IOP ($p = 0,007$), mejor tolerancia ($p = 0,034$), progresión nutricional adecuada ($p = 0,005$) y menor frecuencia de sonda nasogástrica de aspiración ($p = 0,026$). El TC es una técnica realizada en todos los pacientes sometidos a cirugía, útil para determinación la CC y el pronóstico posquirúrgico, más allá del cribado nutricional que infraestima la desnutrición. %IMAT podría predecir de forma precoz CPQ. En nuestra muestra la SCHO favorece una correcta evolución posoperatoria.

P-176. Prevalencia de desnutrición y sarcopenia en pacientes prequirúrgicos con patología cardíaca tras una valoración nutricional y morfofuncional

Christian Mañas Ortiz, Jessica Ruiz Berjaga, Alba Durba Lacruz, Ana Artero Fullana, Ana Jiménez Portilla, Carlos Sánchez Juan

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de València. València

Introducción: El manejo multidisciplinar del paciente cardioquirúrgico es una pieza clave para el éxito de la cirugía a realizar. La identificación de pacientes que presenten riesgo de desnutrición o sarcopenia es fundamental a la hora de prevenir complicaciones durante y tras la intervención quirúrgica.

Objetivos: Valorar el riesgo de desnutrición y sarcopenia en pacientes con patología cardíaca previamente a una intervención quirúrgica.

Material y métodos: Análisis observacional transversal en pacientes con patología cardíaca remitidos a la consulta de nutrición para optimización prequirúrgica durante los meses de noviembre y diciembre de 2023. Se recogieron datos relativos a: sexo, edad, altura, peso, peso habitual, IMC, % pérdida de peso, requerimientos nutricionales y proteicos, dinamometría, criterios GLIM, criterios EWGSOP2, bioimpedancia segmental, soporte nutricional, MNA-SF y parámetros bioquímicos. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos usando el programa SPSS v.28

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con una edad media de 67 años. Un 73,3 % eran hombres y un 26,7 % mujeres. Los pacientes presentaron: normopeso (13,3 %), sobrepeso (40 %) y obesidad (46,7 %). El 86,7 % de los pacientes no cumplieron criterios GLIM, sin embargo, 1 paciente (6,7 %) presentó desnutrición moderada. Únicamente 1 paciente (6,7 %) presentó sarcopenia. Ningún paciente precisó soporte nutricional oral previamente. Un 13,4 % de los pacientes presentó riesgo de desnutrición según MNA-SF, mientras que el 86,6 % restante mostró un estado nutricional normal. En la tabla I aparecen recogidos los datos relativos a: parámetros antropométricos, requerimientos nutricionales y proteicos, composición corporal y, fuerza de prensión.

Conclusión: Los hombres con obesidad o sobrepeso constituyen el perfil predominante del paciente cardioquirúrgico. La mayoría presenta un buen estado nutricional, sin embargo, un pequeño porcentaje de la población de estudio presentó desnutrición y sarcopenia. Es importante establecer cribados de desnutrición y sarcopenia de cara a optimizar el estado nutricional de los pacientes previamente a una cirugía cardiovascular.

P-177. Eficacia del tratamiento con vitamina D intramuscular en pacientes con síndrome malabsortivo crónico del Hospital Universitari Son Espases

Alicia Sanmartín[1], Josefina Olivares Alcolea[2], Mercedes Noval Font[1], Antonio Palomero Massanet[3], Guillermo Serra Soler[1], Gabriela Noemi Nicola Orejas[1], Meritxell Viñes Raczkowski[1], Andreu Campos Peris[1], Elena Mena Ribas[1], Iñaki Argüelles Jiménez[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. [2]Fundación Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares. Palma de Mallorca. [3]Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

Introducción: La vitamina D es una hormona liposoluble cuya absorción puede verse limitada en situación de malabsorción intestinal, especialmente a grasas. Además, en pacientes con sobrepeso y obesidad, su biodisponibilidad está disminuida. Por ello, se requieren mayores dosis, en ocasiones diarias, lo que dificulta una correcta adherencia. La administración vía intramuscular de vitamina D (vitDIM), permite una administración masiva cada 3 o 4 meses.

Objetivos: Valorar la eficacia del tratamiento al año con vitD-IM (vitamina D BON®: colecalciferol 200 000 UI/mL) de los pacientes adultos con síndrome malabsortivo crónico de la consulta de nutrición del Hospital Univeristario Son Espases.

Material y métodos: Análisis observacional restrospectivo de los parámetros analíticos del metabolismo fosfocálcico al inicio y al año del tratamiento con vitamina D BON® desde 2011 hasta 2019. Además, se comprobó la adherencia terapéutica a través del programa de prescripción farmacológica del Ib-Salut.

Resultados y conclusión: Se estudiaron 31 pacientes con derivación biliopancreática y 4 con síndrome de intestino corto (91,4 % mujeres, edad media 54 ± 13 años, peso 85,3 ± 20 kg, talla 162,0 ± 0,9 cm, IMC 32,4 ± 7 kg/m^2). El tratamiento inicial de hipovitaminosis D fue con calcifediol 160 000UI 5,75 ± 2,5días/semana, calcio (441 ± 612 mg/d) y vitamina D BON®/3,8 ± 0,8 meses. La adherencia terapéutica al tratamiento oral fue baja (91,4 %) y buena (100 %) en el tratamiento intramuscular. Los parámetros analíticos mostraron: creatinina (mg/dL) 0,65 ± 0,13 frente a 0,68 ± 0,16 (p = 0,044); albúmina (mg/dL) 37,64 ± 4,3 frente a 38,34 ± 4,08 (p = 0,085); calcio (mg/dL) 8,78 ± 0,54 frente a 8,83 ± 0,53 (p = 0,315); fósforo (mg/dL) 3,45 ± 0,42 frente a 3,77 ± 1 (p = 0,132); magnesio (mg/dL) 1,96 ± 0,27 frente a 1,91 ± 0,2 (p = 0,084); calcio orina 24 h (mg / 24 h)

Tabla I.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Peso (kg)	15	52,10	99,8	77,7	16
Peso habitual (kg)	15	52	97,0	77,0	15,6
Talla (m)	15	1,50	1,80	1,60	0,10
IMC (kg/m^2)	15	22,8	33,7	28,3	3,6
Requerimietnos nutricionales (kcal/día)	15	1759	2526	2095	246,6
Requerimientos proteicos (g/día)	15	65	100	85	10,4
Ángulo de fase (°)	14	4,4	7,0	5,4	0,7
Masa celular corporal (kg)	14	21,5	46,5	33,3	8,3
FFMI (kg/m^2)	14	14,4	24,7	18,8	2,8
ASMI (kg/m^2)	14	5,3	11,0	7,7	1,6
Agua corporal total (L)	14	24,8	54,1	38,0	9,5
Agua extracelular (L)	14	9,8	21,6	14,8	3,6
Agua intracelular (L)	14	15,0	32,5	23,3	5,8
Dinamometría BD (kg)	13	14,5	56,3	28,1	11,6
Dinamometría BI (kg)	13	16,0	50,4	28,7	11,2

122 ± 179 frente a 114 ± 73 ($p = 0,534$); PTHi (pg/mL) 142 ± 76 frente a 116,47 ± 62 (p 0,026); 25-OHD (ng/mL) 12,33 ± 6,5 frente a 27,41 ± 10,6 ($p < 0,001$). La administración intramuscular de vitamina D presenta mayor adherencia y, por tanto, mayor eficacia en el tratamiento de la hipovitaminosis D en este tipo de pacientes.

P-178. Evaluación de la calidad de la cirugía bariátrica: cambios de hábitos y estilos de vida

M.ª Victoria Sanz Lobo[1], María Nieves González San Martín[2], Raúl Sanchón Rodríguez[2], Elvira Barrio Escribano[2], Elvira Ramos Carral[3]

Servicios de [1]Nutrición y de [2]Endocrinonutrición. Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid

Introducción: La cirugía bariátrica es una técnica segura, que ha demostrado una gran eficacia en el control de la Obesidad, disminuyendo las comorbilidades y aumentando la calidad y esperanza de vida.

Objetivos: Determinar la calidad de la cirugía al año de la intervención, porcentaje de peso y IMC perdido, riesgo cardiovascular y su relación con la composición corporal, así como, la adherencia a dieta y actividad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 35 pacientes intervenidos con técnica Sleeve, con la valoración de cuestionarios, previo a la cirugía Predimed y IPAQ y al año de la intervención BAROS. Realización de bioimpedancia y recogida de datos de distintas variables.

Resultados y conclusión: Los pacientes incluidos en el estudio el 77,1 % mujeres, edad media (48 ± 21) y el 22,8 % hombres (48 ± 12). Los resultados al cuestionario PREDIMED previo a la Cirugía el 34,2 % tenía con mala adherencia a la dieta, al año disminuyó al 2,8 %, respecto a IPAQ inicial con 80 % de nivel bajo o inactivo de actividad, bajó al 2,8 % al año. BAROS obtuvo una media de valoración 6,5 (muy buena), siendo en el cuestionario de calidad de vida la autoestima y actividad física los más valorados, seguidos por social, sexual y laboral. Las comorbilidades mejoraron en el 94,2 % y hubo una remisión completa en 31,4 % de los pacientes. El riesgo cardiovascular se normalizó en un 2,85 % en hombres y un 17,1 % en mujeres, con un porcentaje de grasa visceral del 5,7 % en hombres y un 28,5 % en mujeres dentro de los valores saludables, según edad y sexo, con una buena composición muscular y dinamometría normal.

Conclusión: La cirugía de la obesidad produce una importante mejora de la calidad de vida y disminución de las comorbilidades, percibida positivamente por los pacientes, pero el verdadero objetivo es el cambio de hábitos y estilo de vida mantenido en el tiempo.

P-179. Casuística del estado nutricional del paciente quirúrgico en L'Hospital General Universitari de Castelló

Esther Serisuelo Meneu, Icíar Castro de la Vega, María Chiva Martínez, Mayet Roxana Padilla Segura, Alicia Rizo Gellida, Sara Franch Salvador, Margarita González Boillos, Agustín Ángel Merchante Alfaro

Servicio de Endocrinología y Nutrición. L'Hospital General Universitari de Castelló. Castelló de la Plana

Introducción: El riesgo de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en el paciente quirúrgico es elevado. Esta comorbilidad puede conducir a un aumento del riesgo perioperatorio y del coste total. Estos datos empeoran en pacientes oncológicos. El soporte nutricional por un equipo multidisciplinar mejora el pronóstico.

Objetivos: Revisar la casuística del estado nutricional en pacientes onco-quirúrgicos atendidos entre septimebre de 2022 y octubre de 2023.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra de pacientes atendidos en consultas externas e interconsultas hospitalarias. Se han clasificado según la cirugía realizada: vejiga (URO), páncreas (PAN), hepatobiliar (HEP), maxilofacial (CMX) y otorrinolaringología (ORL). Se realizó una valoración nutricional y se aplicó los criterios GLIM para el diagnóstico y gravedad de DRE. Los pacientes intervenidos de URO, PAN y HEP se incluyen en protocolos de prehabilitación multimodal y se analizó el estado nutricional prequirúrgico. Los pacientes procedentes de CMX y ORL la primera valoración se realizó posquirúrgica mediante interconsulta hospitalaria sin emplearse un cribado previo para su derivación.

Resultados: Valoramos 117 pacientes (83 varones), 61,1 ± 9,2 años. El 46 % estaba desnutrido, de los cuales 66,6 % grave. La prevalencia de DRE por subgrupos quirúrgicos se detalla en la tabla I.

Tabla I.

Intervención	Número de valoraciones	DRE según GLIM	DRE moderada	DRE grave
Evaluación prequirúrgica en consultas externas				
URO	23	11 (47,8 %)	1 (9 %)	10 (90,9 %)
PAN	18	9 (50 %)	6 (66,6 %)	3 (33,3 %)
HEP	28	11 (39,3 %)	5 (45,5 %)	6 (54,5 %)
Evaluación posquirúrgica mediante interconsulta hospitalaria				
CMX	24	9 (37,5 %)	3 (33,3 %)	6 (66,6 %)
ORL	24	14 (58,3 %)	3 (21,4 %)	11 (78,6 %)

Conclusiones: La prevalencia de DRE en pacientes onco-quirúrgicos es elevada. Su valoración y optimización nutricional es fundamental para mejorar el pronóstico. Un cribado nutricional y morfofuncional y una derivación protocolizada permitirán priorizar los pacientes con mayor riesgo de DRE, optimizar los recursos y la pauta de soporte nutricional.

P-180. Composición corporal mediante TC asistida por inteligencia artificial: relación con el estado nutricional y la mortalidad en pacientes con neoplasia colorrectal

Virginia Soria Utrilla[1], Francisco José Sánchez Torralvo[1], María García Olivares[1], Fiorella Ximena Palmas Candia[2], Iván González Poveda[3], Gabriel Olveira[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. [3]Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: La TC a nivel de L3 podría servir para valorar cuantitativa y cualitativamente la masa muscular en pacientes con cáncer colorrectal (CCR).

Objetivos: Determinar la relación entre las variables de composición corporal mediante TC y la situación nutricional y pronóstico de los pacientes con CCR antes de ser intervenidos.

Material y métodos: Estudio prospectivo, en pacientes con CCR precirugía, entre octubre de 2018 y julio de 2021. Se valoró desnutrición mediante valoración subjetiva global y mediante criterios GLIM utilizando bioimpedanciometría (BIA) como determinante de masa muscular. Se analizaron imágenes de TC con corte en L3 utilizando FocusedON-BC. Se determinaron área e índice de masa muscular esquelética (SMA y SMI), área de masa grasa visceral (VAT) y subcutánea (SAT), y media de Unidades Hounsfield (UH) muscular. Se registró mortalidad a 6 y 12 meses.

Resultados: Evaluamos 279 pacientes (60,2 % varones, 68,7 ± 10,1 años, IMC 27,2 ± 5,4 kg/m^2). SMA fue 133,9 ± 24,5 cm^2 en varones y 89,7 ± 16,3 cm^2 en mujeres. SMI fue 47,3 ± 8,1 cm^2/m^2 para varones y 37 ± 6,5 cm^2/m^2 para mujeres. VAT fue 174,9 ± 95,9 cm^2 para varones y 217,8 ± 109,9 cm^2 para mujeres. SAT fue 234,5 ± 121,3 cm^2 para varones y 122,9 ± 4,4 cm^2 para mujeres. La VSG evidenció 165 (59,1 %) pacientes desnutridos. Aplicando criterios GLIM encontramos 130 (52,6 %) desnutridos. Estos presentaron menor SMA (108,8 ± 28,9 frente a 127,3 ± 29,7 cm^2), SAT (164,5 ± 115,5 frente a 227,2 ± 119,8 cm^2) y VAT (173,5 ± 101,2 frente a 218,6 ± 101,7 cm^2) $p < 0,001$. Los fallecidos durante el ingreso presentaban menor UH (30,1 ± 5,9 frente a 37,2 ± 9,1 cm^2; $p = 0,012$). Los fallecidos a 6 meses presentaban menor SMA (99,2 ± 20 frente a 117,2 ± 30,8 cm^2; $p = 0,008$), UH (32,2 ± 7,8 frente a 37,2 ± 9,1 cm^2; $p = 0,047$) y VAT (141,6 ± 72,6 frente a 194,4 ± 104,4 cm^2; $p = 0,025$). Los fallecidos a 12 meses presentaban menor SMA (97,1 ± 17,9 frente a 117,6 ± 30,8 cm^2; $p < 0,001$) y VAT (142,8 ± 75,6 frente a 195,2 ± 104,5 cm^2; $p = 0,014$).

Conclusión: Los pacientes con CCR desnutridos presentan menor masa muscular y grasa en TC con corte en L3. Los fallecidos durante el ingreso presentaron un deterioro muscular cualitativo (menos UH). Los fallecidos a 6 y 12 meses presentaron déficit cuantitativo (menor masa muscular).

P-181. Requerimiento de nutrición parenteral pre- y posimplementación de la vía RICA en cirugía de carcinomatosis peritoneal mediante citorreducción y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal

Sara Torrejón Jaramillo, Irela López Cobo, Amaya Peñalva Arigita, Paula García Sancho de la Jordana, Gemma Francisco Expósito, Humberto Navarro Martínez, Irene Berges Raso, María Lecha Benet, Lluís Vila Ballester, Mercè Albareda Riera

Servicio Endocrinología y Nutrición. Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Introducción: Hay pocos datos publicados sobre el impacto nutricional de la Vía de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA) en la cirugía (IQ) de carcinomatosis peritoneal (CP) con citorreducción (CR) más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). Antes de la vía RICA todos los pacientes recibían Nutrición Parenteral (NP) desde primer día pos-IQ.

Objetivos: Analizar la diferencia en días de NP tras la implementación del protocolo RICA en la CP con CR + HIPEC

Material y métodos: Estudio retrospectivo comparativo pre y posimplantación de vía RICA. Valoración nutricional pre-IQ a todos los pacientes (VGS + GLIM), intervención nutricional en malnutrición o riesgo. Clasificación por grado de RICA (RICA 1, 2 y 3) según complejidad de la IQ. RICA1: no resección intestinal, ingesta oral precoz, no NP. RICA2: NP dependiendo de la extensión de la resección intestinal. RICA3: más de 3 anastomosis o gran volumen de citoreducción, todos NP. Se compararon un grupo con implementación actual de RICA (RICA-real) y un grupo preimplementación en el que se estimó el grado de RICA según hoja quirúrgica (grupo RICA-estimado). Variables: edad, sexo, tipo neoplasia, días NP, días estancia hospitalaria (EH), estado nutricional pre-IQ, suplementación pre-IQ.

Resultados: Se comparan 130 pacientes con RICA-estimado frente a 147 pacientes RICA-real, sin diferencias respecto edad, sexo, tipo RICA y neoplasias más frecuentes. Presentaron riesgo o desnutrición pre-IQ el 35,2 % de pacientes del grupo RICA y 31 % de pacientes del grupo pre-RICA (ns). Recibieron suplementación oral preIQ 32 % de pacientes grupo RICA y 30,8 % del grupo pre-RICA (ns) (Tabla I, pág. siguiente).

Conclusión: La clasificación RICA 1,2 y 3 permite adecuar el soporte nutricional pos-IQ, reduciendo el uso de NP en pacientes con menor complejidad quirúrgica (RICA 1).

Tabla I. Días de NP

Grado de RICA	RICA-estimado	RICA-real	
RICA1	5,4 ± 3	2,6 ± 3,8	$p = 0,001$
RICA2	7,5 ± 3,5	7,6 ± 5,5	ns
RICA3	10,7 ± 6,5	15,4 ± 15,7	ns

P-182. Consumo de una fórmula nutricional sobre la adherencia-tolerancia y el estado nutricional en pacientes con cáncer colorrectal previa prehabilitación nutricional. Protocolo TERATROFO

Marlhyn Valero Pérez[1], Bricia López Plaza[2], Samara Palma Milla[1], Lucía Arcos Castellanos[2], Rosa María García Moreno[1], Laura Mola Reyes[1], Marta Pulido Vega[1]

[1]Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. [2]Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción: En el tratamiento del cáncer colorrectal (CCR) la resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento principal. A pesar de los avances en la cirugía y mejjoras en la atención perioperatoria, las complicaciones posquirúrgicas siguen siendo altas. Los esfuerzos para mejorar la recuperación se centran en el postoperatorio, sin embargo, el preoperatorio es un momento oportuno para mejorar el estado nutricional (EN) y funcional con el objetivo optimizar las reservas fisiológicas del paciente al estrés orgánico inminente.

Objetivos: Evaluar el efecto del consumo de una fórmula nutricional (FN) en polvo enriquecida con omega 3 sobre la adherencia-tolerancia posquirúrgica en pacientes con CCR que han recibido prehabilitación nutricional preoperatoria (PNP).

Material y métodos: Se diseñó un estudio exploratorio longitudinal, prospectivo en pacientes CCR con tratamiento quirúrgico programado y riesgo de desnutrición (MUST ≥ 1). Serán excluidos pacientes con HbAc1 > 8 % con nutrición enteral/parenteral y/o enfermedades graves. El estudio constará de 3 visitas (Fig. 1), donde se evaluarán parámetros bioquímicos, antropométricos, composición corporal, ingesta dietética, actividad física, calidad de vida, funcionalidad y adherencia-tolerancia gastrointestinal. Durante 2 semanas previas a la intervención (v1) los pacientes consumirán la FN (prehabilitación) en función de sus requerimientos energéticos para, en postoperatorio (v2), continuar con el consumo de la FN durante 4 semanas (v3).

Resultados y conclusión: Al finalizar el estudio se espera que el consumo de una FN en polvo enriquecida con omega 3 como estrategia de PNP de CCR mejore la adherencia-tolerancia gastrointestinal y el EN en pacientes posquirúrgicos (PPQ) con CCR. El desarrollo de estudios de intervención nutricional

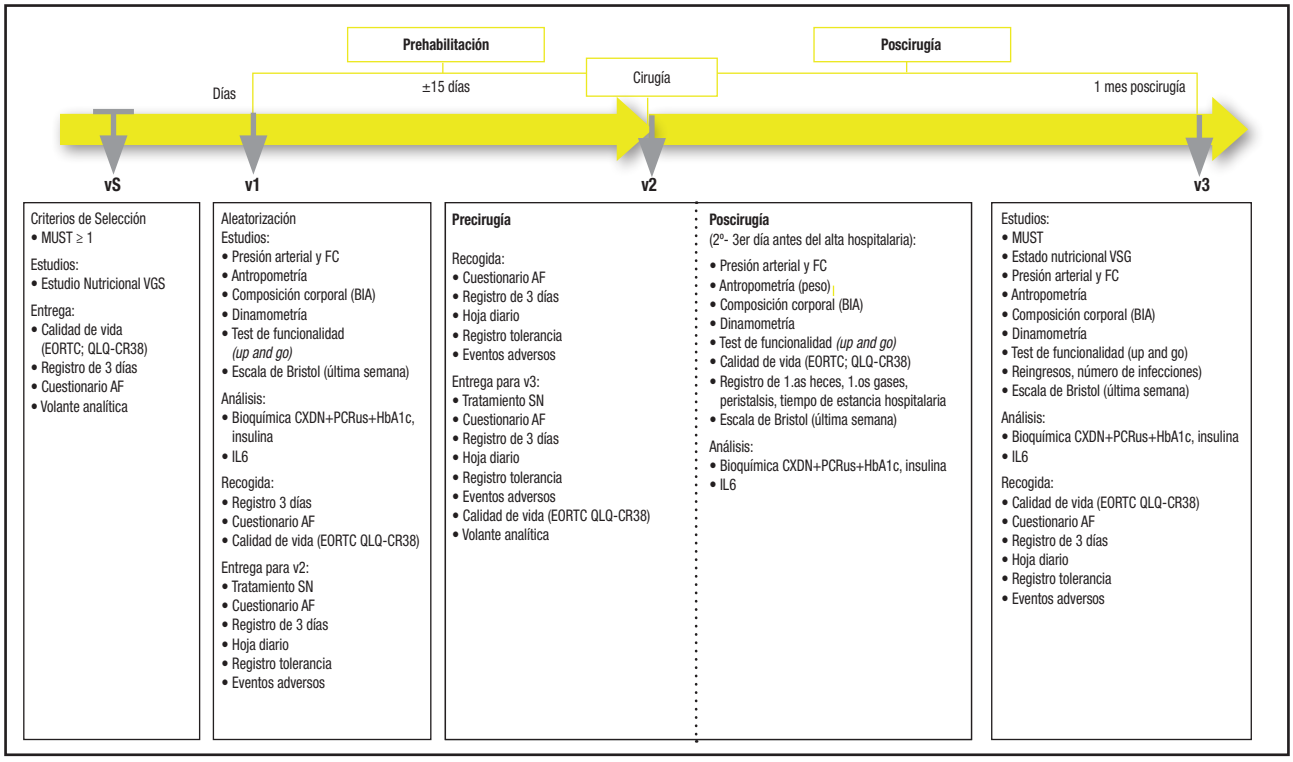

Figura 1.
Diseño cronológico del ensayo clínico con una fórmula nutricional en polvo enriquecida con omega 3 en pacientes posoperatorios con CCR.

que evalúen la eficacia del uso de fórmulas nutricionales enriquecidas con omega 3 en PPQ con CCR podría contribuir a mejorar la calidad de la práctica clínica habitual a través de la evidencia científica. La individualización del uso de las fórmulas nutricionales podría aportar beneficios en el postoperatorio en pacientes vulnerables.

P-183. Eficacia de una nueva fórmula de inmunonutrición con AOVE en la reducción de complicaciones en la cirugía de tumores digestivos altos

Rocío Villar Taibo[1], Alfonso Vidal Casariego[2], Alicia Santamaría Nieto[1], Ana Cantón Blanco[1], Gemma Rodríguez Carnero[1], Gloria Lugo Rodríguez[2], Francisco Pita Gutiérrez[2], Ana Belén Crujeiras Martínez[3], Miguel Ángel Martínez Olmos[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. [3]Unidad de Epigenética. Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS). Santiago de Compostela, A Coruña

Introducción: La inmunonutrición (IN) es un tratamiento nutricional que se centra en modular la respuesta inflamatoria, estimular la función inmunológica y reducir la morbilidad postoperatoria.

Objetivos: Demostrar que un suplemento nutricional enriquecido con arginina, nucléotidos, ácidos grasos omega 3 y AOVE reduce de forma significativa las complicaciones postoperatorias de pacientes con tumores digestivos altos.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado, controlado y doble ciego, en que se comparó una nueva fórmula inmunomoduladora (IN) con una fórmula estándar isoproteica e isoenergética. Se reclutaron pacientes con neoplasias gástricas, esofágicas o biliopancreáticas a recibir 2 bricks de fórmula IN o control 5 días antes de la intervención. Se analizaron datos antropométricos, composición corporal, analíticos, complicaciones, estancia hospitalaria y mortalidad.

Resultados: Se reclutaron un total de 119 pacientes, 65 recibieron la fórmula IN y 54 la fórmula control, de los que completaron el protocolo 111 (93,3 %). En el grupo intervención hubo una reducción significativa en las reintervenciones (IN 7,7 % frente a control 20,4 %; $p = 0{,}044$). Por subgrupos, la fórmula IN se asoció con menor desarrollo de reintervenciones en hombres, tumores gástricos y esofágicos, y en bien nutridos. En los pacientes con ángulo de fase por encima de la media hubo una reducción en el desarrollo de fístulas (IN 0,0 % frente a Control 15,0 %; $p = 0{,}020$). En cirugía biliopancreática hubo menos reingresos (IN 0,0 % frente a control 100,0 %; $p = 0{,}014$). La estancia hospitalaria fue similar entre grupos. Non IN presentaron mayor ángulo de fase final [5,9 (0,9)° frente a 5,4 (0,8)°; $p = 0{,}043$] y este se correlacionó positivamente con los linfocitos totales, CD4 y CD8.

Conclusión: La fórmula estudiada administrada 5 días antes de la cirugía de neoplasias de estómago, esófago y biliopancreáticos mejora la salud celular y reduce las complicaciones posoperatorias.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

P-184. Estudio descriptivo del estado nutricional y psicológico de pacientes con anorexia nerviosa en tratamiento en un dispositivo de hospital de día

Chavela Arranz Narvaiza[1], Almudena Pérez Torres[2], Noelia Belando Pedreño[1], Belén Unzeta Conde[2], Irene Arribas Camarero[2], María Ascensión Blanco Fernández[1]

[1]Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid. [2]Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se contextualizan como un conjunto de enfermedades psiquiátricas. La principal consecuencia de la anorexia nerviosa (AN) es un peso inferior al mínimo establecido, a través de dietas restrictivas o mediante conductas compensatorias. Esto puede llegar a producir en los pacientes estados de desnutrición grave y con las respectivas complicaciones médicas y psiquiátricas asociadas.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue analizar la situación psicológica y nutricional de los pacientes con diagnóstico de AN en tratamiento en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria de una unidad de hospital de día.

Material y métodos: Estudio descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal con aplicación de metodología cuantitativa para la recogida y tratamiento de los datos. Se incluyen 53 participantes (1 hombre) con una media de edad de 29,7 ± 11,4 todos con diagnóstico de AN en tratamiento en hospital de día. Se recogieron variables: antropométricas (peso, talla, IMC); bioquímicas (albúmina, transferrina, creatinina); funcionalidad (dinamometría); dietéticas (nivel de adherencia a la Dieta Mediterránea, frecuencia de consumo de alimentos); psicológicas (ansiedad, autoestima).

Resultados y conclusión: En la tabla I y en la figura 1 (pág. siguiente) se presentan algunos de los resultados preliminares del estudio. Como conclusiones, los valores antropométricos se encuentran en valores de desnutrición calórica y los bioquímicos en rango de normalidad. Existe una buena adherencia a la dieta Mediterránea, encontrándose la frecuencia de consumo de alimentos por debajo de las recomendaciones. Los participantes mostraban valores altos de ansiedad-estado y de baja autoestima.

Tabla I.

	Media ± DT
Peso (kg)	44,5 ± 7,05
Talla (m)	1,62 ± 0,06
IMC	16,9 ± 2,6
Dinamometría:	
Derecha (kg)	19,03 ± 5,7
Izquierda (kg)	17,12 ± 5,6

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

	Media ± DT
Albúmina (g/dl)	4,7 ± 0,2
Transferrina (mg/dl)	277,6 ± 58,3
Creatinina (mg/dl)	0,75 ± 0,1
Puntuación PREDIMEN (adherencia a la dieta mediterránea)	8,6 ± 1,8
Puntuación STAI ansiedad estado	36,8 ± 4,4
Puntuación STAI ansiedad rasgo	13,1 ± 5,4
Puntuación autoestima de Rosenberg	22,1 ± 6,4

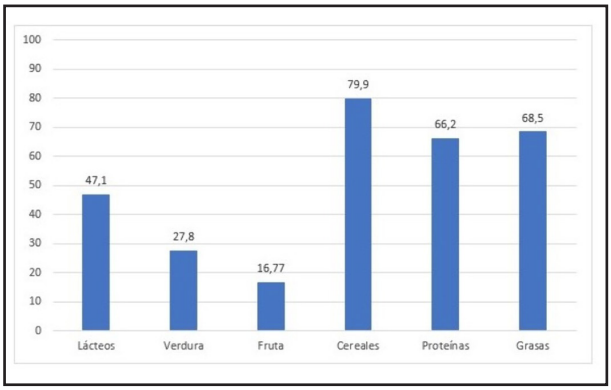

Figura 1.

Porcentaje de pacientes que no cumplen las raciones mínimas recomendadas por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC).

P-185. Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos - ARFID: nuevo desafío para pediatras y nutricionistas

Gabriela Lobo Tamer[1], Francisco Girón Fernández-Crehuet[2], María Medina Martínez[2], María Mesa Ciruelo[2], Miguel Ángel López Casado[1]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: ARFID, por sus siglas en inglés fue incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) en el año 2013, como nuevo diagnóstico dentro de los Trastornos Alimentarios y de Ingesta. Describe pacientes con conductas alimentarias evitativas o restrictivas que no están motivadas por una alteración de la imagen corporal o un deseo de adelgazar.

Objetivos: Describir los casos de trastornos alimentarios en la primera infancia.

Material y métodos: Se incluyen pacientes 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.

Resultados: Los niños se agruparon según las siguientes características: selectivos: con aversiones sensoriales restrictivas: presentan inapetencia, baja ingesta o poco interés en alimentarse. Aversivos: rechazan algunos alimentos o dejan de comer después de un evento traumático asociado Se incluyen 22 niños (59 % varones) de edades entre los 2 y 14 años. Según las características de ARFID, 9 fueron selectivos, 6 restrictivos y 2 de tipo aversivo, 6 de ellos presentan comportamiento mixto (selectivo-restrictivo). El 41 % presentó trastorno del espectro autista, 2 niños fibrosis quística, 2 inmunodeficiencias, 2 patología neurológica. Según el estado nutricional, 13 % presentó sobrepeso, el 22 % bajo peso o talla, y el resto buen estado nutricional.

Conclusión: Consideramos necesario la formación de un equipo multidisciplinar conformado por nutricionista, profesional médico y de salud mental, terapeuta ocupacional y fonoaudiología, con estrecha colaboración de los padres y/o cuidadores para disminuir los riesgos nutricionales, físicos y emocionales, manejar la ansiedad al alimentarse y ampliar su rango de alimentos.

P-186. Utilidad de la bioimpedancia vectorial en la valoración nutricional de pacientes con anorexia nerviosa

Elena Martínez Silla, María Teresa Zarco Martín, Javier García Sánchez, Socorro Leyva Martínez, María Luisa Fernández Soto

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

Introducción: La desnutrición en pacientes con anorexia nerviosa (AN) está relacionada con cambios en la composición corporal. La aplicación de la bioimpedancia vectorial (BIVA) representa una nueva herramienta para evaluar su estado nutricional.

Objetivos: Analizar características clínicas en mujeres diagnosticadas de AN, y las diferencias en parámetros de composición corporal respecto a mujeres sanas.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de pacientes diagnosticadas de AN de entre 18 a 25 años en seguimiento en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada, evaluadas entre 2022-2023. Se tuvieron en cuenta variables clínicas y de composición corporal mediante BIVA. Se incluyó grupo control con las mismas características sociodemográficas. Estudio estadístico con SPSS. Significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 13 pacientes con AN y 12 pacientes en el grupo control sin diferencias significativas en la edad. El tiempo de evolución medio de la enfermedad fue de 3,5 años y el porcentaje de pérdida de peso respecto a su peso habitual fue del 16,4 %. 9 pacientes con AN presentaban amenorrea (duración media de 12.6 meses). El estudio de variables de composición corporal se describe en la tabla I (pág. siguiente), que muestra diferencias significativas en todas sus variables. En el grupo AN, un AF menor de 6° se relacionó con mayor tiempo de evolución de la enfermedad

($p = 0,016$). Las pacientes con AN presentan cambios en la composición corporal respecto a mujeres sanas de su mismo rango de edad. Debemos incorporar la BIVA en la valoración inicial y seguimiento de estas pacientes.

Tabla I. Diferencia en las medias de las variables

	Grupo AN	Grupo control	*p*
IMC (kg/m^2)	17,3 ± 0,5	22,2 ± 0,5	0,000
AF (°)	5,6 ± 0,1	6,2 ± 0,1	0,008
TBW/h (L/m)	16,8 ± 0,3	19,6 ± 0,4	0,000
% ECW	47,7 ± 0,8	44,8 ± 0,7	0,014
FFM/h (kg/m)	23,2 ± 0,4	26,9 ± 0,5	0,000
FM/h (kg/m)	4,6 ± 0,6	9,1 ± 0,4	0,000
B CM/h (kg/m)	11,9 ± 0,3	14,7 ± 0,4	0,000
SMI (kg/m^2)	7,1 ± 0,2	8,1 ± 0,2	0,004

P-187. Nuestra experiencia con la valoración morfofuncional en la unidad de hospitalización de trastornos de la conducta alimentaria del Hospital Universitario Virgen de las Nieves

María Novo Rodríguez, Cristina Novo-Rodríguez, Víctor Siles Guerrero, Isabel Herrera-Montes, Martín López de la Torre-Casares, Araceli Muñoz Garach

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) pueden cursar con desnutrición severa. La unidad de nutrición lleva un seguimiento de los pacientes de la unidad de hospitalización de TCA del HUVN.

Objetivos: Nuestro objetivo fue analizar los datos de las valoraciones nutricionales al ingreso y al alta, evaluar los cambios y la correlación entre las diferentes técnicas.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de una muestra de 43 sujetos. Se estudiaron IMC, circunferencia braquial (CB), circunferencia pantorrilla (CP), pliegue cutáneo tricipital (PCT), dinamometría (DIN), parámetros analíticos, BIVA y eco nutricional al ingreso y al alta. El análisis estadístico se realizó con jamovi.

Resultados y conclusión: Edad media 28,7 ± 13,5 a, 97,7 % mujeres. Media de IMC al ingreso de 14,3 ± 1,51 kg/m². 95,3 % con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN). El 14,3 % precisó SNG durante el ingreso. La media de estancia hospitalaria fue de 49 ± 17,6 d. La masa grasa (FM) y masa muscular apendicular (ASMM) fueron significativamente menores al ingreso respecto al alta ($p < 0,001$). No hubo diferencias estadísticamente significativas para el ángulo de fase (AF) ni masa celular (B CM). Se observó una mejora en la media de CP, PCT y DIN durante el ingreso (27,8 cm, 4,41 mm, 21,6 kg frente a 29,1 cm, 5,74 cm, 25,9 kg respectivamente) ($p < 0,05$). En cuanto a los parámetros analíticos mejoraron los niveles de prealbúmina, triglicéridos y vitamina D ($p < 0,05$). Se objetivó una mejoría significativa en eco abdominal: tejido adiposo subcutáneo y preperitoneal (0,5 cm, 0,28 cm frente a 0,85 cm, 0,37 cm) ($p < 0,05$). El AF se correlacionó de forma positiva con el tejido adiposo abdominal (r = 0,778) ($p < 0,01$), la FM con el PCT (r = 0,625) y la B CM con la CP (r = 0,582) ($p < 0,001$). Consideramos la valoración morfofuncional protocolizada una herramienta completa y útil para el seguimiento del estado nutricional de pacientes hospitalizados con un TCA.

P-188. Evolución ponderal de pacientes ingresados en el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Adriana Sofía Sánchez Velasco, Ximena Carolina Vivas Vaca, Lourdes María Tolentino Martínez, Juan Antonio Leandro Hernández, Carmen Muñoz Muñiz, Ana Herrero Ruiz, Manuel Miguel Delgado Gómez, Ana Isabel Sánchez Marcos, Katia Benito Sendin Plaar, María Teresa Mories Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca

Introducción: El principal objetivo del Hospital de día de la Unidad de TCA (HD-UTCA) es el abordaje multidisciplinar de los pacientes con diagnóstico de TCA.

Objetivos: Describir las características de pacientes ingresados en HD-UTCA entre 2022-2023 según tipo de TCA: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA) y no especificado (NE).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en HD-UTCA. Fueron excluidos 23 pacientes, 17,18 % por alta voluntaria y 18,75 % por seguimiento en Pediatría

Resultados y conclusión: Fueron en total 42 pacientes (38 mujeres y 4 varones). La edad media al ingreso fue 18,67 ± 5,24 años y el tiempo medio de ingreso fue 75,90 ± 23,79 días. Respecto al diagnóstico, 33 pacientes presentaban AN (restrictiva 84,84 %, purgativa 15,15 % %), 6 BN, 2 TA y 1 TCANE. La media de pérdida ponderal al ingreso en el grupo de AN fue de 17,40 ± 10,78 % y en BN 13,95 ± 3,21 %; teniendo en cuenta que 4 pacientes con AN no habían perdido peso con respecto al habitual. En pacientes con AN, según el índice de masa corporal (IMC) al ingreso, 21,21 % presentó desnutrición severa, 15,15 % moderada y 30,30 % leve. El diagnóstico de TCA más frecuente en los pacientes ingresados en HD-UTCA fue la AN, predominando el tipo restrictivo. Cerca al 20 % de los ingresos corresponden a pacientes pediátricos. La mayoría de los pacientes ingresados en HD-UTCA presentaron resultados favorables al alta, nutricional y conductualmente (Tabla I, pág. siguiente).

Tabla I.

Evolución ponderal										
	Anorexia nerviosa			Bulimia nerviosa				TCANE	TA	
	Media	Mínimo	Máximo	Media	Mínimo	Máximo	Peso al ingreso (kg)	48,70	66,10	62,30
Peso al ingreso (kg)	46,89 ± 7,03	35	69,50	57,85 ± 7,631	45,5	68,30	IMC (kg/m^2)	18,78	26,15	24,34
IMC (kg/m^2)	17,77 ± 2,14	13,88	23,66	21,91 ± 2,93	19,44	27,71	Peso al alta (kg)	45,50	64,20	62,50
Ganancia ponderal (kg)	3,6 ± 2,18*	0,30	8,30	3,19 ± 2,41†	0,68	5,50				
Peso al alta (kg)	49,69 ± 7,06	39,60	69,80	56,8 ± 3,58	51	60,58				

**6 pacientes no ganaron peso en el ingreso. †3 pacientes con BN perdieron una media de 5,3 ± 4,23 kg.*

P-189. Complicaciones asociadas a trastornos de comportamiento alimentario (TCA) en pacientes ingresados en hospital de día de la unidad de TCA (HD-UTCA), 2022-2023

Adriana Sofía Sánchez Velasco, Ximena Carolina Vivas Vaca, Lourdes María Tolentino Martínez, Juan Antonio Leandro Hernández, Carmen Muñoz Muñiz, Ana Herrero Ruiz, Ana Isabel Sánchez Marcos, Manuel Miguel Delgado Gómez, Katia Benito Sendin Plaar, María Teresa Mories Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca

Introducción: Uno de los principales objetivos de tratamiento nutricional de los TCA es la reposición de macro y micronutrientes, siendo su déficit una de las complicaciones relacionadas más frecuentes.

Objetivos: Describir la prevalencia de complicaciones clínicas y analíticas de pacientes ingresados en HD-UTCA del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca entre 2022-2023 según tipo de TCA: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA) y no especificado (NE).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en HD-UTCA. Se excluyeron 23 pacientes, 11 por alta voluntaria y 12 por seguimiento en Pediatría.

Resultados y conclusión: Fueron en total 42 pacientes, 38 mujeres y 4 varones. La edad media al ingreso fue 18,67 ± 5,24 años y el tiempo medio de ingreso fue 75,9 ± 23,79 días. Hubo 33 pacientes con diagnóstico de AN, 6 BN, 2 TA y 1 TCA-NE (Tabla I). La complicación clínica más frecuente fue el hipogonadismo-hipogonadotropo, con la consecuente amenorrea en mujeres. El déficit de micronutriente más frecuente fue el de 25OH-vitamina-D, siendo poco valorable dada su alta prevalencia en la población española en general.

Tabla I.

Complicaciones clínicas					
			AN	BN	TA/TCANE
Cardiovascular	Bradicardia		21,21 %	33,3 %	
	Hipotensión ortostática		60,6 %		
Digestivo	Estreñimiento		39,39 %	83,3 %	33,33 %
	Hipertransaminasemia		24,24 %	16,67 %	
Hidroelectrolíticas	Hiponatremia		27,7 %	16,67 %	
	Hipopotasemia		3,03 %		
	Hipofosfatemia		3,03 %		
	Hipomagnesemia		3,03 %		
Endocrino-metabólicas	Hipoglucemia		15,15 %		66,67 %
	Amenorrea		57,57 %		66,67 %
	Hipogonadismo-Hipogonadotropo		63,63 %		66,67 %
Hematológicas	Ferropenia		30,3 %	66,67 %	33,33 %
	Anemia		9,09 %		
	Leucopenia		18,18 %		
Musculoesquelético	DMO	Normal	54,54 %	83,3 %	66,67 %
		Osteopenia	39,39 %	16,67 %	33,33 %
		Osteoporosis	6,06 %		

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

Déficit de micronutrientes						
	AN		BN		TA/TCANE	
	n	Porcentaje	*n*	Porcentaje	*n*	Porcentaje
25OH-Vitamina-D	33	60,61 %	6	50 %	3	
Cobre	33	30,30 %	6	66,67 %	3	
Zinc	33	12,12 %	6	16,67 %	3	
Hierro	33	3,03 %	6		3	33,33 %
Ácido fólico	33	6,06 %	6	16,67 %	3	
Vitamina B_{12}	33	2,38 %	6		3	
Vitamina B_1	32		6		3	
Vitamina B_6	32		6	16,67 %	3	
Vitamina A	24	4,17 %	6		3	
Vitamina E	24		6		3	

P-190. Osteoporosis y trastorno de conducta alimentaria en un hospital de tercer nivel

Víctor Siles-Guerrero, Cristina Novo-Rodríguez, María Novo Rodríguez, Isabel Herrera-Montes, Martín López de la Torre-Casares, Araceli Muñoz Garach

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La osteoporosis es una complicación relevante en pacientes con Trastorno de Conducta Alimentaria al incidir en una etapa crítica del desarrollo esquelético. Nuestro objetivo fue analizar la salud ósea, el estado nutricional y el tratamiento recibido en los pacientes atendidos en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA).

Objetivos: Estudiar parámetros analíticos, nutricionales, DEXA y tratamiento instaurado en pacientes ingresadas en UTCA.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de una muestra de 17 sujetos ingresados en nuestra UTCA desde el 01/01/2022 hasta 01/01/2024. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados y conclusión: Edad media 31 ± 13,9 a, 91,66 % mujeres. Media de IMC 15,4 ± 1,5 kg/m². 100 % con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN). El 100 % de las pacientes en edad fértil presentaba amenorrea con una duración media de 46 ± 44,1 meses. Se observó DEXA normal en 11,7 %. Osteopenia (CL, CF o ambas) 41,2 % y osteoporosis (CL, CF o ambas) 47,1 %. En este último subgrupo la media del Z *score* en CF fue de -2,51 ± 0,82 DS y CL -3,36 ± 0,79 DS y la DMO en CF 0,62 ± 0,12 g/cm² y CL 0,77 ± 0,13 g/cm². El 100 % de los pacientes independientemente de la densitometría recibió suplementación con calcio y vitamina D. El 60 % de las mujeres con densitometría anormal recibió tratamiento estrogénico, en concreto cuando la amenorrea fue mayor de 1 año. El 62,5 % de los pacientes con osteoporosis recibió tratamiento antiosteoporótico (40 % risedronato y 60 % teriparatida). La pérdida de masa ósea es un problema de gran índole en TCA, como podemos comprobar en nuestra muestra. Se encuentra infradiagnosticado y, probablemente infratratado debido a la escasez actual de guías y evidencia. Es fundamental protocolizar el seguimiento de la salud ósea en la UTCA considerando que las bases actuales del tratamiento son la renutrición, la recuperación del ciclo menstrual, la suplementación con calcio y vitamina D y la instauración de tratamiento antiosteoporótico cuando se precise.

P-191. Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con diabetes de tipo 1: más allá de la diabulimia

Alejandro E. Sirvent Segovia[1], Marta Milla Tobarra[1], Llanos García Arce[1], Silvia Aznar Rodríguez[2], Pedro José Pinés Corrales[2], Luz María López Jiménez[2], Pilar Ibáñez Navarro[3], Ángela Vicente Albiñana[3]

[1]Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria y [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Almansa. Almansa, Albacete

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son relativamente frecuentes en personas con diabetes tipo 1 (DT1). Esto puede relacionarse con una mayor preocupación y cuidados en torno a la alimentación, el peso y el ejercicio físico en los pacientes con DT1. Además, los pacientes con DT1 y TCA tienen un control metabólico más deficiente, requieren hospitalizaciones más frecuentes y tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones crónicas en comparación con aquellos sin TCA. También tienen una mayor tasa de mortalidad en comparación con los pacientes que solo tienen DT1 o solo TCA.

Objetivos: Describir las características de pacientes con DT1 diagnosticados con TCA y que han requerido tratamiento/seguimiento en nuestra Unidad de TCA (UTCA).

Material y métodos: Tras consentimiento informado, se recogieron datos de pacientes que requirieron tratamiento/segui-

miento en nuestra UTCA (ámbitos: consultas externas, hospital de día y hospitalización completa) con los diagnósticos de DT1 y TCA, durante 2023.

Resultados: 5 pacientes diagnosticados de DT1 y TCA. Edad media del diagnóstico de DT1 13,2 años (mediana 14) y la del TCA siempre posterior (media 17, mediana 16 años). El diagnóstico en todos fue incidental, no por pruebas de cribado (1 por cetoacidosis de repetición, 2 por datos incongruentes en descargas de controles, 2 por disminución de la ingesta con disminución de la administración de insulina; los 3 primeros con perfil purgativo y los otros 2, restrictivo). 1 de los pacientes era portador de sistema de infusión continua de insulina (ISCI).

Conclusión: La DT1 es un factor de riesgo para TCA. En este contexto, el espectro de TCA es mucho más amplio que la clásicamente conocida "diabulimia". Es preciso implementar las pruebas de cribado existentes, especialmente en pacientes jóvenes, para su detección precoz.

ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO

P-192. Valoración del patrón de ingesta en una cohorte adulta de pacientes con fenilcetonuria clásica e impacto en el perfil cardiometabólico

Paula Isern[1,2], Adriana Pané[1,3,4], Cristina Montserrat-Carbonell[1,4], Carme Figueredo[1], Clara Viñals[1], Emilio Ortega[1,2,3], Romina Olbeyra[2], Pedro Juan Moreno-Lozano[4,5], María de Talló Forga Visa[1,4], Glòria Garrabou[4,5]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. [2]Fundació Clínic Per A La Recerca Biomèdica. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. [3]Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERobn). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. [4]Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. [5]Laboratorio de Enfermedades Metabólicas Hereditarias y Trastornos Musculares. Cellex-IDIBAPS. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic Barcelona. CIBERER. Barcelona

Introducción: La esperanza de vida de los pacientes con fenilcetonuria (PKU) se ha equiparado a la de la población general. Pero, por otro lado, se ha descrito un mayor riesgo cardiometabólico en estos pacientes. Múltiples factores pueden confundir esta asociación, incluyendo la calidad de la dieta.

Objetivos: Nos proponemos comparar 1) el patrón dietético 2) la actividad física y 3) la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte adulta con PKU clásica *vs.* controles sanos.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con PKU clásica y adultos sin PKU apareados por edad, sexo e IMC. Exploraciones: registro dietético (3 días), analítica sanguínea, cuestionario IPAQ, TTOG (índice Matsuda), DXA y ecografía carotídea (placa y grosor íntima-media carotídeo).

Resultados y conclusión: Se incluyeron 33 pacientes: 45,5 % mujeres; 31,3 (9,4) años; IMC 23,8 (4,5) kg/m^2 y 30 controles: 63,3 % mujeres; 30,1 (15,1) años; IMC 23,6 (4,1) kg/m^2. No hubo diferencias en kcal/kg/día, pero sí en la distribución de macronutrientes (%): carbohidratos 53,4 frente a 40,1 ($p < 0,01$); proteínas 17,8 frente a 16,2 ($p = 0,02$); grasas 26,6 frente a 45,2 ($p < 0,01$) entre PKU y controles respectivamente. El consumo de fibra y DHA resultó equiparable ($p > 0,05$), pero el de azúcares simples y vitaminas fue mayor en PKU *vs.* controles ($p < 0,01$). La concentración de c-LDL fue inferior en PKU, pero también de c-HDL y EPA ($p < 0,01$). La distribución por categorías IPAQ fue diferencial ($p = 0,02$), destacando un 40 % de actividad intensa en PKU frente a 23 % en controles. No se detectaron diferencias intergrupo en el perfil hidrocarbonado, grasa visceral ni parámetros carotídeos ($p > 0,05$). La restricción proteica en los pacientes con PKU clásica condiciona un patrón dietético más rico en hidratos de carbono, especialmente refinados. Sin embargo, un mayor consumo de frutas y hortalizas, así como un estilo de vida activo, podrían ejercer un papel cardiometabólico protector.

Financiación: Marató TV3, Proyecto: 202014-30.

P-193. Aproximación a la dieta mediterránea en una cohorte adulta con fenilcetonuria clásica

Cristina Montserrat-Carbonell[1,2], Adriana Pané[1-3], Paula Isern[1,4], Karen Andrea Castillo[1], Ariadna Safons Sanfeliu[1], Sara Castro-Barquero[3,4], Rosa Casas[3,4], Emilio Ortega[1,3,4], Pere Leyes[1], María de Talló Forga Visa[1,2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición y [2]Grupo de Enfermedades Metabólicas del Adulto. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. [3]Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERobn). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. [4]Fundació Clínic Per A La Recerca Biomèdica. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona

Introducción: El patrón de dieta mediterráneo es conocido por sus beneficios en la salud cardiovascular y prevención de la diabetes. En recientes estudios observacionales se ha descrito un mayor riesgo cardiometabólico en los pacientes con fenilcetonuria (PKU). Por ello, promover la dieta mediterránea resultaría de especial interés en este grupo de población.

Objetivos: Nos proponemos describir la adherencia a la dieta mediterránea en una cohorte adulta de pacientes con PKU y testar la asociación entre dicha adherencia y su control metabólico global.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con PKU clásica sin afectación cognitiva y que reciben sustituto proteico y, adultos sin PKU (grupo control). Exploraciones: test de Adherencia a la Dieta Mediterránea 14 puntos (MEDAS), TTOG, DXA, ecografía abdominal y carotídea.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 33 pacientes y 30 controles apareados por sexo, edad e IMC: 54,0 % mujeres; 30,6 (12,4) años; IMC 23,7 (4,3) kg/m^2 ($p > 0,05$). No se observaron diferencias entre ambos grupos en el MEDAS (8(2) para PKU frente a 8(2) para control, $p = 0,56$. Los PKU mostraron un menor consumo de legumbres y frutos secos ($p = 0,01$), un mayor

consumo de frutas (33 frente a 7/30, $p = 0,04$) y mayor uso de sofrito (18/33 frente a 9/30, $p = 0,05$) que el grupo control. En el grupo de PKU se observó la no ingesta diaria de carne roja (33/33 frente a 25/30, $p = 0,02$). En la comparativa entre pacientes con mayor (pc > 75: 14/33) frente a menor (pc < 75: 19/33) adherencia, no se detectaron diferencias en edad ni sexo, tampoco perfil hidrocarbonado, presencia de esteatosis hepática o placa carotídea; solamente, los más adherentes presentaban mayores concentraciones de c-HDL (46.5 frente a 40 mg/dL) que los que no lo eran ($p = 0,03$). El tratamiento de los pacientes con PKU clásica condiciona su plan de alimentación. Por ello, la puntuación obtenida mediante el test MEDAS podría resultar sesgada y no valorar adecuadamente la adherencia a la dieta mediterránea.

Financiación: Marató TV3, Proyecto: 202014-30.

P-194. Comparativa entre el coste de alimentar niños de 5 años con fenilcetonuria clásica frente a niños de 5 años sanos

Gabriela Noemi Nicola Orejas[1], Montserrat Pons[2]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y [2]Pediatría. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Introducción: La fenilcetonuria (PKU), es una enfermedad genética caracterizada por una disfunción enzimática para metabolizar la fenilalanina (Phe) proveniente de la alimentación. La dieta baja en Phe es el pilar básico del tratamiento, será más restrictiva mientras mayor sea el déficit enzimático. Los pacientes con PKU Clásica toleran entre 300-500 mg/día de Phe, correspondiente con un consumo de 6-10 g de proteínas provenientes de alimentos, el resto de las proteínas son aportadas con suplementos de aminoácidos específicos, enriquecidos con nutrientes esenciales.

Objetivos: Comparar el coste de la dieta diaria de niños de 5 años con fenilcetonuria clásica con el coste de la dieta de niños sanos de la misma edad.

Material y métodos: Se diseñaron dos dietas de 1500 a 1600 kcal (ODIMET), según recomendaciones de la OMS para grupo de edad. La dieta PKU, contenía 300 mg de Phe, 9 g de proteína natural y estaba suplementada con aminoácidos. La otra, correspondía a una dieta saludable para niños sanos. Dieta PKU, formada por vegetales, frutas, aceite de oliva y alimentos especiales (contenido proteico ≤ a 0,5 g y de Phe ≤ 10 mg %). Dieta normal, formada por vegetales, frutas, farináceos, aceites, lácteos y proteínas animales. Cálculo del coste mediante precios actualizados y gramos de alimentos.

Resultados y conclusión: Se objetivo que la dieta PKU cuesta a las familias entre 6,50 a 7,50 euros /día, El coste de los suplementos es de aproximadamente 25 euros/día. La dieta no PKU, tiene un coste medio de 2,95 a 3 euros día. Alimentar a un niño PKU, representa para las familias un 120-150 % más caro que alimentar a niños no PKU. Los niños PKU en familias de ingresos limitados, deberían considerarse pacientes de riesgo nutricional.

P-195. Nutrición parenteral exenta de aminoácidos ante sospecha de un error congénito del metabolismo en población pediátrica

Ana Padilla López, Sandra García Contreras, Patricia Polo Montanero, Amparo Vázquez Polo, Eduardo López-Briz, Javier García-Pellicer

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València

Introducción: El manejo nutricional ante la sospecha de un error congénito del metabolismo (SE CM) en un paciente pediátrico requiere la administración de nutrición parenteral exenta de aminoácidos (NPEAA) para evitar una mayor toxicidad hasta disponer de diagnóstico definitivo. Sin embargo, los aminoácidos estabilizan las mezclas ternarias por sus efectos antifloculantes y su capacidad tampón, por lo que el diseño de las NPEAA plantea problemas de formulación.

Objetivos: Analizar la formulación de la NPEAA en caso de SE CM con respecto al manejo de la estabilidad de la emulsión lipídica y de la precipitación calcio-fósforo.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en neonatos y lactantes ingresados en un hospital de tercer nivel con SE CM y NPEAA entre enero del 2018 y junio del 2023. Variables recogidas: edad, sexo, peso, duración de la NPEAA, aporte lipídico (g/kg) y modalidad de administración, aporte de calcio (mEq/kg) y de fósforo (mmol/kg) en la NPEAA.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 13 pacientes (84,6 % varones). Edad media: 31 (rango:1-273) días. Peso medio: 2,8 (rango:1,8-5,4) kg. Duración media: 3 (rango:1-12) días. Lípidos: $n = 6$ (46,2 %) administración en "Y" con la NPEAA (aporte medio: 2,4 [desviación estándar (DE):0,6] g/ kg); $n = 7$ (53,8 %) sin prescripción. Calcio: $n = 10$ (76,9 %) añadido en la NPEAA (aporte medio sin fósforo: 1,9 [DE:0,4] mEq/ kg; con fósforo: 1,0 [DE:0,2] mEq/ kg). Fósforo: $n = 10$ (76,9 %) (aporte medio sin calcio: 0,8 [DE:0,3] mmol/kg; con calcio: 0,5 [DE:0,4] mmol/ kg). No se objetivó precipitación ni rotura de la emulsión. Para asegurar la estabilidad de la NPEAA se evitó la adición de lípidos y se redujo el aporte de calcio o fósforo en caso de administración conjunta, encontrándose en dos tercios de los pacientes por debajo de las recomendaciones internacionales. Es difícil evitar la adición combinada de calcio-fósforo, por la complejidad del aporte externo en la práctica clínica. Son necesarios más estudios sobre estabilidad en la NPEAA.

P-196. Evaluación antropométrica de la composición corporal y metabólica en pacientes adultos con fenilcetonuria clásica

Georgina María Zayas Torriente[1], Ulises Cabrera Cárdenas[2], Juana Maggie Torriente Valle[1], Hilda Noemi Chávez Valle[1], Zulema Regla Marrero Abreu[1]

[1]Departamento de Nutrición Clínica. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba. [2]Servicio de Nutrición Clínica. Hospital Pediátrico de Centro Habana. La Habana, Cuba

Introducción: La fenilcetonuria, es un error innato del metabolismo de la fenilalanina. Los niveles adecuados de este metabolito

causan deterioro neurológico severo con retraso mental y trastornos del comportamiento. El diagnóstico precoz permite orientar el tratamiento alimentario/nutricional y la prevención de secuelas neurológicas.

Objetivos: Evaluar el estado nutricional mediante indicadores antropométricos, de la composición corporal y metabólica a adultos con Fenilcetonuria clásica. Relacionar el estado de nutrición con los parámetros metabólicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Evaluados 7 pacientes con Fenilcetonuria clásica en consulta de referencia nacional, Hospital Pediátrico de Centro Habana. Mediciones: peso, talla, circunferencia braquial, pliegues cutáneos (tricipital, bicipital, suprailíaco, subescapular). Se calculó el Índice de masa corporal, área grasa y muscular del brazo y la sumatoria de pliegues, así como la determinación de fenilalanina. Se obtuvieron las medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables demográficas y del estado nutricional. Para las variables cuantitativas se realizó la comparación de medias según sexo considerando que era significativo si $p < 0,05$.

Resultados: Edad 20-46 años (31,1 ± 9,2), predominó hombres 4 (57,1). Valores promedios de peso, estatura, pliegues suprailíaco, bicipital, suprailíaco y área muscular del brazo: superiores en los hombres; circunferencia braquial, pliegue tricipital, IMC y área grasa del brazo en las mujeres. Según IMC: 1 (14,3 %) deficiencia energética crónica grado II, 2 (28,6 %) normal y 4 (57,1 %) sobrepeso. Composición corporal. AMB: 1 (14,3 %) malnutrición por defecto, 5 (71,4 %) normal y 1 (14,3 %) malnutrición por exceso. AGB: 5 (71.4 %) normal y 2 (28,6 %) malnutrición por exceso. cifras de fenilalanina adecuadas en 6 (85,7 %) de los pacientes. No se encontró relación entre el estado nutricional según IMC y los valores de fenilalanina ($p > 0,05$).

Conclusión: La evaluación nutricional periódica permite conocer su estado de nutrición y orientar las acciones hacia la prevención y el control de enfermedades no transmisibles.

DISFAGIA

P-197. Prevalencia de pacientes con necesidad de colocación de sonda de gastrostomía para nutrición enteral

José Antonio Pedrón Barberá[1], Silvia Álvarez Crespo[1], Pilar Aguilar Santaisabel[2], Miguel Civera Andrés[3], José Tomás Real Collado[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de València. València. [2]Servicio Digestivo. Hospital Clínico Universitario de València. València. [3]INCLIVA. València

Introducción: La gastrostomía es un procedimiento médico utilizado para proporcionar un acceso al estómago a través de la pared abdominal, permitiendo la alimentación enteral en pacientes con dificultades para la ingesta oral. Esta técnica, ya sea percutánea endoscópica (PEG) o quirúrgica, ha demostrado ser fundamental en el manejo de diferentes patologías, mejorando la nutrición y la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Conocer la prevalencia de pacientes con necesidad de colocación de una sonda de gastrostomía para nutrición enteral en nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a gastrostomía en el periodo de 2022 y 2023. Se incluyeron todos los pacientes a los cuales se les realizó una gastrostomía. Se analizaron diferentes datos demográficos, tipo de procedimiento (percutáneo endoscópico o quirúrgico). El estudio se ha llevado a cabo por parte de enfermería de la unidad de Nutrición.

Resultados: Se reclutaron un total de 69 pacientes, de los cuales 42 fueron hombres y 27 mujeres. La edad media fue de 62 años, con una mediana de 70 años. En cuanto a patologías, 32 fueron por causas neoplásicas, 26 por causas neurológicas y 12 por otras causas. Del total de pacientes neurológicos, 5 fueron a consecuencia de un ACV, 8 por demencia, 5 por TCE, 3 por ELA y el resto por otras causas. La técnica de colocación más empleada fue la gastroscopia endoscópica percutánea, con un 95 % de las colocaciones. Finalmente se observó un total de 39 *exitus* a la finalización del estudio.

Conclusiones: La prevalencia de pacientes con una gastrostomía es de 69 pacientes La técnica de colocación más empleada, en nuestro hospital, es la endoscópica. Las principales causas de colocación de una gastrostomía son por patologías neurológicas o neoplásicas. La tasa de *exitus* de pacientes con gastrostomía en el plazo de dos años es del 56 %.

P-198. Disfagia posextubación en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos polivalente

Eva Pérez Juan, Sandra Arce Rodríguez, Rosa Gastaldo Simeón, Marina Vives Collado, Sandra Babot Rabasa, Raquel Séez Martín

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Manacor. Manacor

Introducción: La disfagia posextubación se define como la aparición de dificultad para tragar después de un periodo de intubación endotraqueal o traqueostomía. Su incidencia oscila entre 6-83 %, la mayoría de los estudios informan sobre una tasa superior al 40 %.

Objetivos: Determinar la Incidencia de disfagia en pacientes adultos de una UCI de un hospital comarcal. Describir el tipo de disfagia en función de la densidad del alimento.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional. Se reclutaron los pacientes ingresados en UCI de manera consecutiva del 1/01/22 al 31/12/23. que habían requerido intubación y/o traqueostomía y ventilación mecánica invasiva (VMI) durante más de 48 horas. Se excluyeron aquellos con disfagia y traqueostomía previa, o si no colaboraban en la realización del test modificado de deglución volumen viscosidad (MECVVm). Se llevo a cabo un análisis estadístico descriptivo de la muestra.

Resultados: Se valoraron 34 pacientes con MECVVm. El 64,71 % fueron hombres, con una edad media 63,76 (± 11,20), IMC: 28,55 (± 6,68). La media de días de ingreso fue de 26,82 (± 12,83). Apache: II. 16,60 (± 6,10), SAPS 3: 63,56 (± 14,51). Horas de VMI 525,82 (± 308,60). Horas intubación orotraqueal 297,74 (± 219,70). Horas de traqueostomía 499,32 (± 274,90). La incidencia de disfagia fue 14,70 % (*n* = 5). El 40 % (*n* = 2) para la textura líquida, 20 % (*n* = 1) para néctar y 40 % (*n* = 2) para pudin. Todos fueron hombres. Los diagnósticos principales fueron el respiratorio (40 %) y neurológico (60 %). Al alta de UCI 60 % (*n* = 3) presentaron disfagia, la dieta prescrita al alta fue la oral modificada o la nutrición enteral.

Conclusión: La incidencia de disfagia en nuestro estudio ha sido baja respecto a las tasas internacionales. Las patologías de los pacientes que presentaron disfagia fueron respiratoria y neurológica, con mayor edad media y un Apache II superior, respondiendo a los factores de riesgo de la literatura.

P-199. Evolución nutricional y deglutoria en unidad de daño cerebral de un hospital de media larga estancia

Isabel Ferrero López, Enrique Castellano Vela

Servicio de Dietética y Nutrición. Hospital Pare Jofré. València

Introducción: Es habitual que el estado nutricional y deglutorio de los pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA) empeore tras el evento agudo que lo provoca. Tanto en la fase aguda como subaguda, la valoración y los cuidados nutricionales y de la deglución son esenciales para optimizar la recuperación funcional.

Objetivos: Conocer la evolución del estado funcional, nutricional y deglutorio de los pacientes en fase subaguda remitidos a una Unidad de DCA en un Hospital de media-larga estancia.

Material y métodos: Todos los pacientes ingresados por DCA en los años 2021 y 22. Valoración nutricional con criterios GLIM (3 parámetros fenotípicos y 2 etiológicos) y valoración nutricional completa tradicional (VNc) (4 parámetros antropométricos y 5 analíticos). Valoración de la deglución con el método de exploración clínica volumen-viscosidad. Valoración funcional con índice de Barthel.

Resultados: *n* = 50. Hombres 62 % y edad media 65 años. Ictus 90 % (Tabla I). La disfagia se resuelve en el 50 % y mejora en 31 %. Sonda enteral al ingreso 14 % y al alta 0 %. Espesante al ingreso 40 % y al alta 20 %. Desnutrición con VNc al ingreso y al alta: 90 % (69 % moderada y 42 % mixta) y 49 % (32 % moderada y 26 % mixta), mejora del tipo en 65 %, del grado en 73 % y de ambos en 62 %. Suplemento nutricional oral en 48 % (calórico-proteico en 83 %). Destino al alta domicilio 78 %. Estancia media 74 días. Se evidencian diferencias significativas al alta en todos los aspectos reseñados.

Conclusión: Se observa mejoría al ata respecto al ingreso tanto del estado funcional como del nutricional y deglutorio con las terapias rehabilitadoras (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia) y dietéticas realizadas.

P-200. Calidad de vida percibida en pacientes con riesgo de disfagia

Alejandro García García[1], Débora Rodríguez González[2], Ylenia Avellaneda López[3], Jara Díaz Jiménez[1], María José Muñoz Alférez[4], Eduardo Sánchez Sánchez[3]

[1]Hospital Universitario Punta de Europa. Instituto de Investigación e Innovación biomédica de Cádiz. INiBICA. Algeciras, Cádiz. [2]Atención Primaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción, Cádiz. [3]Medicina Interna. Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiez. [4]Departamento de Fisiología. Universidad de Granada. Granada

Introducción: La disfagia o deterioro de la deglución es una complicación común que afecta a pacientes pluripatológicos complejos. Las consecuencias derivadas de la disfagia incluyen: desnutrición, deshidratación, aspiración traqueobronquial, neumonía e incluso la muerte. Todo ello, puede dar lugar a una disminución de la calidad de vida.

Objetivos: Determinar si el riesgo de disfagia impacta en la autopercepción de la calidad de vida.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio descriptivo prospectivo en pacientes pluripatológicos mayores de 65 años que son hospitalizados en un hospital comarcal. Se utilizan los cuestionarios Eating Assessment Tool (EAT-10) para valorar el riesgo de disfagia y el cuestionario de salud SF-36.

Resultados y conclusión: La participación fue de 98 pacientes, 43 mujeres y 55 hombres, con mediana de 81 años. El 37,7 % presentaron dificultad para tragar de forma eficaz y eficiente, siendo más alto en mujeres (46,5 %) que en hombres (30,9 %). Según el SF-36 el 27,0 % de los sujetos con riesgo de disfagia referían que su estado de salud general era malo, frente al 4,9 % de aquellos que no presentaron riesgo de disfagia. El valor para la percepción de salud general como muy buena fue de 8,1 % en pacientes con riesgo de disfagia

Tabla I.

	Ingreso	Alta	*p*
Desnutrición por criterios GLIM. Media parámetros alterados: *n* fenotípicos sobre 3 - *n* etiológicos sobre 2	98 % 1,5-1,5	24 % 0,5-0,35	0,010
Disfagia	60 %	26 %	0,008
Barthel medio (puntos)	19	59	0,000

frente a 13,1 % en pacientes sin riesgo (p = 0,036). El valor de la media en cada categoría del SF-36 fueron en el grupo de riesgo frente a al grupo no riesgo: vitalidad = 29,2 frente a 36,2; dolor = 42,7 frente a 49,6; función física = 5,4 frente a 7,4 ; salud emocional = 59,8 frente a 63,5; función social = 31,1 frente a 44,3; limitaciones rol físico = 83,7 frente a 75,8 ; limitaciones rol emocional = 71,1 frente a 54,1 ; salud general = 40,9 frente a 49,6. Los resultados indican alto riesgo de disfagia en pluripatológicos mayores de 65 años. Esta dificultad para tragar impacta de manera negativa en la autopercepción de la calidad de vida de estos pacientes.

P-202. Estudio en la implantación de la dieta de fácil deglución en el Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

Ana María González Ramírez[1], Angustias Castro Camacho[2], Teresa Gutiérrez Duarte[1], Gloria Castro Ramírez[1], Ana Isabel Cabeza Reyes[2], Mercedes Ramos Monroy[1], Ana Valme Barrios Reina[1]

[1]Servicio de Dietética y Nutrición. Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz. [2]Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real, Cádiz

Introducción: Según diferentes estudios algunos pacientes con problemas de deglución toleran algunos alimentos enteros, pero de consistencia muy blanda: descriptores 5 y 6 de la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). Para dar solución a estos pacientes nos formamos en la dieta de fácil deglución. Esta es una progresión de la dieta triturada (descriptores 3 y 4), sin llegar a una alimentación normal (descriptor 7). Se instaura en 2022, siendo pioneros en la provincia de Cádiz.

Objetivos: El objetivo es controlar y evaluar a los pacientes con esta dieta. Ofrecer una dieta con el fin primordial de evitar la desnutrición y deshidratación de manera segura y eficaz.

Material y métodos: Encuesta a pacientes desde abril de 2022 hasta octubre de 2023, con dieta *fácil deglución*. Se recogen parámetros relacionados con sus gustos, grado de tolerancia a distintas texturas y otras variables que pudieran interferir en la aceptación de la dieta.

Resultados y conclusión: Participan 122 pacientes, de los cuales el 53 % son mujeres. La estancia hospitalaria más frecuente es entre 7 y 14 días con un 52,5 %. El 82 % opinan que la variedad de los alimentos en la dieta de *fácil deglución* es correcta. El 74,6 % de los encuestados no tolera líquidos (descriptores 0 y 1) y el 73,8 % no tolera sólidos (descriptor 7). Tan solo un 9,8 % de los pacientes toman menos del 25 % de la bandeja, mientras que un 66,4 % consumen más de la mitad de la bandeja. La dieta *fácil deglución* se adapta a los distintos descriptores de la IDDSI, incluyendo en esta dieta descriptores 2, 3, 4, 5 y 6 así como eliminando los alimentos de riesgo catalogados en los descriptores 0, 1 y 7. Los pacientes están alcanzando un nivel de ingesta medio alto, de manera que aseguramos su hidratación y correcta nutrición durante su estancia hospitalaria (Figs. 1 y 2).

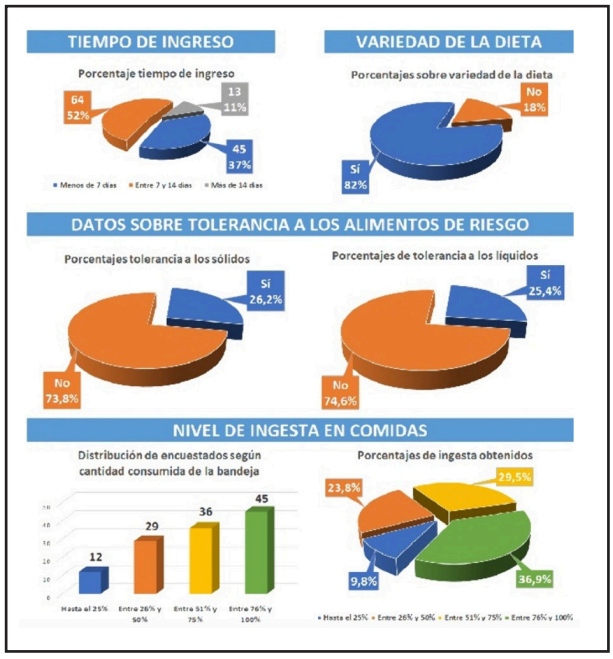

Figura 1.

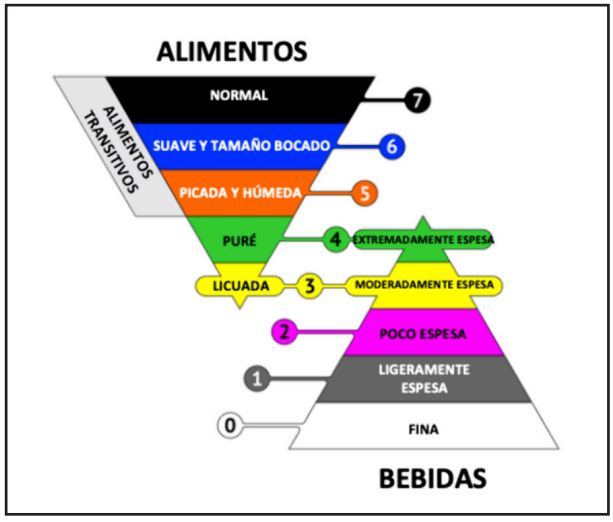

Figura 2.

P-203. Estudio multicéntrico: utilización de espesantes en pacientes ambulatorios en Cataluña

María Teresa Miana-Mena[1], Elisabet Leiva Badosa[2], Mariona Roca-Andreu[3], Javier Mateu-de-Antonio[4], Montserrat Colls-González[2], Núria Bosacoma-Ros[5], Mireia Olmo-Martínez[6], Nieves Muro-Perea[7], Núria Miserachs-Aranda[8], Alejandra Solís-Rodríguez[9]

[1]Servicio de Farmacia. Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. [2]Servicio de Farmacia. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. [3]Consorci Sanitari Terrassa. Terrassa, Barcelona. [4]Hospital del Mar. Barcelona. [5]Servicio de Farmacia. Fundació Hospital de Palamós-SSIBE. Palamós, Girona. [6]Institut d'Assistència Sanitària. Girona.

[7]Hospital Municipal de Badalona. Badalona, Barcelona. [8]Hospital Fundació de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. [9]Servicio de Farmacia. Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella. Calella, Barcelona

Introducción: La disfagia es la condición médica que dificulta o imposibilita tragar líquidos y alimentos. La utilización de espesantes representa una de las principales intervenciones.

Objetivos: a) Describir la dispensación de espesantes en Cataluña en 2018 y 2022, y b) describir la población tratada con espesantes de forma ambulatoria y su posible relación con ingresos hospitalarios por broncoaspiración (IHB) y mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico (12 hospitales). 1. Datos recogidos (2018 y 2022): número pacientes, tipo y gramos espesante (no clear/clear). 2. Datos recogidos (noviembre 2021 a noviembre 2022): sexo, edad, diagnóstico, indicación, tipo espesante *(no clear/clear)*, número IHB y supervivencia en noviembre 2022. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± SD; las cualitativas en porcentaje. La comparación de resultados de 2022 respecto 2018 se analizó mediante prueba de Wilcoxon. La asociación entre supervivencia y número IHB con el resto de variables se realizó mediante análisis de regresión logística binaria con SPSS-IBM v22.

Resultados: 1. Se observó incremento en gramos dispensados (24 449 874 frente a 16 708 469; $p = 0,006$) y número de pacientes (5967 frente a 2883; $p = 0,003$) en 2022 respecto 2018. No obstante, los gramos dispensados/paciente fueron similares (4670,12 ± 1520,72 frente a 6008,77 ± 2406,15; $p = 0,182$). Se observó incremento de gramos/paciente de *clear* (3378,91 ± 2207,15 frente a 388,95 ± 1057,21; $p = 0,008$) y descenso de no *clear* (3777,25 ± 2418,58 frente a 6136,42 ± 2338,99; $p = 0,033$). 2. 1250 pacientes, 62,4 % mujeres, 83,15 ± 13,74 años. 44,6 % presentaban alzhéimer o demencia y 75 % enfermedades neurológicas con afasia o disfagia severa. El 71,9 % con no *clear*. La supervivencia al año fue 73,8 % y se asoció con sexo masculino (1,445 [1,095-1,907]; $p = 0,009$), edad (0,975 [0,964-0,986]; $p = 0,000$), número broncoaspiraciones (0,369 [0,313-0,503]; $p = 0,000$) y espesante *clear* (1,406 [1,047-1,887]; $p = 0,023$). 271 pacientes presentaron IHB, asociándose solamente con sexo masculino (1,695 [1,261-2,278]; $p = 0,000$).

Conclusiones: La dispensación de espesantes y número de pacientes tratados incrementó en 5 años, con aumento de clear y descenso de no clear. El espesante clear, sexo masculino, menos edad y menor número IHB se asoció a mayor supervivencia.

P-204. Dieta de fácil deglución: la dieta *gourmet*

Jesica López Molina, Javier Cuevas Ortega

Hospital de Barcelona. Barcelona

Introducción: La deglución juega un papel clave en la alimentación del individuo, es la puerta de entrada a los procesos fisiológicos de la digestión, la absorción y la transformación de nutrientes que constituyen la nutrición. Los trastornos de la deglución son un grupo amplio y heterogéneo de alteraciones funcionales o estructurales. La disfagia es una de estas alteraciones y puede dar lugar a complicaciones graves. Condiciona la seguridad y eficacia de la alimentación aumentando la morbimortalidad de las personas que la padecen, y, en consecuencia, deteriora su calidad de vida.

Objetivos: Estimular el ánimo de los pacientes que están cansados de la monotonía del triturado que los lleva a comer poco o a no comer.

Material y métodos: En octubre de 2021 se pone en marcha la creación de la dieta Fácil Deglución y se realizan pruebas piloto en diferentes unidades de hospitalización. Tras su aceptación en marzo de 2022 y previas sesiones informativas a enfermeras y auxiliares se pone en marcha la nueva dieta fácil deglución, una alternativa a los pures y triturados. Esta dieta esta confeccionada con alimentos naturales texturizados para favorecer la deglución de aquellos pacientes que tiene dificultades para masticar y tragar.

Resultados y conclusión: Tras la evaluación de resultados observamos un impacto positivo y muy buena acogida por parte de los pacientes con disfagia, familiares y/o cuidadores, ya que se olvidan de los pures y triturados, y con esta dieta mantenemos las propiedades organolépticas. Con la nueva dieta los pacientes disfrutan del placer de comer, a la vez que se alimentan adecuadamente y les ayuda en su recuperación.

P-205. Disfagia sarcopénica en pacientes hospitalizados

Enrique Marín-Bernard[1], Reyes Artacho[2], Basilio Gómez Pozo[3], María Dolores Ruiz López[4,5]

[1]Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [2]Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. [3]Unidad de Investigación. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud. Granada. [4]Servicio de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. [5]Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Centro de Investigación Biomédica. Universidad de Granada. Granada

Introducción: La disfagia sarcopénica (DSA) se describe como una dificultad en la deglución causada por la sarcopenia generalizada tanto a nivel sistémico como en los músculos de la deglución.

Objetivos: Determinar la presencia de DSA en población mayor de 65 años hospitalizada.

Material y métodos: Estudio observacional trasversal en el que participaron 111 mayores hospitalizados, que no presentaban disfagia como consecuencia de una patología específica. La sarcopenia (sarcopenia confirmada) se diagnosticó según el consenso propuesto por el grupo europeo de trabajo en sarcopenia en personas mayores (EWGSOP2). Se analizó la fuerza de agarre de la mano por dinamometría y la masa muscular por bioimpedancia eléctrica. La disfagia se determinó con el método clínico de evaluación volumen-viscosidad (MECV-V) y la fuerza máxima anterior de la lengua (FLG) con el Iowa Oral Performance Instrument (IOPI). La DSA se identificó según el algoritmo propuesto por Mori et al (2017) que considera probable DSA (si la FLG es baja), posible DSA (si no hay medición de la FLG o no es baja) y sin DSA (Fig. 1, pág. siguiente). El estudio ha sido aprobado por la Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada (nº 149/CEIH/2016).

Resultados: La edad media de los participantes fue de 80,29 ± 6,89 años. Un 27 % presentaban sarcopenia, un 72 % presentaban disfagia y un 27,9 % baja FLG. Un 4,5 % fueron diagnosticados con probable DSA el 4,5 % y 16,2 % con posible DSA (Tabla I). Correlación entre disfagia y sarcopenia es Rho = 0,062 (p = 0,516) Al aplicar el algoritmo, se han considerado los valores de referencia de FLG para población española sana, que establecen baja FLG valores inferiores a 15,25 kPa (Tabla II).

Conclusión: Los resultados obtenidos cuestionan la relación entre sarcopenia y disfagia y por tanto la presencia de disfagia sarcopénica en población hospitalizada.

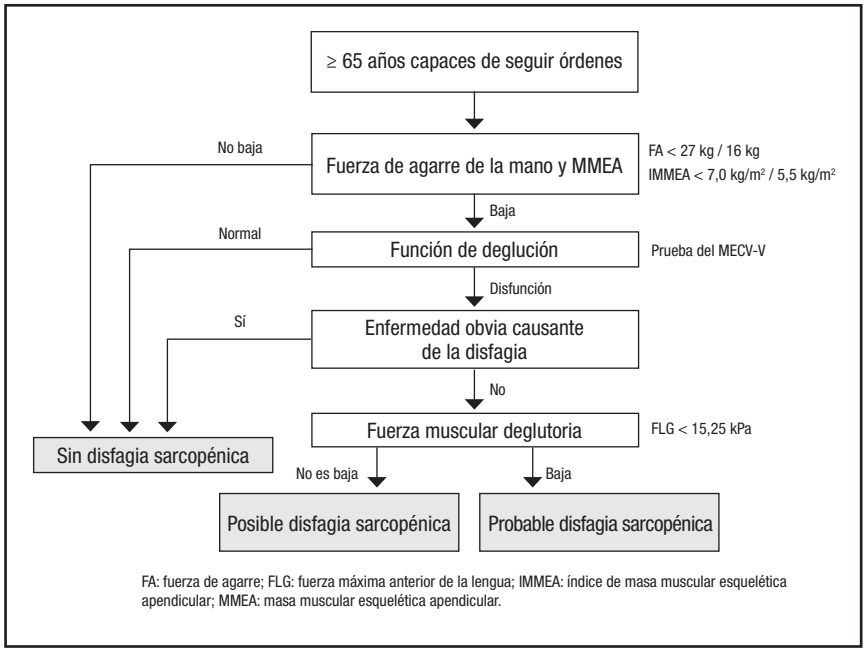

Figura 1.
Algoritmo de diagnóstico de la disfagia sarcopénica para población española.

Tabla I. Características de los participantes

Variables	*n* = 111
Sexo	
Mujer	56 (50,5 %)
Hombre	55 (49,5 %)
Edad (años)	80,29 ± 6,89
IMC (kg/m^2)	25,98 ± 4,62
Sarcopenia confirmada	30 (27 %)
Disfagia	80 (72,1 %)
FLG (kPa)	26,41 ± 15,73
Baja	31 (27,9 %)
DSA	
Probable DSA	5 (4,5 %)
Posible DSA	18 (16,2 %)

DSA: disfagia sarcopénica; FLG: fuerza máxima de la lengua. Los valores se exprensa como X ± DS o frecuencias (%).

Tabla II. Valores de referencia de FLG (kPa) para población adulta española sana

Grupos por edad			FLG (kPa)			
Percentiles	**1**	**5**	**10**	**20**	**25**	**50**
Jóvenes (18-39 años)	17,33	34	39	44	46,25	54,5
Adultos (40-59 años)	14,24	25,2	34,4	39,8	43	50
Mayores (> 59 años)	8,10	15,25	20,5	32	34	43

FLG: fuerza máxima de la lengua. Tomado de Marín-Bernard et al., 2024.

P-206. Uso y utilidad de la ecografía en la valoración de la disfagia mediante la medición del desplazamiento del hueso hioides

Carlos Moreno Gálvez, Wendy Valeria González Sacoto, Macarena Lacarta Benítez, Lidia Olivar Gómez, Laura Morales Blasco, Alejandro Sanz París, Francisco Losfablos Callau

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Introducción: En los últimos años, se ha experimentado una expansión significativa en el empleo de la ecografía como una herramienta multifacética para el estudio de diversas patologías. Actualmente, su aplicación se extiende más allá de la valoración nutricional, encontrando un papel crucial en la investigación no invasiva de la disfagia. Estudios recientes han corroborado que la reducción en el desplazamiento del hueso hioides guarda una correlación directa con la presencia de disfagia. Este avance nos permite una evaluación mas precisa además aportando la ventaja para el paciente evitando pruevas invasivas.

Objetivos: El objetivo principal es valorar la utilidad de la ecografíapara el estudio de la disfagia orofaríngea mediante la medición del movimiento del hueso hioides durante la deglución. También se valoraron la prevalencia de disfagia y malnutrición en la muestra coo objetivos secundarios.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional en una población anciana dependiente institucionalizada en la cual se valoró su estado nutricional, la presencia de disfagia y se realizó la medición del desplazamiento del hueso hioides en reposo y durante la deglución.

Resultados y conclusión: Se incluyeron un total de 84 pacientes. La edad media de la muestra fue de 85.1 años y de esta, 55 eran mujeres y 29 hombres. La prevalencia de malnutrición medida mediante MNA fue del 28.6 %, y de disfagia fue del 71 %. Se encontró que los pacientes que padecían disfagia presentaban una reducción significativa del desplazamiento del hueso hioides respecto a los pacientes sanos. Proponiendose un punto de corte para el diagnostico de la disfagia en un desplazamiento inferior a 0,85 cm o un desplazamiento inferior al 25 %. Se encontró que el desplazamiento del hueso hioides se correlaciona positivamente con todos los parámetros nutricionales estudiados con una fuerza media-alta, salvo con la edad con la que presentó una correlación negativa.

P-207. Desnutrición y disfagia en la enfermedad de Parkinson: ¿estamos llegando tarde?

Alicia Rizo Gellida, Margarita González Boillos, Josefa Prats Querol, Icíar Castro de la Vega, Mayet Padilla Segura, Esther Serisuelo Meneu, Sara Franch Salvador, Agustín Ángel Merchante Alfaro

Servicio de Endocrinología y Nutrición. L'Hospital General Universitari de Castelló. Castelló de la Plana

Introducción: La neumonía por aspiración es la principal causa de muerte en personas con enfermedad de Parkinson (EP), presentando disfagia entre 60-80 % durante su enfermedad.

Objetivos: Describir las características de pacientes con EP valorados por la Unidad de Nutrición del Hospital General de Castellón.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes con EP valorados en nuestra Unidad entre enero de 2021 y noviembre de 2023. Se examinaron resultados del test MECV-V en todos los pacientes, tiempo de evolución de la EP hasta derivación, motivo de derivación y estado nutricional según criterios GLIM. Utilizamos métodos no paramétricos para el análisis estadístico.

Resultados y conclusión: Hemos valorado a 22 pacientes con EP (15 varones), mediana de edad 74 (65,5-78) años, 20 en consultas externas y 2 durante hospitalización. Tiempo de evolución de EP hasta valoración: 5,5 (1,75-12) años. Motivo de derivación: 15 por sospecha de disfagia, 5 por pérdida de peso, 1 por sialorrea y 1 por hiperaldosteronismo. En primera valoración mediana IMC 26,7 (21-30,4) kg/m^2. Según criterios GLIM presentaron desnutrición el 50 % de los pacientes (n = 11), moderada 5 (22,73 %) y severa 6 (27,27 %) Los resultados del test MECV-V mostraron eficacia alterada en 13 pacientes (59,1 %) y seguridad alterada en 10 (45,45 %). Se indicó PEG en 5 pacientes siendo rechazada por 2. En el periodo valorado fallecieron 7 pacientes de los 22 (32 %), 6 por neumonía por aspiración y 1 por sepsis urinaria. La incidencia de disfagia y de desnutrición en la EP es muy alta. La neumonía por aspiración es la principal causa de mortalidad en nuestra serie. Pensamos que se debe considerar la posibilidad de disfagia en todos los pacientes con EP y establecer protocolos de derivación precoz entre neurología y las unidades de nutrición.

P-208. Identificación de los pacientes con diagnóstico de disfagia orofaríngea en el entorno hospitalario y métodos para reducir los riesgos asociados

Xavier Valls Rabasa, Irina Ruiz Carvajal, Ana María Pérez Heras, Carla Mestre Reina, Marcos Carrasco Serrano, Ariadna Safons Sanfeliu, Vanessa Chimisanas Guerrero

Hospital Clínic Barcelona. Barcelona

Introducción: En los últimos años, se han centrado muchos esfuerzos en la detección y valoración de la disfagia orofaríngea (DOF), trastorno que anteriormente pasaba desapercibido y ello conllevaba mayor número de complicaciones. Se ha observado que, en el entorno hospitalario, a pesar de implementarse valoraciones de disfagia, son habituales confusiones en la viscosidad administrada, debido al gran número de personas en contacto con el paciente.

Objetivos: Identificar en el entorno hospitalario, de manera rápida y clara, a los pacientes con diagnóstico de DOF. Asegurar que el personal sanitario y las personas externas administran los líquidos con la viscosidad segura para el paciente. Cuantificar el volumen de hidratación real que ingiere.

Material y métodos: Para la identificación de estos pacientes en el entorno hospitalario se ha creado un logotipo

que simboliza gráfica y fácilmente reconocible la DOF, junto con la representación visual de la viscosidad que requiere el paciente, según escala International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI). Estará en un lugar visible cerca de la cama del paciente, para la identificación rápida y directa por parte del personal sanitario. Además, para evitar las múltiples preparaciones, con su probable variabilidad de viscosidad entre ellas, se sugiere utilizar un recipiente graduado con el agua espesada a la textura indicada y en el volumen ajustado a las necesidades hídricas de cada paciente. Este se dejará en la habitación con las respectivas instrucciones e indicaciones a familiares y personal sanitario. A las 24 h, se cuantificará el volumen ingerido y se repondrá nuevamente.

Resultados y conclusión: Se ha observado que el logotipo facilita al personal sanitario la identificación del paciente con DOF y a la vez, permite conocer rápidamente la viscosidad segura para este, reduciendo así los riesgos asociados de este trastorno. Por otro lado, la cuantificación del volumen real ingerido nos permitirá valorar si el paciente cubre los requerimientos hídricos.

P-209. Optimización del tratamiento farmacoterapéutico en pacientes con disfagia: un enfoque integral en un hospital de tercer nivel

Ángela Varea Bejar[1], Ana María Cayuela García[2], Amelia María Chica Marchal[1]

Servicios de [1]Farmacia Hospitalaria y [2]Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Introducción: La disfagia, síntoma con múltiples factores causales, puede conducir a desnutrición y neumonía por aspiración, entre otros. Altas tasas de errores medicamentosos resaltan la necesidad de atención farmacéutica especializada.

Objetivos: a) Establecer circuito de atención farmacéutica para pacientes con disfagia en hospital de tercer nivel; b) realizar seguimiento de pacientes con disfagia en servicios con mayor prevalencia aplicando intervenciones farmacéuticas adaptadas; c) investigar prevalencia de disfagia en diferentes patologías y servicios; y d) evaluar aceptación de recomendaciones farmacéuticas por enfermería y nutrición.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo donde se implementó circuito de atención farmacéutica para pacientes con disfagia, seleccionándolos mediante programa de gestión (Savac®). Se realizó un algoritmo propio para las recomendaciones de adaptación de administración de medicamentos. Se recopilaron datos sobre prevalencia de disfagia por servicio y patología y se realizó seguimiento de 30 días en servicios con alta prevalencia aplicando intervenciones farmacéuticas. Se evaluó aceptación mediante programa de prescripción (Mira®) y encuesta telefónica.

Resultados y conclusión: La prevalencia de disfagia varió entre servicios, destacando neurología (37 %) y geriatría (44 %). Otros servicios con prevalencia considerable fueron medicina interna (17,8 %) y neumología (16,6 %). Identificándose patologías relacionadas: ictus (32 %) y demencia (10 %). La mediana de edad fue 83 años (IQR 10,8). En neurología y geriatría, se siguieron 50 pacientes (25 hombres) y se realizaron intervenciones en el 96 %. El total de medicamentos prescritos asciende a 523, que supone 10,46 ± 2,58 de media por paciente. 274 (50,68 %) prescripciones necesitaron intervención/adecuación. Las recomendaciones farmacéuticas más habituales fueron sobre correcta forma de administración y selección de forma farmacéutica adecuada. Se sugirió cambio de principio activo en 20 % de pacientes, afectando al 1,91 % de medicamentos prescritos. El 92 % de las recomendaciones fueron aceptadas según encuesta telefónica, indicando alta aceptación. Este enfoque multidisciplinario destaca la necesidad de realizar atención farmacéutica personalizada en disfagia, resaltando la necesidad de estrategias similares en entornos hospitalarios. Como limitación queda pendiente la evaluación de viabilidad del circuito a largo plazo.

OTROS

P-210. Categorización de los pacientes con nutrición parenteral en función del tiempo de uso

María Antequera González, Mario Alfredo Saavedra Vásquez, Carmen Dameto Pons, Diana Guadalupe Ariadel Cobo, Ana María Urioste Fondo, Elena González Arnaiz, Diana García Sastre, María D. Ballesteros Pomar

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La nutrición parenteral (NP) está indicada en pacientes cuyo tracto gastrointestinal no permite la administración, digestión o absorción de nutrientes, o cuando el tubo digestivo se desea mantener en reposo.

Objetivos: Describir las diferencias entre pacientes que precisan NP en función la duración de la misma.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de NP prescritas en 2021-2022 en una cohorte de 124 pacientes. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, analíticos y relativos a la NP clasificando la muestra según si fueron mayor o menor a 12 días.

Resultados y conclusión: 124 pacientes, edad 69,7 (DE 13,5) y un 53,1 % varones con menos de 12 días de NP frente a una media de 63,1 (DE 12,9) años, 78,2 % varones con más de 12 días (p 0,014). El motivo de NP fue en su mayoría íleo posquirúrgico (40,1 % frente a 38,2 %) y cáncer esofágico (13,6 % frente a 24,8 %). La desnutrición según los criterios GLIM fue en su mayoría moderada (34,5 % frente a 31,8 %) y severa (19,1 % frente a 28,2 %). La media de días de ingreso fue de 29,1 (DE 21) frente a 51,7 (DE 31,8) y los datos analíticos según los días de NP: PCR inicial (153,1 [DE 118,2] frente a 135,9

[DE 110,8] [*p* 0,4]), PCR final (84,7 [DE 98,1] frente a 88,2 [DE 79,5] [*p* 0,9]), albúmina inicial (3,1 [DE 0,6] frente a 2,86 [DE 0,6] *p* 0,038), albúmina final (3,1 [DE 0,6] frente a 3,2 [DE 0,9]), prealbúmina inicial (20,1 [DE 9,8] frente a 16,1 [DE 8,2] [*p* 0,029]), prealbúmina final (23,4 [DE 12,4] frente a 19,4 [DE 9,2] [*p* 0,28]), RBP inicial 4,5 (DE 0,5) frente a 2,9 (DE 0,4, *p* 0,039) y RBP final (7,3 [DE 3,1] frente a 5,9 [DE 2,9] [*p* 0,098]). El mayor tiempo de uso de NP implica peores resultados analíticos nutricionales iniciales, una estancia hospitalaria más prolongada y es más prevalente en varones.

P-211. Ecografía muscular como herramienta de valoración morfofuncional en pacientes con enfermedad renal crónica

Guillermina Barril[1], Alicia Cabrera[2], Patricia Ochoa[2], Graciela Álvarez[2], Ángel Nogueira[2]

[1]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de La Princesa. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid. [2]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

Introducción: Se utiliza la medida del recto anterior del cuádriceps por ecografía como medida correlacionada con masa muscular, fuerza y funcionalidad, pudiendo determinar diámetros y área muscular

Objetivos: Valorar utilidad de parámetros ecográficos de masa muscular y correlacionarlo con edad, genero, dinamometría, ejercicio, bioquímica y composición corporal por BIVA

Material y métodos: Evaluamos 78 pacientes ERCA estadios 3,4,5 (87,2 %) y diálisis peritoneal (22,8 %) con ecografía con sonda-recta (Ecógrafo.Sonosite) midiendo: ejes trasversal (A) y longitudinal (B), ratio B/A y circunferencia y área-muscular del recto anterior del cuádriceps según técnica habitual. Asimismo, evaluamos Dinamometría, perímetro de pantorrilla y composición corporal por BIA.

Resultados y conclusión: Valoramos 78 pacientes con ERC: ×edad 71,54 ± 11,76 años, 59 % hombres y 48,7 % DM. Dinapenia/presarcopenia = 20,8 % con menores parámetros musculo-ecografía, con correlación directa significativa *p* 0,01 con A,B,C y área masa muscular xdiámetro-trasverso (A) = 0,99 ± 0,43, ×B (diámetro longitudinal) = 2,63 ± 0,77, × circunferencia músculo (C) = 6,31 ± 1,83, × área muscular = 2,23 ± 1,23 (× población-sana A = 1,31 ± 1,2 cm, B = 3,21 ± 3,4 cm), × ratio B/A = 2,97 ± 0,94. × dinamometría derecha = 27,22 ± 8,26 kg. Haber realizado ejercicio muestra parámetros sig mejores: A1,08 ± 0,45 frente a 0,84 ± 0,35 $p < 0,01$, área 2,50 ± 1,27 frente a 1,80 ± 1,02, *p* 0,01 (B y C no sig), así como edad ≤ 75 frente a > 75 sig. mejor en todos los parámetros ecomusculares. Encontramos diferencias significativas entre hombres y mujeres en todos los parámetros, así como xdinamometría, xperímetro. pantorrilla y masa-muscular por BIA, no en albúmina, Hb ni PCR. Globalmente dinamometría normal frente a baja, mostró mejores, pero no significativos valores eco-musculares. ERCA frente a DP mostró valores mayores en ERCA, pero no significativos. Correlaciones directas significativas globales de área muscular $p < 0,01$) con: dinamometría, r 0,324; perímetro de pantorrilla, r 0,30, MM r 0,40, A-fase r 0,35, masa celular (B CM) r 0,39 y agua intracelular (AIC) r 0,38. Inversa sig $p < 0,01$ con ratio B/A.

Conclusiones:

1. La ERC condiciona valores menores en valoración eco-muscular tanto ERCA como DP que los descritos en población sana.
2. El ejercicio físico condiciona significativamente mejores parámetros en valoración ecomuscular.
3. La ecografía muscular aparece como herramienta emergente, económica, fácil y sin radiación-ionizante.

P-212. Evaluación de la importancia del cribado nutricional en pacientes presentados por el comité oncológico

Nuria Jiménez Rivero, Iara Cacace, Elena Álvaro Sanz, Begoña Montero Salgado, Alejandra Salamanca Casado, María Begoña Tortajada Goitia

Servicio de Farmacia. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Introducción: En algunas ocasiones, el tratamiento oncológico se limita a la administración de fármacos, dejando de lado otros aspectos cruciales, como la nutrición. En nuestro centro, se ha implementado un protocolo de seguimiento nutricional desde el diagnóstico.

Objetivos: Identificar pacientes oncológicos en riesgo nutricional.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, y retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes presentados por el Comité de oncología de nuestro de centro, durante 2023. Las variables consideradas fueron: sexo, edad, localización del tumor, tratamiento, peso habitual, peso y fecha de inicio de quimioterapia y de la primera consulta nutricional, puntuación según la escala NutriScore, diagnóstico nutricional, necesidad de nutrición enteral y vía de administración. Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Costa del Sol.

Resultados y conclusión: Se captaron 65 pacientes en riesgo nutricional, 66,15 %presentados por el comité y 33,85 %derivados por el especialista, 52,31 %mujeres y 47,69 %hombres, con una media de edad de 62,26 años. La localización del tumor fue: 7,62 %cabeza-cuello; 20 % colorrectal, esofágico-gástrico y páncreas-biliar; 3,08 % ginecológico-mama; 18,46 % pulmón; 1,54 % urinario y 6,15 % otras. Un 69,23 % iniciaron quimioterapia; 4,62 % cirugía; 7,69 % quimioterapia-cirugía; 3,08 % quimioterapia-radioterapia; 1,54 % radioterapia-quimioterapia y 1,54 % quimioterapia-inmunoterapia; 12,30 % no recibieron tratamiento. La media de peso habitual fue 65,43 kg en la primera visita nutricional. El tiempo medio entre la fecha del comité y la de primera visita nutricional fue 7,57 días. Según la escala NutriScore, el 9,23 % obtuvo una puntuación entre 0-2;

el 35,39 % entre 3-4 y el 55,39 % igual o superior a 5. El 12,31 % se encontraban en buen estado nutricional, el 29,23 %desnutrición moderada y el 58,46 % severa, de estos a 92,31 % se les pautó nutrición enteral de los cuales el 86,15 % correspondía a formulación oral, 1,54 % administración por sonda y 3,08 % administración por gastrostomía endoscópica percutánea. Estos resultados respaldan la importancia de la evaluación nutricional desde el diagnostico oncológico, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

P-213. Implementación del servicio de nutrición para deportistas del Club Belgrano San Nicolás, en Buenos Aires, Argentina: evaluación de la puesta a prueba del servicio

María Sofia Cappa

San Nicolás. Buenos Aires, Argentina

Introducción: En la ciudad de San Nicolás, al norte de la provincia de Buenos Aires, se encuentra el club social y deportivo Belgrano. Se implementó por primera vez el servicio de nutrición en febrero del 2023 con el fin de detectar casos y/o prevenir patologías. La puesta en marcha del servicio de Nutrición en el Club Belgrano San Nicolás, Buenos Aires, Argentina debe estar acompañado de actualización de conocimientos y trabajo interdisciplinario.

Objetivos: Actualizar conocimientos e implementar nuevas formas de trabajo en la sociedad actual. Educar nutricionalmente a socios y socias de la institución para la implementación de hábitos saludables y la prevención de patologías. Lograr el trabajo interdisciplinario con profesores/as de educación física, psicólogas/os, etc. Eliminar el uso de métodos obsoletos Educar nutricionalmente a otros profesionales de la institución

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y longitudinal en deportistas a partir de los 12 años que asistieron al Club Belgrano entre febrero y noviembre del año 2023. Se determinaron parámetros como peso, talla, IMC (índice de masa corporal). Se recolectaron datos sobre presencia de patologías, uso de suplementos, hábitos alimentarios; entre otros.

Resultados y conclusión: Se recolectaron datos de 1000 deportistas. Solo un 10 % asistió al consultorio por recomendación profesional, luego de los testeos grupales. Un 30 % de las consultas fueron de familiares directos y un 60 % fue por interés personal, nutrición deportiva y descuentos en consultas. La implementación del servicio de Nutrición en el Club Belgrano San Nicolás, Buenos Aires, debe estar acompañado de actualización de conocimientos y trabajo interdisciplinario con profesores/as de educación física, psicólogos/as. Tanto el trabajo de campo como la investigación en esta experiencia se complica enormemente, ya que, debemos luchar con lo establecido y con quienes acarrean prejuicios limitantes. La eliminación de métodos obsoletos y el trabajo en equipo es fundamental para educar, lograr cambio de hábitos y prevenir patologías y lesiones.

P-214. Composición corporal de los pacientes candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos. Datos preliminares de un programa de prehabilitación

Alba Carmona-Llanos[1], María Mercedes Senent Capote[2], Luis Muñoz Arenas[2], Manuel Cayón Blanco[2]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. INIBICA. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. [2]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Introducción: Las neoplasias hematológicas asocian de forma estrecha, una respuesta inflamatoria sistémica y persistente de bajo grado que condiciona el curso de la enfermedad. El estado nutricional es altamente determinante en los resultados y el curso de la misma. En nuestro centro hemos implementado un programa protocolizado de prehabilitación basado en soporte nutricional y ejercicio adaptado, previo al trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

Objetivos: Describir las características basales de los pacientes candidatos a TPH de nuestro centro en el momento de la inclusión al programa de prehabilitación enfocando el análisis en aquellos parámetros analíticos y de composición corporal más relacionados con el estado inflamatorio.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico. El estado nutricional fue analizado mediante parámetros bioquímicos y antropométricos clásicos, bioimpedancia eléctrica, ecografía abdominal y muscular y dinamometría.

Resultados y conclusión: Se analizaron 22 pacientes (59 % hombres; edad media: 53,6 ± 12,3 años; índice de masa corporal: 27,9 ± 4,1 kg/m²). Se detectó sobrepeso u obesidad en el 59 % de los pacientes y el 9 % contaba con un riesgo grave de desnutrición. Ángulo de fase (AF) medio: 5,26° ± 1,8 º (64 % disminuido para edad y sexo). Todos los pacientes presentaban un ratio de agua extracelular (AEC) > 0,415. 45 % de los pacientes presentaban un valor de masa celular activa (B CM) disminuido. Cociente PCR/Prealbúmina disminuido en el 41 % de la muestra. El 68 % de los pacientes contaban con dinamopenia (< P50) coincidiendo con un 55 % de baja masa musculo-esquelética apendicular. El 59 % presentaban aumento de la grasa preperitoneal. La mayoría de los pacientes candidatos a TPH presentan, antes de la intervención, alteración de los parámetros analíticos y nutricionales relacionados con la inflamación. De forma preliminar, concluimos que el programa protocolizado de prehabilitación diseñado en nuestro centro está enfocado a identificar los sujetos que se beneficiarían de dicha actuación. Requerimos aumentar la muestra de pacientes para documentar los resultados de la intervención.

P-215. Estudio de la composición corporal con valoración nutricional multidisciplinar en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis hospitalaria

Alba Carmona-Llanos[1], José Luis Fernández-Morales[2], Elisa Ana López-García[3], Manuel Cayón Blanco[4], Jary Lorenzo Perelló-Martínez[3]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. INIBICA. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. [2]ESPADA: Ejercicio Físico y Salud. San Fernando, Cádiz. [3]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición Nefrología y servicio de [4]Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

Introducción: La desnutrición sarcopénica es frecuente en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERC) que requieren hemodiálisis. Por ello, la valoración nutricional debe formar parte de la atención inicial de estos pacientes. El papel de los métodos emergentes de valoración nutricional avanzada no está aún bien definido en esta patolgía.

Objetivos: Describir el estado nutricional de los pacientes con ERC en hemodiálisis hospitalaria en la UGC de nefrología del Hospital Universitario de Jerez de la Fontera. Valorar la aportación de las técnicas de valoración morfo-funcional a escalas de valoración nutricional habituales. Describir los resultados de la intervención a medio plazo incluyendo variables de calidad de vida.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico con seguimiento de 11 meses que incluyó pacientes en programa de Hemodiálisis hospitalaria. El estado nutricional de los sujetos fue analizado mediante valoración subjetiva global (VSG), impedanciometría (BIA) y ecografía al inicio y durante la investigación. La intervención nutricional fue guiada basándose en los valores de dicha valoración.

Resultados y conclusión: 73 pacientes (edad media 68,29; 60 % varones). Se detectó desnutrición en el 32 % mediante VGS. Ángulo de fase (AF) medio disminuido en la muestra total: 4°. El 100 % de los pacientes mostraba una dinamometría ajustada inferior al p25. Todos los sujetos con malnutrición grave presentaban AF < 4,5°. Se pautó suplementación específica en 11 pacientes (15 %). La valoración de las medias de las distintas variables medidas no arrojaron diferencias significativas en las visitas de seguimiento y final. Durante el estudio fallecieron 2 pacientes, ambos con un AF < 3° y etiquetados de desnutrición grave. La prevalencia de la desnutrición en nuestra unidad de hemodiálisis es alta y se asemeja en la descrita en la literatura. El AF se postula como variable con mayor potencial pronóstico en estos pacientes. Los resultados sugieren que la suplementación específica puede influir positivamente en la calidad de vida de estos pacientes.

P-216. Efectos de una emulsión lipídica de nutrición parenteral a base de ácidos grasos omega 3 sobre la función hepática

Luna Florencio Ojeda[1], Tamara Blanco Espeso[2], Rocío Domínguez Rabadán[1], María Isabel Rebollo Pérez[1]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y de [2]Farmacia. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción: Los ácidos grasos omega-3 parenterales son prometedores para revertir la enfermedad hepática y la colestasis.

Objetivos: Evaluar los cambios en la función hepática y lipídica de pacientes que recibieron nutrición parenteral total (NPT) con emulsión lipídica a base de omega-3 (Omegaven).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, se incluyen los pacientes que recibieron NPT con omega-3 desde 01/01/2021 al 06/07/2023. Se evaluó la función hepática (GGT, FA, AST), triglicéridos y PCR antes y de forma semanal tras inicio de Omegaven.

Resultados: 35 pacientes: 66 % varones. Edad media 65,94 ± 12,7 años. Los omega-3 se pautaron de inicio en el 54 %, en el 46 % se pautaron tras modificación lipídica de NPT previa. En todos pautados por alteración hepática. La mediana de duración del tratamiento fue 8 días. 3 % recibieron dosis máxima de 40 g/día, 68,5 % de 20 g/día y 28,5 % recibieron 10 g/día. Resultados presentados en la tabla I. Todos los parámetros medidos disminuyen, con un resultado estadísticamente significativo en los valores de triglicéridos a los 7 y 14 días del inicio de Omegaven, así como el descenso de GGT, TG y PCR a los 14 días.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que el uso de una emulsión lipídica a base de omega-3 en NPT tiene el potencial de mejorar la disfunción hepática, aunque todavía sin muchos 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.

P-217. Impacto del estado de hidratación según bioimpedanciaometría sobre el riesgo de mortalidad en pacientes con soporte nutricional parenteral

Carmen Gándara Gutiérrez, María Pasarón Fernández, Andrea Fórneas Sangil, Santiago Fuertes Camporro, Alba Gonzalo González, Guillen Octavio Puente Barbé, Laura Nozal García, Lucía Díaz Naya, M.ª Pilar Monge Rafael, María Riestra Fernández

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias

Tabla I.

	Antes de ω-3	7 días (*n* = 27-34)	14 días (*n* = 12-14)	21 días (*n* = 5-6)
GGT (U/L)	418,24 ± 242,8	390,1 ± 191,2	255,8 ± 200,4 (*p* 0,015)	177,67 ± 79,9
FA (U/L)	251,5 ± 186,3	246,3 ± 117	214,5 ± 118,9	187 ± 60
AST (U/L)	88,49 ± 192,7	54,05 ± 102,7	35,14 ± 39,2	27,8 ± 10
Triglicéridos (mg/dL)	188,7 ± 118,1	165,7 ± 107,5 (*p* 0,025)	112,9 ± 50,2 (*p* 0,001)	102,1 ± 59,4
PCR (mg/dL)	113,58 ± 105,5	105,7 ± 112	81,89 ± 69,8 (*p* 0,034)	88,07 ± 47,9

Introducción: La distribución vectorial del ángulo de fase y su implicación pronóstica puede verse afectada por el estado de nutrición e hidratación. Los pacientes hospitalizados con nutrición parenteral (NP) presentan alteraciones frecuentes del estado hídrico. El valor pronóstico del estado de hidratación en estos pacientes no ha sido evaluado.

Objetivos: Evaluar el estado hídrico en pacientes ingresados con NP según bioimpedancia y la utilidad de parámetros de hidratación en la predicción de mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con NP entre 06/2021 y 12/2022. Al inicio de NP se recogieron datos antropométricos y bioeléctricos.

Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, 63,8 % varones, edad media 66,3 ± 15,6 años. El 25 % tenían diabetes *mellitus* y el 50 % cáncer activo. La mayoría precisó NP por íleo posquirúrgico (46,7 % oncológica). La estancia media fue 27,3 ± 16,3 días. 14,1 % fallecieron durante el ingreso (69,2 % mujeres, 30,8 % varones, *p* 0,008). Por criterios GLIM, 58,7 % presentaron desnutrición (35,9 % moderada, 22,8 % grave). El 30,5 % presentó sobrehidratación (Hydragram > 74,3 %), 6,3 % deshidratación (Hydragram < 7,7 %). Las mujeres presentaron menor agua intracelular (AIC) (20,99 ± 6,87 frente a 28,72 ± 5,64, $p < 0{,}001$), agua extracelular (AEC) (9,47 ± 4,18 frente a 10,12 ± 2,62, $p = 0{,}017$), Nutrigram (638,94 ± 190,3 frente a 854,61 ± 226,21, $p < 0{,}001$), y mayor Hydragram (77,13 ± 5,47 frente a 74,95 ± 3,87, $p = 0{,}042$). Se observó menor supervivencia en pacientes con menor AIC (AUC 0,71, *p* 0,005), mayor AEC (AUC 0,697 *p* 0,022), y menor Nutrigram (AUC 0,758, *p* 0,02), sin diferencias significativas en base a Hydragram. Por curvas ROC el punto de corte de mortalidad para AIC fue 22,8 (S 72,2 %, E 69,2 %, OR 5,93, IC 95 %, 1,65-21,24), AEC 8,55 (S 70,9 %, E 69,2 %), Nutrigram 684,55 (S 72,2 %, E 76,9 %, OR 8,78, IC 95 %, 2,2-34,94).

Conclusión: El estado de hidratación al inicio de NP es importante en la evaluación conjunta del estado nutrición-hidratación y tiene implicación pronóstica, por lo que es necesaria su implementación.

P-218. Evaluación de la obesidad sarcopénica mediante valoración morfofuncional

María García Olivares[1,2], Lara Dalla Rovere[2], Rocío Fernández Jiménez[2,3], Carmen Hardy Añón[2], José Manuel García Almeida[2,3]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Malaga. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Introducción: La obesidad sarcopénica es una condición clínica y funcional caracterizada por la coexistencia de obesidad, definida por exceso de masa grasa, y sarcopenia, definida como baja masa y función muscular esquelética. Las herramientas avanzadas de valoración morfofuncional nos permiten evaluar la composición corporal y la funcionalidad de los pacientes con obesidad de manera más eficaz.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de obesidad sarcopénica (OS) en pacientes con obesidad utilizando los criterios publicados por ESPEN/EASO. Obtener puntos de corte de la ecografía nutricional como criterio para definir sarcopenia en pacientes con obesidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes que acudieron a la Unidad de Obesidad del Hospital Quirónsalud Málaga. Se evaluaron datos morfofuncionales mediante ecografía (Mindray® Z60), bioimpedancia (BIVA Akern® Nutrilab) y dinamometría (Jamar®).

Resultados y conclusión: Se incluyen 193 pacientes (126 mujeres y 57 hombres), con un IMC de 36,7 ± 6,19 kg/m^2. En la escala AACE se encontró 14.5 % de pacientes grado 0, 44,1 % grado 1 y 41,4 % grado 2. Presentan un área muscular (RF-CSA) de 6,20 ± 1,80 y 4,46 ± 1,12 cm^2. Mediante BIA se obtiene FM (%) de 35,9 ± 6,46 y 45,4 ± 5,58, y SMM/ kg 37,8 ± 9,28 y 31,5 ± 7,09. La dinamometría (HGS) es de 39,8 ± 9,20 y 20,8 ± 5,203 kg; en hombres y mujeres, respectivamente. Según los criterios de ESPEN/EASO, un 3,6 % pacientes presenta OS (SMM/ kg bajo, HGS baja y FM % alto), 32,7 % obesidad presarcopénica (SMM/ kg bajo y FM % alto) y 10,9 % obesidad dinapénica (HGS baja y FM % alto). Mediante curva ROC determinamos el punto de corte de obesidad presarcopénica con ecografía muscular: en hombres RF-CSA de 5,59 cm^2 con AUC 0,60 (S 56,5 %, E 71,4 %) y mujeres RF-CSA de 4,36 cm^2 con AUC 0,69 (S 77,4 %, E 57,5 %).

P-219. Dieta mediterránea y vitamina D: una asociación prometedora para la mejora de la salud en pacientes con obesidad

Javier García Sánchez, María Teresa Zarco Martín, Socorro Leyva Martínez, Verónica Ávila Rubio, María Luisa Fernández Soto

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

Introducción: La obesidad es un factor de riesgo conocido para hipovitaminosis D y aunque varios estudios apuntan que una mayor adherencia a la Dieta Mediterránea (Diet-Med) se asocia a una mayor ingesta de vitamina D en la dieta, existen datos muy limitados sobre la influencia de la Diet-Med en los niveles séricos de 25-hidroxi vitamina D (25OHD).

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre la adherencia a la Diet-Med y el estatus de vitamina D en pacientes obesos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de una muestra de 125 pacientes candidatos a cirugía bariátrica evaluados durante 2018-2022 en la UNCyD del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada. Se analizaron datos sociodemográficos, antropométricos y niveles séricos de 25OHD. La adherencia a la Diet-Med se evaluó mediante el PREDIMED-*score* (< 7 puntos = baja adherencia).

Resultados: Prevalencia de buena adherencia a la Diet-Med: 54,4 %. 68,8 % mujeres. Edad media 45,3 ± 12,4 años. Peso medio 126 ± 24 kg e IMC medio 45 ± 6,8 kg/m^2. El grupo de buena

adherencia a Diet-Med presentó mayor edad (47,6 ± 10,6 frente a 42,6 ± 12,8, $p = 0,03$) y mayor número de pacientes con suficiencia de vitamina D (25OHD ≥ 20 ng/mL: 46,3 % frente a 28,1 %, $p = 0,037$). Además, se observó una relación positiva estadísticamente significativa entre buena adherencia a la Diet-Med y suficiencia de vitamina D (r = 0,187; $p = 0,038$) con una odds ratio de 2,207 (IC 95 %: 1,0141-4,677, $p = 0,039$).

Conclusión: Se demuestra la asociación entre la adherencia a la Diet-Med y estatus de vitamina D en sujetos con obesidad.

P-220. Fuerza, función y masa muscular relativa en desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) y obesidad

Diana García Sastre, Begoña Pintor de la Maza, María D. Ballesteros Pomar, María García Duque, Elena González Arnaiz, David Emilio Barajas Galindo, Diana Guadalupe Ariadel Cobo, Ana María Urioste Fondo, María Antequera González, Mario Alfredo Saavedra Vásquez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León

Introducción: La valoración de la fuerza y masa muscular cobra importancia como marcador del pronóstico en numerosas enfermedades. La fuerza y función están condicionadas por la cantidad de masa muscular, por lo que puede ser interesante evaluarlas de forma relativa peso/masa muscular.

Objetivos: Conocer la relación entre fuerza y funcionalidad muscular con composición corporal, de varios grupos de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), comparados con población general y personas con obesidad mórbida (OB).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado entre 2020 y 2022, con pacientes mayores de 18 años, con osteoporosis (OP), personas con obesidad mórbida(OB), enfermedad renal crónica (ERC), oncológicos (ON), y trastornos de comportamiento alimenticio (TCA), comparados con un grupo control (C) de individuos sanos, jovenes, en medidas de bioimpedancia (BIA, TANITA MC780MA); dinamometría (DIN) en mano dominante; fuerza, potencia, equilibrio y velocidad de levantado en piernas (Tanita BM 220 (T220); y test *timed up and go*. Se analizó mediante *software* R versión 4.1.3 de Windows.

Resultados: Se incluyeron 175 pacientes, 21 % hombres. Si utilizamos parámetros relativos a la masa muscular y no absolutos, las OB están peor que los controles (DIN/MMA 3,69 en OB frente a 6,66 C, $p < 0,001$), y al nivel que pacientes con ERC y ON. Esta relación negativa se repite (MM/peso 51,27 OB frente a 72,39 C, $p < 0,001$) salvo en TCA (MM /peso 79,47). Llamativamente, OP tienen mejor función relativa (DIN/MMA 4,86) que OB y ERC Y ON (4,17, $p < 0,001$). OB tiene un ángulo de fase similar a control (6,01 frente a 5,94), pero los TCA mucho peor (5,23, $p = 0,01$ frente a C).

Conclusiones: Distintas situaciones clínicas obtienen distintos parámetros relativos en relación MM y pruebas funcionales, destacando que las personas con obesidad, están en una situación más desfavorable.

P-221. Impacto del ayuno como determinante en la evaluación nutricional sobre la mortalidad en pacientes ingresados que recibieron nutrición parenteral

Gema González Fernández[1], Elena Pérez Galende[1], Pablo Lozano Martínez[1], Clara Fernández Rivera[1], María Julia Ocón Breton[1], Rosana Urdániz Borque[2]

[1]Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. [2]Hospital Universitario Araba. Gasteiz

Introducción: La desnutrición afecta a numerosos pacientes hospitalizados y esta puede precipitarse por numerosos factores, encontrándose entre ellos, las barreras a la ingesta que pueden derivan en ayuno de días de duración.

Objetivos: Determinar el impacto sobre la mortalidad del ayuno de al menos 5 días previos al tratamiento nutricional parenteral.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo analítico. Se incluyeron pacientes hospitalizados tratados con nutrición parenteral en nuestro centro en el año 2022.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes tratados con nutrición parenteral (66,7 % con NPT y 33,3 % con NPP) con una edad media de 70,78 ± 13,86; siendo el 56,9 % varones y el 43,1 % mujeres. La causa más frecuente de ingreso de estos pacientes con un 41,2 % fue la oncológica-quirúrgica, presentando desnutrición en dicho grupo en el momento de la valoración un 85,7 %. Según los criterios GLIM al momento de la valoración el 85,4 % de los pacientes se encontraban desnutridos. La media de la circunferencia de la pantorrilla fue de 29,8 ± 4,14 y la braquial de 25,04 ± 3,54. De los pacientes incluidos el 62,8 % presentaba un ayuno < 5 días previo al inicio de tratamiento nutricional parenteral y el 37,2 % un ayuno > 5 días. Mientras que la tasa de reingresos fue mayor en los primeros 3 meses tras el alta con un 17,6 %, la mortalidad fue mayor intrahospitalariamente con un 23,5 % habiendo fallecido el 35,3 % de los pacientes en menos de 1 año. Se observó un aumento significativo de la mortalidad en pacientes con ayuno > 5 días previo al tratamiento nutricional (22,2 % frente a 56,3 % $p = 0,024$).

Conclusión: El ayuno es parte esencial en la evaluación nutricional intrahospitalaria, objetivándose una relación significativa con la mortalidad. Harían falta estudios posteriores para valorar otros factores que pueden influir en la relación entre ambas variables.

P-222. Impacto de la desnutrición en los niveles séricos de potasio y calcio en pacientes hospitalizados con hipomagnesemia

Tomás González Vidal[1,2], Carlos Vázquez Fernández[3], Elena Vaquero López[3], Claudia Morán Castaño[4], Rubén Díaz Díaz[3], Sara Rodríguez Suárez[4], Alba Gutiérrez Hurtado[2], Diego Rivas Otero[2], Inés Masid Sánchez[2], Carlota Argüello Martín[3]

[1]Grupo de investigación en Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad. Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [3]Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [4]Servicio de Medicina Interna. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea, Asturias

Introducción: La hipomagnesemia puede asociar hipocalemia e hipocalcemia. La desnutrición, a su vez, podría actuar como un agravante de dichos trastornos electrolíticos.

Objetivos: Estudiar, en pacientes hospitalizados con hipomagnesemia, el impacto de la desnutrición en los niveles séricos de potasio y calcio.

Material y métodos: Serie de 95 pacientes (edad mediana 76 años, 56 hombres) ingresados en un período de 2 años en un hospital universitario con diagnóstico de hipomagnesemia (magnesemia < 0,66 mmol/L). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, magnesemia, calemia, calcemia corregida por albúmina, pérdidas digestivas (diarrea, vómitos) recientes, toma de diuréticos (diuréticos del asa o tiazidas), IMC, kilogramos de peso perdidos en los 6 meses previos, 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 con desnutrición a quienes cumpliesen alguno de estos criterios: IMC ≤ 18,5 kg/m^2, pérdida de más del 5 % del peso corporal en 6 meses, utilización de soporte nutricional durante el ingreso o emisión de diagnóstico de desnutrición por Nutrición.

Resultados y conclusión: Los pacientes con desnutrición (n = 37) tuvieron, de media, niveles séricos de potasio menores (3,30 mmol/L) que aquellos sin desnutrición (3,76 mmol/L; p = 0,014). Los niveles medios de calcio corregido por albúmina fueron similares en pacientes con desnutrición (8,34 mg/dL) y sin desnutrición (8,36 mg/dL; p = 0,520). En un análisis multivariante, la desnutrición mantuvo asociación negativa con la kalemia tras ajustar por edad, sexo y otros factores de riesgo conocidos para el desarrollo de hipokalemia (magnesemia, pérdidas digestivas y toma de diuréticos) (Tabla I). En conclusiónen pacientes ingresados con hipomagnesemia, la desnutrición es un factor de riesgo para la aparición de hipokalemia.

P-223. Concordancia en el diagnóstico de desnutrición entre criterios GLIM y la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP)

María Gemma Hernández Núñez, Angélica Larrad Sainz, María Ortiz Ramos, Clara Marcuello Foncillas, Natalia Pérez Ferre, Miguel Ángel Rubio Herrera, Inmaculada Moraga Guerrero, Patricia Espinosa de los Monteros Sicilia, María Arnoriaga Rodríguez, Pilar Matía

Unidad de Nutrición. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Introducción: La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una entidad altamente prevalente en el paciente oncológico.

Objetivos: El objetivo de este estudio es estimar la concordancia del diagnóstico de DRE mediante distintas herramientas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional descriptivo y analítico. Desarrollado bajo práctica clínica habitual en la consulta de Nutrición y Oncología. Pacientes oncológicos procedentes de Oncología médica y radioterápica. Se realizó el diagnóstico de DRE con la estrategia Global Leadership Iniciative on Malnutrition (GLIM) y con la Valoración Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP). Se compararon entre sí para determinar su concordancia en la detección del estado nutricional, por medio del índice Kappa (k). Se evaluó el índice de masa muscular apendicular (ASMI) mediante bioimpedancia Biva (Nutrilab Akern®).

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes (49,3 % varones) con una edad media de 65,9 (DE 11,5) años; estadios III y IV (76,7 %). El tumor más prevalente fue el cáncer de digestivo superior (38,2 %) seguido por el de pulmón (14,6 %). El IMC medio fue de 22,57 (DE 4,05) kg/m^2. El ASMI medio por Biva fue 6,1 (DE 1,2) kg/m^2 (H: 6,73 [DE 0,92] kg/m^2 frente a M: 5,4 (DE 1,12) kg/m^2; p < 0,01). Según los criterios GLIM 37,9 % de los pacientes presentaban desnutrición moderada y el 39,7 % desnutrición severa. Según VGS-GP 30,1 % estaban moderadamente desnutridos y 33,3 % gravemente desnutridos. La comparación entre ambas herramientas de valoración nutricional mostró un grado de acuerdo de (k = 0,574) (p < 0,001) moderado.

Conclusión: En nuestra muestra más del 30 % de los pacientes presentaban DRE. El acuerdo en el diagnostico mediante GLIM Y VGS-GP fue moderado. Por tanto, la herramienta diagnóstica puede condicionar la prevalencia de la DRE estimada.

P-224. Relación de miostatina, FGF-21 e IL-6 con adiposidad y músculo, basal y tras un año del diagnóstico de cáncer de mama. Estudio MamaVida

María Gemma Hernández Núñez, Angélica Larrad Sainz, Jahanna J. Valerio Deogracia, María Ortiz Ramos, José Luis Espadas Gil, María Josefa Torrejón Martínez, Miguel Ángel Rubio Herrera, Ana Barabash Bustelo, Juana María Brenes Sánchez, Pilar Matía

Unidad de Nutrición. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Tabla I. Factores asociados con la calemia. Análisis multivariante (regresión lineal)

	Coeficiente B (pendiente)	Error típico	*p*
Edad (años)	,010	0,006	0,101
Sexo (varón)	-0,224	0,180	0,216
Desnutrición (sí)	-0,401	0,169	0,020
Magnesemia (mmol/L)	1,095	0,598	0,071
Pérdidas digestivas (sí)	0,496	0,259	0,059
Diuréticos (sí)	-0,045	0,173	0,796
Constante *(intercept)*	2,592	0,523	NA

Introducción: La incidencia y el pronóstico de algunos tipos de cáncer de mama (CaMa) se asocian con adiposidad. El factor de crecimiento fibroblástico 21 (FGF-21), la miostatina y la interleucina-6 (IL-6) han sido estudiados en su potencial asociación con CaMa y adiposidad/músculo.

Objetivos: Describir la asociación entre estos biomarcadores y la adiposidad, la masa muscular esquelética (MME) y la fuerza muscular (FuM) en CaMa recientemente diagnosticado (B) y tras 1 año (1A) de tratamiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo analítico (correlación). Composición corporal: bioimpedancia SECA® mBCA 514 y ecógrafo Mindray™ (grasa preperitoneal y superficial). Fuerza muscular (FuM): dinamómetro Jamar®. En suero: miostatina ($n = 52$) (Myostatin ELISA Kit, EIA-5691 [DRG Diagnostics GmbH, Marburg, Alemania]); FGF-21 ($n = 51$) (Human FGF-21 ELISA [Biovendor, Modrice, Chequia]); IL-6 ($n = 58$) (electroquimioluminiscencia [EQL] para análisis de inmunoensayo analizador Cobas® e411).

Resultados: Evolución medianas B/1A: miostatina 32,0/32,0 ng/mL ($p = 0,577$), FGF-21 88,9/93,5 pg/mL ($p = 0,366$), IL-6 1,8/1,4 pg/mL ($p = 0,019$). En B se observó una tendencia a una correlación positiva entre IMC ($p = 0,052$), perímetro de cintura (PC) ($p = 0,063$) y miostatina, y entre IMC ($p = 0,009$), PC ($p = 0,003$), %masa magra ($p < 0,001$), grasa subcutánea profunda ($p = 0,046$) e IL-6. Tras 1A FGD-21 mostró correlación positiva con %MG ($p = 0,018$) e IL-6 negativa con la FuM ($p = 0,029$). Ningún biomarcador se asoción con cantidad de MME.

Conclusión: En nuestra muestra de mujeres con CaMa con 1 año de seguimiento, no se observaron cambios en los valores de miostatina ni en los de FGF-21. Las cifras de IL-6 se redujeron en el tiempo. La miostatina y la IL-6 se asociaron positivamente a adiposidad en B; FGF-21 lo hizo tras 1A. IL-6 y fuerza muscular se asociaron de forma inversa tras 1A.

P-225. Eficacia de la nutrición parenteral intradialítica en pacientes con hemodiálisis crónica

Fernando Huecas Jiménez[1], Verónica García Enríquez[1], María Irene Maíz Jiménez[2], Yuste Lozano Claudia[3], Pilar Gomis Muñoz[1], José Miguel Ferrari Piquero[1]

[1]Servicio de Farmacia. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. [2]Unidad de Nutrición. Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. [3]Unidad de Diálisis. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Introducción: Un alto porcentaje de pacientes en hemodiálisis presentan estado de desnutrición. Una práctica habitual en pacientes que no alcanzan los requerimientos nutricionales mediante la ingesta y suplementos orales es la suplementación mediante nutrición parenteral intradiálisis (NPID).

Objetivos: Analizar la eficacia en términos de mejora del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis a los que se les administró NPID como suplemento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron pacientes suplementados con NPID entre enero de 2018 y diciembre de 2023, excluyendo aquellos con duración inferior a cuatro semanas. Se recogieron datos de la historia clínica y de las bioimpedancias realizadas con sistema B CM®. La efectividad se evaluó como mejora de la albúmina, aumento de peso total, índice de masa corporal (IMC) y de masa libre de grasa. La seguridad se analizó con la aparición de hepatopatía e infecciones relacionadas con la NPID.

Resultados y conclusión: Se seleccionaron 14 pacientes, 6 eran mujeres, con una mediana de edad de 60 ± 11 años. La mediana de la duración fue de 12 semanas. 9 pacientes cumplían los criterios GLIM de desnutrición antes de iniciar la NPID. Se observó una disminución del peso (63,73 ± 21,35 kg a 61,45 ± 16,60 kg, $p > 0,05$), aumento de IMC (22,9 ± 6,65 kg/m^2 a 23,32 ± 6,63 kg/m^2, $p > 0,05$) y de albúmina (2,5 ± 0,6mg/dl a 3,3 ± 0,68 mg/dl, $p < 0,005$). 5 pacientes disponían de datos de bioimpedancias, donde se observó reducción del índice de masa libre de grasa (48,4 ± 27,5 % a 39 ± 23,2 %, $p < 0,05$) y aumento del índice de masa grasa (33,3 ± 25 % a 43,9 ± 21 %, $p < 0,05$). No hubo casos de hepatopatía ni infecciones asociadas a la NPID. Los pacientes mejoraron los principales parámetros nutricionales (albúmina, peso e IMC). Sin embargo, no mejoraron los parámetros de bioimpedancia en aquellos pacientes con datos disponibles. Además, la suplementación con NPID fue segura en todos los pacientes.

P-226. Resultados preliminares de la concordancia del ángulo de fase en ambos hemisomas en pacientes que reciben fluidoterapia

Marina Jara Vidal, Andrés Ruiz de Assín Valverde, Marta Gallach Martínez, Noel Pablo Roig Marín, Rosa Pilar Quílez Toboso, César Gonzalvo Díaz, Lourdes García Blasco, Silvia Aznar Rodríguez, José Joaquín Alfaro Martínez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

Introducción: La bioimpedancia vectorial (BIVA) es una técnica basada en principios de conducción bioeléctrica, que proporciona información sobre el grado de hidratación y estado celular. Cuando un paciente está recibiendo fluidoterapia, habitualmente se recomienda realizar la medición en el hemisoma contralateral para evitar interferencias. Sin embargo, no hay literatura que objetive la influencia de este aspecto en la significación clínica de la medición.

Objetivos: a) Conocer si existe concordancia en el ángulo de fase, resistencia y reactancia, entre la medición de BIVA realizada en ambos hemisomas, y b) evaluar factores que puedan afectar a la concordancia entre ambos hemisomas.

Material y métodos: Estudio clínico, prospectivo y descriptivo, en el que se realizó BIVA en ambos hemisomas a una cohorte de pacientes hospitalizados que recibían nutrición parenteral total (NPT) u otra fluidoterapia, para analizar la concordancia mediante gráficos de Bland-Altman, test de Passing Block y conditional method agreement trees (COAT).

Resultados y conclusión: Se realizaron 2 BIVA en cada hemisoma a 68 pacientes (50 % mujeres) con una edad media

de 65 años (DE: 16), de los cuales 28 (41 %) estaban en tratamiento con NPT y 40 (59 %) con sueroterapia. 38 (56 %) eran portadores de línea media, 20 (29 %) de catéter central con inserción periférica (PICC) y 10 (15 %) de otra vía central (Tabla I). Se encontró falta de concordancia en AF y R, sin influencia de covariables, pero el test de Passing Block no encontró diferencias sistemática ni proporcional, lo que sugiere que la falta de concordancia puede deberse a variaciones de la medición (como la colocación de electrodos) más que al hecho de administrar fluidoterapia.

Tabla I.

	Bland-Altman Diferencia media / Concordancia entre hemisomas	*Passing block*	*Coat*
AF	-0,7 / No	No hay diferencia sistemática ni proporcional	No hay influencia de covariables en concordancia
R	13,1 / No		
Xc	0,43 / Sí		

AF: ángulo de fase; R: resistencia; Xc: reactancia.

P-227. *Software* de análisis de composición corporal por tomografía computarizada: análisis preliminar de un estudio de validación

Andrés Jiménez Sánchez[1], José Luis Pereira Cunill[1], Ana Villarrubia Pozo[2], Ana Piñar Gutiérrez[3], Pilar Garrancho Domínguez[3], Rocío Vázquez Gutiérrez[3], Silvia García Rey[4], María del Carmen Roque Cuéllar[4], Pedro Pablo García Luna[1]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Instituto de Biomedicina de Sevilla. Sevilla. [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [3]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [4]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La implementación del análisis de imágenes de tomografía computerizada (TC) en entornos asistenciales se ve limitada, entre otros motivos, por el alto coste de los software propietarios. Frente a ellos, se han desarrollado alternativas gratuitas y/o de código abierto.

Objetivos: Validar un *software* gratuito índice basado en web (CoreSlicer) frente a otro software gratuito de referencia basado en iOS (Horos) en una muestra de pacientes adultos con cáncer colorrectal.

Material y métodos: Inclusión: adultos con cáncer colorrectal atendidos ambulatoriamente y ECOG 0-3. Antropometría según ESPEN. Variables clínicas mediante Historia Clínica Digitalizada. Imágenes: anonimización de estudios toracoabdominales. Cortes entre 1,0 y 1,25 mm en tercera vértebra lumbar (L3). Segmentación semiautomática mediante protocolo Alberta. Determinamos superficie (cm^2) e intensidad (unidades Hounsfield) de: tejido muscular total (MT), tejido adiposo subcutáneo (SAT), tejido adiposo visceral (VAT) y tejido adiposo intramuscular (IMAT) con Horos y CoreSlicer. Análisis ciego con un único operador. Estadística: análisis de Bland-Altman para calcular sesgos y límites de acuerdo (LoA). Comparación entre medias de superficies e intensidades según software mediante test de Wilcoxon, determinando *p*-valor significativo < 0,01.

Resultados: $n = 29$ participantes, $n = 15$ mujeres. Neoplasias de sigma ($n = 10$) recto ($n = 11$) y colon ($n = 8$). $n = 10$ en tratamiento, resto en vigilancia. Edad mediana 63,66 años, $n = 11$ > 65 años. IMC mediano 27,77 kg/m^2, $n = 7$ obesos. Superficie MT: sesgo -2,14 cm^2, LoA -17,80 a 13,52 cm^2. Media CoreSlicer 126,0 cm^2, Horos 124,0 cm^2 ($p = 0,205$). Superficie SAT: sesgo -0,27 cm^2, LoA -38,74 a 38,20 cm^2. Media CoreSlicer 222,0 cm^2, Horos 221,0 cm^2 ($p = 0,782$). Superficie VAT: sesgo -11,45 cm^2, LoA -53,51 a 30,61 cm^2. Media CoreSlicer 176,0 cm^2, Horos 164,0 cm^2 (*p*-valor = $0,9*10^{-2}$). Superficie IMAT: sesgo 5,24 cm^2, LoA -4,41 a 14,89 cm^2. Media CoreSlicer 7,3 cm^2, Horos 12,6 cm^2 ($p = 1,6*10^{-7}$) (Fig. 1 y, en pág. siguiente, Fig. 2).

Conclusión: Los *softwares* fueron únicamente equiparables en cuanto a superficie de tejido muscular y adiposo subcutáneo.

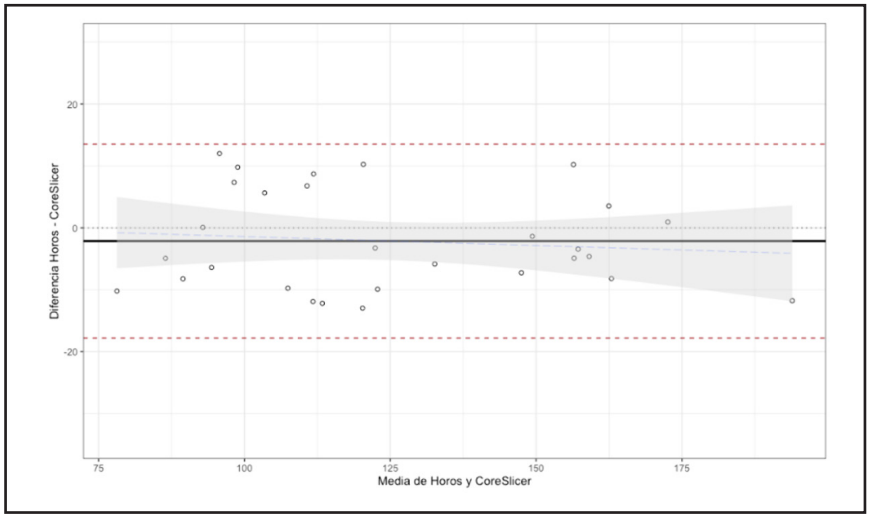

Figura 1.
Gráfico de Bland-Altman para superficie (cm^2) de tejido muscular.

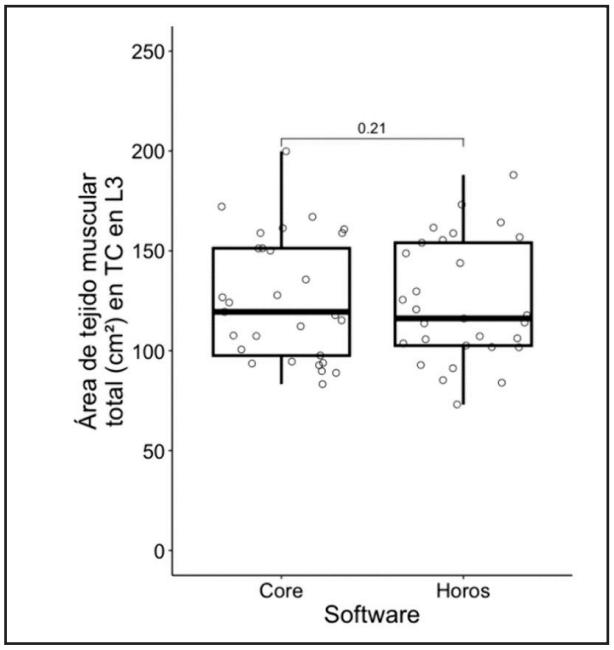

Figura 2.

P-228. Dinamometría manual: análisis preliminar de un estudio de validación transversal

Andrés Jiménez Sánchez[1], José Luis Pereira Cunill[1], Antonio Jesús Martínez Ortega[1], Ana Piñar Gutiérrez[2], Amelia López-Ladrón García-Borbolla[3], Inmaculada Gallego Jiménez[3], María Luisa Limón Mirón[3], José Ramón Rodríguez Mowbray[3], Manuel Valladares Ayerbe[3], Pedro Pablo García Luna[1]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Instituto de Biomedicina de Sevilla. Sevilla. Unidades de Gestión Clínica de [2]Endocrinología y Nutrición y de [3]Oncología Médica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La fuerza forma parte del diagnóstico nutricional y es predictora de eventos de interés en cáncer colorrectal. La dinamometría manual es inocua y factible, pero su implementación puede estar limitada por el alto coste del dispositivo de referencia (JAMAR).

Objetivos: Validar transversalmente un dinamómetro digital de muelle de bajo coste (Camry) frente a un dinamómetro digital hidráulico de referencia (JAMAR Plus) en adultos con cáncer colorrectal.

Material y métodos: Estudio observacional analítico transversal. Criterios de inclusión: adultos con cáncer colorrectal atendidos ambulatoriamente y ECOG 0-3. Antropometría según ESPEN. Variables clínicas mediante Historia Clínica Digitalizada. Dinamometría: tres repeticiones en miembro dominante con codo flexionado 90° y apoyado sobre superficie horizontal. Descanso de 60 segundos entre intentos, computándose fuerza media. Medición alterna con ambos dinamómetros, asignando el primero aleatoriamente. Estadística: media y desviación estándar, coeficiente de correlación intraclase (ICC), error estándar de medición (SEM), mínimo cambio detectable (MDC), correlación simple (Pearson), concordancia (Lin) y análisis de Bland-Altman con cálculo de límites de acuerdo (LoA). Contraste de hipótesis para normalidad con Shapiro-Wilk. Regresión lineal simple (fuerza por JAMAR como variable dependiente).

Resultados: $n = 120$ personas (59 mujeres, 84,9 ± 9,2 años). $n = 55$ personas con neoplasias de colon, 32 recto y 32 sigma. La distribución del error entre técnicas fue normal ($p = 0,423$). Fuerza media por JAMAR 33,40 ± 9,35 kg y 32,50 ± 9,62 kg por Camry. ICC: 97,32 % JAMAR; 97,07 % Camry. SEM: 0,35 kg JAMAR; 0,41 kg Camry. MDC: 0,971 kg JAMAR; 1,12 kg Camry. Coeficientes de Pearson: 0,97 y Lin: 0,96 (IC95 %: 0,95 a 0,97). Regresión lineal: $R^2 = 0,94$ y coeficiente $\beta = 0,94$ para fuerza por Camry. Análisis de Bland-Altman: hombres 0,32 ± 1,42 kg, LoA: 3,12 a -2,47 kg. Mujeres: 0,14 ± 1,35 kg, LoA: 2,80 a -2,51 kg (Fig. 1 y, en pág. siguiente, Fig. 2).

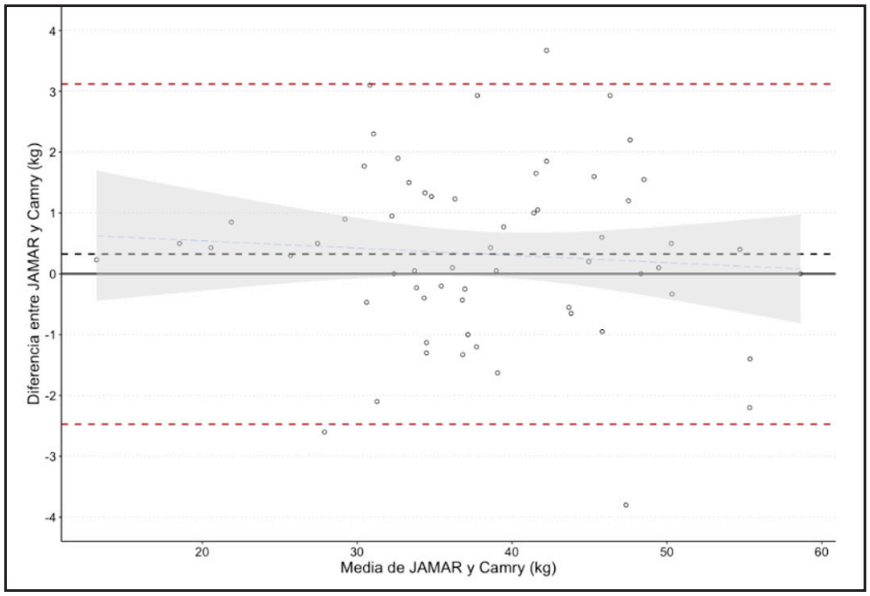

Figura 1.
Gráfico de Bland-Altman en hombres.

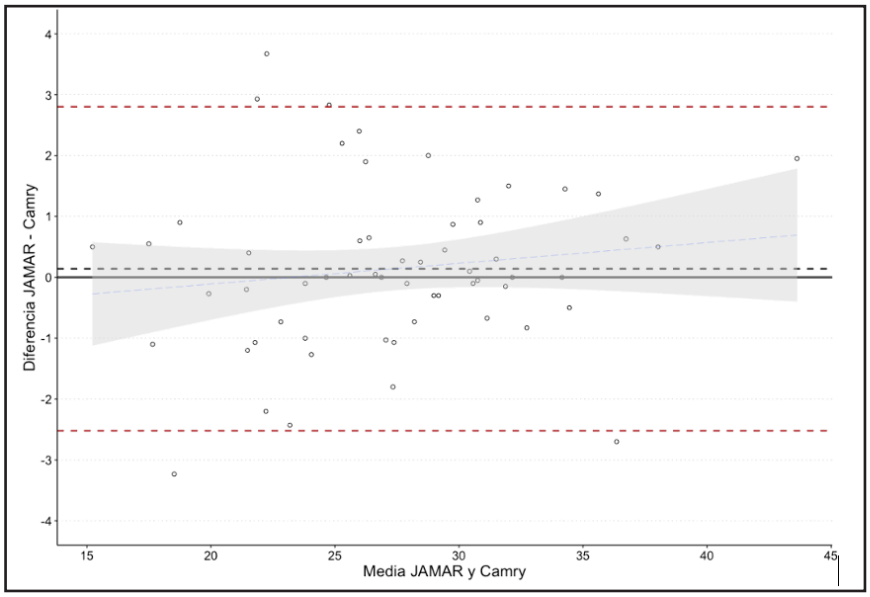

Figura 2.
Gráfico de Bland-Altman en mujeres.

Conclusión: Los dinamómetros Camry y JAMAR Plus resultaron equiparables para medir fuerza de prensión manual en la muestra.

P-229. Determinantes sociales de la inseguridad alimentaria en poblaciones urbanas de Chile

Leslie Landaeta Díaz[1], Gabriel González-Medina[2]

[1]Universidad de las Américas. Santiago, Chile. [2]Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

Introducción: En Chile, la inseguridad alimentaria moderada a severa alcanza al 15,6 % de las personas (2,9 millones). Las altas tasas de desigualdad en comparación con otros países de la OCDE podrían agravar esta situación. Además, la inseguridad alimentaria es más frecuente en grupos que sufren discriminación. Sin embargo, hay poca evidencia en los países latinoamericanos al respecto.

Objetivos: Describir la inseguridad alimentaria en hogares urbanos chilenos asociada a determinantes sociales.

Material y métodos: Se describió la inseguridad alimentaria en el hogar en la población adulta chilena según determinantes sociales y su prevalencia en entornos urbanos donde los grupos experimentan discriminación social. Los datos se recogieron de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, 2022 (n = 202231) y de datos basados en la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES), se seleccionaron variables para medir la inseguridad alimentaria y la preocupación por el nivel socioeconómico. Las variables género y la ubicación de residencia se consideraron para experiencias de discriminación. Se utilizaron modelos de regresión de Poisson para estimar la prevalencia simple y multivariada.

Resultados: El 36,6 % afirma que le preocupa la falta de alimentos para ellos o para otras personas en su hogar. El 35,9 % de los hombres y el 37,9 % de las mujeres están preocupados por la falta de alimentos. El 3,2 % de la muestra reportó discriminación socioeconómica y el 35,7 % reportó inseguridad alimentaria. La inseguridad alimentaria fue reportada por el 49,3 % que percibió discriminación de género y el 59,4 % que ha sufrido discriminación residencial. El modelo multivariado muestra que la discriminación socioeconómica, edad y género tienen una asociación significativa (OR = 1,67, OR = 1,13, OR = 1,29, respectivamente).

Conclusión: La inseguridad alimentaria es un problema persistente de salud pública que se relaciona con el género, la discriminación socioeconómica y la edad. Además, la discriminación es una causa subyacente de la inseguridad alimentaria.

P-230. Prevalencia de sarcopenia en pacientes crónicos complejos con desnutrición o riesgo de desnutrición

María Lecha Benet[1], Paula Bach Solís[1], Amaya Peñalva Arigita[1], Rosa Prats Farreras[1], Anna Sansano Alguero[1], Aida Palmira Vásquez Íñiguez[1], Mercè Albareda Riera[1], Cristina Vaqué Crusellas[2], Lluís Vila Ballester[1]

[1]Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona. [2]Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC). Vic, Barcelona

Introducción: Se definen pacientes crónicos complejos (PCC) los pacientes pluripatologicos con una gestión clínica y social difícil. Estos presentan riesgo de desnutrición y sarcopenia.

Objetivos: a) Conocer la prevalencia de sarcopenia en PCC desnutridos (D) o con riesgo (RD); b) analizar variables asociadas con la sarcopenia.

Material y métodos: Estudio observacional, pacientes ambulatorios del Complejo Hospitalario Moisès-Broggi (junio/2022-enero/2023). Inclusión: ≥ 18 años, PCC, RD o D, esperanza de vida ≥ 1 año, vivir en domicilio. Exclusión: complejidad avanzada, nutrición artificial, demencia evolucionada. Variables: género, edad, nivel estudios, vive solo/acompañado, MNA, IMC,

Sarcopenia EWGSOP2 (dinamómetro (kg) y medida de pantorrilla (cm). EAT-10, MECV-V, Predimed, Charlson, ejercicio, Barthel, fragilidad, EuroQoL 5D.

Resultados: 182 pacientes, 61 % mujeres, edad media de 81 años (DS 6,6). Según MNA completo, un 78 % (n = 140) presentaban RD y un 22 % (n = 39) D. Un 88.5 % sin estudios o primarios. Un 77,5 % vivían acompañados. Con Charlson de 3,5 (DS 1,6). Un 21,2 % tenía dependencia moderada o grave. Un 87 % presentaban algún grado de fragilidad y la calidad de vida EuroQol (0-100) fue de 57,8 (DS: 17). La media de IMC fue de 26,3 (DS 5,5). Un 32,7 % tenían riesgo de disfagia y un 11,7 % disfagia. La adherencia al Predimed fue correcta en un 55,3 %. Un 52,7 % presentaban sarcopenia y un 28 % probable sarcopenia. La sarcopenia era más frecuente en hombres (58,8 % h frente a 48 % m; p = 0,004), de mayor edad (81,7 ± 5,8 frente a 78,6 ± 7,3) p = 0,022, y según el grado superior de fragilidad (61 % frágiles, 46 % prefrágil y 43,8 % no frágil; p = 0,012). También en los casos con D respecto a los RD (71,8 % frente a 47,2 %; p = 0,021). En el análisis multivariante se asoció de manera independiente con la edad y la fragilidad.

Conclusión: Los PCC desnutridos o con riesgo, presentan una elevada sarcopenia, sobre todo, entre los pacientes más frágiles y de edad más avanzada.

P-231. Correlación entre la masa muscular medida por ecografía con la masa muscular medida por bioimpedanciometría en pacientes con obesidad

Beatriz López Muñoz[1], Lorena Rumbo Rodríguez[2], Dionisio Marín Jiménez[3], Carmen Soriano López[1], Cristina Guillen Morote[1], Carmen Ballesta Sánchez[4], Irene Velázquez Pérez[4], Míriam Sánchez San Segundo[5], Ana Zaragoza Martí[2], José Ramón Domínguez Escribano[4]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitari Dr. Balmis. Alacant. [2]Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (UA). Alacant. [3]Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital General Universitari Dr. Balmis. Alacant. [4]Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alacant. [5]Departamento de Psicología. Universitat d'Alacant (UA). Alacant

Introducción: La evaluación del estado nutricional ha incorporado nuevas técnicas, como la bioimpedanciometría (BIA) y la ecografía muscular. En los pacientes con obesidad no existen valores de referencia de ecografía muscular que nos indiquen si es una herramienta útil para determinar la masa muscular y la masa grasa total del cuerpo.

Objetivos: Principal: determinar si la masa muscular medida por ecografía se correlaciona con la masa muscular medida por BIA. Secundario: evaluar si la ecogenicidad muscular medida por ecografía se correlaciona con la masa muscular y la masa grasa medidas por BIA.

Material y métodos: Población: pacientes de 18 a 65 años con IMC entre 30 y 39,99 kg/m^2, sin patologías relevantes. Estudio: técnicas de composición corporal dentro de un estudio de intervención con dieta mediterránea. Variables: masa muscular por ecografía (área en cm^2 del corte transversal del recto anterior del cuádriceps) y BIA, masa grasa por BIA, ecogenicidad muscular (valor medio por histograma de escala de grises con el programa informático ImageJ (0 corresponde al color negro y 255 al color blanco).

Resultados: El área muscular del recto anterior del cuádriceps se correlaciona positivamente con el porcentaje de masa muscular esquelética total (SMM) (rho $_{(50)}$ 0,614, $p < 0,001$) y con el índice de masa esquelética/peso (SMM/W) (rho $_{(50)}$ 0,632, $p < 0,001$) (Fig. 1). La ecogenicidad ecográfica se correlaciona positivamente con el porcentaje de masa grasa total (rho $_{(50)}$ 0,537, $p < 0,001$) y negativamente con el porcentaje de masa muscular (rho $_{(50)}$ -0,527, $p < 0,001$) y el SMM/W (rho $_{(50)}$ -0,534, $p < 0,001$).

Conclusión: La ecografía muscular es capaz de estimar la cantidad de masa muscular total, así como un mayor número de puntos hiperecogénicos musculares se relacionan con mayor cantidad de masa grasa total.

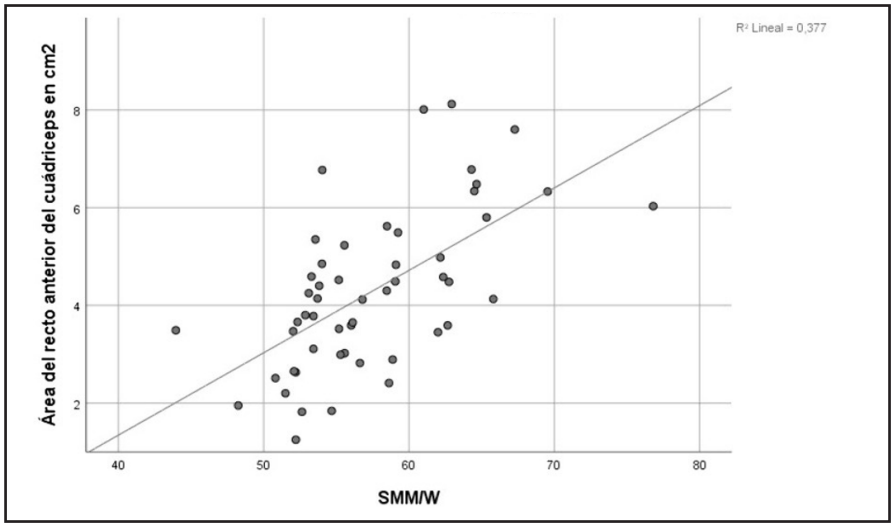

Figura 1.

Correlación entre el área del recto anterior del cuádriceps con el índice de masa muscular esquelética/peso SMM/W.

P-232. Ensayo controlado aleatorizado para valorar la eficacia del probiótico *Lactobacillus brevis* en el funcionamiento cognitivo de adultos sanos con niveles moderados de estrés

Isabel López-Chicheri García[1], Elisa López-Jiménez[1], Harry T. A. Moore[1], Ana I. López-Navas[1], Antonio Ríos Zambudio[2], Marina Iniesta-Sepúlveda[1], María Isabel Vasallo Morillas[3]

[1]Departamento de Medicina. UCAM Universidad Católica de Murcia. Murcia. [2]Unidad de Trasplantes. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. [3]SAT San Antonio Technologies. Murcia

Introducción: En los últimos años ha aumentado el interés acerca del modo en que la microbiota intestinal y el sistema nervioso se influyen mutuamente, a través de la administración de probióticos. Se ha observado anteriormente que el consumo de probióticos afecta a variables psicológicas y fisiológicas relevantes para la vida cotidiana, como el funcionamiento cognitivo y el estrés.

Objetivos: El objetivo fue conocer cómo el consumo del probiótico Lactobacillus brevis puede influir en el funcionamiento cognitivo de adultos moderadamente estresados, concretamente sobre la memoria episódica, memoria de trabajo y atención sostenida.

Material y métodos: Se analizaron los datos de 109 adultos que referían estar moderadamente estresados (según la escala PSS-14) y no estaban adheridos a la dieta mediterránea, según la escala PREDIMED. Los participantes (64 % mujeres) tenían una edad comprendida entre 18 y 57 años y fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos de estudio. Durante un periodo de 8 a 9 semanas, ingirieron una bebida láctea fermentada que contenía Lactobacillus brevis, o un producto placebo que no contenía ningún probiótico. Al principio y al final de este periodo, se evaluaron diferentes aspectos del funcionamiento cognitivo de los participantes con la batería neuropsicológica COMPASS.

Resultados y conclusión: Se observaron mejoras o tendencias a la mejoría en atención sostenida, memoria de trabajo visoespacial y memoria episódica a largo plazo en individuos que habían ingerido el probiótico. Los datos sugieren que el consumo de Lactobacillus brevis puede mejorar la precisión de la atención sostenida, más que su velocidad, y parece facilitar el recuerdo de información visual de la memoria a largo plazo más que la información verbal. Además, el consumo de este probiótico parece influir en la memoria de trabajo visoespacial, sumándose a la evidencia previa. Se discuten las limitaciones de este estudio y las futuras líneas de investigación.

P-233. Impacto de una dieta baja en hidratos de carbono en la captación de 18F-fluorodesoxiglucosa cardíaca durante la PET/TC

Marina Macías Muñoz[1], Analía Ramos[1], Ana Paula Caresia Aroztegui[2], Sergio Lafuente Carrasco[2], Gloria Moragas Freixa[2]

Servicios de [1]Endocrinología y Nutrición y [2]Medicina Nuclear. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

Introducción: La PET/TC con 18F-FDG es una prueba diagnóstica de imagen molecular indicada en la valoración de la patología inflamatoria - infecciosa cardíaca. La frenación del metabolismo de la glucosa por parte del miocardio es una maniobra necesaria para la correcta valoración diagnóstica de la PET/TC cardíaca.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de frenación miocárdica de los pacientes que siguen una dieta baja en hidratos de carbono (HC) previa a dicha prueba.

Material y métodos: La preparación incluye ayuno > 12 h, dieta baja en HC durante 2 días (65 g/día) en pacientes con terapia no insulínica y solo en la cena de antes (13,4 g) en los que llevaban insulina. Además de la administración de heparina sódica en dosis de 50 UI/ kg de peso 15 minutos antes de la administración de FDG. La evaluación de la frenación se realizó mediante valoración visual ciega por dos especialistas en medicina nuclear. En caso de discordancia se implicó a un tercero. Los estudios se cualificaron como "frenación óptima" cuando la frenación era completa y permitía el diagnóstico, "subóptima pero interpretable" cuando permitía el diagnóstico, y como "no frenación" cuando impedía el diagnóstico.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 18 pacientes, 63,8 ± 14,4 años, 66,7 % hombres, 70,6 % ingresados frente a 29,4 % ambulatorio, HbA1c 6,1 ± 0,8 %. En el 66 % del total se obtuvo una frenación óptima. En global, en el 88 % se obtuvo una frenación subóptima pero interpretable. En 3 pacientes (12 %) no hubo frenación debido al incumplimiento de la dieta o terapias administradas durante hospitalización (espesante, sorbitol). El protocolo aplicado en nuestro centro muestra unos resultados que pueden ser mejorables. Tanto la dieta baja en hidratos de carbono como su adherencia es importante para conseguir una frenación óptima en el PET/TC con 18F-FDG. Además, es esencial el conocimiento y la implicación por parte de todos los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes.

P-234. Intervención dietética en pacientes en lista de espera para trasplante pulmonar en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Marta Martínez García[1], Patricia Mezerhane Ricciardi[2], Coral Montalbán[2], Luis Vázquez Salvi[2]

[1]Servicio de Endocrinología. Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla. Santander. [2]Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

Introducción: El trasplante pulmonar es un procedimiento complejo en el que no esta protocolizada la intervención dietética.

Objetivos: Dado que los pesos extremos afectan al pronóstico del trasplante y dado que las enfermedades de base con frecuencia están asociadas a problemas nutricionales parece oportuno que los pacientes reciban consejo nutricional.

Material y métodos: Estudio descriptivo en práctica clínica real de un grupo de 60 pacientes pre-trasplante pulmonar, con valoración nutricional, bioimpedancia (analizador multifrecuencia segmental TANITA MC-780MA) y Ecografía Nutricional®. Se realizaron recomendaciones nutricionales.

Resultados: 42 hombres y 18 mujeres, edad media de 59 años. Enfermedad que indica el trasplante más frecuente EPOC. IMC medio: 24,54 kg/m^2 (± 3,44 DE). Ocho pacientes con un IMC < 20 (13,33 %) y 29 pacientes > 25 (48,33 %). El Angulo de fase medio 4,64 (± 0,76). El número de pacientes con un ángulo de fase < 4 fue de 9 (15 %). Los pacientes con IMC > 25 recibieron recomendaciones nutricionales para disminuir la densidad energética de la dieta y asegurar un adecuado aporte de proteínas. En pacientes con IMC entre 20-25 recibieron educación nutricional para asegurar calidad y cantidad de proteínas ingeridas, y en aquellos con un IMC < 20 y un ángulo de fase < 4 se le dio indicaciones para aumentar la energía y las proteínas de la dieta reforzando el tratamiento con suplementos de nutricional oral hiperproteicos y hiperenergéticos. El 63,33 % de los pacientes recibieron recomendaciones nutricionales exclusivamente y el 35 % necesitó incluir suplementos de nutrición oral como parte del tratamiento.

Conclusión: La mayoría de los pacientes candidatos tienen normopeso, un tercio de ellos recibió suplemento nutricional oral además del consejo dietético, es importante individualizar el tratamiento en función de las necesidades y de sus preferencias para garantizar la adherencia a las pautas nutricionales establecidas.

P-235. SMARTCLOTH. Un mantel digital para el control de la dieta en pacientes con diabetes *mellitus* basado en el diseño centrado en el usuario final

Guillermo Molina-Recio[1], María García-Rodríguez[2], María Pilar Villena Esponera[3], María Dolores Aguilera López[4], Manuel Romero-Saldaña[1], Beatriz Méndez-Serrano[5], Sandra Zafrilla-Sánchez[1], Rafael Molina-Luque[1]

[1]Departamento de Enfermería, Farmacología y Fisioterapia. Universidad de Córdoba. Córdoba. [2]Departamento de Enfermería y Nutrición. Universidad Europea de Madrid. Madrid. [3]Universidad Internacional de La Rioja. Logroño. [4]Unidad de Gestión Clínica Lucano. Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir. Córdoba. [5]Unidad de Gestión Clínica La Fuensanta. Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir. Córdoba

Introducción: Solo el 60 % de las personas con diabetes *mellitus* tienen un control óptimo debido a la falta de adherencia al tratamiento (cambios en el estilo de vida, régimen dietético y tratamiento farmacológico), relacionada, entre otros factores, con la dificultad para seguir un régimen dietético basado en estimaciones de pesos, raciones y cálculos matemáticos.

Objetivos: Desarrollar SMARTCLOTH, un *hardware* adaptado a las necesidades y características de los enfermos diabéticos y diseñado para incrementar su adherencia a los patrones dietéticos recomendados.

Material y métodos: Desarrollo centrado en el usuario final con iteración por prototipos. Participaron profesionales sanitarios y pacientes con DM1 y DM2, en fases de entrevistas en profundidad y grupos focales (n = 15), testeo web (n = 8) y testeo por prototipos físicos (n = 8).

Resultados: SMARTCLOTH es un *hardware* que permite que, conforme se vaya completando el plato o los platos que conformen cada ingesta, se calculen de forma automática los gramos, las raciones de los macronutrientes (siguiendo el método de las raciones) y las kilocalorías que se están sirviendo, mostrándolo a tiempo real en una pantalla integrada en el mantel. Además, incorpora un lector de código de barras para que, en el caso del consumo de alimentos procesados y envasados, poder depositarlos directamente en el plato y pesarlos para estimar la energía y macronutrientes servidos. Aunque es fácil suponer que este dispositivo será mucho mejor aceptado por población más joven y, a priori, más digitalizada, el desarrollo se ha centrado en la búsqueda de la mayor usabilidad posible para el colectivo de personas mayores.

Conclusiones: Consideramos que una herramienta como SMARTCLOTH facilitará la comprensión y el seguimiento de este patrón dietético en este grupo etario. Estimamos que, con SMARTCLOTH, las personas con diabetes podrán llevar un control exhaustivo de su patrón dietético de una forma sencilla, intuitiva y usable. En todo caso, es necesaria su evaluación en entornos comunitarios reales.

P-236. Situación del cribado nutricional mediante la herramienta MUST al ingreso en el Hospital Regional Universitario de Málaga

Luis Ignacio Navas Vela[1], Belén del Arco Romualdo[2], Javier Gómez Pino[1], María García Olivares[1], María José Tapia Guerrero[1], Montserrat Gonzalo Marín[1], Susana López Padin[1], María José García Báez[1], Gabriel Olveira[1]

[1]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición y [2]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Introducción: Todos los pacientes ingresados en una planta hospitalaria deben someterse a un cribado nutricional mediante una herramienta validada como el MUST. Esta fue implantada en el Hospital Regional Universitario de Málaga (HRUM) en 2010.

Objetivos: Determinar el grado de cumplimiento del MUST al ingreso en el HRUM y evaluar su correcta realización y las actuaciones derivadas de su resultado.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal en una muestra de pacientes ingresados en planta entre enero y mayo de 2023. Se registró la Unidad al ingreso y diversas actuaciones realizadas. Se comparó la puntuación del MUST al ingreso con la puntuación obtenida a pie de cama en una nueva realización del cribado.

Resultados y conclusión: Durante el periodo mencionado, se realizó el MUST al ingreso en el 73,39 % de los episodios de ingreso. El porcentaje de cumplimentación fue superior al 70 % en (MT1) hematología (84,87 %) y medicina interna (73,39 %), y fue inferior al 20 % en neumología y cirugía torácica (16,55 %), cardiología y cirugía cardiovascular (13,71 %), cirugía General (10,32 %) y otorrinolaringología (5,83 %). Para evaluar la calidad del MUST se tomó una muestra de 65 pacientes. En 22 (33,8 %) el cribado resultó en un alto riesgo de desnutrición y se realizó una intervención nutricional en 11 de ellos (50 %). Se comprobó la calidad del cribado inicial con un nuevo cribado a pie de cama en 29 pacientes. La puntuación no coincidió en 16 de ellos (55,2 %): 7 pacientes de riesgo bajo se habían clasificado como riesgo medio, y 5 de riesgo alto se habían clasificado como riesgo medio. Los otros 4 se clasificaron como riesgo alto en ambas ocasiones,

pero con distinta puntuación. El grado de cumplimiento del cribado MUST es variable en función de la unidad de ingreso del paciente. Muchas veces, su calidad es mejorable y deriva en una actuación.

P-237. Nivel de conocimiento del nutricionista en el área de oncología en establecimientos de salud públicos y privados de la región de Valparaíso en Chile

María Paulina Onfray Centonzio

Viña del Mar, Chile

Introducción: El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel nacional, por lo cual, conocer las variables que influyen en el conocimiento técnico del manejo nutricional sobre oncología a la hora de tratar a un paciente es fundamental.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimientos del nutricionista clínico en el área de nutrición oncológica en los establecimientos de salud públicos y privados de la región de Valparaíso, en el estado de Chile.

Material y métodos: Estudio de tipo exploratorio, descriptivo y de asociación realizado a profesionales nutricionistas desempeñados en centros de salud públicos y privados que atienden a pacientes oncológicos. Se adaptó un cuestionario extraído del estudio "Nivel de formación en nutrición de médicos intensivistas" adaptando el contenido a los objetivos de este estudio. Para la evaluación del nivel de conocimiento en el área oncológica se realizó un cuestionario de 15 preguntas, auto administrado. Para la confección y toma de datos del cuestionario se utilizó el *software* SurveyMonkey. Este *software* permitió la revisión de respuestas, creación de medidas de tendencia central, de dispersión y gráficos. El estudio fue previamente revisado y aprobado por la el Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás de Chile, acorde a la declaración de Helsinski.

Resultados y conclusión: El nivel de conocimiento del profesional nutricionista fue categorizado en un nivel de conocimiento bajo. El 74 % de los encuestados obtuvo una puntación < 60 % del puntaje obtenido en la escala de evaluación. Junto con esto se puede concluir que existe una asociación entre el nivel de conocimiento y los años de experiencia del nutricionista y postgrado. Se deben fortalecer las mayas curriculares de pregrado puesto que se concluye que son débiles en la cantidad de información entregada en relación a esta patología. Asimismo, se deben entregar estudios de posgrados en las ofertas académicas existentes en el país en el área oncológica nutricional.

P-238. Expresión diferencial de miRNA en adultos mayores con síndrome metabólico y baja masa muscular con o sin elevada adiposidad

María Ortiz Ramos[1], Macarena Torrego Ellacuría[1], Johanna Valerio Deogracia[1], José Luis Espadas Gil[1], Angélica Larrad Sainz[1], Jordi Salas-Salvadó[2], Miguel Ángel Rubio Herrera[3], Alfonso Luis Calle Pascual[3], Pilar Matía[3], Ana Barabash Bustelo[1,4]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación Sanitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. [2]Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBERobn). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. [3]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. [4]Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Introducción: La obesidad sarcopénica (OS) se caracteriza por elevada adiposidad y baja masa muscular esquelética (MME), además de por baja fuerza muscular. Los miRNA son pequeños fragmentos de RNA no codificantes que regulan la expresión génica a nivel postranscripcional. Pueden estar implicados en las modificaciones musculares asociadas a la sarcopenia, así como en la obesidad.

Objetivos: Identificar la expresión diferencial de un panel de 178 miRNA de suero en 3 varones con síndrome metabólico (SM) y disminución de la MME sin exceso de adiposidad en comparación con 4 varones control con SM y exceso de adiposidad/con disminución de la MME, para determinar cambios en la expresión los miRNA circulantes entre ambos fenotipos.

Material y métodos: Subgrupo del estudio Predimed-Plus (59-68 años). Definiciones de elevada adiposidad: masa grasa > 31,0 %; de baja MME: –(MME -fórmula de Janssen-/peso) x 100–: < 37,0% (criterios ESPEN/EASO). Medida de la composición corporal: impedancia bioeléctrica -BIA- (Akern® BIA 101). Extracción de miRNA en suero: *kit miRNAeasy Serum/Plasma Advanced Kit (Qiagen, Hilden,* Alemania). Análisis de la expresión de los miRNA: paneles de suero *Human Serum/Plasma Focus, miRCURY LNA miRNA Focus PCR Panel* mediante el *kit miRCURY LNA miRNA PCR System (Exiqon) en 7500 Fast Real Time (AB, EE. UU.)* Análisis de los datos de PCR cuantitativa en tiempo real (qPCR): *software* GenEx versión 6.1 (multiD Analyses, Göteborg, Sweden) normalizando frente a la expresión media global. Se realizó comparación con t de *Student* y análisis de dispersión de correlación entre los dos grupos.

Resultados: Cinco miRNA mostraron una diferencia en la expresión estadísticamente significativa entre los dos grupos: hsa-miR-127-3p ($p = 0{,}007$), hsa-miR-629-5p ($p = 0{,}032$), hsa-miR-128-3p ($p = 0{,}036$), hsa-miR-2110 ($p = 0{,}047$), y hsa-miR-28-5p ($0 = 0{,}017$).

Conclusión: En adultos mayores con SM y baja MME, se observó una expresión diferencial de cinco miRNA con diferentes dianas moleculares, algunas de ellas implicadas en adipogénesis y proliferación y diferenciación de células musculares.

Financiación: IDSCIII. CIBERobn.

P-239. Relación de la ecogenicidad muscular con la valoración morfofuncional y el nivel de actividad física en individuos con sobrepeso-obesidad de grado I

Javier Peñate Arrieta[1], Yaiza García Delgado[1,2], Rossella Tozzi[3], Rosa María Sánchez Hernández[1,2], Yaiza Gil Quintana[4], Nuria Pérez Martín[1], Sara Quintana Arroyo[1], Ana María Wägner Fahlin[1,2], Verónica Dávila Batista[2], Mauro Boronat Cortés[1,2]

[1]Servicio de Endocrinología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria, España. [2]Instituto Universitario de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, España. [3]Servicio de Endocrinología. Policlinico Umberto I. Roma, Italia. [4]Fundación Universitaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción: Los datos cuantitativos musculares (área, ejes) son las variables habitualmente evaluadas mediante ecografía nutricional. Las características ecogénicas (ecointensidad [EI] y ecovarianza [EV]) proporcionan datos sobre calidad muscular, pero han sido menos estudiadas.

Objetivos: Evaluar la relación de EI y EV del recto anterior del cuádriceps (QRF) con parámetros musculares de absorciometría dual de rayos X (DXA), bioimpedanciometría (BIA) y dinamometría de mano (HG), y con el nivel de actividad física en individuos con sobrepeso y obesidad de grado I.

Material y métodos: Estudio transversal en individuos con IMC 25-35 kg/m^2. Se evaluó masa muscular esquelética apendicular (ASM) ajustada por IMC (ASM/IMC) mediante DXA; ángulo de fase (PA), índices de masa celular (B CMI) y de músculo esquelético (SMI) mediante BIA; dinamometría de mano (HG); nivel de actividad física (AF) mediante cuestionario IPAQ. Se definió sarcopenia si ASM/IMC < 0,789 (varones) y < 0,512 (mujeres). Se evaluó la ecogenicidad QRF mediante histograma de escala de grises, obteniéndose la EI y la EV (= DE/mediax100). Se evaluó la correlación de EI y EV con las medidas de valoración muscular, y si existen diferencias entre pacientes con/sin sarcopenia y según nivel de AF.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 114 pacientes (40 varones) de 53,5 años e IMC 29,6 kg/m^2, 16,6 % con sarcopenia. Se observó diferencia significativa de EV entre individuos con/sin sarcopenia ($p < 0,03$), no así con EI. Se mostró correlación de EI y EV con ASM/IMC (r = -0,54, $p < 0,001$ y r = 0,68, $p < 0,001$), PA (r = 0,54), B CMI (r = 0,56), SMI (r = -0,55 y r = 0,58) y HG (r = -0,43 y r = 0,48) todas ellas con significancia estadística. Aquellos con AF más intensa presentaban mayor EV y menor EI. La EI y EV muestran relación con la masa muscular y la funcionalidad evaluada por diferentes técnicas, y con la intensidad de la AF, lo que sugiere su utilidad en el estudio de la calidad muscular.

P-240. Cáncer de pulmón no microcítico y vitamina D: polimorfismos genéticos de la vía metabólica como biomarcadores de riesgo

Laura Elena Pineda-Lancheros[1], Susana Rojo Tolosa[1,2], José María Gálvez-Navas[1,3], Cristina Pérez-Ramírez[4], Alberto Jiménez-Morales[1]

[1]Unidad de Farmacogenética y [2]Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. [3]Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. [4]Bioquímica y Biología Molecular Ii. Universiad de Granada. Granada

Introducción: El cáncer de pulmón no microcítico (NSCLC) es una enfermedad compleja debido al amplio abanico de factores de riesgo que se han identificado. Publicaciones recientes señalan que la presencia de polimorfismos genéticos en la vía metabólica de la vitamina D podría estar implicada tanto en el riesgo como en la supervivencia de la enfermedad. La relación entre la vitamina D y el NSCLC se basa en la diversidad funcional de la vitamina en tanto que participa en la diferenciación y proliferación celular y estimula la apoptosis.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de 13 polimorfismos de nucleótido único relacionados con la ruta metabólica de la vitamina D y el riesgo de desarrollo de NSCLC.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de casos y controles que incluyó 204 pacientes diagnosticados de CPNM y 408 controles del sur de España. Los polimorfismos genéticos en CYP27B1 (rs4646536, rs3782130, rs703842, rs10877012), CYP2R1 (rs10741657), GC (rs7041), CYP24A1 y VDR (BsmI, Cdx-2, FokI, ApaI, TaqI) se analizaron mediante PCR a tiempo real utilizando sondas TaqMan®.

Resultados: El modelo de regresión logística ajustado por tabaquismo y antecedentes familiares de cáncer reveló que, en el modelo genotípico, los portadores del genotipo VDR-BsmI rs1544410-AA se asociaban con un menor riesgo de desarrollar NSCLC respecto al genotipo GG ($p = 0,038$; OR = 0,51; IC 95 % = 0,27-0,95; AA frente a GG). En el modelo recesivo la asociación se mantuvo, donde aquellos pacientes portadores del genotipo AA tenían un menor riesgo respecto a los portadores del alelo G ($p = 0,014$; OR = 0,49; IC 95 % = 0,27-0,85; AA frente a G). El análisis de haplotipos reveló que los haplotipos AACATGG y GACATGG para los polimorfismos rs1544410, rs7975232, rs731236, rs4646536, rs703842, rs3782130, rs10877012 se asociaban a un menor riesgo de NSCLC ($p = 0,015$; OR = 0,63; IC 95 % = 0,44-0,91) y ($p = 0,044$; OR = 0,11; IC 95 % = 0,01-0,94), respectivamente.

Conclusión: El polimorfismo VDR-BsmI rs1544410 se asoció significativamente con un menor riesgo en el desarrollo de NSCLC y podría actuar como un biomarcador predictivo sustancial de la enfermedad.

P-241. Revisión de la mortalidad y complicaciones poscolocación de PEG

Rosa Prats Farreras, Amaya Peñalva Arigita, María Lecha Benet, Daniel Rubira, Aída Palmira Vásquez Íñiguez, Christian Munne Díaz, Mercè Albareda Riera, Anna Sansano Alguero

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complex Hospitalari i Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Introducción: La nutrición por sonda tipo gastrostomía (PEG) no está exenta de riesgos, por lo que es necesaria una valoración multidisciplinar previa a su indicación para reducir complicaciones.

Objetivos: Analizar las complicaciones y mortalidad de los pacientes tras la colocación de la PEG

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con reciente colocación de PEG. Variables: edad, servicio que la solicita (SS), indicación(I), valoración comité (disfagia y/o nutrición), diagnóstico nutricional, número y tipo de complicaciones, mortalidad.

Resultados: 55 pacientes analizados. Mediana: 73 (37-88) años. SS: neurología (23,6 %), medicina interna (12,7 %), geriatría (12,7 %), oncología (3,6 %), cirugía (3,6 %). Patología: neurológica (52,7 %), oncológica (27,7 %), digestiva (1,8 %) y otras (14, 5 %). MI: disfagia (81,8 %), disfagia + desnutrición (16,3 %), negación a ingesta (1,8 %). Media de días con PEG: 266,8 (± 174). Estado nutricional: 14,5 % normonutridos, 49 % desnutridos y 12,7 % riesgo. Comentados en comité nutrición: 49,1 % y comité disfagia: 34,5 % Un 54,5 % presentan complicaciones: mecánicas (44,6 %), gastrointestinales (27,1 %) infecciosas (22 %), broncoaspiraciones (5 %), metabólicas (1,7 %). *Exitus*: 41,8 %, de ellos el 34 % murió a los 3 meses de la colocación (Tabla I, pág. siguiente).

Tabla I.

	Complicaciones	No complicaciones	*p*
Comité no	11 (47,8 %)	12 (52,1 %)	NS
Comité sí	9 (64,2 %)	5 (35,7 %)	
Normonutrido	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)	NS
Riesgo	2 (28,5 %)	5 (71,4 %)	
Desnutrido	16 (59,2 %)	11 (40,7 %)	
Albúmina g/l	28,3	29,04	NS
	Exitus	**No *exitus***	***p***
Comité no	12 (52,2 %)	11 (47,9 %)	< 0,05
Comité sí	2 (14,3 %)	12 (85,8 %)	
Normonutrido	0 (0 %)	8 (100 %)	< 0,05
Riesgo	2 (28,5 %)	5 (71,4 %)	
Desnutrido	13 (48,1 %)	14 (51,8 %)	
Albúmina g/l	25,8	30,6	< 0,001

Conclusión: Se observa un elevado número de complicaciones, y con un bajo porcentaje de complicaciones graves, resultados similares a otros estudios. No se observan diferencias significativas en las complicaciones y pacientes no comentados en comité, pero si más mortalidad; igual que en los pacientes más desnutridos.

P-242. Variabilidad y control glucémico en pacientes diabéticos o con hiperglucemia de estrés que reciben nutrición enteral por sonda específica frente a fórmula no específica para diabetes

Analía Ramos[1], Sandra Granados Huerga[2], Marina Macías Muñoz[1], María José Sendrós Madroño[3], Alejandra Pérez Montes de Oca[1], Mariona Martín Giol[1], Natalia López[2], Clara Joaquín Ortiz[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [2]Servicio de Endocrinologia y Nutrición. Institut Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. [3]Unidad de Nutrición Clínica. Institut Català d'Oncologia. 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 NE por sonda.

Objetivos: Evaluar el control glucémico y VG en pacientes que reciben NE con una fórmula específica para DM y si existen diferencias con una fórmula no específica.

Material y métodos: Los pacientes fueron randomizados, a través de una aleatorización simple, a recibir NE con una fórmula específica para DM hipercalórica e hiperproteica frente a una fórmula no específica hipercalórica e hiperproteica ajustada a los requerimientos nutricionales. Se les colocó un sensor de glucosaFreeStyle Libre 2 y se ajustaron las dosis de insulina según protocolo hospitalario.

Resultados: 32 pacientes, 68,8 % varones, edad 67,5 ± 13,3 años, IMC 25,8 ± 5,5 kg/m^2. 23 con DM y 9 con HE. La HbA1c al ingreso en los pacientes con DM era: 6,7 ± 0,30. Datos del control glucémico y del tratamiento insulínico expuestos en la tabla I.

Conclusión: Se observó un buen control glucémico y baja VG en nuestros pacientes con DM o con HE, pero los pacientes que recibieron una fórmula HC/HP específica para DM, lograron un control más optimo sin incremento de las hipoglucemias.

Tabla I.

Variables	Total (*n* = 32)	Formula específica (*n* = 17)	Fórmula no específica (*n* = 15)	*p*
Dosis total de insulina diaria (UI)	33,4 ± 16,1	34,3 ± 3,9	32,3 ± 4,8	ns
Dosis insulina / kg peso (UI/ kg)	0,49 ± 0,25	0,53 ± 0,1	0,45 ± 0,1	ns
Glucemia media (mg/dl)	161,3 ± 48,9	153,4 ± 7,5	171,2 ± 20,1	ns
Coeficiente de variabilidad (%)	28,8 ± 8,9	31,1 ± 8,7	25,7 ± 8,5	ns
GMI (%)	7,1 ± 1,3	6,9 ± 0,8	7,3 ± 1,7	ns
Hipoglucemias (%)*	1(0-2)	0 (0-2)	1,5 (1-3)	ns
Hiperglucemias (%)*	29(9-46)	31 (11- 41)	26 (0-61)	ns
Tiempo en rango (%)	65,9 ± 22,4	69,6 ± 17,7	61,5 ± 18,2	ns

**Mediana (p25-p75).*

P-243. Circunferencia del cuello y su asociación con adiposidad y presión arterial en adultos de la ciudad de Temuco de Chile

Marcelo Rosas Muñoz

Universidad Santo Tomás. Temuco, Chile

Introducción: Las medidas antropométricas son la herramienta mayormente empleada para identificar la obesidad y predecir el riesgo cardiovascular. Recientemente se ha propuesto la circunferencia del cuello como un método cribado alternativo sencillo, económico y menos invasivo para el diagnóstico de la adiposidad central y el riesgo cardiovascular. A pesar que en Chile se establecieron puntos de corte de esta medida antropométrica en adultos, no existen estudios que determinen su efectividad como método de tamizaje.

Objetivos: Determinar la asociación de la circunferencia del cuello con parámetros de adiposidad y presión arterial en adultos de la cuidad de Temuco de Chile.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal. La muestra fueron 130 adultos (50 hombres y 80 mujeres). Se evaluaron indicadores antropométricos de adiposidad: peso corporal; pliegues cutáneos del bíceps, tríceps, subescapular y suprailiaco; circunferencia de cintura y del cuello y; presión arterial sistólica y diastólica. Puntos de corte para obesidad cervical fueron una circunferencia del cuello ≥ 37 cm en hombres y ≥ 32 cm en mujeres.

Resultados: Las cifras promedios de todos los parámetros antropométricos de adiposidad considerados en este estudio, así como los valores promedios de presión sistólica y diastólica fueron significativamente mayores en los que presentan obesidad cervical ($p < 0,001$). Se evidenció una alta correlación de la circunferencia del cuello con el índice de masa corporal (hombres r = 0,71; $p < 0,001$ y mujeres r = 0,76; $p < 0,001$); cincunferencia de cintura (hombres r = 0,82; $p < 0,001$ y mujeres r = 0,78; $p < 0,001$); pliegue subescapular (hombres r = 0,78; $p < 0,001$ y mujeres r = 0,68; $p < 0,001$) y presión arterial sistólica (hombres r = 0,71; $p < 0,001$ y mujeres r = 0,76; $p < 0,001$).

Conclusión: La circunferencia de cuello se correlaciona significativamente con índices de adiposidad y puede identificar alteraciones de la presión arterial. Al basarse en una medición simple y de bajo costo su aplicación debe dirigirse a centros de salud pública, principalmente de atención Primaria, así como en estudios epidemiológicos.

P-244. ¿Es eficaz la terapia de educación nutricional grupal en el tratamiento de la obesidad?

Marta Sánchez Ibáñez[1,2], Juan José López Gómez[1,2], David Primo Martín[1,2], Rebeca Jiménez Sahagún[1,2], Esther Delgado García[1,2], Ana Collantes Matallana[1], Sofía del Amo Simón[1], María de la O Nieto de la Marca[1,2], María Ángeles Castro Lozano[1,2], Daniel de Luis Román[1,2]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. [2]Centro de investigacion en Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid

Introducción: La obesidad es una patología en la cual la educación nutricional es básica para su tratamiento. El planteamiento de grupos de educación terapéutica es una opción bastante adecuada para su manejo.

Objetivos: Evaluar la influencia sobre el peso y la composición corporal de un programa grupal de educación en dieta saludable para el tratamiento de la obesidad.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal en pacientes reclutados en un programa grupal de dieta y consejos de ejercicio. Se recogieron parámetros antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal [IMC], cintura, cadera e índice cintura/cadera). Se les realizó cuestionario de adherencia a dieta mediterránea (PREDIMED). Se evaluaron la evolución de la antropometría y los cambios en la adherencia a dieta mediterránea al inicio (pre) y al meses (pos).

Resultados: Se reclutaron 39 pacientes con edad media 53,44 (15,3) años, de los cuáles 66,7 % eran mujeres. Presentaban PREDIMED > 8: 46,2 % antes del programa (pre) y 56,4 % de los pacientes al mes (pos). El porcentaje de pérdida de peso medio fue del 0,71 (0-1,88) %; y el porcentaje de descenso de cintura 3,77(1,03-7,57) % y de cadera 1,82 (1,02-7,08). Se observó una disminución significativa de peso (pre: 98,25 [21,04] kg; pos: 97,4 [20,23] kg; $p = 0,01$) y de IMC (pre: 36,29 [32,7-40,10] kg/m^2; pos: 34,90 [32,50-40,10] kg/m^2; $p = 0,02$), del perímetro de cintura (pre: 117 [102-127] cm; pos: 110 [101-120] cm; $p = < 0,01$) y del perímetro de cadera (pre: 117 [108-122] cm; pos: 112 [104-120] cm; $p = 0,04$) . No se observaron diferencias en la puntuación de adherencia a PREDIMED (pre: 8 [6-10]; pos: 9 [7-11]; $p > 0,05$) ni en el índice cintura/cadera (pre: 0,96 [0,88-1,07]; pos: 0,96 [0,86-1,04]; $p > 0,05$).

Conclusiones: En pacientes con obesidad que inician un programa de educación grupal, se observó una pérdida significativa del peso y de parámetros antropométricos (cintura y cadera) de composición corporal, siendo más marcada la diferencia en estas dos últimas variables.

P-245. Test de Goldberg como herramienta diagnóstica de ansiedad y depresión en personas con obesidad

Ana Segarra Balao[1], Juan de Dios Barranco Ochoa[2], María Sánchez-Prieto Castillo[1], Francisco Pereira Becerra[1]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición y [2]Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: La salud mental es un factor importante en los pacientes que padecen obesidad, como comorbilidad y como posible factor que agrava y dificulta su manejo.

Objetivos: a) Estudiar la prevalencia de ansiedad y depresión en personas con obesidad; b) estudiar el posible infradiagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes con obesidad, y c) estudiar la asociación de ansiedad y depresión con el grado de obesidad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se recogen datos demográficos y clínicos de los pacientes que acuden a consulta de nutrición en el Hospital Universitario de Jaén

en noviembre y diciembre de 2023. Como test de screening de ansiedad y depresión, realizamos el test deGolberg. Estadístico con SPSS®.

Resultados: *n* = 160. *n* con test de Golberg = 130. Edad media edad media 50,33 ± 10,53 años. 61,9 % mujeres. Clasificados según grados de obesidad: 1 (10 %), 2 (36 %), 3 (76 %) y 4 (28 %). Diagnóstico de depresión en 35 pacientes (21,9 %); y de ansiedad en 32 pacientes (20 %); evaluados por Psiquiatría 32 de ellos. Prescripción de psicofármacos: ansiolíticos (*n* = 43), antidepresivos (*n* = 42) y psicoterapia (*n* = 12). El test de Golberg fue positivo en 86 pacientes (66.2 %) de ansiedad, en comparación con los 32 pacientes (20 %) de los que consta diagnóstico previo de ansiedad. También fue positivo en 87 pacientes para depresión (66,9 %), en comparación con los 35 pacientes ya diagnosticados previamente (21,9 %). No existen resultados estadísticamente significativos que relacionen el diagnóstico de ansiedad (*p* 0,596, IC 95 % [-4,21-1,67]); o depresión (*p* 0,618, IC 95 % [-1,84-4,08]), según el test de Golberg con el grado de obesidad que presenta el paciente.

Conclusiones: Existe un infradiagnóstico de ansiedad y depresión en las personas con obesidad, apreciándose una sobremedicación en pacientes que no tienen valoración previa; no existe relación entre el grado de obesidad y el diagnóstico de ansiedad o depresión.

P-246. Influencia del grado de obesidad en la probabilidad de desempleo y prejubilación

María Sánchez-Prieto Castillo, Roberto Carlos Romo Remigio, María de Damas Medina

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Introducción: La indicencia de desempleo en personas con obesidad no es un aspecto bien estudiado en la bibliografía disponible.

Objetivos: Conocer la asociación entre el grado de obesidad y desempleo; y conocer la asociación entre el grado de obesidad y prejubilación.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se recogen datos demográficos de los pacientes que acuden a consulta de nutrición en el Hospital Universitario de Jaén en noviembre y diciembre de 2023. Para el análisis estadístico hemos utilizado el programa SPSS®.

Resultados: *n* = 160. 62 % mujeres, edad media 50,33 ± 10,53 años. En nuestra muestra: 4 pacientes presentaban sobrepeso (2,5 %), 16 pacientes obesidad de grado I (10 %), 36 pacientes obesidad grado II (22,5 %), 76 pacientes obesidad grado III (47,5 %) y 28 pacientes obesidad grado IV (17,5 %). De los cuales, 28 pacientes (17,5 %) estaban desempleados y 16 pacientes estaban prejubilados (10 %). Existe asociación estadísticamente significativa entre la prejubilación y el grado de obesidad. Los pacientes con un IMC medio estadísticamente superior tienen más riesgo de prejubilación (49,45 frente al 42,95); Diferencia de medias + 6,49, IC 95 % (0,58-12,42), *p* = 0,033. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el desempleo y el grado de obesidad.

Conclusiones: Un mayor grado de obesidad se relaciona con una mayor probabilidad de prejubilación; no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grado de obesidad y la situación de desempleo.

P-247. Ángulo de fase como marcador predictivo del estado nutricional en el paciente oncológico

Gemma Tomàs Melero, Amelia Espallargas Núñez, Coral Sauret Santasuana, Laia Casamitjana Espuña, Verónica Torreño Machado, Marta Puig i Figueras

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

Introducción: Los pacientes oncológicos presentan una alta prevalencia de desnutrición. Encontrar herramientas objetivas, rápidas y sencillas para detectar la desnutrición de manera temprana es crucial en entornos clínicos para optimizar la eficiencia en la atención nutricional, la tolerancia al tratamiento oncológico y la calidad de vida de los pacientes. Recientemente se ha propuesto la cuantificación del ángulo de fase (AF) a través de bioimpedancia (BIA) como indicador del estado nutricional. Un bajo valor del AF se asociaría con un mayor grado de desnutrición.

Objetivos: Analizar la correlación entre el AF y el estado nutricional del paciente oncológico mediante criterios GLIM.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes oncológicos atendidos por el servicio de nutrición del Hospital Universitario Parc Taulí. Se obtuvieron datos de composición corporal mediante BIA y se evaluó su estado nutricional mediante criterios GLIM, categorizándose en desnutrición moderada (DM) y desnutrición severa (DS). Durante los meses de recogida de datos, no se detectaron individuos bien nutridos.

Resultados y conclusión: Se incluyeron 30 pacientes (10 mujeres y 20 varones), con una edad media de 65,8 años. Se observó que el 46,67 % de los participantes presentaban DM, mientras que el 53,33 % mostraba DS. La media del AF fue de 3,227° en pacientes con DS y 4,236° en aquellos con DM. El análisis estadístico reveló una correlación negativa significativa entre el AF y el grado de desnutrición (Pearson -0.564, *p* = 0,0014). Existe una relación estadísticamente significativa entre el AF y el estado nutricional determinado mediante criterios GLIM en la población estudiada. De esta manera, este estudio sugiere que el AF podría ser un marcador útil para evaluar el grado de desnutrición en pacientes oncológicos, brindando una herramienta objetiva, rápida y no invasiva que podría facilitar la identificación temprana de la desnutrición y la intervención precoz en este grupo de pacientes.

P-248. Seguimiento dietético y de composición corporal de los pacientes de cirugía bariátrica del Hospital Sant Joan Despí Moisés Broggi

Aida Vásquez Íñiguez[1], Amaya Peñalva Arigita[2], María Lecha Benet[2], Rosa Prats Farreras[2], Anna Sansano Alguero[2], Paula García Sancho de la Jordana[2], Gemma Francisco Expósito[2], Christian Munne Díaz[1], Mercè Albareda Riera[2], Sergi Sánchez Cordero[3]

[1]Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Sant Joan Despí Moisés Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona. [2]Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona. [3]Unidad de Obesidad y Cirugía Bariátrica. Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. Sant Joan Despí, Barcelona

Introducción: El seguimiento dietético de los pacientes de cirugía bariátrica (CB) es esencial en el pre- y posoperatorio.

Objetivos: Describir el perfil del paciente de CB, seguimiento dietético, evolución de peso y bioimpedancia perioperatoria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de pacientes de CB desde el inicio de la unidad de obesidad y cirugía bariátrica (UOCB) en octubre 2021 hasta la actualidad. Se diseñó un protocolo que incluye 3 visitas grupales dietética (VGD), visitas individuales dietética (VID) y una sesión grupal pre-CB impartida por dietética-enfermería (VGCB). *Variables:* edad, sexo, VGD, VID, VGCB, peso, % pérdida peso (%PP), IMC, circunferencia cintura (CC), bioimpedancia (BIA): masa grasa (MG), masa muscular (MM), grasa visceral (GV).

Resultados: *n* = 151. Edad mediana 50 [21-66] años, 70 % mujeres. El 44 % hizo VGD, 74 % hizo VID, 94 % hizo VGCD. El 83 % cumplió total asistencia de visitas dietética pos-CB.

Conclusión: Aunque la UOCB sea de reciente inicio, hay buen cumplimiento de VGCB y seguimiento dietético pos-CB. Se observa pérdida de peso y tendencia a mejora de BIA en pos-CB (Tablas I y II).

P-249. Impacto de la intervención de un equipo de enfermería especializado en el seguimiento poscirugía bariátrica

Patricia Vicente Gómez, Gabriela Alexandra Zapata Maldonado, M.ª Dolores Andreu Gosálbez, Íñigo Tejado Elviro, Javier Pi Barrio, Margarita Díez Muñiz-Alique

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Introducción: La cirugía bariátrica es el tratamiento más efectivo para la obesidad severa. El éxito de la intervención quirúrgica a largo plazo depende además del tipo de cirugía realizada del seguimiento multidisciplinar que se realice a posteriori.

Objetivos: Evaluar el impacto de la intervención de un equipo especializado de enfermería en el seguimiento posintervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo del seguimiento a dos años de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021 en el Hospital de Sierrallana.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 75 % mujeres, con edad media de 48 años. El peso medio prequirúrgico fue 110,5 kg, el IMC 40 kg/m^2, la masa grasa 46,64 % y la grasa visceral 15,21. Durante los 2 años posteriores a la cirugía fueron atendidos en C. General, Endocrinología y Enfermería en promedio 4, 4 y 10 veces respectivamente. El 40 % de las consultas se realizaron los primeros 6 meses, el 66 % dirigidas por enfermería. Se observó en promedio una pérdida de peso de 37 kg (G1 grupo 1 > 10 visitas) y 29,7 (G2 grupo 2 < 10 visitas), de IMC de 13,2 (G1) y 11,1 (G2), de masa grasa del 16,5 % (G1) y 14,1 % (G2), de masa magra 8,4 kg (G1) y 10,5 kg (G2), de grasa visceral del 50,88 % (G1) y 43,96 % (G2). La remisión de HTA fue de 42,85 % (G1) frente a 14,28 % (G2), del SAHS fue de 57,14 % (G1) y de DM2 similar en ambos grupos (21,42 %). Los déficits nutricionales más comunes fueron ferropenia (50 %), déficit de B12 (37,5 %) y de vitamina A (12,5 %).

Tabla I.

Antropometría	Pre-CB (*n* = 142)	6 meses pos-CB (*n* = 111)	1 año pos-CB (*n* = 57)
Peso (kg)	113,1 kg (DS 27,5)	84 kg (DS 40,1)	76 kg (DS 38,8)
IMC (kg/m²)	42,4 kg/m^2 (DS 42,4)	30,8 kg/m^2 (DS 14,3)	27,4 kg/m^2 (DS 13,9)
PP (%)		- 23,9 % (DS 12,1)	- 33,1 % (DS 17)
	Pre-CB (*n* = 142)	6 meses pos-CB (*n* = 42)	1 año pos-CB (*n* = 34)
CC (cm)	126 cm (DS 38,8)	105 cm (DS 48,4)	91,5 cm (DS 40,2)

Tabla II.

BIA	Pre-CB (n = 49)	1 - 6 meses pos-CB (n = 43)
MG (%)	49 % (DS 11,5)	39 % (DS 19,8)
MM (kg)	51,5 kg (DS 11)	50 kg (DS 24,4)
GV	16 (DS 4,6)	11 (DS 6,1)

Conclusión: Independientemente del tipo de cirugía realizada, nuestra serie muestra que los pacientes que acuden regularmente a consulta especializada experimentan mayor pérdida de peso, IMC, masa grasa y grasa visceral, con menor pérdida de masa magra. Además, presentan mayor remisión de comorbilidades e identificación precoz de complicaciones.

P-250. Metabolic impact for the management of weight regain after sleeve gastrectomy - the snap procedure

Anna Vila Moix, Antonio Ortega Sabater, Alfredo Mata, Mercè Rosinach Ribera, Rocío Temiño, Hugo Uchima, Jorge Espinós Pérez, Sandra Andrés Valero, Roman Turró Arau

Centro Médico Teknon. Barcelona

Introducción: El procedimiento quirúrgico de la manga gástrica (MG) ha ganado prominencia mundial en el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico; sin embargo, algunos pacientes experimentan pérdida insuficiente de peso con el tiempo. El procedimiento SNAP consiste en una anastomosis duodeno-ileal mínimamente invasiva utilizando un dispositivo de neodimio sin sutura (SNAP).

Objetivos: Ayudar a reducir el peso y mejorar las comorbilidades después de una manga gastica fallida realizada > 12 meses.

Material y métodos: Nuestro estudio piloto prospectivo, reclutó 27 sujetos con obesidad (44,4 % hombres; edad media 50,6 años; IMC 38,1 kg/m^2). Todos con un seguimiento de 9 meses, se han evaluado los cambios en el peso corporal y las comorbilidades (presión arterial, perfil lipídico, glucemia y salud hepática) al inicio y en los puntos de seguimiento.

Resultados y conclusión: A los 9 meses, el IMC promedio disminuyó significativamente de 38,1 a 31,8 kg/m^2 ($p < 0,005$). Se observaron mejoras sustanciales en la presión arterial sistólica (132,2 a 119,1 mmHg, $p < 0,005$) y HbA1c (5,78 % a 5,27 %, DE = 0,63, $p < 0,005$). Los triglicéridos cambiaron de 150,5 a 93,9 al inicio y a los 9 meses respectivamente ($p < 0,001$), c-HDL y c-LDL disminuyeron un 22,54 % y un 31,65 % respectivamente en comparación con el inicio ($p < 0,001$). Para la salud del hígado (medida al inicio y a los 6 meses de seguimiento), el parámetro de coeficiente atenuado promedio disminuyó de 295,5 a 259,8 dB/m ($p < 0,05$) y la fibrosis hepática se mantuvo estable en 5,5 KPa. Se demostró que la desviación duodeno-ileal del procedimiento SNAP es factible y segura en estos pacientes. Se produjo una reducción de peso clínicamente significativa y mejoras en las comorbilidades a los 9 meses de seguimiento. Los primeros resultados son esperanzadores, pero se requiere un seguimiento más prolongado y poblaciones de estudio más grandes.

P-251. Estudio descriptivo de las interconsultas de nutrición realizadas a un servicio de endocrinología y nutrición en un centro hospitalario de cuarto nivel

Ximena Carolina Vivas Vaca, Carmen Muñoz Muñiz, Ana Herrero Ruiz, Adriana Sofía Sánchez Velasco, Lourdes María Tolentino Martínez, Juan Antonio Leandro Hernández, Álvaro Valverde Márquez, Katia Benito Sendin Plaar, Cristina Robles Lázaro, María Teresa Mories Álvarez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca

Introducción: El estudio de las características de las pacientes, así como los servicios y diagnósticos específicos que interconsultan para valoración y tratamiento nutricional, permite realizar una evaluación de la actividad asistencial de un Servicio de Endocrinología y Nutrición.

Objetivos: Evaluar el perfil de interconsultas que requirieron soporte nutricional especializado en un hospital de cuarto nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional de las interconsultas recibidas para valoración y tratamiento nutricional durante el año 2023. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, servicio solicitante, diagnóstico, días de seguimiento, tipo de nutrición pautada y destino al alta. De las variables cuantitativas se obtuvo la media y desviación estándar y de las cualitativas las frecuencias. Se usó el programa SPSS®v26.

Resultados: La muestra fue de 154 pacientes (42,2 % mujeres y 57,8 % hombres) con una edad media de 63 ± 19 años. El 76 % de interconsultas fueron de servicios médicos y el 24 % de médico-quirúrgicos, siendo los más frecuentes neumología (18,8 %), cirugía maxilofacial (11,7 %), digestivo (15,6 %) y cirugía general (4 %). Los diagnósticos oncológicos fueron los más prevalentes (24,7 %). El tiempo de seguimiento fue de 14 ± 18 días. Dentro de la evolución, el 52,6 % recibió refuerzo de dieta oral (DO) y suplementación nutricional oral (SNO), el 50,7 % nutrición enteral (NE) por sonda, el 14,3 % nutrición parenteral periférica (NPP) y el 11 % nutrición parenteral total (NPT). Dentro de la NE, el 52,6 % fue por SNG, 42,3 % PEG y 4 % por SNY. Al alta, el 59 % de pacientes recibieron seguimiento por Atención Primaria, otros especialistas o derivados a otros hospitales. Por el servicio de endocrinología y nutrición, el seguimiento fue: 13 % en consulta de nutrición, 9,1 % en disfagia, 5,2 % en consulta de ELA y 4 % en la unidad de trastornos alimentarios. El 9,7 % fue *exitus*.

Conclusión: El mayor número de interconsultas para valoración y tratamiento nutricional procedieron de servicios médicos, siendo las patologías oncológicas las más frecuentes. Refuerzo de DO, SNO y NE por SNG fueron los soportes nutricionales más prescritos.

P-252. Más allá de los factores clásicos de riesgo para el síndrome de realimentación: papel de la calorimetría indirecta y la impedancia bioeléctrica

Alba Zabalegui Eguinoa[1], Fiorella Ximena Palmas Candia[1], Verónica Engracia Rodríguez[1], Fernanda Mucarzel[2], Marta Ricart Viles[2], Amador Lluch Romero[2], Raül Cartiel Vesperinas[2], Rosa Burgos Peláez[1]

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

Introducción: Los factores de riesgo clásicos para realizar un síndrome de realimentación (SR) en pacientes con nutrición parenteral (NP) contemplan datos antropométricos y ayuno previo, sin mencionar parámetros de composición corporal (CC). Desconocemos si la CC puede jugar un papel en su aparición.

La impedancia bioeléctrica (BIA) es un método accesible que añade información del estado nutricional.

Objetivos: Evaluar si la BIA ayuda a predecir pacientes en riesgo de SR. Determinar la prevalencia de SR utilizando la calorimetría indirecta (CI) para ajustar requerimientos en pacientes con NP.

Material y métodos: Estudio observacional, unicéntrico, de pacientes hospitalizados con NP a los cuales se realizó CI. Analizamos: tiempo ayuno previo a inicio de NP, prevalencia de desnutrición (criterios GLIM), prevalencia SR (disminución cifras fosfato > 30 % desde inicio o < 0,6 mmol/l o descenso de cifras de potasio y magnesio por debajo de límites de la normalidad en las 72 horas de inicio de terapia nutricional), composición corporal: peso, talla, IMC, índice masa libre grasa (FFMI), masa celular corporal (B CM) y ángulo de fase

Resultados: Reclutamos 78 pacientes durante su periodo de NPT, 59 % hombres, edad media 60 años (± 17,3). Prevalencia de desnutrición 52,5 %. Estancia hospitalaria media 35 días, *exitus* 11,5 %. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de SR en cuanto a días de ayuno previo, pérdida ponderal previa, IMC, aporte inicial (kcal/ kg) ni porcentaje de requerimientos energéticos cubiertos inicialmente (medidos por CI). Los pacientes que desarrollan SR presentan menor FFMI (18,6 kg/m^2 frente a 16,3 kg/m^2 $p = 0,02$) y B CM (31,5 kg frente a 26,3 kg $p = 0,01$). El ángulo de fase no sirvió para detectar pacientes con SR.

Conclusiones: Los parámetros de composición corporal aportados mediante la BIA son útiles para detectar pacientes en riesgo de SR más allá de los factores de riesgo clásicos. Dada la alta prevalencia de SR, la realización de CI al iniciar la NP puede ayudar a adaptar los aportes nutricionales y reducir su desarrollo.

P-253. Eficacia y seguridad de dos técnicas quirúrgicas en cirugía bariátrica: seguimiento a dos años en un hospital comarcal del norte de España

Gabriela Alexandra Zapata Maldonado, Patricia Vicente Gómez, M.ª Dolores Andreu Gosálbez, Íñigo Tejado Elviro, Javier Pi Barrio, Margarita Díez Muñiz-Alique

Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria

Introducción: La cirugía bariátrica es uno de los tratamientos más eficaces para personas con obesidad severa.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la cirugía bariátrica, con respecto a su impacto en la modificación de la composición corporal, resolución de comorbilidades e incidencia de complicaciones a 2 años de seguimiento en un hospital comarcal.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos de *bypass* gástrico (G1) o gastrectomía vertical (G2) desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021 en el Hospital de Sierrallana y seguimiento a dos años.

Resultados: El estudio incluyó a 28 pacientes (G1:13 G2: 15), la mayoría mujeres (75 %) con una edad media de 48 años. El peso medio prequirúrgico fue de 106 kg (G1) y 114,6 kg (G2), el IMC 39,6 kg/m^2 (G1) y 40,4 kg/m^2 (G2), la masa grasa 44,72 % (G1) y 48,30 % (G2), la grasa visceral 15,7 (G1) y 14,8 (G2). Tras la cirugía se observó en promedio una pérdida de peso de 28,48 kg (G1) y 31,66 (G2), de masa grasa del 33,59 % (G1) y 33,74 % (G2), de grasa visceral del 47,54 % (G1) y 47,55 % (G2). La remisión de hipertensión arterial fue de 66 % (G1) frente a 33 % (G2), de diabetes *mellitus* fue de 57 % (G1 4 de 7) frente a 66 % (G2 2 de 3) y de SAHS fue de 60 % (G1) frente a 42,85 % (G2). No se registró ninguna complicación quirúrgica inmediata. Los déficits nutricionales más comunes fueron ferropenia (80 % [G1] frente a 50 % [G2]), déficit de vitamina B_{12} (40 % [G1] frente a 50 % [G2]) y déficit de vitamina A (20 % G1).

Conclusión: En nuestra serie ambas técnicas quirúrgicas demostraron ser procedimientos seguros. El promedio de peso perdido a los 2 años fue mayor para los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical. Aquellos intervenidos con *bypass* gástrico experimentaron mayor remisión de HTA y SAHS, aunque con mayor prevalencia de ferropenia y déficit de vitamina A.

P-254. Estado nutricional de un grupo de gestantes a la captación precoz del embarazo en Cuba

Georgina María Zayas Torriente[1], Juana Maggie Torriente Valle[2], Hilda Noemi Chávez Valle[1], Martha Chang de la Rosa[1], Zulema Regla Marrero Abreu[1], Gina Carralero Ibargollen[1], Pablo Carlos Roque Peña[1]

[1]Departamento de Nutrición Clínica. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba. [2]Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba

Introducción: La Organización Mundial de la Salud concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos reciban una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. El control de la nutrición materna ha estado enfocado en evitar eventos asociados al déficit nutricional (crecimiento intrauterino retardado (CIUR), bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. No obstante, la obesidad pregestacional y la ganancia excesiva de peso gestacional también suelen encontrarse entre los factores de riesgo independientes en el desarrollo de complicaciones maternas y curso perinatal adverso. El equipo básico de salud (médico y enfermera(o) de la familia) junto al obstetra y el consejero nutricional, son los encargados de la atención integral a la gestante. Conocer su estado nutricional constituye un pilar fundamental, necesario y previo a la indicación dietética.

Objetivos: Describir los principales problemas alimentarios y nutricionales de las embarazadas e identificar las características del consumo de alimentos y hábitos alimentarios.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Evaluadas 2476 gestantes de siete provincias del país. La evaluación nutricional se realizó a la captación del embarazo. Antropometría: mediciones (peso, talla) e índice de masa corporal. Hematológicas: hemoglobina. Dietéticas: encuestas realizadas: cualitativa de frecuencia de consumo de alimentos, frecuencia de eventos de comidas en la semana precedente. Se obtuvieron las medidas de frecuencia absoluta y relativa para las variables del estado nutricional.

Resultados: IMC: 275 (11,1 %) peso deficiente, 1469 (59,4 %) peso adecuado, 355 (14,3 %) sobrepeso y 377 (15,2 %) obesa. Hemoglobina: 2171 (84,7 %) normal, 305 (12,3 %) cifras bajas, forma leve (10,6 %). Alimentos de mayor consumo/semana: arroz, aceite, lácteos, frutas, vegetales, frijoles. Eventos de comidas: desayuno (92,1 %), almuerzo (97,2 %) y comida (96,7 %).

Conclusión: La mayoría de las gestantes presenta un estado nutricional adecuado a la captación, sin embargo, la malnutrición existe en todas sus formas predominando el sobrepeso global. Existen malos hábitos alimentarios.

P-255. Impacto de la nutrición artificial sobre parámetros analíticos

Luyi Zeng Zhang, Olalla Meizoso Pita, Mikaela Zubillaga Gómez, María del Mar García González, María Llavero Valero, Vanessa Triviño Yannuzzi, Inmaculada Moreno Ruiz, Icíar Martín Timón, Isabel Huguet Moreno, Cristina Sevillano Collantes

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

Introducción: La nutrición artificial (NA) es una parte indispensable en el tratamiento del paciente hospitalizado con desnutrición o riesgo de padecerla cuando la vía oral no permite alcanzar los requerimientos nutricionales.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la evolución de parámetros analíticos tras el uso de NA en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes hospitalizados con nutrición parenteral (NPT) o nutrición enteral (NE) por sonda entre junio y agosto de 2023. Se recogieron datos demográficos, tipo de nutrición, tiempo de uso, antropometría y parámetros analíticos antes y después del uso de NA utilizando la prueba de Wilcoxon para su comparación.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, 43 (54,5 %) varones, con una edad media de 79 años (desviación estándar -DE- 16,4) y con un índice de masa corporal medio de 24,2 kg/m^2 (DE 4,87). 52 pacientes (65,8 %) recibieron NPT, frente a 27 (34,2 %) con NE por sonda. La mediana de tiempo de uso de NA fue de 8 días (rango intercuartílico -RIC- 5-15). La tabla I muestra los resultados de los parámetros analíticos evaluados.

Conclusión: El uso de NA se relaciona con un aumento estadísticamente significativo de los niveles de prealbúmina y RBP, así como un descenso de PCR en los pacientes evaluados. El descenso del cociente PCR/prealbúmina tras el tratamiento podría indicar una mejoría del pronóstico clínico, aunque sería preciso diseñar otros estudios para evaluar esta hipótesis.

NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

P-182a. Influencia de la suplementación artificial hipercalórica enriquecida en leucina sobre la valoración morfofuncional en pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE)

David Primo Martín, Juan José López Gómez, Olatz Izaola Jáuregui, Pablo Fernández Velasco, Rebeca Jiménez Sahagún, Beatriz Ramos Bachiller, Eva López Andrés, Daniel A. de Luis Román

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

Introducción: La selección adecuada de la suplementación artificial en el paciente con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es básica.

Objetivos: El objetivo fue evaluar el efecto de un suplemento oral nutricional (SON) enriquecido en leucina sobre la valoración morfofuncional en DRE.

Material y métodos: Se planteó estudio observacional prospectivo en vida real en 46 pacientes ambulatorios (63 % mujeres) con DRE, con un SON hipercalórico (2.2 kcal/ml) hiperproteico (30 % VCT) enriquecido en lactoproteina sérica (Meritene Clinical ExtraProtein®). Se valoró mediante antropometría; bioimpedanciometría (ángulo de fase, resistencia, reactancia e índice de masa muscular apendicular esquelética [IMMA]), ecografía muscular (índice área muscular [IAMRA], índice Y [Yindice], índice Y/X). Las variables se midieron al inicio y 3 meses tras iniciar la intervención. Se evaluó la evolución de los criterios GLIM desnutrición y sarcopenia según EWGSOP2.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 58,07 (17,76) años. El 67,4 % de los pacientes presentaba desnutrición

Tabla I.

	Antes de NA	Después de NA	*p*
Prealbúmina (mg/dl)	11,39 (DE 6,45)	17,28 (DE 7,97)	< 0,001
Retinol fijador de proteína (RBP) (mg/dl)	3,35 (DE 1,85)	4,81 (DE 2,03)	< 0,001
Proteína C reactiva (PCR) (mg/dl)	114,51 (DE 102, 97)	59,28 (DE 82,91)	< 0,001
Cociente PCR / prealbúmina	1,65 (RIC 0,17-2,18)	0,71 (RIC 0,07-0,62)	< 0,001

severa. El 65,2 % de los pacientes presentaba sarcopenia al diagnóstico. No se observaron diferencias en el índice de masa corporal (IMC) (Pre: 19,58 [3,35] kg/m^2; Post: 19,94 [3,69] kg/m^2; $p = 0,25$); aunque se observó una diferencia en el porcentaje de pérdida de peso (Pre: 6,13 [1,79-10,73] %; Post: -0,38 [-2,30 -1,79] %); $p < 0,01$). Se observó un incremento del IMMA determinado mediante impedanciometría (Pre: 5,72 (0,91) kg/m^2; Post: 6,53 (1,63) kg/m^2; $p < 0,01$). En la ecografía se observó un incremento no significativo en el grosor muscular (eje Y) (Pre: 4,14 (1,09) cm/m^2; Post: 4,33 (1,27) cm/m^2; $p = 0,17$), del IAMRA (Pre: 1,29 (0,45) cm/m^2; Post: 1,30 (0,47) cm/m^2; $p = 0,86$) y del índice Y/X (Pre: 0,32 (0,08); Post: 0,32 (0,08); $p = 0,49$). No se observaron diferencias en la dinamometría (Pre: 22,05 [10,05] kg); Post: 22,75 [10,56] kg; $p = 0,37$). Se observó una disminución del porcentaje de pacientes con desnutrición severa (Pre: 67,4 %; Post: 50 %; $p < 0,01$) y con sarcopenia (Pre: 65,2 %; Post: 47,8 %; $p = 0,03$).

Conclusiones: En pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad el uso de suplementación hipercalórica enriquecida en lactoproteína sérica estabilizó la pérdida de peso en pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad y disminuyó la tasa de sarcopenia.

www.senpe.com