

# Nutrición Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO  
**SENPE**

Órgano Oficial

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

DEL 23 AL 25 DE ABRIL

# Málaga

congreso-senpe.com

# 2025



40

CONGRESO  
NACIONAL  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO  
**SENPE**

# Nutrición Hospitalaria

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO  
**SENPE**

Órgano Oficial

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

© Copyright 2025. 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 290 € - Instituciones 340 €  
Tarifa suscripción anual (internacional): profesional 470 € - Instituciones 620 €

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

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

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



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

## Suscripciones

C/ Orense 11, 4.º - 28020 Madrid - Tel. 91 782 00 30 - Fax: 91 561 57 87  
e-mail: [suscripc@grupoaran.com](mailto: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](mailto:nutricion@grupoaran.com)  
[www.nutricionhospitalaria.org](http://www.nutricionhospitalaria.org)  
[www.grupoaran.com](http://www.grupoaran.com)

ARÁN

[www.nutricionhospitalaria.org](http://www.nutricionhospitalaria.org)

# 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@ulfrontera.cl

### Luis Miguel Luengo Pérez

H. U. Infanta Cristina (Badajoz)  
luismiguelluengo@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 Asist. 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. Caracul 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'Hebrón. 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 Clínicas. Brasil)

M. C. Falcao (Revista Brasileira de Nutrição 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



## 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

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO  
**SENPE**

Órgano Oficial

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

## Sumario

Vol. 42    Suplemento 1

### Comunicaciones Orales

Las 6 mejores Comunicaciones Orales .....	1
Comunicaciones Orales 1 .....	6
Comunicaciones Orales 2 .....	11

### Comunicaciones Pósteres

Geriatría .....	14
Epidemiología y gestión de nutrición .....	22
Farmacia .....	29
Investigación traslacional .....	40
Nutrición artificial domiciliaria .....	44
Paciente crítico .....	52
Patologías específicas .....	56
Pediatría .....	89
Alimentación oral .....	91
Paciente quirúrgico .....	94
Trastornos de la conducta alimentaria .....	102
Errores innatos del metabolismo .....	105
Disfagia .....	107
Otros .....	111

Sumario



CONGRESO  
NACIONAL  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO  
**SENPE**  
Málaga 2025

DEL 23 AL 25 DE ABRIL



### COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

#### **Presidente**

Gabriel Oliveira Fuster

#### **Vicepresidente**

José Manuel García Almeida

#### **Vocales**

María José Tapia Guerrero

Lourdes Olivas Delgado

Marina Padiá Barranco

Nuria Porras Pérez

Stella González Romero

María José García Báez

Francisca García Torres

María del Carmen Bautista Recio

### COMITÉ CIENTÍFICO LOCAL

#### **Presidente**

Gabriel Oliveira Fuster

#### **Vicepresidente**

José Manuel García Almeida

#### **Vocales**

Rosario Vallejo Mora

Francisco Sánchez Torralvo

Susana Padín López

Isabel Vegas Aguilar

Juan Francisco Martínez Carmona

Verónica González Abreu

Carmen Gallego Fernández

María García Olivares

Javier Blasco Alonso

Carmen Blanco Bermejo

Elena Giráldez Vázquez

### COMITÉ CIENTÍFICO EDUCACIONAL SENPE (CCE)

#### **Coordinadora**

Pilar Matía Martín

#### **Vocales**

Emilia Cancer Minchot (secretaria)

M.<sup>a</sup> 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

### Coordinadora del Comité Científico Educativo (CCE)

Pilar Matía Martín

#### **Vocales**

Cristina Velasco Gimeno

David Berlana Martín

Samara Palma Milla

José Manuel Sánchez-Migallón Montull



## Las 6 mejores Comunicaciones Orales

### 0-001. Análisis preliminar de fuerza (dinamometría) y actividad física (IPAQ): proyecto VALOR-ES

María del Carmen Roque Cuéllar<sup>1</sup>, Silvia García-Rey<sup>1</sup>, Andrés Jiménez Sánchez<sup>1</sup>, Antonio Jesús Martínez Ortega<sup>1</sup>, María José Aguado Romeo<sup>2</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>3</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>3</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>3</sup>, José M. Romero-Márquez<sup>4</sup>, Pedro Pablo García Luna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Centro Regional de Transfusiones Sanguíneas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**Introducción:** la dinamometría mide la fuerza muscular como indicador clave de funcionalidad. El cuestionario IPAQ evalúa la actividad física y su impacto en la salud. El proyecto VALOR-ES busca estandarizar biomarcadores funcionales, proporcionando herramientas para evaluaciones más precisas del estado físico.

**Objetivos:** establecer valores de referencia para biomarcadores de funcionalidad y composición corporal en población general.

**Material y métodos:** población: donantes de sangre. Diseño: transversal. Fuerza máxima de presión manual en kilogramos (dinamómetro JAMAR). Dinapenia: fuerza < p10. Actividad física: cuestionario IPAQ. Participantes físicamente activos si > 500 MET/min a la semana. Análisis: con RStudio. Dividimos en grupos etarios (18-30, 30-45, 45-60 y > 60 años). Test de Shapiro-Wilk para analizar normalidad, variables descritas como mediana (IQR), comparadas con test de Wilcoxon con significación estadística  $p < 0,05$ . Calculamos percentilado (percentiles p5-p95) para fuerza e IPAQ según sexo y edad.

**Resultados:** analizamos  $n = 1463$  participantes ( $n = 810$  hombres,  $n = 653$  mujeres). La fuerza tuvo distribución no normal, siendo superior en hombres: 48,0 (13,7) frente a 29,0 (7,0) kg tanto globalmente ( $p < 0,001$ ) (Fig. 1A) como por edad (Fig. 1 B-E). En ambos sexos encontramos máxima fuerza muestral en 30-45 años (Fig. 1F en hombres; Fig. 1G en mujeres). Calculamos percentilado de fuerza (Tabla IA). Hubo  $n = 104$  (7,1 %) casos de dinapenia, con tendencia a peor puntuación IPAQ (1626,0 frente a 1980,0 MET/min/semana). La actividad física tuvo distribución no normal, con 1980 (1608) MET /min/ semana, siendo

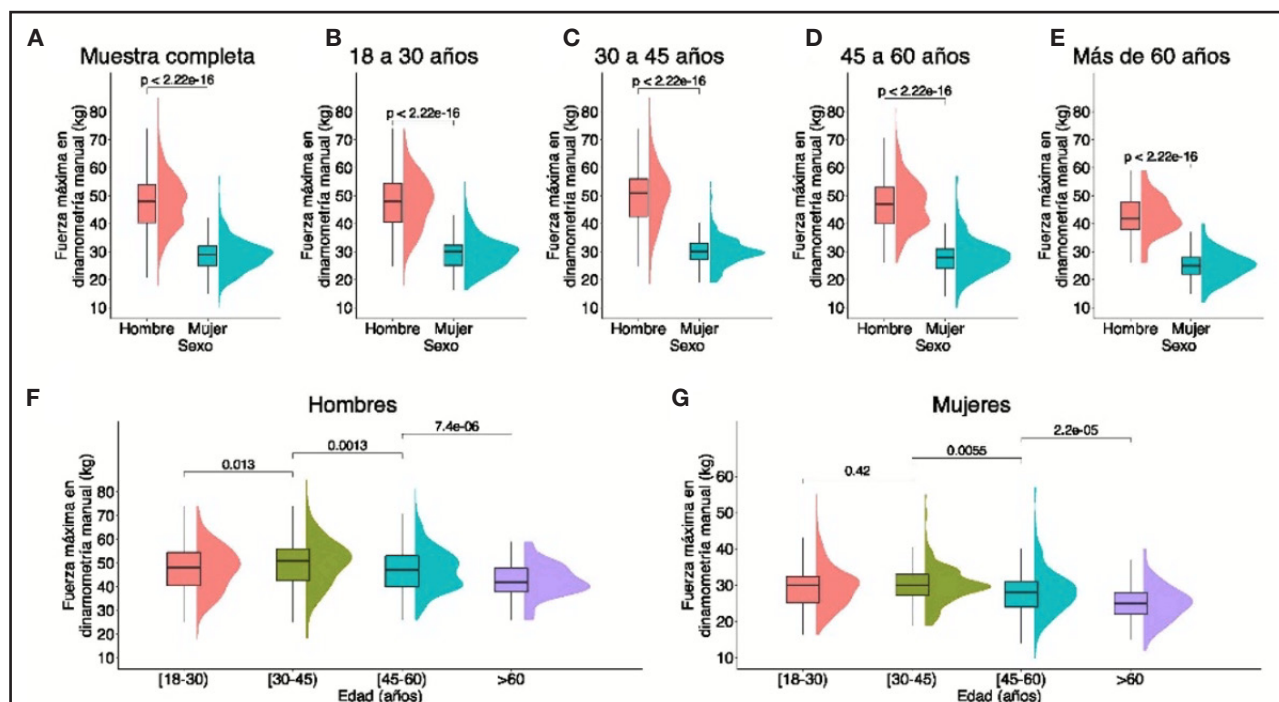


Figura 1.

el 92,9 % de participantes activos. La actividad fue superior en hombres: 2178,0 (2160,0) frente a 1716,0 (1435,0) MET/min a la semana ( $p < 0,001$ ). Calculamos percentilado de actividad física (Tabla IB).

**Conclusiones:** en la muestra de población sana analizada, la fuerza de prensión manual fue superior en hombres, alcanzando su valor máximo en el grupo de 30 a 45 años en ambos sexos. Los niveles de actividad física también fueron ligeramente superiores en hombres. Además, se observó una prevalencia de dinapenia baja.

### O-002. Sistemas de digestión *in vitro* de carácter dinámico diferenciado: una herramienta preclínica que mejora la medición de la bioaccesibilidad de compuestos bioactivos

Daniel Rico Bargas<sup>1</sup>, Ana Belén Martín Diana<sup>2</sup>, Iván Jesús Jiménez Pulido<sup>2</sup>, Juan José López Gómez<sup>1,3</sup>, Olatz Izaola<sup>3</sup>, David Primo<sup>3</sup>, Daniel de Luis<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Universidad de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Área de Innovación y Optimización. Instituto Tecnológico Agrario de Castilla y León. Valladolid. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

**Introducción:** el uso de simuladores de digestión *in vitro* para la estimación de la biodisponibilidad de compuestos bioactivos y nutrientes en alimentos funcionales y nutracéuticos no plantea limitaciones éticas y ofrece repetibilidad y coste limitado, pudiendo servir de cribado y elaboración de hipótesis previa a ensayos

de intervención. Recientemente algunos equipos incorporan parámetros de simulación dinámicos con el objetivo de acercarse más a los resultados fisiológicos.

**Objetivos:** el objetivo de este trabajo fue la evaluación de la bioaccesibilidad de compuestos bioactivos presentes en ingredientes con un alto componente en antioxidantes (germinados de avena y trigo) mediante tres sistemas *in vitro* de digestión con diferentes parámetros dinámicos (estático/semidinámico y dinámico).

**Material y métodos:** se utilizaron los protocolos de consenso INFOGEST de digestión *in vitro* (modo estático y semidinámico), así como un sistema dinámico continuo con 4 etapas (estómago, duodeno, yeyuno e íleon). Se evaluó el contenido en fenoles totales, capacidad antioxidante (ORAC, ABTS) y poder reductor (FRAP) sobre los ingredientes sin digerir (metanol: agua, 1:1, v: v, pH 2) y sobre los ingredientes digeridos.

**Resultados y conclusión:** para el conjunto de datos de germinados de trigo y avena, la liberación de fenoles y la capacidad antioxidante incrementó tras la aplicación de los métodos de digestión *in vitro*, en comparación con el método de caracterización de referencia. También se observó una mayor concentración de fenoles totales, así como mayor actividad antioxidante y poder reductor, al realizar una digestión dinámica, en comparación con los otros dos tipos de digestión. El sistema dinámico de digestión *in vitro* empleado ofreció una mayor sensibilidad a la hora de estimar la bioaccesibilidad de los compuestos activos presentes en las matrices germinadas de avena y trigo, siendo por tanto una herramienta de interés para métodos de cribado y ajuste de dosis-respuesta en la preparación de ensayos clínicos.

Tabla I.

A. Fuerza de prensión manual (kg)									
Sexo	Edad (años)	IQR	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
Hombre	(18-30)	14,0	32,0	34,9	40,5	48,0	54,4	59,0	62,0
	(30-45)	13,4	33,5	36,0	42,5	51,0	56,0	63,0	65,8
	(45-60)	13,0	32,9	37,4	40,0	47,0	53,0	58,0	63,2
	> 60	9,8	30,0	35,0	38,0	41,9	47,8	51,3	54,8
Mujer	(18-30)	7,2	20,0	22,3	25,2	30,0	32,4	37,6	40,8
	(30-45)	5,8	21,9	23,4	27,2	30,0	33,0	35,2	39,0
	(45-60)	7,0	18,0	20,9	24,0	28,0	31,0	36,1	40,0
	> 60	6,0	17,5	19,0	22,0	25,0	28,0	30,9	32,6
B. Actividad física (MET/min a la semana)									
Sexo	Edad (años)	IQR	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
Hombre	(18-30)	2508,0	488,4	956,4	1881,0	2871,0	4389,0	6407,4	7343,4
	(30-45)	1929,0	693,0	891,0	1386,0	2106,0	3315,0	5382,0	6068,7
	(45-60)	1826,2	495,0	699,3	1219,5	2079,0	3045,7	5378,4	7221,9
	> 60	1452,0	408,6	594,0	1188,0	1980,0	2640,0	4596,0	5599,2
Mujer	(18-30)	1240,5	462,0	693,0	1194,7	1653,0	2435,2	3801,0	4.257,0
	(30-45)	1377,7	439,2	693,0	1295,2	1786,0	2673,0	3410,4	4234,9
	(45-60)	1572,7	396,0	669,9	990,0	1777,5	2562,7	3246,6	3865,0
	> 60	1188,0	468,6	594,0	891,0	1386,0	2079,0	2880,0	3445,2



**O-003. Diferencias en parámetros de estrés oxidativo (GDF15 y PPAR) y datos morfofuncionales en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Estudio de casos control**

Rodríguez Mora Murri<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>, Belén Sojo Rodríguez<sup>2</sup>, Eva Cabrera César<sup>3</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>1</sup>, Ana Sánchez García<sup>2</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>1</sup>, Lourdes Garrido Sánchez<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. 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:** el objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en composición corporal, funcionalidad y niveles de estrés oxidativo, medidos a través del parámetro GDF15, entre pacientes

con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y un grupo control sin diferencias significativas de edad, sexo e índice de masa corporal (IMC), con el fin de identificar alteraciones específicas asociadas a la FPI.

**Material y métodos:** estudio prospectivo de descripción basal que incluyó pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y un grupo control emparejado por edad, sexo e IMC. La composición corporal fue evaluada mediante bioimpedancia vectorial (BIVA) y ecografía nutricional, complementada con pruebas funcionales como el test TUG y análisis de parámetros analíticos, incluyendo el biomarcador GDF15 como indicador de estrés oxidativo, realizado en el laboratorio del Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA).

**Resultados:** participaron 84 sujetos: 20 controles (13 hombres, 7 mujeres, 65 % hombres) y 63 pacientes con FPI (53 hombres, 10 mujeres, 84,1 % hombres). No hubo diferencias significativas en edad (70,0 ± 5,59 años frente a 71,7 ± 7,07 años) ni en IMC (26,5 ± 3,22 frente a 27,7 ± 3,56), lo que garantiza la comparabilidad entre grupos. Sin embargo, los pacientes con FPI presentaron niveles más bajos de datos musculares y función, y niveles más altos de estrés oxidativo (Tabla I).

**Tabla I. Descripción por grupos**

Variable	Control n = 20 (media ± DE)	FPI n = 63 (media ± DE)	p
Pha	5,40 ± 0,51	4,88 ± 0,77	0,006
Spha	-0,37 ± 0,37	-0,91 ± 0,77	0,004
BCM	27,79 ± 5,97	26,21 ± 5,30	0,266
NAK	1,09 ± 0,08	1,16 ± 0,19	0,106
SMI	8,85 ± 1,66	8,98 ± 1,22	0,700
ASMI	7,05 ± 0,97	7,16 ± 0,79	0,583
Edad	69,95 ± 5,59	71,70 ± 7,07	0,316
Peso	74,21 ± 11,88	78,83 ± 12,10	0,139
Rz	515,30 ± 80,18	517,93 ± 63,51	0,880
Xc	48,15 ± 4,15	44,10 ± 8,13	0,036
BMI	26,52 ± 3,22	27,74 ± 3,56	0,178
BCMI	9,86 ± 1,56	9,19 ± 1,50	0,092
ASMM	19,83 ± 3,95	20,43 ± 3,29	0,499
FMI	7,05 ± 2,29	8,35 ± 2,86	0,049
Hidratación	73,54 ± 0,14	74,54 ± 2,35	0,026
Nutrición	827,07 ± 169,32	765,88 ± 174,36	0,140
RF-CSA	5,00 ± 1,71	3,35 ± 0,97	< 0,001
RF-Y-Axis	1,46 ± 0,36	1,11 ± 0,29	< 0,001
T-SAT	1,64 ± 0,58	1,65 ± 0,68	0,932
S-SAT	0,73 ± 0,30	0,71 ± 0,26	0,912
VAT	0,62 ± 0,28	0,62 ± 0,26	0,916
HGS	34,20 ± 8,82	33,10 ± 10,34	0,668
TUG	5,81 ± 1,32	7,67 ± 2,01	< 0,001
PPAR_b	2,75 ± 2,36	4,27 ± 2,41	0,008
GDF15	1628,44 ± 835,90	4102,13 ± 2613,19	< 0,001

**Conclusiones:** los pacientes con FPI presentan alteraciones significativas en la composición corporal, funcionalidad física y niveles de estrés oxidativo en comparación con el grupo control. Estas diferencias reflejan un deterioro en la calidad celular, el estado nutricional y la capacidad funcional asociados a la FPI, subrayando la importancia de intervenciones integrales que incluyan estrategias nutricionales y de rehabilitación física para optimizar el manejo de estos pacientes.

#### **0-004. Valoración ecográfica de la disfagia. Nuevas mediciones y puntos de corte observados en población anciana para predecir disfagia y malnutrición**

Carlos Moreno Gálvez<sup>1</sup>, Macarena Lacarta Benítez<sup>1</sup>, Lidia Olivar Gómez<sup>2</sup>, Ana Ros Anadón<sup>1</sup>, Wendy Valeria González Sacoto<sup>1</sup>, Alejandro Sanz París<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

**Introducción:** en los últimos años, la ecografía ha emergido como una herramienta de gran versatilidad para el diagnóstico y manejo de múltiples patologías. Más allá de su uso en la valoración nutricional, su aplicación en la detección de trastornos de la deglución, como la disfagia, ha ganado gran relevancia. En estudios recientes se ha identificado una relación significativa entre la disminución del desplazamiento del hueso hioides, medido por ecografía, y la presencia de disfagia. Este enfoque ofrece no solo una evaluación más precisa y objetiva, sino que también minimiza el uso de pruebas invasivas, mejorando la experiencia del paciente.

**Objetivos:** este estudio tiene como objetivo principal evaluar la utilidad de la ecografía para analizar la disfagia orofaríngea, enfocándose en la medición del movimiento del hueso hioides durante la deglución. Como objetivos secundarios, se plantea determinar la prevalencia de disfagia y malnutrición en esta población, así como identificar puntos de corte en las mediciones realizadas que permitan diferenciar entre pacientes con y sin disfagia, además de aquellos con y sin malnutrición.

**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 84 pacientes con una edad promedio de 85,1 años. La prevalencia de malnutrición, fue del 28,6 %, mientras que la disfagia fue del 71 %. Los pacientes con disfagia mostraron una reducción significativa en el desplazamiento del hueso hioides. Asimismo, se evidenció una correlación positiva entre el desplazamiento del hueso hioides y el índice de masa corporal, fuerza, medidas antropométricas. Además, mediante el análisis de las curvas ROC se examinó la utilidad de esta medida para predecir disfagia y malnutrición. Un desplazamiento menor al 25 % presentaba una alta sensibilidad y especificidad para su detección.

#### **0-005. Evaluación de la efectividad de una intervención óptima-masiva en pacientes mayores con disfagia orofaríngea**

Paula Viñas Beumala, Alberto Martín Martínez, Omar Ortega, Marta Cera, Marta Santiago, Pere Clavé

Laboratorio de Fisiología Digestiva. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

**Introducción:** la disfagia orofaríngea (DO) es una condición geriátrica común con graves complicaciones, como malnutrición, deshidratación y neumonía por aspiración.

**Objetivos:** evaluar el efecto de una intervención óptima-masiva (IOM) sobre las infecciones respiratorias de vía baja (IRVB), el estado nutricional y de hidratación, la funcionalidad, la higiene oral (HO), la calidad de vida (CdV), las readmisiones y la mortalidad en pacientes mayores con DO durante un seguimiento de 6 meses.

**Material y métodos:** ensayo clínico aleatorizado (NCT04581486) con pacientes hospitalizados (> 70 años) con DO (método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)): A. *IOM*: adaptación de fluidos con espesantes de goma xantana, dietas de textura modificada, suplementos nutricionales orales, limpieza dental profesional y recomendaciones individualizadas de HO; y B. *Control*: práctica clínica habitual. Se recogieron datos sobre: a) situación sociodemográfica y clínica: comorbilidades (Charlson), funcionalidad (Barthel), fragilidad (Fried y Edmonton) y CdV; b) estado nutricional: antropometría, bioimpedancia y *Mini Nutritional Assessment-short form* (MNA-sf); c) HO: índice de HO simplificado (OHI-s), y d) mortalidad y readmisiones.

**Resultados:** se incluyeron 463 pacientes (IOM = 230, Control = 233) con DO. La media de edad fue de 86,5 ± 5,7 años, con múltiples comorbilidades asociadas, fragilidad y pérdida de funcionalidad al ingreso. Según el MNA-sf, el 50,1 % presentaba riesgo nutricional y el 39,7 % desnutrición. A los 6 meses, el grupo IOM mostró de manera significativa una menor incidencia de IRVB (1,8 % frente a 8,9 %), menor % de pérdida de peso (1,2 % frente a 2,1 %), mejor estado nutricional (5,2 % frente a 13,3 % desnutrición) y mejor HO (índice de cálculo: 0,5 frente a 0,8). Ambos grupos mostraron además mejoras en la funcionalidad, fragilidad y CdV. Las tasas de mortalidad a los 6 meses no fueron significativamente diferentes (IOM = 21,7 %; control = 18,6 %).

**Conclusiones:** la IOM mejoró el estado nutricional, la HO y la prevalencia de IRVB a los 6 meses de seguimiento en pacientes adultos con DO.

#### **0-006. Adherencia a la dieta mediterránea en mujeres embarazadas: análisis de hábitos y oportunidades de mejora**

Marta Palma-Morales<sup>1,2</sup>, M.<sup>a</sup> Josefa Olloqui-Mundet<sup>3</sup>, M.<sup>a</sup> Carmen Cantarell-González<sup>4</sup>, M.<sup>a</sup> Mar Cavia<sup>3</sup>, Sara R. Alonso-Torre<sup>3</sup>, Olga Ocón-Hernandez<sup>4,5</sup>, Celia Carrillo<sup>3</sup>, Celia Rodríguez-Pérez<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. <sup>2</sup>Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix Verdú (INYTA). Centro de Investigación Biomédica

(CIBM). Universidad de Granada. Granada. <sup>3</sup>Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Ciencias. Universidad de Burgos. Burgos. <sup>4</sup>Unidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. <sup>5</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria IBS. Granada. Granada

**Introducción:** una alimentación adecuada durante el embarazo es esencial para garantizar la salud materna y el desarrollo fetal. La dieta mediterránea (DM) resulta beneficiosa en esta etapa, aunque estudios previos muestran una baja adherencia en mujeres embarazadas.

**Objetivos:** determinar los hábitos alimentarios de mujeres embarazadas en España, analizar los cambios durante el embarazo y evaluar la necesidad de educación nutricional.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional y descriptivo en Burgos y Granada. Se utilizó un cuestionario autoadministrado (incluyendo MEDAS-14). El análisis estadístico se llevó a cabo con el *software* Statgraphics 19.

**Resultados y conclusión:** participaron 771 mujeres embarazadas (edad:  $33,4 \pm 5$  años), el 61,8 % con normopeso. El 77,8 % mostró buena adherencia a la DM (media:  $8,0 \pm 2,0$ ).

Hubo un alto cumplimiento en el consumo de aceite de oliva (95,6 %), vegetales (57,3 %) y frutas (50,3 %), pero bajo en legumbres (29,4 %), pescado (24,8 %) y frutos secos (37,6 %). Además, un 42,7 % reportó un consumo excesivo de pastelería industrial. Las mujeres de Granada destacaron en el consumo de aceite de oliva, frutos secos y "sofrito", mientras que las de Burgos cumplieron más con frutas y pescado. Durante el embarazo, la mayoría mantuvo su adherencia a la DM, aumentando la ingesta de frutas (48,8 %) y vegetales (39,1 %). Sin embargo, un 23,7 % incrementó el consumo de pastelería industrial. Solo el 45,9 % cumplió con las recomendaciones de actividad física (AF) de la OMS, y un 38,9 % redujo su AF. Una mayor adherencia a la DM se asoció con mayor AF, edad avanzada y educación superior, mientras que una baja adherencia se relacionó con obesidad pregestacional. Aunque la mayoría mostró buena adherencia a la DM, se evidenció un bajo consumo de legumbres, frutos secos y pescado, junto con un exceso de pastelería industrial y bajos niveles de AF. La educación nutricional resulta fundamental para optimizar los hábitos alimentarios y la salud durante el embarazo.



## Comunicaciones Orales 1

### 0-007. Utilidad del análisis de bioimpedancia en la detección de trastornos nutricionales en pacientes psicogerítricos institucionalizados

Beatriz de Mateo Silleras<sup>1</sup>, Sara Barrera Ortega<sup>2</sup>, Laura Carreño Enciso<sup>1</sup>, Sandra de la Cruz Marcos<sup>1</sup>, Paz Redondo del Río<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Medicina. Valladolid. <sup>2</sup>Área de Psicogeriatría. Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia

**Introducción:** la evaluación del estado nutricional en el contexto de la valoración geriátrica integral es fundamental para determinar las medidas terapéuticas más adecuadas y evaluar sus resultados con el tiempo. Para ello resulta indispensable disponer de técnicas sencillas, precisas y coste-eficientes, como el análisis de impedancia bioeléctrica (BIA).

**Objetivos:** evaluar la utilidad del BIA y su modalidad vectorial clásica (BIVA) y específica (BIVA-Sp) para detectar la presencia de trastornos nutricionales y otras afecciones relacionadas con la nutrición en un grupo de pacientes psicogerítricos institucionalizados.

**Material y métodos:** estudio de cohortes (seguimiento: un año). Participaron 95 pacientes. Se recogieron datos clínicos y se evaluaron fragilidad, dependencia, capacidad funcional, fuerza prensil y antropometría. Se estimó la composición corporal (BIA). Se estableció la presencia de desnutrición (GLIM), sarcopenia (EWGSOP2), adiposidad y obesidad sarcopénica (ESPEN-EASO). Se dibujaron las elipses de confianza 95 % para los vectores medios de impedancia de cada grupo por BIVA y BIVA-Sp.

**Resultados:** a lo largo del seguimiento no hubo diferencias significativas en el IMC, y sólo se observaron diferencias significativas en la composición corporal de los varones. La presencia de alteraciones nutricionales se redujo con el tiempo, pero no de forma estadísticamente significativa: desnutrición: 31,9 % frente a 28,6 %; sarcopenia: 71,6 % frente a 66,2 %; adiposidad: 18,9 % frente a 14,3 %; obesidad sarcopénica: 12,6 % frente a 9,1 %. Los sujetos con sarcopenia y obesidad sarcopénica presentan diferente comportamiento bioeléctrico en el BIVA que el resto; mientras que los sujetos con adiposidad y obesidad sarcopénica presentan diferente distribución de vectores en el BIVA-Sp. Ni el BIVA ni el BIVA-Sp diferencian a los sujetos en función de la catalogación del IMC, perímetro de la cintura o desnutrición.

**Conclusiones:** en pacientes psicogerítricos mayores institucionalizados el BIVA-clásico permite detectar cambios que afectan a la masa celular, como sarcopenia y obesidad sarcopénica. El BIVA-específico detecta cambios en la masa grasa, como adiposidad y obesidad sarcopénica.

### 0-008. Diagnóstico de desnutrición según criterios GLIM por baja masa muscular mediante bioimpedancia vectorial con el nuevo parámetro de nutrición (PN)

Marina Jara Vidal, Marta Gallach Martínez, Noel Roig Marín, Cristina Delicado Hernández, Lourdes García Blasco, Rosa Pilar Quílez Toboso, Paloma Sánchez Sáez, Marta Milla Tobarra, César Gonzalvo Díaz, José Joaquín Alfaro Martínez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

**Introducción:** los criterios GLIM incluyen como criterio fenotípico la disminución de masa muscular, medida mediante técnicas validadas de valoración de composición corporal como DEXA, TC o BIA clásica con el índice de masa muscular esquelética apendicular (ASMI), con la limitación de que este último supone una estimación a partir de modelos de regresión. Actualmente no hay criterio GLIM obtenido por bioimpedancia vectorial (BIVA). El nuevo parámetro de nutrición (PN) podría ser útil como parámetro tisular de BIVA para diagnosticar pacientes con masa muscular disminuida.

**Objetivos:** analizar la utilidad de la BIVA con PN para diagnosticar desnutrición por criterio fenotípico GLIM de baja masa muscular.

**Material y métodos:** análisis de una cohorte de pacientes obtenida de una consulta monográfica de Nutrición. Se asume el criterio fenotípico de ASMI estimado por BIA y se analiza el rendimiento de utilizar el PN de la BIVA para diagnosticar baja masa muscular, mediante las elipses de Piccoli y Campa.

**Resultados:** se analizaron 367 pacientes (61 % hombres). Edad media, 64 años (DE: 13); IMC medio, 23,5 kg/m<sup>2</sup>; pérdida de peso media, 11 % en 7,4 meses; PN medio -0,44 y PH +0,1, de los que el 84 % presentaban desnutrición según criterios GLIM (el 62 % del total cumplía criterio fenotípico de desnutrición por baja masa muscular estimada por ASMI). Un PN < -0,35 con elipses de Piccoli diagnosticaba baja masa muscular con un AUC 0,94 en curva ROC, sensibilidad 0,82, especificidad 0,91; mientras que un PN < -0,94 con elipses de Campa lo hacía con un AUC 0,84, sensibilidad 0,72, especificidad 0,8 (Figs. 1 y 2).

**Conclusiones:** la BIVA con nuevos parámetros podría emplearse como criterio GLIM de baja masa muscular. Sería conveniente evaluarlo frente a otras técnicas de referencia. Dependiendo de la población de referencia empleada el punto de corte de PN para diagnóstico cambia.

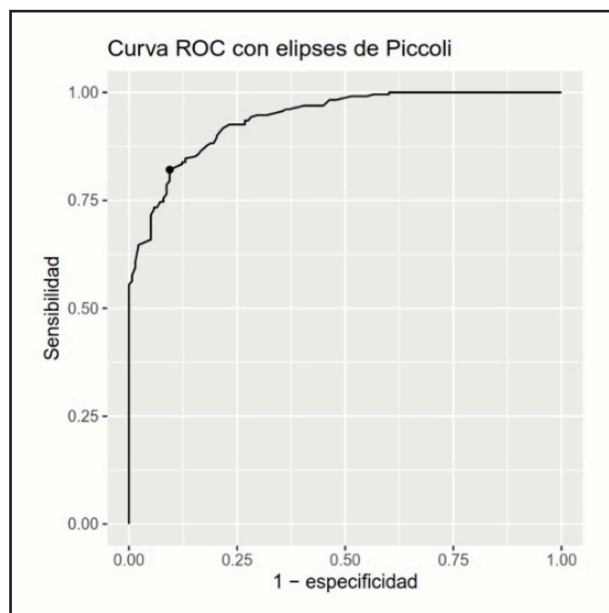


Figura 1.

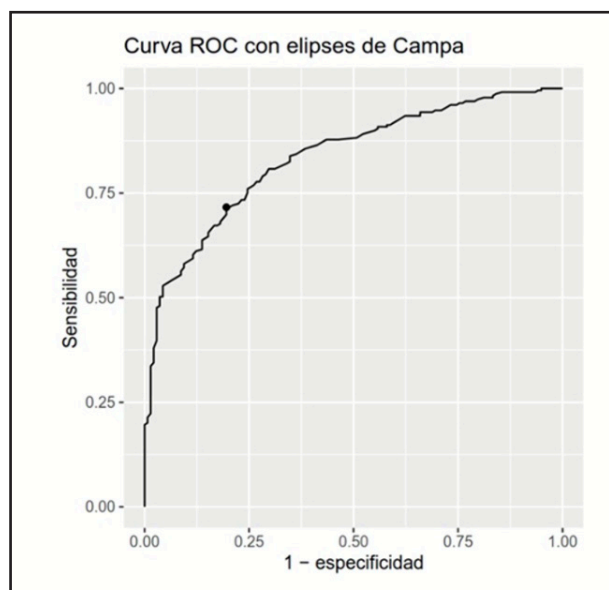


Figura 2.

### 0-009. Nutrición enteral domiciliaria durante el año 2024. Informe del grupo NADYA-SENPE

Gabriela Lobo Támer<sup>1</sup>, Cristina Campos Martín<sup>2</sup>, Felisa Pilar Zarco Rodríguez<sup>3</sup>, Cristina Cuerda Compés<sup>4</sup>, Cristina Novo Rodríguez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario General Gregorio Marañón. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**Introducción:** la nutrición enteral domiciliaria (NED) es una alternativa para los pacientes que se nutren por vía artificial y no necesitan permanecer hospitalizados, manteniendo su calidad de vida. Permite reducir el tiempo de hospitalización y los costes asociados.

**Objetivos:** describir los resultados del registro de NED, año 2024, del Grupo NADYA-SENPE.

**Material y métodos:** análisis descriptivo de la base de datos, especialmente diseñada para el registro de pacientes con modalidad NED de todo el país. Se analizaron con el paquete informático SPSS 29.0, mediante análisis descriptivo, cuali-cuantitativo de las variables.

**Resultados:** la base de datos cuenta con 4745 registros activos, 192 corresponden a 2024, procedentes de 45 hospitales. El 58,3 % varones (edad media:  $65,8 \pm 12,4$  años) y 41,7 % mujeres ( $70,7 \pm 12,5$  años). La duración media es de  $140,4 \pm 98,4$  días. La vía de acceso principal es a través de SNG (44,8 %), el 35,4 % sonda nasointestinal, 4,2 % PEG, el resto gastroyeyunostomía. El 42,7 % diagnosticados de enfermedad neurológica con disfagia, el 40,6 % patología oncológica (27,1 % tumor cabeza y cuello, 13,5 % aparato digestivo), el 12,0 % por cirugía ORL y maxilofacial. El 64,5 % precisan ayuda para las ABVD. Finalizaron el proceso 52 pacientes, 30 de ellos por defunción.

**Conclusiones:** se constata un aumento de los registros en el año de estudio, el registro es voluntario por lo que hay que incidir en la finalización de episodios y concienciar en la importancia de contar con una base de datos a nivel nacional.

### 0-010. Detección de sarcopenia en pacientes críticos: evaluación morfofuncional con bioimpedancia y ecografía muscular

Carmen Blanco Bermejo<sup>1</sup>, Antonio Vallejo Báez<sup>2</sup>, Elena Giráldez Vázquez<sup>2</sup>, Pilar Martínez López<sup>3</sup>, María Antonia Esteche Foncaea<sup>2</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>4</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>4</sup>

UGC de <sup>1</sup>Farmacia Hospitalaria y de <sup>2</sup>Medicina Intensiva. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>UGC de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>4</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** en pacientes críticos (UCI) se producen cambios en la composición y función corporal relacionados con aumento de la morbilidad y mortalidad. La sarcopenia se caracteriza por pérdida de masa muscular, fuerza y funcionamiento, y en UCI se asocia a complicaciones. La evaluación morfofuncional integra la evaluación del ángulo de fase (Pha) por bioimpedancia y la valoración del área transversal del recto femoral (RFCSA) por ecografía muscular entre otros.

**Objetivos:** obtener la prevalencia de sarcopenia en pacientes críticos y sus puntos de corte por ecografía y datos bioeléctricos.

**Material y métodos:** evaluar la sarcopenia (según criterios EWGSOP2) y la relación entre Pha, RFCSA y HGS en sarcopénicos y no sarcopénicos en una cohorte de pacientes de UCI evaluado en las primeras 72 horas del ingreso. Se realiza un estudio observacional y prospectivo en la práctica clínica habitual con evaluación morfofuncional: BIVA (akern® Nutrilab) y ultrasonido (SonoSite SII®).

Tabla I.

Escala	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Youden's Index	PPV (%)	NPV (%)
EcoM_Area	3,29	80	87,5	0,675	96	53,85
EcoM_Eje2	1,00	90	87,5	0,775	96,43	70

**Resultados y conclusión:** 73 pacientes,  $61 \pm 17,1$  años, 57,5 % varones, un 38,5 % de sarcopenia. Se observaron diferencias significativas en EcoM\_Area ( $p = 0,012$ ) y EcoM\_Eje2 ( $p = 0,002$ ) entre los grupos analizados, mientras que no se hallaron diferencias relevantes en Age, PA, NAK ni SPA. En la tabla I (parte superior de la página) se muestran los puntos de corte para sarcopenia en la ecografía muscular en varones. En la figura 1 las curvas ROC de EcoM\_Area y EcoM\_Eje2. La ecografía demuestra potencial como herramienta para identificar la sarcopenia en pacientes ingresados en UCI, proporcionando medidas precisas y útiles para la evaluación de la composición muscular en un contexto clínico crítico.

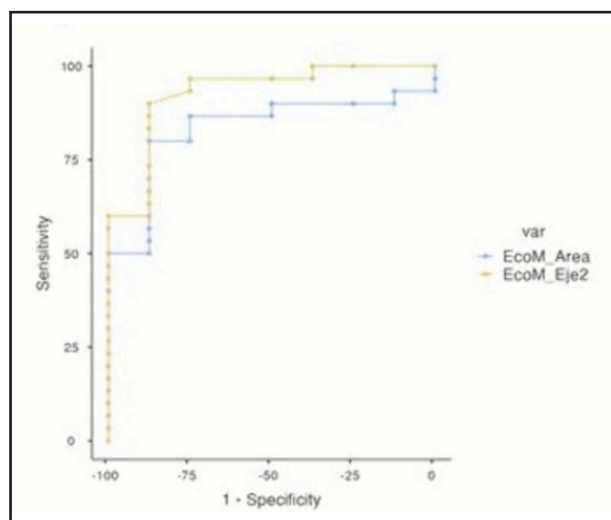


Figura 1.  
Curva ROC.

### O-011. Impacto de una nutrición hipercalórica hiperproteica enriquecida en omega-3 sobre la inflamación y la composición corporal en fibrosis pulmonar idiopática

Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>, Belén Sojo Rodríguez<sup>2</sup>, Ana Sánchez García<sup>2</sup>, Eva Cabrera César<sup>3</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>1</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>1</sup>, Lourdes Garrido Sánchez<sup>2</sup>, Mora Murri<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** en la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) una correcta nutrición es esencial, ya que ayuda a modular la carga inflamatoria asociada a la enfermedad. Los suplementos enriquecidos en omega-3 pueden favorecer la composición corporal y reducir biomarcadores inflamatorios, contribuyendo al manejo integral de estos pacientes.

**Objetivos:** evaluar los efectos de la adherencia a un suplemento hiperproteico, hipercalórico y enriquecido en omega-3 en parámetros de composición corporal, funcionalidad muscular y biomarcadores inflamatorios como GDF15 y PPAR, comparando los cambios observados a los 12 meses entre pacientes con adherencia alta y baja o nula al tratamiento.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional prospectivo con parámetros morfofuncionales (BIVA, ecografía nutricional y test funcionales), además de parámetros analíticos (GDF15 y PPAR). Las mediciones se llevaron a cabo al inicio y a los 12 meses, utilizando bioimpedancia, ecografía y análisis de laboratorio, realizado en el laboratorio del Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA).

Tabla I. Descripción de la muestra total basal y al año

Variable	Basal (media $\pm$ DE)	12 meses (media $\pm$ DE)	p
DLCO (%)	52,39 $\pm$ 14,91	45,92 $\pm$ 13,24	< 0,001
KCO (%)	80,46 $\pm$ 17,89	69,85 $\pm$ 17,03	< 0,001
FVC (mL)	2688,94 $\pm$ 799,69	2550,75 $\pm$ 800,19	0,031
FVC (%)	66,71 $\pm$ 13,79	68,31 $\pm$ 17,52	0,373
Pha	4,93 $\pm$ 0,79	4,82 $\pm$ 0,83	0,101
Spha	-0,90 $\pm$ 0,79	-0,97 $\pm$ 0,75	0,360
BCM (kg)	26,39 $\pm$ 5,41	25,81 $\pm$ 5,53	0,107
RF-CSA (cm <sup>2</sup> )	3,42 $\pm$ 0,97	3,58 $\pm$ 0,91	0,064
HGS (kg)	32,77 $\pm$ 10,97	31,82 $\pm$ 10,34	0,340
PPAR	4,54 $\pm$ 2,61	4,18 $\pm$ 2,17	0,255
[GDF15]	3993,62 $\pm$ 2053,98	3714,71 $\pm$ 1804,23	0,130

**Resultados:** la muestra incluyó un total de 63 pacientes divididos según su adherencia al suplemento: 42 con baja o nula adherencia y 21 con adherencia media o alta. El grupo con baja adherencia presentó una media de edad de  $71,1 \pm 7,18$  años, un IMC de  $28,1 \pm 3,68$  kg/m<sup>2</sup>, un peso de  $80,9 \pm 11,8$  kg y una altura de  $170 \pm 7,16$  cm, con predominancia masculina (83,3 %). Por otro lado, el grupo con alta adherencia tuvo una edad media de  $72,8 \pm 6,87$  años, un IMC de  $27,0 \pm 3,27$  kg/m<sup>2</sup>, un peso de  $74,7 \pm 11,9$  kg y una altura de  $166 \pm 6,60$  cm, también con predominancia masculina (85,7 %) (Tablas I [pág. anterior] y II).

**Conclusión:** la adherencia a suplementos hiperproteicos e hiper-calóricos enriquecidos en omega-3 mostró beneficios en parámetros de composición corporal y reducción de biomarcadores inflamatorios en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. Estos resultados destacan la importancia de una adecuada intervención nutricional como parte del manejo integral de la enfermedad, especialmente para mitigar la carga inflamatoria y preservar la funcionalidad.

#### O-012. Concordancia entre los métodos de estimación de ingesta por porcentajes consumidos y por pesada en el medio hospitalario

Sonia García González<sup>1</sup>, Juana Pino Díaz<sup>1</sup>, Federico M. Cuesta Triana<sup>2</sup>, Sara Díaz Morán<sup>1</sup>, Francisco J. Fernández Miguel<sup>1</sup>, Gregoria Andrés Galdino<sup>1</sup>, Ángela Blanco Fernández<sup>1</sup>, Susana Sanz Hernández<sup>1</sup>, Raquel Sánchez Palacios<sup>1</sup>, Ana Bellver Yébenes<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Geriatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Introducción:** la estimación de la ingesta dietética mediante pesada se considera el método más exacto, pero resulta poco aplicable en la práctica clínica. La adecuación del aporte de energía y proteínas según los requerimientos del paciente resulta esencial durante la hospitalización.

**Objetivos:** análisis de la concordancia de dos métodos de estimación de la ingesta (registro porcentual y pesada) en pacientes agudos con 2 dietas trituradas.

**Material y métodos:** pacientes ingresados en la Unidad de Geriatría (criterio de inclusión prescripción dieta triturada, de exclusión situación de terminalidad). Dieta A (1.º plato, 2.º plato y postre) y dieta B (1 plato y 2 postres). Registro de porcentajes (realizado por familiares/cuidadores y/o personal de enfermería); pesada del almuerzo (cálculo de desperdicio). Estimación de kcal y proteínas consumidas (diferencia entre requerimientos estimados y aporte nutricional de las dietas). Las comparaciones registro/pesada se realizaron en 2 almuerzos consecutivos con las dietas A y B respectivamente. Estudio de concordancia: coeficiente de correlación intraclase (análisis de consistencia).

**Resultados:** se incluyeron 55 pacientes (edad media 91,6 años -DE 5,1-; mujeres 60 %). Las medianas de kcal consumidas en 24 horas fueron 1128,85 para A (RI 826,35; 1561,25) y 1502,40 para B (RI 1080,60; 1833,959). Los CCI (IC95 %) para el cálculo de kcal consumidas en la comida para A y B los días 1 y 2 fueron: A1 0,916 (0,860-0,950); A2 0,900 (0,835-0,941); B1 0,918 (0,863-0,951); B2 0,937 (0,894-0,963); para la estimación de proteínas consumidas: A1 0,881 (0,805-0,929); A2 0,848 (0,753-0,908); B1 0,870 (0,787-0,922); B2 0,933 (0,888-0,961).

Tabla II. Descriptiva por grupos adherencia a suplementos

Variable	Sin suplemento o adherencia baja (media $\pm$ DE)	Con suplemento adherencia media-alta (media $\pm$ DE)	p
Pha	4,96 $\pm$ 0,73	4,71 $\pm$ 0,82	0,186
Pha_12m	4,80 $\pm$ 0,73	4,85 $\pm$ 0,97	0,977
Spha	-0,80 $\pm$ 0,72	-1,12 $\pm$ 0,84	0,140
Spha_12m	-0,99 $\pm$ 0,65	-0,94 $\pm$ 0,89	1,000
PPAR_b	4,43 $\pm$ 2,50	3,95 $\pm$ 2,26	0,483
PPAR_12m	4,13 $\pm$ 1,91	4,23 $\pm$ 2,53	0,918
[GDF15]	3870,46 $\pm$ 2629,73	4565,47 $\pm$ 2579,59	0,179
[GDF15] final	3506,21 $\pm$ 1566,02	4021,96 $\pm$ 2114,96	0,458
$\Delta$ _pha	-0,28 $\pm$ 0,48	0,14 $\pm$ 0,32	0,002
$\Delta$ _BCM	-1,48 $\pm$ 2,43	0,71 $\pm$ 2,08	0,002
$\Delta$ _FM	-1,62 $\pm$ 3,91	-0,24 $\pm$ 3,53	0,324
$\Delta$ _Nak	0,08 $\pm$ 0,16	-0,01 $\pm$ 0,10	0,018
$\Delta$ _SMI	-0,14 $\pm$ 0,54	0,09 $\pm$ 0,64	0,242
$\Delta$ _peso	-2,66 $\pm$ 5,78	0,25 $\pm$ 4,03	0,068
$\Delta$ _AreaTac	-8,60 $\pm$ 11,97	3,23 $\pm$ 9,88	0,015
$\Delta$ _AreaEco	0,01 $\pm$ 0,53	0,38 $\pm$ 0,67	0,052
$\Delta$ _HGS	-1,37 $\pm$ 6,48	-0,33 $\pm$ 7,75	0,969
$\Delta$ _GDF15	31,27 $\pm$ 1196,37	-736,02 $\pm$ 1187,93	0,008
$\Delta$ _ppar	-0,95 $\pm$ 2,04	0,43 $\pm$ 2,01	0,029

**Conclusión:** la concordancia entre la estimación de la ingesta mediante registro porcentual de las raciones consumidas y mediante pesada fue muy buena en pacientes mayores ingresados en una unidad de agudos asignados a dietas de textura modificada. Por explorar si esta concordancia puede ser similar en otras dietas hospitalarias.

Financiación: Premio FSENPE-Campofrío 2022-FINUMET.

### 0-013. El papel de la calidad muscular en la predicción de resultados adversos en pacientes con cáncer colorrectal sometidos a cirugía electiva

Fernanda Mucarzel Suárez-Arana, Raúl Cartiel Vesperina, Marta Ricart Viles, Laura Andurell Ferrándiz, Victoria Avilés Parra, Guillermo Cárdenas Lagranja, Alba Zabalegui Eguinoa, Fiorella Palmas-Candía, Rosa Burgos Peláez

UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

**Introducción:** el cáncer colorrectal (CCR) constituye una de las neoplasias más prevalentes. Se asocia frecuentemente a desnutrición y sarcopenia, impactando negativamente en los resultados clínicos.

**Objetivos:** analizar la relación entre la composición corporal (CC) mediante tomografía computarizada (TC), y resultados clínicos en pacientes con CCR sometidos a cirugía electiva.

**Material y métodos:** estudio transversal entre 2018 y 2023 en los hospitales Virgen de la Victoria, Regional de Málaga y Vall d'Hebron de pacientes con CCR sometidos a cirugía (IQ) con TC pre-IQ. Se analiza: prevalencia de desnutrición (criterios GLIM) y sarcopenia (criterios EWGSOP2). Mediante el *software* FocusedOn-BC se segmentó la CC del tejido adiposo subcutáneo visceral, intramuscular y muscular, así como sus respectivas densidades (UH). Se utilizan puntos de corte (PC) de Prado 2008 (*Skeletal Muscle Index* [SMI]): hombres < 55 cm/m<sup>2</sup>; mujeres < 39 cm/m<sup>2</sup> para diagnosticar baja masa muscular. Se estudia la asociación de CC con resultados clínicos: estancia hospitalaria (> 10 días), complicaciones postoperatorias inmediatas y mortalidad.

**Resultados y conclusión:** se incluyen 586 pacientes. La prevalencia de desnutrición es del 41,8 %, mientras que prevalencia de sarcopenia del 24,3 % y un 72,9 % presentan bajo SMI. En relación a CC existen diferencias estadísticamente significativas entre una menor densidad muscular (UH) y la presencia de complicaciones postoperatorias inmediatas ( $p = 0,001$ ), mayor estancia hospitalaria ( $p = 0,011$ ) y mortalidad ( $p = 0,001$ ). Una densidad muscular <38,08HU se destacó como un buen predictor de complicaciones postoperatorias, mayor estancia hospitalaria y mortalidad (AUC = 0,605, IC 95 %: 0,556-0,654,  $p < 0,001$ ). La prevalencia de baja densidad muscular en este punto de corte es del 48 %. El bajo SMI se relacionó con mayor mortalidad, únicamente en los pacientes varones ( $p = 0,035$ ). El resto de variables cuantitativas de CC no mostraron ningún tipo de asociación con las complicaciones. El análisis de la composición corporal mediante TC aporta información cuantitativa y cualitativa pronóstica relevante en pacientes con CCR. Futuras

investigaciones deben centrarse en la estandarización de puntos de corte para las métricas de calidad muscular con el fin de optimizar su aplicabilidad clínica.

### 0-014. Determinación de valores de referencia de ángulo de fase y composición corporal en población andaluza sana. Diferencias sexuales y etarias. Análisis descriptivo del proyecto VALOR-ES

José M. Romero-Márquez<sup>1</sup>, María Novo Rodríguez<sup>2</sup>, Araceli Muñoz-Garach<sup>1</sup>, María del Carmen Roque Cuéllar<sup>3</sup>, Silvia García-Rey<sup>3</sup>, Carolina Moreno-Torres Taboada<sup>4</sup>, María García Olivares<sup>5</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>6</sup>, Gabriel Oliveira<sup>5</sup>, Martín López de la Torre Casares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>4</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>5</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>6</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** el ángulo de fase (AF), una medida bioeléctrica directa obtenida mediante bioimpedanciometría, carece de valores de referencia propios en España, lo que limita su uso clínico y poblacional.

**Objetivo:** el objetivo es establecer valores de referencia de AF y composición corporal en población sana, considerando edad y sexo.

**Material y métodos:** estudio multicéntrico desarrollado en los centros de transfusión de Málaga, Sevilla y Granada. Las mediciones incluyeron: antropometría, dinamometría JAMAR<sup>®</sup>, BIA (Akern<sup>®</sup>) y EN. Se incluyeron 1453 donantes de sangre aparentemente sanos, con un IMC entre 18,5 y 35 kg/m<sup>2</sup>, agrupados en cuatro rangos de edad (18-30, 31-45, 46-60, > 60 años).

**Resultados:** el análisis reveló diferencias entre sexos y grupos de edad. Las mujeres presentaron valores superiores en reactancia y resistencia, con una disminución progresiva en ambos sexos al aumentar la edad. En contraste, los hombres mostraron mayores niveles de BCM y estado nutricional, aunque también experimentaron pérdidas significativas con la edad, especialmente después de los 60 años. Con respecto al AF, se observó una disminución con la edad en ambos sexos. Se detallan los parámetros de composición corporal y nutricional según sexo y edad. La masa grasa (%) aumentó con la edad, siendo mayor en mujeres que en hombres, mientras que la masa libre de grasa (%) disminuyó progresivamente, con valores superiores en hombres. La hidratación (%) permaneció estable en ambos sexos y grupos de edad, con valores cercanos al 73 %. El Nutrition Score fue consistentemente mayor en hombres, aunque disminuyó con la edad en ambos sexos.

**Conclusión:** se presentan los primeros valores de referencia del ángulo de fase en población andaluza sana, mostrando diferencias por sexo y edad. Los resultados reflejan cambios asociados al envejecimiento en la composición corporal y la calidad celular.





## Comunicaciones Orales 2

### 0-015. Efectividad de la prehabilitación y la inmunonutrición en cáncer ORL tratado con radioterapia y quimioterapia: evaluación morfofuncional a 3 meses

María del Mar Amaya Campos<sup>1</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** el tratamiento oncológico del cáncer ORL se asocia con pérdida muscular, reducción de funcionalidad y alteraciones en la composición corporal, lo que afecta la recuperación.

**Objetivos:** este estudio evalúa el impacto de un protocolo de prehabilitación e inmunonutrición en la recuperación de pacientes oncológicos mediante un análisis morfofuncional de parámetros clave.

**Material y métodos:** se implementó un protocolo combinando actividad física, recomendaciones dietéticas y suplementación con fórmulas inmunonutricionales (arginina, omega-3, nucleótidos) para modular inflamación y mejorar la inmunidad, seguido de fórmulas hipercalóricas-proteicas (2 kcal/ml, 30 g proteína/200 ml) hasta cubrir requerimientos nutricionales. La suplementación comenzó al inicio del tratamiento oncológico y continuó 3 meses. Se evaluaron bioimpedanciometría, ultrasonido muscular del recto femoral, test *Timed Up and Go* (TUG) y dinamometría manual. Se analizaron correlaciones entre composición corporal, fuerza y funcionalidad.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 126 pacientes (77 % hombres, edad media 61,4 años) con tumores escamosos avanzados (56 % estadio  $\geq$  III). Según criterios GLIM, el 62,1 % estaba bien nutrido, 28,4 % presentó desnutrición moderada y 9,5 % severa. En la evaluación inicial, se observaron: ángulo de fase (PA) 5,07°, masa libre de grasa (FFM) 50,26 kg, área muscular (*EcoM\_area*) 3,48 cm<sup>2</sup>, tiempo TUG 8,43 s y dinamometría 28,88 kg. Tras 3 meses, hubo mejoras significativas: *EcoM\_area* (+0,20 cm<sup>2</sup>,  $p = 0,046$ ), FFM (+1,00 kg,  $p = 0,021$ ), intercambio Na/K (+0,08,  $p = 0,002$ ) y reducción en TUG (-1,36 s,  $p = 0,032$ ), con fuerza manual estable y ligera reducción en PA (-0,19°,  $p = 0,036$ ). La intervención combinada mejoró composición corporal y funcionalidad, modulando inflamación y optimizando el balance energético. Esta estrategia integral es clave para mejorar recuperación, fuerza y función física durante el tratamiento del cáncer.

### 0-016. Utilidad del análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA) en la valoración nutricional de pacientes con insuficiencia cardíaca

María García Olivares<sup>1</sup>, Francisco José Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Carolina Moreno-Torres Taboada<sup>2</sup>, Sonia Castillo<sup>3</sup>, José María Ruiz Pérez<sup>3</sup>, Alejandro Pérez Espejo<sup>3</sup>, Gabriel Olveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>3</sup>UGC de Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** la insuficiencia cardíaca (IC) es un trastorno clínico caracterizado por disnea, fatiga y retención hídrica con signos clínicos relevantes. La desnutrición y baja masa muscular en pacientes con IC se relacionan con aumento de complicaciones.

**Objetivos:** establecer la relación entre los parámetros de bioimpedancia eléctrica (BIA) y la situación clínica de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo en pacientes ambulatorios de la Unidad de IC del HRUM. Se realizó 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:** 89 pacientes (71,9 % varones) con diferentes estadios de IC (48,3 % estadio B, 51,7 % estadio C) y grados de disnea (35,6 % de grado 1; 42,5 % de grado 2, 18,4 % de grado 3, 3,4 % de grado 4). El NT-proBNP fue de  $3532 \pm 6410$  pg/ml. Treinta y tres pacientes (41,8 %) presentaron NT-proBNP elevado. Mediante BIA, el IMLG fue de  $20,1 \pm 2,86$  kg/m<sup>2</sup> para hombres y  $18 \pm 2,25$  kg/m<sup>2</sup> para mujeres (12,4 % por debajo de puntos de corte ESPEN) y la ASMM de  $22,1 \pm 4,37$  kg/m<sup>2</sup> para hombres y  $16,7 \pm 3,82$  kg/m<sup>2</sup> para mujeres (46,1 % por debajo de puntos de corte). Observamos un ángulo de fase (AF) de  $4,60 \pm 1,16^\circ$  para hombres y  $4,67 \pm 1,03^\circ$  para mujeres, sin diferencias entre ambos. El agua extracelular (ECW) fue de  $23,8 \pm 5,2$  kg en hombres y  $18 \pm 2,71$  kg en mujeres. La hidratación media fue de  $76,4 \pm 4,54$  %. Los pacientes con un NT-proBNP alto presentaron un AF más bajo ( $4,32 \pm 1,05$  frente a  $4,89 \pm 1,16$ ,  $p = 0,03$ ) y mayor hidratación ( $77,7 \pm 5,7$  frente a  $75,3 \pm 3,48$ ,  $p = 0,03$ ), con mayor ECW ( $23,8 \pm 6,23$  frente a  $21 \pm 4,7$ ,  $p = 0,02$ ). La curva ROC determinó un punto de corte de  $4,8^\circ$  AF para diagnóstico de descompensación (AUC 0,64, 54,4 % S, 72,7 % E).

**Conclusión:** la BIA puede ser una herramienta útil en la valoración morfofuncional del paciente con IC. Su uso para medir el AF y la hidratación nos permite de predecir la situación clínica.

### 0-017. Desarrollo de una aplicación web para la valoración morfofuncional en nutrición clínica

César Gonzalvo Díaz<sup>1</sup>, Marta Gallach Martínez<sup>1</sup>, José Joaquín Alfaro Martínez<sup>1</sup>, Marina Jara Vidal<sup>1</sup>, Rosa Pilar Quilez Toboso<sup>1</sup>, Lourdes García Blasco<sup>1</sup>, Pedro José Pinés Corrales<sup>1</sup>, Marta Milla Tobarra<sup>1</sup>, Paloma Sánchez Sáez<sup>1</sup>, María Llanos García Arce<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

**Introducción:** los avances en herramientas de valoración nutricional, como la ecografía nutricional<sup>®</sup>, el análisis de bioimpedancia vectorial (BIVA) y la evaluación mediante dinamometría, han mejorado la precisión diagnóstica y el seguimiento de los pacientes. Sin embargo, integrar estos datos en la práctica clínica sigue siendo un reto. Para facilitar este proceso, desarrollamos Morpho, una herramienta que estandariza el informe de valoración morfofuncional, mejorando la eficiencia y la atención al paciente.

**Objetivos:** diseñar una aplicación web que estandarice el informe de valoración morfofuncional, integrando fórmulas para la realización de diagnósticos y análisis, reduciendo tiempo y errores en la práctica clínica.

**Material y métodos:** Morpho es una aplicación web creada con Django<sup>®</sup>, disponible gratuitamente en morpho.org.es. Registra datos antropométricos, funcionales y clínicos mediante formularios. A través de algoritmos y fórmulas se calculan necesidades calórico-proteicas, se diagnostica desnutrición (criterios GLIM), evalúa sarcopenia (criterios EWGSOP2) y riesgo de síndrome de realimentación. Además, incluye herramientas gráficas para análisis mediante BIVA y su evolución en el tiempo. Es multilingüe para una mayor accesibilidad

**Resultados:** la aplicación genera informes automáticos con diagnósticos, visualizaciones gráficas y seguimiento del progreso del paciente, reduciendo significativamente el tiempo de evaluación y mejorando la integración en registros clínicos. Morpho puede aumentar la consistencia en la valoración nutricional y aportar información clínica mediante visualización dinámica de la evolución. Además, es la primera herramienta web que permite calcular nuevos valores de BIVA, como el Parámetro de Hidratación (HP) y el Parámetro Nutricional (NP) (Fig. 1).

**Conclusiones** Morpho simplifica la valoración nutricional en la práctica clínica utilizando herramientas avanzadas de valoración morfofuncional y su integración en registros clínicos. Su estandarización de datos y apoyo en la toma de decisiones podría mejorar significativamente el cuidado de pacientes con desnutrición y sarcopenia.

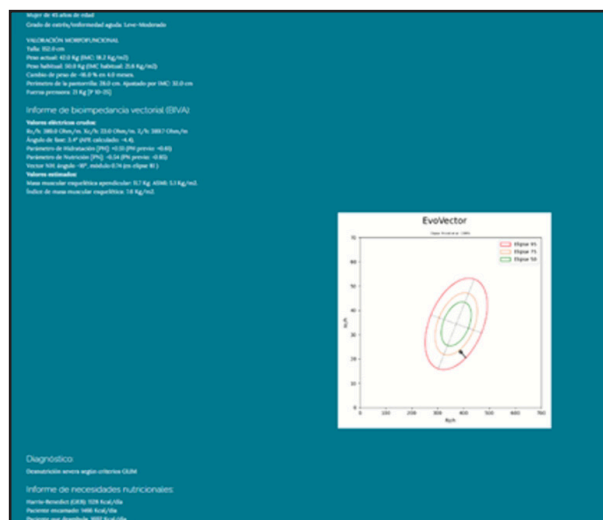


Figura 1.

### 0-018. Impacto del estado nutricional valorado según criterios GLIM y valoración global subjetiva generada por el paciente en la supervivencia global en pacientes oncológicos

María Gemma Hernández Núñez<sup>1</sup>, María Ortiz Ramos<sup>2</sup>, Angélica Larrad Sainz<sup>1</sup>, María Amoriaga Rodríguez<sup>1</sup>, Clara Marcuello Foncillas<sup>1</sup>, Natalia Pérez Ferre<sup>1</sup>, María Espino Sánchez Veneros<sup>1</sup>, Pedro Pérez Segura<sup>1</sup>, Miguel Ángel Rubio Herrera<sup>1</sup>, Pilar Matía Martín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid

**Introducción:** el cáncer impacta en el estado nutricional, responsable del 20 % de los fallecimientos.

**Objetivos:** describir la asociación entre desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) diagnosticada por la estrategia *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM) o por la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VGS-GP) y la supervivencia global en cáncer.

**Material y métodos:** estudio prospectivo, observacional, en pacientes oncológicos en tratamiento activo (cohorte histórica [2004-2009]). DRE por VGS-GP y GLIM agrupando grados moderado y grave (fenotipo: IMC < 20 kg/m<sup>2</sup>, pérdida ponderal > 5 %, baja masa muscular -circunferencia pantorrilla: < 34 y < 33 cm en hombres y mujeres); cáncer como enfermedad con inflamación. Concordancia en DRE según GLIM/VGS-GP: kappa. Mortalidad: índice nacional de defunciones ([https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/IND\\_TipoDifusion.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/IND_TipoDifusion.htm)). Curvas de supervivencia según DRE: Kaplan-Meier (test de Breslow). Análisis de supervivencia uni- y multivariante ajustado por sexo, edad, diagnóstico de diabetes y estadio (III/IV frente a I/II) por el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados:** 1325 pacientes (62 años [RI 51-71]; 54,6 % mujeres; tipo tumoral más frecuente mama [24 %]; estadio IV, 66,6 %; diabetes 11,5 %; 82,1 % con quimioterapia; tiempo

de seguimiento  $42,4 \pm 15,2$  meses). Prevalencia de DRE con GLIM 96,3 % frente al 50,6 % con VGS-GP ( $\kappa = 0,045$ ). El 72,8 % de los sujetos fallecieron (mediana de supervivencia [meses]; DRE/noDRE- GLIM: 23,0/62,5 - $p = 0,002$ -; VGS-GP: 13,5/38,3 - $p < 0,001$ -. HR crudo de muerte para DRE por GLIM/VGS-GP: 1,965 (IC 95 %, 1,310-2,947) / 2,105 (IC 95 %, 1,850-2,395). HR ajustado de muerte para DRE por GLIM/VGS-GP: 1,404 (IC 95 %, 0,933-2,111) / 1,718 (IC 95 %, 1,505-1,961).

**Conclusión:** la prevalencia de DRE en pacientes con cáncer es distinta cuando se utilizan GLIM o VGS-GP para su diagnóstico (baja concordancia). La asociación entre DRE y mortalidad existe con cualquiera de las herramientas, pero desaparece tras el ajuste cuando se utiliza GLIM.

*Financiación:* Fundación de Investigación en Nutrición y Metabolismo (FINUMET).

### 0-019. Análisis de composición corporal en TC con software de IA en pacientes con nutrición parenteral: correlaciones, puntos de corte para sarcopenia y mortalidad al año

Álvaro Vidal Suárez<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>, Natalia Montero M.<sup>1</sup>, María Clara Brandner<sup>2</sup>, María Fernanda Reinoso<sup>3</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>2</sup>Hospital Clínic Barcelona. Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid

**Introducción:** el empleo de la tomografía computarizada (TC) para la evaluación del músculo está en auge. Su utilización en la práctica clínica podría ayudar en el manejo de los pacientes que precisan nutrición parenteral (NP).

**Objetivos:** correlacionar la masa muscular y grasa de la TC con los parámetros de la bioimpedancia vectorial eléctrica (BIVA Akern®) y dinamometría (Jamar®). Obtener puntos de corte para el índice de masa muscular (SMI) de la TC para el diagnóstico de sarcopenia y determinar el riesgo de mortalidad al año.

**Material y métodos:** se evaluó una cohorte de pacientes hospitalizados con NP entre 2020 y 2021. Se recogieron los datos de BIVA y dinamometría. Para la medición de la composición corporal mediante TC se usó un software de inteligencia artificial "FocusedOn" sobre el corte lumbar L3. Para diagnosticar sarcopenia, se usaron los puntos de corte de la EWGSOP2 aplicados sobre BIVA y dinamometría.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 100 pacientes (48 mujeres). Hallamos una correlación fuerte (0,71) entre la masa celular (BCM) de la BIVA y el área muscular de la TC. Al igual que la masa grasa de la BIVA con la grasa subcutánea, visceral e intramuscular de la TC, de 0,82, 0,65 y 0,6 respectivamente. Para el diagnóstico de sarcopenia, establecimos un punto de corte de SMI en mujeres de  $33,39 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  (AUC 0,74, S67,5 %, E85,71 %) y en hombres de  $46,98 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  (AUC 0,67, S46,8 %, E85,71 %). Para mortalidad a un año, obtuvimos un punto de corte de SMI en mujeres de  $38,88 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  (AUC 0,61, S 42,86 %, E 84,62 %) y en hombres de  $38,21 \text{ cm}^2/\text{m}^2$

(AUC 0,58, S 69,23 %, E 53,85 %). Con estos puntos de corte dicotomizados se realizaron unas curvas de Kaplan-Meier con un *hazard ratio* 2,46 ( $p = 0,035$ ). Los resultados muestran fuertes correlaciones entre TC y BIVA para masa muscular y grasa, permitiendo establecer puntos de corte para sarcopenia y mortalidad, respaldados por curvas de supervivencia significativas.

### 0-020. Valoración morfofuncional en pacientes oncohematológicos: utilidad en el diagnóstico y manejo nutricional personalizado

Lara Dalla Rovere<sup>1,2</sup>, Cristina Herola Cobos<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>, Carmen Hardy Añón<sup>1</sup>, Estefanía González del Saz,<sup>3</sup> Rahinatu Awol Tanko<sup>3</sup>, María Agustín Hernández Sánchez<sup>3</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quironsalud Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Universidad de Málaga. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Hematología. Hospital Quironsalud Málaga. Málaga

**Introducción:** los pacientes oncohematológicos presentan alto riesgo de desnutrición relacionada con la enfermedad, especialmente durante el tratamiento quimioterápico. Las técnicas tradicionales de valoración nutricional, como el peso y el IMC, son insuficientes para detectar alteraciones tempranas en la composición corporal y la funcionalidad. La ecografía nutricional, la bioimpedancia eléctrica (BIVA) y la dinamometría de presión manual (HGS) han emergido como herramientas avanzadas para la evaluación morfofuncional integral.

**Objetivos:** evaluar la utilidad de técnicas morfofuncionales avanzadas en el diagnóstico de la malnutrición y su relación con parámetros pronósticos en pacientes oncohematológicos.

**Material y métodos:** estudio prospectivo en 150 pacientes oncohematológicos con diagnóstico reciente que iniciaron tratamiento quimioterápico de primera línea en el Hospital de Día QuirónSalud Málaga (2023-2024). Se realizó valoración nutricional completa, incluyendo ecografía del recto femoral (RF-CSA, Mindray® Z60), BIA para el ángulo de fase (PhA, BIVA Akern® Nutrilab) y HGS (Jamar®).

**Resultados:** 150 pacientes analizados, (56 %) mujeres, con una edad media de  $62,4 \pm 13,3$  años. Setenta y dos pacientes con linfoma, 23 con leucemia (18 %), 16 pacientes con cáncer digestivo (13 %), 12 con mieloma, 6 con cáncer de mama, 3 de ovario y 2 de pulmón. Todos en primera línea de tratamiento. Sin tratamiento de RT. El IMC medio fue de  $25,3 \pm 4,37$ . El porcentaje de pérdida de peso en la primera valoración fue del  $5,42 \pm 11$  %, con riesgo de sarcopenia según SARCF en el 15,4 % de los casos. El 54,7 % de los pacientes presentaron desnutrición según criterios GLIM, siendo moderada en 46 y grave en 36 casos. Los pacientes desnutridos mostraron valores significativamente menores en PhA ( $4,9^\circ$  frente a  $5,54^\circ$ ), RF-CSA ( $3,63 \text{ cm}^2$  frente a  $4,43 \text{ cm}^2$ ) y HGS ( $26,5 \text{ kg}$  frente a  $33 \text{ kg}$ ).

**Conclusiones:** la valoración morfofuncional permite un diagnóstico más preciso de la DRE en pacientes oncohematológicos. Estas herramientas son esenciales para implementar estrategias de manejo nutricional personalizadas.



## Comunicaciones Pósteres

### GERIATRÍA

#### P-001. Estado nutricional del anciano frágil: evaluando la situación basal del paciente hospitalizado por fractura de cadera

Miriam Alía Moreno<sup>1</sup>, Ana Martínez García<sup>1</sup>, Juan Herrera Tejedor<sup>2</sup>, Eva María Moreno Jiménez<sup>2</sup>, Carolina Suárez Vázquez<sup>1</sup>, Gonzalo Maldonado Castro<sup>1</sup>, Irene Moreno Sáez<sup>1</sup>, Clara Sánchez Díaz<sup>3</sup>, Gerardo Ávila Martín<sup>3</sup>, Ana Cecilia Marín Guerrero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sección de Endocrinología y Nutrición y unidades de <sup>2</sup>Geriatría y de <sup>3</sup>Apoyo a la Investigación. Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

**Introducción:** la fragilidad se define como una entidad dinámica multidimensional no lineal que incrementa la vulnerabilidad en las personas mayores. Está relacionada con la nutrición, ya que se observa un descenso del gasto energético total, provocando una regulación a la baja del apetito, que puede llevar a la desnutrición. Es importante por ello mantener un adecuado estado nutricional que evite tal deterioro permitiendo la recuperación funcional progresiva, mediante una adecuada y oportuna intervención nutricional.

**Objetivos:** valorar el estado nutricional basal del anciano hospitalizado en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología por fractura de cadera en la Gerencia Integrada de Talavera de la Reina.

**Material y métodos:** estudio transversal enmarcado dentro del proyecto: "Valoración y evolución del estado nutricional y de fragilidad del anciano hospitalizado con fractura vertebral o no vertebral". Se incluyeron pacientes  $\geq 75$  años hospitalizados por fractura de cadera de junio 2023 a noviembre 2024. Se analizaron datos sociodemográficos, antropométricos, bioimpedancia, dinamometría y cribado y diagnóstico nutricional. Se realizó un análisis descriptivo. Se utilizó el Programa SPSS®. La obtención, procesamiento y análisis de los datos se llevó a cabo según la LOPD 3/2018. Dictamen favorable CEIm (Ref. 51/2021).

**Resultados y conclusión:** un total de 57 pacientes  $\geq 75$  años con fractura de cadera fueron reclutados. El 72 % eran mujeres. La media de edad fue 87,4 (DE 5,6). Del total de pacientes el 55,4 % normonutridos, 30,4 % presentaban riesgo nutricional, 3,6 % desnutrición calórica, 1,8 % desnutrición proteica y 8,9 % desnutrición calórico-proteica. En cuanto a la valoración

morfofuncional se obtuvo un ángulo de fase medio de 4,7° (DE 1,4), una dinamometría media de 10,4 kg (DE 5,8) y un IMC medio de 24,7 kg/m<sup>2</sup> (DE 6). Podemos concluir que en la población estudiada existe una elevada prevalencia de riesgo nutricional y desnutrición, lo que supone una oportunidad de optimización terapéutica a través del abordaje nutricional.

#### P-002. Riesgo de desnutrición, disfagia y sarcopenia en pacientes oncohematológicos de hospital de día

María Pilar Andreu Margullón, Estela Crespo Rodríguez, Lidia Seivane Rivas, Nieves González Sánchez, Ana Isabel Plano Sánchez, Ana Romero García

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias

**Introducción:** la capacidad para mantener un estado nutricional adecuado en el paciente oncohematológico es un problema común. Tanto el desarrollo de la enfermedad como el tratamiento pueden dar lugar a un estado de desnutrición calórico-proteico que afecta a la calidad de vida y supervivencia.

**Objetivos:** calcular el riesgo de desnutrición, disfagia y sarcopenia, así como el grado de independencia en pacientes que acuden a Hospital de Día Oncohematológico (HDOH).

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 65 años que acuden a HDOH para recibir tratamiento entre octubre y noviembre de 2024. Se recogieron como variables: peso, altura, diagnóstico, circunferencia de la pantorrilla, del brazo y consumo de suplementos. El riesgo de desnutrición se calculó mediante el test Long-MNA, el de sarcopenia con la escala SARC-F y el de disfagia con el test EAT-10. El grado de independencia física se midió con el índice de Barthel. La información se obtuvo a través de entrevista directa con el paciente.

**Resultados y conclusión:** se obtuvieron datos de 53 pacientes. El 60,4 % eran mujeres y la mediana de edad fue de 75 años (65-88). El 51 % pertenecían al servicio de Hematología, el resto a Oncología. Presentaron un estado nutricional normal el 37,7 %, de desnutrición el 11,3 % y riesgo de desnutrición el 51 %. Tenían riesgo de sarcopenia el 11,3 % y de disfagia el 45,3 %. El 62,3 % eran independientes para realizar actividades de la vida diaria, el 34 % levemente dependientes y el 3,7 % moderadamente. El 43 % actualmente toma suplementos prescritos por el Servicio de Nutrición y el 30 % los tomó en algún momento. La mitad de los pacientes de nuestra muestra presenta riesgo

de desnutrición. La valoración inicial de soporte nutricional es básica y debería integrarse en el plan terapéutico del paciente para mejorar la calidad de vida, la tolerancia y respuesta al tratamiento y reducir la morbimortalidad.

**P-003. Influencia de los niveles séricos de vitamina D en la recuperación funcional tras una fractura de cadera y su relación con el estado nutricional**

Mireia de la Parra Otamendi, Esther Laso Lucas

Farmacia. Fundación Matia. Donostia

**Introducción:** la vitamina D (VitD) es esencial para la salud muscular y su deficiencia podría dificultar la recuperación funcional tras una fractura de cadera.

**Objetivos:** determinar el impacto de los niveles séricos de VitD en la capacidad funcional y su posible relación con el estado nutricional en el paciente mayor con fractura de cadera.

**Material y métodos:** estudio prospectivo (julio 2024-diciembre 2024), incluyendo a todos los pacientes que ingresaron en una Unidad de Orto geriatria tras una fractura de cadera. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según los niveles de VitD > 20 ng/ml (deficiencia) y ≥ 20 ng/ml (adecuado). El diagnóstico de desnutrición se realizó según los Criterios GLIM. La capacidad funcional se evaluó con el índice de Barthel (IB). El empeoramiento funcional se calculó con la diferencia entre el IB basal (previo a la fractura) y el IB al ingreso. La mejora funcional se determinó con la diferencia entre el IB al ingreso y el IB al alta.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 102 pacientes (69,6 % mujer) con una edad media de 85,5 años (± 7,2). El 72,5 % de los pacientes tenían deficiencia de VitD. El nivel medio de VitD fue 16 ng/ml ± 13,6. La mediana fue 12,5 ng/ml (Tablas I y II). El déficit de vitD y la desnutrición tienen alta prevalencia en población geriátrica con fractura de cadera. Además, la incidencia de desnutrición es más elevada en pacientes con déficit de VitD. Los pacientes con concentraciones de VitD adecuadas recuperan la funcionalidad mejor que los que presentan deficiencia. No se observa influencia de la concentración de VitD en el empeoramiento del IB.

El déficit de vitD y la desnutrición tienen alta prevalencia en población geriátrica con fractura de cadera. Además, la incidencia de desnutrición es más elevada en pacientes con déficit de VitD. Los pacientes con concentraciones de VitD adecuadas recuperan la funcionalidad mejor que los que presentan deficiencia. No se observa influencia de la concentración de VitD en el empeoramiento del IB.

**P-004. Análisis comparativo del diagnóstico de dinapenia: valores estandarizados y nuevos valores de referencia definidos en geriatría**

Mireia de la Parra Otamendi, Esther Laso Lucas

Farmacia. Fundación Matia. Donostia

**Introducción:** una baja fuerza muscular (dinapenia) es un indicador del estado muscular, por lo que se relaciona con el diagnóstico de sarcopenia. Sin embargo, los valores de referencia estándar EWGSOP2 solo están definidos hasta los 75 años, por lo que en personas mayores se toma como referencia un valor predicablemente mayor al que le corresponde. La nueva norma de valores de fuerza de prensión incluye nuevos rangos de edad para mayores de 75 años.

**Objetivos:** analizar la prevalencia de dinapenia en una población geriátrica comparando los valores de referencia estandarizados frente a otros más detallados por edad.

**Material y métodos:** estudio prospectivo (julio 2024-diciembre 2024), incluyendo a los pacientes que ingresaron en una Unidad de Orto geriatria tras una fractura de cadera. Dinapenia según los valores de referencia estándar EWGSOP2 (1) en personas mayores de 75 años: FP < 16 kg en mujeres o < 27 kg en hombres. Dinapenia según la nueva norma de valores de fuerza de prensión iGRIPS (2), tomando como referencia el percentil 20 (Tabla I, pág. siguiente).

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 151 pacientes (73,5 %mujer) con una edad media de 86,6 años (DE ± 6) (Tabla II, pág siguiente). Los valores de referencia estándar sobrediagnostican dinapenia, en pacientes mayores de 75 años. La nueva norma internacional propone nuevos valores de referencia de fuerza de prensión en subgrupos de edad avanzada, lo que permite un diagnóstico de dinapenia, y por lo tanto sarcopenia, más objetivo en esta población.

Tabla I.

	Vitamina D < 20 ng/ml	Vitamina D ≥ 20 ng/ml
<b>Valoración nutricional (GLIM) n (%)</b>		
Desnutrición grave	65 (63,7 %)	12 (18,5 %)
Desnutrición moderada	19 (18,6 %)	8 (42,1 %)
Sin desnutrición	18 (17,7 %)	8 (44,4 %)

Tabla II.

	Vitamina D < 20 ng/ml	Vitamina D ≥ 20 ng/ml
<b>Capacidad funcional (IB medio ± DE)</b>		
Empeoramiento	-47,4 ± 16,6	-47,1 ± 16,8
Mejora	25,3 ± 14,4	28 ± 13,7

Tabla I.

Edad (años)	Hombre (kg)	Mujer (kg)
75-79	27,0	17,0
80-84	24,5	15,5
85-89	21,9	13,9
90-94	19,2	12,2
95-99	16,4	10,3
+100	13,5	8,3

Tabla II.

	Dinapenia	Fuerza muscular normal
Rangos FP EWGSOP2	129 (85,4 %)	22 (14,6 %)
Mujer	92 (82,9 %)	19 (17,1 %)
Hombre	37 (92,5 %)	3 (7,5 %)
Nuevos rangos FP iGRIPS	102 (67,5 %)	49 (32,5 %)
Mujer	72 (64,9 %)	39 (35,1 %)
Hombre	33 (82,5 %)	10 (17,5 %)

### Bibliografía

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al.; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019;48(1):16-31. DOI: 10.1093/ageing/afy169/5126243
2. Tomkinson GR, Lang JJ, Rubín L, McGrath R, Gower B, Boyle T, et al.; iGRIPS (international handGRIP Strength) Group. International norms for adult handgrip strength: A systematic review of data on 2.4 million adults aged 20 to 100+ years from 69 countries and regions. *J Sport Health Sci* 2024;14:101014. DOI: 10.1016/j.jshs.2024.101014

### P-005. Ángulo de fase como indicador de alteraciones nutricionales en sujetos mayores institucionalizados

Beatriz de Mateo Silleras<sup>1</sup>, Rosa López Mongil<sup>2</sup>, Paula Cifuentes García<sup>1</sup>, Laura Carreño Enciso<sup>1</sup>, Sandra de la Cruz Marcos<sup>1</sup>, Paz Redondo del Río<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. <sup>2</sup>Centro Asistencial Dr. Villacián. Valladolid

**Introducción:** las alteraciones nutricionales son muy frecuentes en la población geriátrica institucionalizada. Disponer de indicadores sencillos, rápidos y coste-eficientes permitiría el abordaje temprano de estos trastornos.

**Objetivos:** evaluar el papel del ángulo de fase (PhA) como indicador de los trastornos nutricionales (desnutrición, sobrepeso y obesidad) y/o algunas afecciones relacionadas con la nutrición con antecedentes patogénicos complejos y múltiples (sarcopenia) en un grupo de sujetos mayores institucionalizados.

**Material y métodos:** estudio observacional transversal realizado con 50 sujetos mayores institucionalizadas. Se recogieron datos clínicos y se realizó un estudio antropométrico y análisis de bioimpedancia (masa libre de grasa, masa grasa, masa muscular esquelética apendicular y PhA); se determinó la fuerza prensil

manual. Se emplearon criterios ESPEN para el diagnóstico de desnutrición, y EWGSOP2 para el de sarcopenia. Para el diagnóstico de obesidad y obesidad sarcopénica se utilizó el criterio ESPEN-EASO. Los resultados se analizaron con las pruebas *t*-Student y ANOVA con Bonferroni ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** participaron en el estudio 20 varones (40 %) y 30 mujeres (60 %), con una edad media de 85,1 años (DE = 9,2 años). La muestra presentó elevada comorbilidad. La mayoría de los sujetos tenía deterioro cognitivo. Solo 4 pacientes (8 %) eran independientes. Aplicando los distintos criterios los sujetos se clasificaron: desnutrición ( $n = 2$ , 4 %); sarcopenia: probable ( $n = 26$ , 52 %), confirmada ( $n = 14$ , 28 %); obesidad ( $n = 29$ , 58 %); obesidad sarcopénica ( $n = 15$ , 30 %). El PhA medio en la muestra fue de 4,0° (DE = 0,76), siendo 4,4° (DE = 0,72) en varones, y 3,72° (DE = 0,67) en mujeres ( $p < 0,001$ ). Los sujetos con sarcopenia confirmada presentaron significativamente menores valores de Z-PhA que el resto ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** el PhA, como indicador de integridad celular, solo es útil para la discriminación de sujetos con sarcopenia confirmada, lo que implica una reducción de la masa muscular esquelética apendicular. Es probable que el PhA también sirva como indicador de desnutrición, pero se requiere mayor tamaño muestral para su detección.

### P-006. Nueva fórmula de diagnóstico de miapenia: ASMI corregido utilizando un perímetro de pantorrilla ajustado

Esther Laso Lucas, Mireia de la Parra Otamendi

Farmacia. Fundación Matia. Donostia

**Introducción:** para el diagnóstico de miapenia, cuando no se dispone de métodos directos de análisis de composición corporal, es interesante el Índice de masa muscular apendicular (ASMI) mediante medidas antropométricas como el perímetro de pantorrilla (CP). Sin embargo, no existe un ASMI que considere el ajuste del CP fuera de normopeso (sobrepeso/peso insuficiente).

**Objetivos:** determinar la prevalencia de miapenia en una población geriátrica comparando dos métodos de medida: ASMI estándar y ASMI con CP ajustado según índice de masa corporal (IMC).

**Material y métodos:** estudio prospectivo (julio 2024-diciembre 2024), incluyendo a los pacientes que ingresaron en una Unidad de OrtoGeriatría tras una fractura de cadera. Se utilizó la fórmula estándar:  $ASM = -10,471 + (CP [cm] \times 0,768) - (años \times 0,029) + (hombre [+1] mujer [+0] \times 7,523) + (blanco [+0] negro [+2,203] mexicana americana [-0,54] otros [-0,402])$ . El ASMI se obtiene a partir del ASM, indexado con la talla.  $ASMI = ASM/talla^2$ . Miapenia si  $ASMI < 5,5 \text{ kg/m}^2$  en mujeres o  $< 7 \text{ kg/m}^2$  en hombres. Teniendo en cuenta que el CP se ajusta en pacientes fuera del normopeso, se decidió comparar el ASMI estándar con el ASMI ajustando el CP según IMC:  $IMC < 18,5: +4$   $IMC 18,5 - 24,99: +0$   $IMC 25 - 29,99: -3$   $IMC 30 - 39,99: -7$   $IMC \geq 40: -12$ .

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 158 pacientes (72,2 % mujeres) con una edad media de 85,7 años (DE  $\pm$  7,2). Solo el 48,1 % tenían un IMC normopeso (1,3 % bajo peso; 50,6 % sobrepeso) (Tabla I). El ASMI estándar infradiagnóstica sarcopenia (miapenia) en pacientes con IMC fuera de normopeso. El ajuste del CP permite un diagnóstico de miapenia más objetivo en toda la población, evitando el sobrediagnóstico en bajo peso o infradiagnóstico en sobrepeso/obesidad.

**Tabla I.**

	Miapenia	Masa muscular normal
ASMI	92 (58,2 %)	66 (41,8 %)
Mujer	74 (64,9 %)	40 (35,1 %)
Hombre	18 (40,9 %)	26 (59,1 %)
ASMI ajustado el CP	133 (84,2 %)	25 (15,8 %)
Mujer	101 (88,6 %)	13 (11,4 %)
Hombre	32 (72,7 %)	12 (17,3 %)

#### **P-007. Prevalencia de desnutrición o riesgo de desnutrición en pacientes crónicos complejos ambulatorios**

María Lecha Benet<sup>1</sup>, Victoria Caamaño<sup>1</sup>, Amaya Peñalva Arigita<sup>1</sup>, Rosa Prats Ferreras<sup>1</sup>, Anna Sansano Alguero<sup>1</sup>, Daniel Rubira Rodríguez<sup>1</sup>, Merce Albareda Riera<sup>1</sup>, Cristina Vaque Crusellas<sup>2</sup>, Lluís Vila Ballester<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Sant Joan Despí. Barcelona. <sup>2</sup>Universitat de Vic. Vic, Barcelona

**Introducción:** la prevalencia de riesgo de desnutrición y de desnutrición (RDD) en pacientes crónicos complejos (PCC) ambulatorios está poco descrita. Por sus características, como la polimorbilidad, fragilidad..., se espera que sea elevada.

**Objetivos:** a) conocer la prevalencia de RDD en PCC ambulatorios, y b) analizar las variables asociadas a la RDD.

**Material y métodos:** estudio observacional unicéntrico. pacientes ambulatorios (junio/2022-enero/2023). Selección no probabilística de la muestra del listado de consulta PCC. Inclusión:  $\geq$  18 años, PCC, esperanza de vida  $\geq$  1 año, vivir en domicilio. Exclusión: nutrición artificial, demencia GDS $\geq$  5. Variables: género, edad, estado nutricional (MNA), estudios, vive solo/acompañado, riesgo-disfagia (EAT-10), estado dentadura, adherencia dieta mediterránea (Medas), tiempo de ejercicio (andar  $\geq$  30 minutos u otro ejercicio intensidad) y calidad de vida (EuroQoL).

**Resultados:**  $n = 340$  pacientes. Edad media = 80,8 años (DS 6,6), el 51 % mujeres. Un 90 % sin estudios o primarios. El 76,5 % vivían acompañados. Calidad de vida: media de 61/100 (DS: 17,3). Un 20,6 % con riesgo de disfagia. A un 38,2 % falta piezas o mal estado dentadura. Un 66,8 % correcta adherencia a la dieta mediterránea, y un 55 % no hacían ejercicio regular. La prevalencia de RDD fue del 42,6 % (IC 95 %: 42,1-43,2) siendo

el 10,9 % los que presentan desnutrición (IC 95 %: 10,3-11,46). En el análisis multivariante la RDD se asoció de manera independiente al ser mujer (OR: 1,668; IC 95 %: 1,016-2,740), a la presencia de riesgo de disfagia (OR: 2,472; IC 95 %: 1,361-4,490), a la dentadura en mal estado (OR: 2,710; IC 95 %: 1,563-4,698) y a la no adherencia a la dieta mediterránea (OR: 3,624; IC 95 %: 2,161-6,078).

**Conclusiones:** existe una elevada prevalencia de PCC con RDD en el ámbito ambulatorio. Ser mujer, tener una baja adherencia a la dieta mediterránea y tener problemas con la deglución y la dentadura se asocia a la RDD en los PCC. Los resultados refuerzan la necesidad de establecer estrategias nutricionales para mejorar los hábitos alimentarios y el estado nutricional en este grupo de personas.

#### **P-008. Ángulo de fase como predictor de mortalidad en pacientes hospitalizados con fractura de cadera**

Marta Marchán Pinedo<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, Víctor José Simón Frapolli<sup>2</sup>, Beatriz Fernández Medina<sup>2</sup>, Patricia Guirado Peláez<sup>2</sup>, Natalia Montero<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>, Ofelia Llamazares<sup>1</sup>, Rocío Revuelta Sánchez-Vera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Toledo. Toledo. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** la sarcopenia y las fracturas de cadera son problemas frecuentes en ancianos, asociados a hospitalización, discapacidad y mortalidad. Según los criterios EWGSOP2, la sarcopenia implica reducción de masa muscular y funcionalidad. El ángulo de fase (PhA), obtenido mediante bioimpedanciometría vectorial (BIVA), mide la integridad celular y la masa celular corporal, y se asocia con malnutrición y mayor morbimortalidad.

**Objetivo:** determinar el valor pronóstico del PhA para predecir mortalidad en pacientes hospitalizados con fractura de cadera.

**Material y métodos:** se reclutaron 94 pacientes hospitalizados por fractura de cadera en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Se registraron datos demográficos y antropométricos, datos de BIVA, dinamometría y estado nutricional (MNA), tanto al ingreso como después de 12 meses.

**Resultados:** las características basales de los pacientes se describen en la tabla I (pág. siguiente). El análisis de Pearson mostró que la dinamometría y el MNA de estos pacientes se correlacionaron con la masa celular corporal (BCM) medida mediante BIVA ( $p = 0,002$  y  $p < 0,001$ ). Se realizó un análisis de regresión multivariante que indicó que el PhA es un predictor independiente de mortalidad (HR = 0,34, IC 95 % = 0,12-0,93,  $p = 0,035$ ). La curva ROC determinó un punto de corte de PhA de 4,1° (AUC = 0,741, sensibilidad 69,86 %, especificidad 75 %). Se realizó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier que reveló una mayor supervivencia a los 12 meses en pacientes con PhA  $\geq$  4,1° (100 %) frente a  $<$  4,1° (77 %, IC 95 %: 65-90,9 %) (Fig. 1) (pág. siguiente).

Tabla I.

Características basales según sexo y características a los 12 meses según <i>exitus</i>	Pacientes totales	Mujeres	Varones	<i>Exitus</i>	No <i>exitus</i>
<b>Parámetros demográficos</b>					
<i>n</i>	94	70	24	13	81
Edad (años)	83,2	83,6	81,9	85,8	82,6
<b>Parámetros antropométricos</b>					
Altura (cm)	159,57 ± 7,63	157,74 ± 7,106	166,21 ± 5,623	160,33 ± 6,985	159,45 ± 7,769
Peso (kg)	69,69 ± 13,56	69,33 ± 14,715	71 ± 8,433	71,75 ± 11,971	69,36 ± 13,849
IMC	27,59 ± 5,18	28,11 ± 5,477	25,74 ± 3,45	27,88 ± 4,747	27,54 ± 5,281
<b>MNA score</b>					
Malnutrición (< 17 puntos)	6 (8,6 %)	6	0	2	4
Riesgo de malnutrición (17-23,5 puntos)	41 (58,6 %)	30	11	8	33
Buen estado nutricional (23,5-30 puntos)	23 (32,8 %)	18	5	3	20
<b>BIVA</b>					
PhA (°)	4,42 ± 0,83	4,45 ± 0,91	4,45 ± 0,94	3,850 ± 0,421	4,55 ± 0,935
SPhA	-0,496 ± 0,610	-0,48 ± 0,637	-0,51 ± 0,506	-0,97 ± 0,291	-0,39 ± 0,614
BCM	19,68 ± 4,74	18,94 ± 4,43	22,35 ± 4,97	17,05 ± 2,612	20,10 ± 4,879
Rz	497,053 ± 75,06	526,22 ± 108,30	534,25 ± 114,95	562,92 ± 105,997	520,42 ± 108,207
Xc	39,32 ± 12,72	41,12 ± 11,35	41,62 ± 10,1	37,92 ± 8,628	41,63 ± 11,693
<b>Test funcionales</b>					
HGS (kg)	12,23 ± 7,63	11,03 ± 6,37	16,93 ± 10,27	8,50 ± 3,024	12,68 ± 7,906
<b>Parámetros analíticos de malnutrición</b>					
PCR/Alb	1,21 ± 0,843	1,33 ± 1,22	0,838 ± 0,56	0,915 ± 0,491	1,26 ± 1,162
<b>Otras medidas</b>					
Perímetro pantorrilla (cm)	29,91 ± 3,70	29,94 ± 3,88	29,79 ± 3,11	30,08 ± 2,678	29,88 ± 3,857

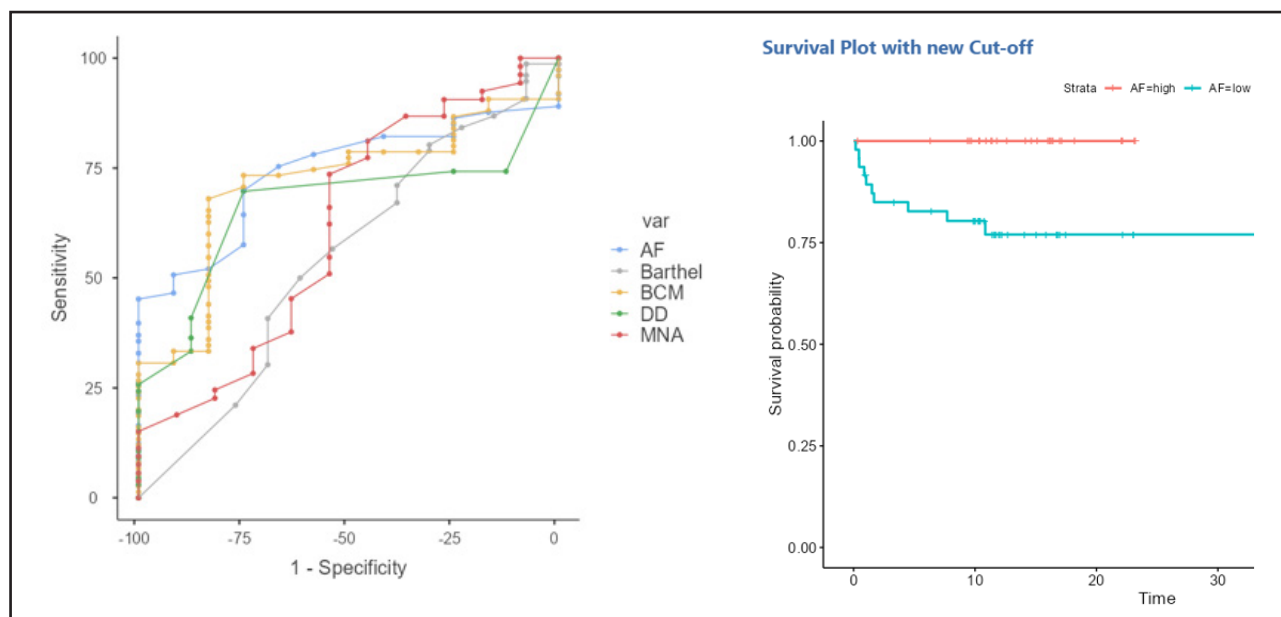


Figura 1.



**Conclusión:** el ángulo de fase (PhA) es un marcador pronóstico independiente y significativo de mortalidad en pacientes hospitalizados con fractura de cadera. Su incorporación en la práctica clínica podría contribuir a identificar a los pacientes en riesgo y crear estrategias dirigidas a optimizar el estado nutricional para mejorar los resultados clínicos.

### **P-009. Evaluación nutricional del paciente anciano en el área hospitalaria y sociosanitaria**

Laura Minguella Enríquez, Paula Viñas, Marta Santiago, Marta Cera, Pere Clavé, Alberto Martín Martínez

*Laboratorio de Fisiología Digestiva. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona*

**Introducción:** la malnutrición (MN) en pacientes ancianos aumenta durante la hospitalización por múltiples factores, se encuentra infradiagnosticada y compromete su evolución.

**Objetivos:** evaluar el estado nutricional y determinar la prevalencia de MN de pacientes ancianos ingresados en un hospital de agudos y en una unidad de convalecencia.

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal con pacientes ancianos ( $\geq 65$  años) ingresados en el Hospital de Mataró (HM) y en la unidad de convalecencia del Antiguo Hospital Sant Jaume y Santa Magdalena (HSJ). Para evaluar el estado nutricional se ha utilizado: a) *Mini Nutritional Assessment* (MNA); b) estudio antropométrico y bioimpedancia, y c) parámetros analíticos: albúmina, proteína, prealbúmina, hemoglobina, colesterol (total, HDL y LDL), linfocitos y proteína C reactiva. Finalmente, el diagnóstico de desnutrición se ha determinado mediante los criterios GLIM (*Global Leadership Initiative on Malnutrition*).

**Resultados y conclusión:** se han evaluado un total de 727 pacientes, 633 agudos del HM ( $81,70 \pm 8,84$  años) y 94 de convalecencia del HSJ ( $82,65 \pm 8,35$  años). Según el MNA, el 61,8 % y el 87,2 % de los pacientes del HM y del HSJ presentaron riesgo nutricional, respectivamente. En cuanto al estudio antropométrico, ambos grupos presentaron también riesgo nutricional (45,3 % en el HM y 69,2 % en el HSJ), así como con los parámetros analíticos, donde se observó un 90,4 % en el HM y un 93,7 % en el HSJ. Finalmente, con base en los criterios GLIM, se ha establecido un diagnóstico de desnutrición del 27,9 % en el paciente agudo y del 46,8 % en el paciente de convalecencia. Existe una elevada prevalencia de riesgo nutricional y de desnutrición en el paciente anciano ingresado tanto en un hospital de agudos como en una unidad de convalecencia, por lo que es fundamental un cribado y evaluación del estado nutricional para prevenir complicaciones clínicas derivadas durante el ingreso.

### **P-010. Adhesión a la suplementación oral en una residencia de mayores**

Luisa María Muñoz Salvador, Carmen Lambea de Jesús, Palmira García Muñoz, Claudio Bravo Henao, Leticia Ortiz Paredes

*Departamento de Nutrición. Residencia El Encinar de las Cruces. Don Benito, Badajoz*

**Introducción:** los suplementos nutricionales orales (SON) forman parte del tratamiento médico para mantener o mejorar el estado nutricional. El principal problema detectado en el uso de SON es la falta de adherencia a la pauta de consumo prescrita.

**Objetivos:** cuantificar la adhesión a los son en una residencia de mayores teniendo en cuenta sexo, edad, patologías, características del suplemento y cantidad prescrita. detectar los motivos de la no adherencia para implementar acciones de mejora a la adherencia.

**Material y métodos:** revisión sistemática retrospectiva durante seis meses de los residentes que tienen pautados SON teniendo en cuenta sexo, edad, patología, número de SON pautados, adhesión y condicionantes referidos. Tamaño de la muestra 34 residentes (23 mujeres y 11 hombres), 16 con ictus, 8 con demencia, 5 con diabetes *mellitus* y 5 pacientes oncológicos. Tipo de fórmula: 24 hipercalóricas e hiperproteicas, 4 diabéticas, 3 peptídicas, 2 normocalóricas e hiperproteica y 1 renal. Pauta: 1 a 3 suplementos diarios. Criterios de inclusión: pacientes con prescripción de SON durante el período de enero a junio de 2024. Recuento mediante hojas de registro, considerándose óptima la adherencia superior o igual a 75-80 %.

**Resultados y conclusión:** respecto a la edad, a medida que son mayores hay más adherencia (80 %). Los residentes con demencia han demostrado una menor adherencia a la suplementación oral (60 %), siendo más adherentes los pacientes con ictus (80 %). La causa mayoritaria de no adherencia ha sido la sensación de saciedad (29,4 %) seguido de no gustar el sabor, olor o textura (14,7 %), náuseas (11,7 %) y diarrea (8,8 %). La supervisión por parte del personal de la residencia para el cumplimiento de la pauta prescrita es esencial. Es necesario implicar tanto a los usuarios como a la familia y al resto del personal de la residencia, de la importancia de la adherencia a la SON como parte del tratamiento del residente.

### **P-011. El ángulo de fase como indicador de vulnerabilidad clínica en un grupo de pacientes psicogerítricos institucionalizados**

Paz Redondo del Río<sup>1</sup>, Sara Barrera Ortega<sup>2</sup>, Laura Carreño Enciso<sup>1</sup>, Sandra de la Cruz Marcos<sup>1</sup>, Beatriz de Mateo Silleras<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Área de Nutrición y Bromatología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Área de Psicogeriatría. Centro Asistencial San Juan de Dios. Palencia*

**Introducción:** un buen estado nutricional reduce la morbi-mortalidad, el riesgo de infecciones y otros procesos agudos. Por tanto, su evaluación debería formar parte de la rutina clínica, para detectar de forma precoz cualquier cambio, y valorar el efecto de las medidas terapéuticas. Se ha demostrado el papel del ángulo de fase (PhA) como indicador del estado nutricional, predictor de morbi-mortalidad, factor pronóstico de distintas enfermedades e indicador de supervivencia.

**Objetivos:** estudiar si el PhA podría ser un indicador de mayor vulnerabilidad clínica en un grupo de pacientes psicogerítricos institucionalizados.

**Material y métodos:** estudio de cohortes (seguimiento: un año). Participaron 99 pacientes (79,8 años). Se recogieron datos clínicos y se evaluaron fragilidad, dependencia, capacidad funcional, fuerza prensil y sarcopenia. Se emplearon criterios GLIM para el diagnóstico de desnutrición. Se realizó antropometría, se estimó la composición corporal (bioimpedancia) y se recogió la ocurrencia de un proceso agudo (EA). Los resultados se analizaron con las pruebas *t*-Student, U-Mann-Whitney y  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** a lo largo del seguimiento se produjo EA en el 53,5 % de los pacientes: 49,1 % infecciones del tracto urinario, 34 % respiratorias, 7,5 % úlceras por presión y 9,4 % otras. No se observaron diferencias ( $p > 0,05$ ) al inicio del estudio en los pacientes EA frente a los no-EA en el sexo, edad, tiempo de institucionalización, patología principal, comorbilidad, desnutrición, dependencia, capacidad funcional, fuerza prensil y sarcopenia. Al inicio los varones EA presentaron mayor masa-grasa (16,5 kg frente a 12,9 kg;  $p > 0,05$ ) y perímetro de la cintura (98,1 cm frente a 92,1 cm;  $p = 0,014$ ) que los no-EA; las mujeres EA presentaron menor masa-libre-de-grasa (32,6 kg frente a 35,0 kg) y masa-muscular-esquelética-apendicular (12,1 kg frente a 13,1 kg) ( $p > 0,05$ ). Los sujetos EA tuvieron al inicio menor PhA que los no-EA ( $p = 0,011$ ): varones: 4,03° frente a 4,45°; y mujeres: 3,58° frente a 4,03°.

**Conclusiones:** el ángulo de fase podría ser un indicador de mayor vulnerabilidad a la enfermedad aguda en pacientes psicogerítricos mayores institucionalizados.

#### P-012. Utilidad de la bioimpedancia vectorial en pacientes con pluripatología hospitalizados por insuficiencia cardíaca

Diana María Rodríguez Gómez<sup>1</sup>, Yaiza García Delgado<sup>2</sup>, Paula Rodríguez del Rosario<sup>2</sup>, Mauro Boronat Cortés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición Clínica. Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria

**Introducción:** los pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca (IC) presentan alta prevalencia de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE). Los métodos convencionales para evaluar el estado nutricional tienen limitaciones puesto

que múltiples factores como inflamación, edema o deshidratación por el tratamiento interfieren en la antropometría clásica y estimaciones de la composición corporal. La bioimpedancia vectorial (BIVA) mediante la utilización de los datos eléctricos crudos puede constituir una herramienta valiosa en la evaluación del estado nutricional en estos pacientes en fase aguda; sin embargo, ha sido escasamente evaluada.

**Objetivos:** evaluar la utilidad de la BIVA como marcador pronóstico en pacientes con pluripatología hospitalizados por IC.

**Material y métodos:** estudio de cohorte prospectivo de pacientes ingresados por IC en Medicina Interna. Se recogieron datos demográficos y clínicos, las escalas de Barthel y Charlson, cribado nutricional mediante Mini Nutritional Evaluation Short Form (MNA-SF) y BIVA. Se evaluó la asociación entre los datos eléctricos crudos de la BIVA y la mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 32 pacientes (78 % mujeres) con una media de edad de 81,6 años, una puntuación mediana de Barthel de 60 y Charlson de 2 puntos, una estancia de 15,5 días y mortalidad intrahospitalaria de 21,9 %. Se encontró asociación entre mortalidad intrahospitalaria y reactancia (Xc) y ángulo de fase estandarizado (SPA) (Tabla I). Se estableció un punto de corte de  $Xc < 31,9$  para detectar mayor riesgo de mortalidad (ABC 0,88), riesgo relativo 1,7. Se analizó el riesgo relativo en dicha población de  $Xc = 31,9$ , siendo este de 1,71 (1,06-2,77;  $p = 0,03$ ). Los hospitalizados por IC presentan un perfil de paciente geriátrico con limitaciones para una valoración nutricional completa, sumadas a las interferencias fisiopatológicas de la IC. Los datos eléctricos crudos de la BIVA, en concreto Xc y SPA, son útiles para predecir el pronóstico en este perfil de pacientes.

#### P-013. Valoración nutricional en paciente geriátrico institucionalizado

Esther Tortosa Caparrós, Ana Isabel Hormigos Sánchez, Javier Martínez Peromingo, Marina Verano de la Torre, Alba Diéguez del Río, Diana Karina Villacres Estrada, Marta García Salmones Frago, Paula Lavandera Verdura, Paula María Aldama Marín, Esther Lueje Alonso

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Tabla I. Datos demográficos y clínicos

	Total	Mujeres	Hombres
Edad, años	81,6	82,76	75,44
Sexo, n (%)	32 (100)	25 (78)	7 (22)
Diabetes, n (%)	18 (56,25)	16 (50)	2 (6,3)
Hipertensión arterial, n (%)	29 (90,7)	23 (71,9)	6 (18,8)
Dislipemia, n (%)	18 (56,3)	14 (43,8)	4 (12,5)
Índice de Charlson	2	2	3
Escala Barthel	60	50	100
Estancia	15,5	21	26
Mortalidad intrahospitalaria, n (%)	5 (15,7)	3 (9,4)	2 (6,3)
Mortalidad a final de seguimiento, n (%)	13 (43)	10 (33,3)	3 (10)

**Introducción:** la desnutrición es un problema prevalente y subestimado en la población geriátrica institucionalizada. En España, diversos estudios señalan que entre el 30-50 % de los residentes en centros sociosanitarios presentan algún grado de malnutrición o en riesgo de padecerla.

**Objetivos:** nuestro objetivo es evaluar el estado nutricional de los residentes institucionalizados en el área sanitaria del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y analizar el impacto de una intervención nutricional individualizada.

**Material y métodos:** estudio transversal, observacional y descriptivo. Se visitaron 14 residencias del área sanitaria pertenecientes al citado hospital. Se estableció como criterio de inclusión aquellos residentes que presentaban alguna característica indicativa de posible riesgo nutricional como ingesta reducida, pérdida de peso o marcadores analíticos alterados. Se realizaron dos visitas (primera valoración nutricional y seguimiento a los 3 meses). Para el diagnóstico de la desnutrición se han empleado el cribado MNA-SF y los criterios GLIM. En el caso que el residente no presentara diagnóstico de desnutrición, se realizó consejo dietético con supervisión de las ingestas. En aquellos pacientes con diagnóstico de desnutrición, se realizó consejo dietético y prescripción de suplementación nutricional oral (SON).

**Resultados y conclusión:** se analizaron un total de 137 residentes. Aquellos que recibieron intervención nutricional completa (consejo dietético + SNO), presentaron un aumento de peso significativo frente a los que solamente recibieron consejo dietético (+2,5 kg frente a 1,5 kg, respectivamente). Presentaron, además, mejoras en proteínas totales y albúmina de forma significativa. También hubo una clara mejoría para la medida de fuerza de prensión de la mano (*handgrip*), donde cerca del 80 % de los residentes que se beneficiaron de la intervención nutricional completa presentaron un aumento en el *handgrip* de un 1,2 kg frente a los no intervenidos (-1,1 kg) (Fig. 1). En conclusión, este estudio pone de manifiesto la importancia de las intervenciones nutricionales estructuradas para mejorar el estado nutricional y funcional de pacientes geriátricos institucionalizados.

## P-014. Correlación entre indicadores urinarios de deshidratación en personas mayores institucionalizadas

Cristina Vallès-Carvajal<sup>1,2</sup>, Carla Camí<sup>1,2</sup>, Eva Barallat-Gimeno<sup>1,2</sup>, Olga Masot<sup>1,2</sup>, Jèssica Miranda<sup>1,3</sup>, Elena Paraiso<sup>1,2</sup>, Laia Selva-Pareja<sup>1,2</sup>, Rosa Alzuria<sup>1,2</sup>, Teresa Botigüé<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida. Lleida. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Educación para la Salud, Enfermería, Sostenibilidad e Innovación (GREIS). Universidad de Lleida e Instituto de Investigación Biomédica. Lleida. <sup>3</sup>Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital Universitario Santa María. Lleida

**Introducción:** no existen parámetros ampliamente aceptados para evaluar la deshidratación en personas mayores institucionalizadas. Disponer de indicadores no invasivos y de fácil evaluación podría facilitar la detección de este síndrome geriátrico, que se encuentra infradiagnosticado en la actualidad.

**Objetivos:** analizar la correlación entre distintos indicadores urinarios de deshidratación en personas mayores institucionalizadas.

**Material y métodos:** estudio descriptivo transversal en un centro residencial de Lleida. Los indicadores urinarios analizados fueron: la osmolalidad determinada mediante un análisis de laboratorio, la densidad mediante una tira reactiva de orina y el color con la escala de Armstrong. Se realizaron análisis de correlación, con una significación estadística aceptada de  $p < 0,05$ .

**Resultados y conclusión:** la muestra total fue de 57 residentes, con una media de edad de 85,2 años (DE  $\pm 7,5$ ) y siendo mujeres el 61,4 %. La media de la osmolalidad en orina fue de 464,0 mOsm/kg, la de la densidad urinaria de 1016,9 g/mL y la puntuación media del color de la orina de 3,3. Según los puntos de corte para deshidratación, el 18,3 % de los participantes presentaron una osmolalidad superior a 900 mOsm/kg, el 20,8 % una densidad superior a 1030 g/mL y, según el color, el 21,9 % estaban deshidratados (puntuaciones entre 4 y 6) y el 3,5 % severamente deshidratados (puntuaciones entre 7 y 8). La osmolalidad se correlacionó significativamente con la densidad ( $p < 0,001$ ) y con el color ( $p < 0,001$ ). La deshidratación osciló

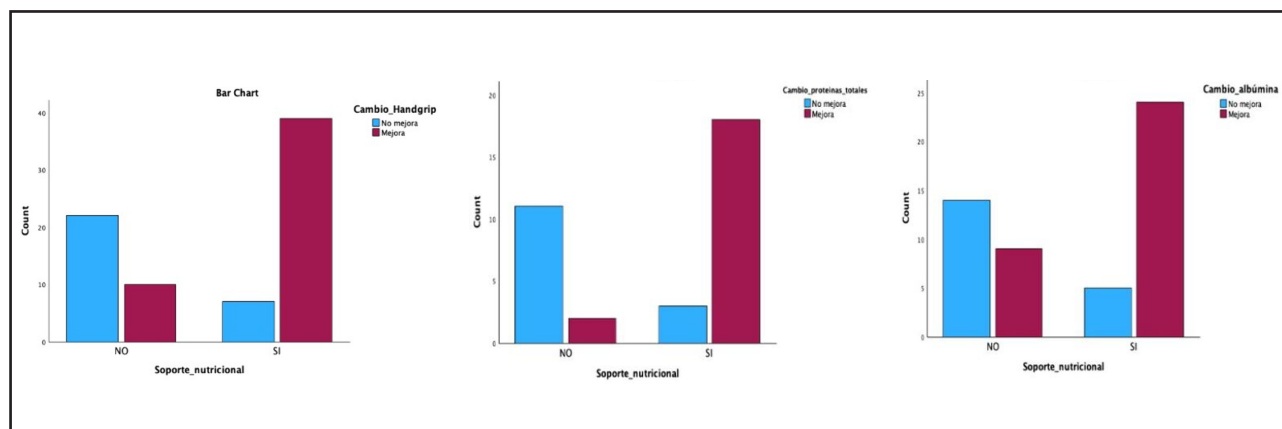


Figura 1.

entre el 18-26 % según el indicador urinario utilizado. La correlación significativa entre la osmolalidad urinaria determinada mediante análisis de laboratorio y la densidad urinaria evaluada con una tira reactiva de orina y el color de la orina clasificado según la escala de Armstrong sugiere que no es necesario realizar análisis de laboratorio. Sería suficiente con utilizar métodos rutinarios y no invasivos para detectar la deshidratación en los residentes.

#### **P-015. Prevalencia y síndromes geriátricos asociados a la desnutrición en personas mayores institucionalizadas**

Cristina Vallès-Carvajal<sup>1,2</sup>, Carla Camí<sup>1,2</sup>, Eva Barallat-Gimeno<sup>1,2</sup>, Olga Masot<sup>1,2</sup>, Jèssica Miranda<sup>1,3</sup>, Elena Paraiso<sup>1,2</sup>, Laia Selva-Pareja<sup>1,2</sup>, Rosa Alzuria<sup>1,2</sup>, Teresa Botigué<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida. Lleida. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Educación para la Salud, Enfermería, Sostenibilidad e Innovación (GREIS). Universidad de Lleida e Instituto de Investigación Biomédica. Lleida. <sup>3</sup>Gestió de Serveis Sanitaris. Hospital Universitari de Santa Maria. Lleida

**Introducción:** la desnutrición es un problema común en las personas mayores institucionalizadas. La identificación de los síndromes geriátricos relacionados con esta problemática puede facilitar un abordaje más eficaz y contribuir a la prevención de sus complicaciones.

**Objetivos:** determinar la prevalencia de desnutrición y los síndromes geriátricos asociados a ella en las personas mayores institucionalizadas en la residencia Balàfia II de Lleida (España).

**Material y métodos:** estudio descriptivo transversal. El estado nutricional se midió con el MNA-SF. Los síndromes geriátricos evaluados fueron el deterioro cognitivo (MEC), la dependencia funcional (Índice de Barthel), las lesiones relacionadas con la dependencia (a través de su riesgo, Escala de Braden) y la presencia de disfagia (MECV-V). Se realizaron análisis descriptivos y bivariados ( $p < 0,05$ ).

**Resultados y conclusión:** la muestra incluyó 57 residentes, de los cuales el 61,4 % eran mujeres, con una media de edad de 85,2 años ( $DE \pm 7,6$ ). La prevalencia de desnutrición fue del 19,6 % y el riesgo de padecerla ascendió al 66,1 %. El 70,2 % de los residentes tenía deterioro cognitivo, el 59,6 % una alta dependencia funcional, el 82,5 % riesgo de lesiones relacionadas con la dependencia y el 33,3 % disfagia. Los síndromes geriátricos que se asociaron significativamente a la desnutrición fueron la dependencia funcional ( $p = 0,050$ ) y el tener disfagia ( $p = 0,042$ ). Esta investigación pone de manifiesto la magnitud de la desnutrición y su riesgo en las personas mayores institucionalizadas en residencias asistidas, destacando además la elevada prevalencia de los síndromes geriátricos en este nivel asistencial. La identificación de dichos síndromes relacionados con la desnutrición permite identificar a los residentes con mayor riesgo de desarrollarla. En particular, se debe prestar especial atención a los residentes con dependencia funcional y disfagia, dado su elevado riesgo de desnutrición. Estos hallazgos contribuyen a profundizar en el conocimiento de la desnutrición en personas mayores institucionalizadas, favoreciendo un abordaje más eficaz y preventivo.

## EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE NUTRICIÓN

### **P-016. Variabilidad de la prevalencia de desnutrición según la técnica empleada para la determinación de la masa muscular en pacientes con cáncer de cabeza y cuello**

Blanca Alabadi Pardiñes<sup>1</sup>, Clàudia Monrós Peris<sup>1</sup>, Míriam Moriana Hernández<sup>2</sup>, Clara Espinosa Bellido<sup>2</sup>, Ning Yun Wu Xiong<sup>2</sup>, Miguel Civera Andrés<sup>2</sup>, José Tomás Real Collado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. INCLIVA. València. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de València. València

**Introducción:** los criterios GLIM proporcionan una definición de desnutrición aceptada universalmente en el ámbito clínico. Utilizan cinco criterios, dos etiológicos y tres fenotípicos para su diagnóstico y gravedad. Dentro de los criterios fenotípicos, encontramos la reducción de la masa muscular (MM), que puede determinarse mediante diferentes técnicas generando variabilidad en el diagnóstico.

**Objetivos:** comparar la prevalencia de desnutrición según los criterios GLIM utilizando dos técnicas distintas para el cálculo de la MM: la absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) y la circunferencia de pantorrilla (CP).

**Material y métodos:** estudio observacional en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años con patología oncológica de cabeza y cuello. La CP se midió en la parte más prominente del músculo gastrocnemio con el paciente sentado. Se consideró alterada cuando fue  $< 33$  cm en hombres y  $< 32$  cm en mujeres. Se utilizó el índice de masa magra apendicular (ALMI) como parámetro derivado de la DXA para determinar la MM. Se consideró alterada cuando fue  $< 7$  kg/m<sup>2</sup> en hombres y  $< 5,5$  kg/m<sup>2</sup> en mujeres.

**Resultados:** se incluyeron un total de 65 pacientes, 12 mujeres y 53 hombres, de  $61 \pm 10$  años de edad media y un índice de masa corporal (IMC)  $25,3 \pm 5,5$  kg/m<sup>2</sup>. El 60 % de los pacientes presentaban baja MM según DXA y el 35,4 % presentaban baja MM según CP. En la tabla I se describe la prevalencia de desnutrición obtenida. Prevalencia de desnutrición según los criterios GLIM utilizando técnicas distintas para el cálculo de la masa muscular.

**Conclusión:** el uso de la circunferencia de pantorrilla para evaluar la MM infraestima la prevalencia de desnutrición. Estas diferencias subrayan la importancia de seleccionar el método adecuado para un diagnóstico preciso de la desnutrición.

**Tabla I.**

	Sin desnutrición	Desnutrición
Según DXA	19 (29,2)	46 (70,8)
Según CP	28 (43,1)	37 (56,9)

Datos mostrados en n (%);  $p < 0,005$ .

### **P-017. Perfil de metabolitos plasmáticos asociado a deficiencia de vitamina D en el estudio UK-Biobank**

Ángela Alcalá-Santiago, Belén García-Villanova, María Dolores Ruiz López, Celia Rodríguez-Pérez, Eduardo Casas-Albertos, Esther Molina Montes

*Departamento de Nutrición y Bromatología. Universidad de Granada. Granada*

**Introducción:** los lípidos sanguíneos y otros metabolitos son marcadores de la salud actual y del riesgo de enfermedades futuras. Del mismo modo, la deficiencia en los niveles de vitamina D (VD) se ha asociado con numerosos problemas de salud. Algunos marcadores podrían relacionarse con esta condición.

**Objetivos:** identificar metabolitos plasmáticos con potencial para predecir deficiencia de VD y metabolitos correlacionados con niveles bajos de VD.

**Material y métodos:** se analizaron datos de 13,450 sujetos de UK Biobank con información sobre 249 metabolitos: lipoproteínas, ácidos grasos, aminoácidos, cetonas y metabolitos de glucólisis. Además, se consideraron varios marcadores clínicos de inflamación y del estado nutricional. Para identificar una firma de metabolitos asociada a deficiencia de VD, se emplearon modelos de regresión logística clásicos y el algoritmo LASSO (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator). La optimización de este modelo se realizó mediante técnicas de validación cruzada, dividiendo el conjunto de datos en un set de entrenamiento (70 %) y un set de prueba (30 %). Se fijó el parámetro  $\alpha = 1$  y el  $\lambda = 0,0003$ . El nivel de significación se estableció en 5 %. La capacidad discriminativa de los modelos fue evaluada a través del área bajo la curva (AUC).

**Resultados y conclusión:** en el modelo clásico para deficiencia de VD (no versus sí), se identificaron varias variables asociadas significativamente con esta condición ( $p < 0,05$ ): albúmina, lipoproteínas-HDL, colesterol libre, glucosa, fenilalanina, fosfolípidos y triglicéridos. Entre ellas, el metabolito de glucosa fue el más significativamente correlacionado con deficiencia de VD ( $p = 0,0006$ ). El AUC de este modelo alcanzó un 63 %. En el modelo LASSO, se seleccionaron 63 metabolitos, destacando: alanina, albúmina, colesterol-LDL, VLDL y HDL, ácido docosahexaenoico, glucosa, isoleucina, leucina, linoleico, fosfatidilcolinas, fosfolípidos, ácidos grasos saturados y triglicéridos. El AUC de este modelo fue del 73 %, mostrando una mejora en la precisión y corrección del sobreajuste. En conclusión, un conjunto de metabolitos plasmáticos podría servir como marcadores de deficiencia de VD.

### **P-018. Identifying geographical heterogeneity in associations between under-five child nutritional status and its correlates across indian districts: findings from the 2019-21 national family health survey**

Monirujjaman Biswas

*Jawaharlal Nehru University (JNU). New Delhi, India*

**Introduction:** India has substantially reduced the burden of under-five child malnutrition over the last two decades. Despite this, it is still gigantic and differs remarkably across districts, while the demographic and socio-economic groups are most affected by it.

**Objetivos:** this paper aimed to decrypt the place-specific spatial dependence and heterogeneity in associations between district-level nutritional status (stunting, wasting and under-weight) and its considered correlates using a geocoded database for all 707 Indian districts from the latest fourth wave of the National Family Health Survey, 2019-21.

**Material and methods:** univariate Moran's I and LISA statistics were used to confirm the spatial clustering and dependence in under-five nutritional status. The Ordinary Least Square (OLS), Geographically Weighted Regression (GWR), Spatial (lag/error) models were employed to examine the effects of correlates on the district-level nutritional status.

**Results and conclusion:** the mean (Moran's I) district-level stunting, wasting and underweight were 36 % (0.634), 19 % (0.488) and 32 % (0.721), respectively. The GWR results disclosed that the spatial heterogeneity in relationships between district-level nutritional status and its driving forces were strongly location-based, altering their direction, magnitude and strength across districts. Overall, the localized model performed better, and best fit the data than the OLS and spatial (lag/error) models. This nationwide study confirmed that the spatial dependencies and heterogeneities in the district-level nutritional status indicators were strongly explained by a multitude of factors and thus can help policymakers in formulating effective nutrition-specific programmatic interventions to speed up the coverage of under-five malnutrition status in most priority districts and geographical hot spots across India.

### **P-019. Estudio exploratorio de patrones dietéticos en personas veganas, vegetarianas y omnívoras mediante análisis de componentes principales (PCA)**

Eduardo Casas-Albertos<sup>1,3</sup>, Ángela Alcalá-Santiago<sup>1,3</sup>, María Reina-Borrego<sup>3</sup>, Noelia María Rodríguez-Martin<sup>4</sup>, Celia Rodríguez-Pérez<sup>1,3</sup>, María Dolores Ruiz López<sup>1,3</sup>, Belén García Villanova Ruiz<sup>3</sup>, Esther Molina Montes<sup>1,2,3,5</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix Verdú (INYTA). Granada. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA. Granada. <sup>3</sup>Departamento de Nutrición y Bromatología. Universidad de Granada. Granada. <sup>4</sup>Proteínas Vegetales. Instituto de la Grasa. Sevilla. <sup>5</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública. CIBERESP. Madrid

**Introducción:** en la última década, las dietas basadas en alimentos vegetales han alcanzado una prevalencia del 10-15 % en España. Por ello, es necesario caracterizar las dietas no-omnívoras comunes y analizar sus patrones dietéticos.

**Objetivos:** explorar hábitos y patrones dietéticos de personas que se definen veganas, vegetarianas u omnívoras.

**Material y métodos:** estudio transversal basado en datos del estudio OMIVECA mediante un cuestionario de frecuencia

de consumo de alimentos de 175 ítems. Se transformaron las cantidades en gramos/día (g/d) y se ajustaron por ingesta calórica total. Los alimentos se agruparon en 28 grupos y se comparó la ingesta según el tipo de dieta declarada mediante ANOVA (nivel de significación: 5 %). Un análisis de componentes principales (PCA) exploró patrones dietéticos independientemente del tipo de dieta declarada. Los patrones de dieta se caracterizaron en base a las cargas factoriales de cada componente ( $> \pm 0,2$ ).

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 596 participantes (72,8 % mujeres, edad media:  $25,8 \pm 8$  años); 129 se declararon veganos/vegetarianos. El consumo diario de verduras, setas y patatas fue mayor en los grupos no-omnívoros ( $> 450$  g/d), comparado con los omnívoros ( $p < 0,001$ ). Los veganos declararon consumir menos ( $p < 0,001$ ) platos preparados (35 g/d) que el resto ( $> 50$  g/d). En el PCA, se identificó un patrón de dieta característico de la dieta vegana (varianza explicada: 15,2 %), conformado por: lácteos (-0,25), carnes y derivados (-0,32), pescados (-0,22), verduras, setas y patatas (0,24), legumbres (0,26), proteína vegetal (0,35) y bebidas vegetales (0,30). El segundo patrón, asociado a dieta vegetariana saludable, representó el 7,1 % de la varianza: huevos (0,26), pescados (0,22), frutas (0,26), cereales integrales (0,29), bollería (-0,31), alimentos preparados (-0,33), salsas (-0,32). Otros dos patrones se asociaron a dieta vegetal no saludable y dieta omnívora, siendo la varianza total explicada del 33 %. Resultados preliminares del estudio OMIVECA revelan diferencias significativas en los hábitos alimentarios entre omnívoros, vegetarianos y veganos, más allá de la exclusión de alimentos de origen animal.

#### **P-020. Life's simple 7 score y su asociación con los parámetros de calidad espermática en hombres en edad reproductiva: evidencia de la cohorte del estudio Led-Fertyl**

Estefanía Dávila Córdova<sup>1</sup>, Albert Salas-Huetos<sup>2</sup>, María Fernández de la Puente<sup>1</sup>, Carla Ramos-Rodríguez<sup>2</sup>, María Ángeles Martínez<sup>1</sup>, Silvia Canudas<sup>3</sup>, Michelle M. Murphy<sup>2</sup>, Montse Marquès<sup>4</sup>, Jordi Salas-Salvadó<sup>1</sup>, Nancy Babio Sánchez<sup>1</sup>

*Departamentos de <sup>1</sup>Bioquímica y Biotecnología y de <sup>2</sup>Ciencias Médicas Básicas. Facultat de Medicina y Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili. Reus, Tarragona. <sup>3</sup>Departament de Nutrició, Ciències de la Alimentació i Gastronomia. Facultat de Farmàcia i Ciència de la Alimentació. Universitat de Barcelona. Barcelona. <sup>4</sup>Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques. Laboratori de toxicologia i Salut Ambiental. Centre de Tecnologia Ambiental, Alimentària i Toxicològica (Tecnatox). Universitat Rovira i Virgili. Reus, Tarragona*

**Introducción:** varios factores de estilo de vida y de riesgo cardiovascular podrían afectar a la calidad espermática, pero la evidencia científica en hombres es limitada.

**Objetivos:** evaluar la asociación entre la puntuación Life's Simple 7 (LS7) y los parámetros de calidad espermática en hombres sanos en edad reproductiva.

**Material y métodos:** se realizó un análisis transversal con datos de 197 participantes del estudio Led-Fertyl. Se evaluó

el *score* LS7 de la American Heart Association, que incluye 4 factores de estilo de vida (índice de masa corporal, actividad física, dieta mediterránea y tabaquismo) y 3 parámetros de salud cardiovascular (colesterol total, presión arterial y glucemia). Los parámetros de calidad espermática (recuento, concentración, vitalidad, motilidad y morfología) fueron los resultados principales del estudio. Se usaron modelos de regresión multivariable para evaluar las asociaciones entre LS7 (terciles y continuas) y la calidad espermática, ajustando por posibles factores de confusión.

**Resultados y conclusión:** en comparación con el tercil más bajo, los hombres en el tercil más alto de LS7 mostraron un mayor recuento ( $\beta = 2,0$ ; IC 95 %: 0,1-3,9), concentración espermática ( $\beta = 1,7$ ; IC 95 %: 0,6-2,7), vitalidad ( $\beta = 0,2$ ; IC 95 %: 0,0-0,5) y motilidad progresiva ( $\beta = 6,2$ ; IC 95 %: 0,2-12,1). Cada aumento de 1 punto en LS7 se asoció positivamente con el recuento total de espermatozoides ( $\beta = 0,7$ ; IC 95 %: 0,0-1,3) y la concentración espermática ( $\beta = 0,5$ ; IC 95 %: 0,1-0,8). Además, los participantes del tercil más alto de LS7 tenían un 60 % menos de probabilidad de tener un seminograma anormal (OR: 0,4; IC 95 %: 0,2-0,9). Los resultados sugieren que una mayor adherencia al LS7 *score* se asocia con mejoras significativas en varios parámetros de calidad espermática y un menor riesgo de presentar un seminograma anormal. Estos hallazgos destacan la importancia de un estilo de vida saludable para mejorar la fertilidad masculina.

#### **P-021. Evaluación de la calidad de prescripción de una nueva nutrición parenteral tricameral (Finomel®) en pacientes no críticos en un hospital de tercer nivel**

Belén del Arco Romualdo<sup>1</sup>, Alejandro García Puche<sup>1</sup>, María José Tapia Guerrero<sup>2</sup>, María José Vallejo Herrera<sup>2</sup>, Carmen Bautista Recio<sup>1</sup>, Begoña Bermúdez Cano<sup>1</sup>, Natalia Rodríguez Colomo<sup>3</sup>, Rosario Vallejo Mora<sup>3</sup>, Gabriel Oliveira Fuster<sup>3</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Nutrición y <sup>2</sup>Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>3</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga*

**Introducción:** la nutrición parenteral tricameral hipocalórica pueden ser una opción de inicio en determinadas situaciones clínicas. En nuestro hospital, en marzo 2024, se introdujo FINOMEL®.

**Objetivos:** valorar la calidad de la prescripción de FINOMEL en nuestro hospital durante los primeros 6 meses tras su incorporación. Identificar posibles errores en su empleo.

**Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, de práctica clínica en pacientes ingresados en el HRU de Málaga con uso de FINOMEL® (prescrito por cualquier facultativo hospitalario) en pacientes  $> 14$  años. Se excluyeron pacientes en UCI y gestantes. Se solicitó Consentimiento informado.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 175 sujetos: 62 con indicación inicial por Endocrinología y Nutrición (EyN), 97 por Cirugía General (CG) y 16 por otros servicios. El 98,9 % tenía la prescripción informatizada. Un 17,8 % no tenían prescritas glucemias capilares. El 34,5 % de las prescripciones fue  $> 48$  horas

(déficit de requerimientos nutricionales. Analíticamente, un 8 % no tenían albúmina solicitada en las primeras 48 horas y hasta un 36,8 % no tenían ionograma completo. Durante el seguimiento, 42 % tuvieron hipopotasemia y un 23 % hipofosfatemia. Veinticinco pacientes no tenían fosfato solicitado. Duración media =  $1,9 \pm 2,2$  días. Al comparar por grupos, se encontró  $p < 0,05$  para todas las variables. En el grupo de CG: 28,9 % no tenían glucemias capilares, 46,4 % no alcanzó requerimientos nutricionales, 13,4 % no tenían albúmina previa, 57,7 % no tenían ionograma completo, el 46,4 % tuvo hipopotasemia, el 41,2 % tuvo hipofosfatemia (no solicitada en un 37,5 %). Duración media =  $3,8 \pm 2,5$  días. En general la prescripción de FINOMEL® ha sido correcta, aunque es necesario mejorar la formación en relación al número de días, realización de GC y analítica para detectar precozmente síndrome de realimentación.

### **P-022. Evaluación del riesgo nutricional mediante cribado nutricional y valoración morfofuncional en pacientes que reciben radioterapia**

Carmen Florensa Vicente<sup>1,2</sup>, Gloria Sánchez Naranjo<sup>3</sup>, Fernando García Luque<sup>3</sup>, María Maíz Jiménez<sup>1,2</sup>, M.ª Ángeles Pérez Escutia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética y <sup>3</sup>Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**Introducción:** los pacientes en tratamiento con radioterapia son más susceptibles a padecer desnutrición. Además, pueden presentar alteraciones metabólicas y procesos inflamatorios que alteran la composición corporal, la calidad de vida y pronóstico.

**Objetivos:** evaluar el riesgo de desnutrición, sarcopenia y valoración morfofuncional en pacientes que son sometidos a radioterapia.

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en el contexto de práctica clínica habitual en pacientes que reciben radioterapia en riesgo de desnutrición durante 3 meses. Se analizaron: cribado nutricional mediante Malnutrition Screening Tool (MST), MNA, VGS, GLIM, exploración física (peso, TALLA, IMC, SARC-F) y valoración morfofuncional (bioimpedancia (BIA), TUG, dinamometría, medidas antropométricas). Estadística descriptiva e inferencial. De forma basal se realiza el cribado nutricional mediante MST a 477 pacientes que comienzan tratamiento con radioterapia. Según resultados, si MST 1-2 se realiza una valoración telefónica para determinar seguimiento. Si MST > 2, se realiza una valoración nutricional completa (exploración física y valoración morfofuncional) y se ajusta consejo dietético  $\pm$  suplementos nutricionales orales y actividad física según necesidades. Posteriormente, se realiza un seguimiento para ver los resultados obtenidos durante y tras la intervención.

**Resultados:** de los 477, 173 (36,27 %) presentaron MST > 1 (49 MST > 2). Finalmente, 56 son valorados en consulta de Nutrición. En la primera valoración en consulta 51 presentan peso

y masa muscular disminuidos (91,07 %), resultados del SARC-F muestran que 29 (51,79 %) presentan probable sarcopenia. Cuarenta y dos (75 %) ya recibían soporte nutricional. A mitad del tratamiento, el peso mejoró en el 55,36 % (31). Al final del mismo, se puede observar mejoría o mantenimiento de las variables antropométricas y a nivel morfofuncional en 49 pts (87,5 %).

**Conclusión:** el 36,27 % de los pacientes al inicio del tratamiento con radioterapia están en riesgo de desnutrición. Es crucial realizar un cribado nutricional que permita detectar este riesgo para intervenir precozmente con pauta dietética y actividad física.

### **P-023. Análisis de la actividad de interconsultas a nutrición en planta de hospitalización en un hospital de segundo nivel**

Carlos Gil Moreno<sup>1</sup>, José Emilio Soto Rojas<sup>2</sup>, Víctor Viedma Torres<sup>2</sup>, Irene Gonzalo Montesinos<sup>2</sup>, Soralla Civantos Modino<sup>2</sup>, María Jesús Esteban Gómez<sup>1</sup>, Alicia Moreno Borreguero<sup>2</sup>, Emilia Cancer Minchot<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Farmacia Hospitalaria y de <sup>2</sup>Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid

**Introducción:** las interconsultas que se cursan dirigidas a Nutrición se hacen desde otros servicios para que desde Nutrición se establezca la indicación y el tratamiento nutricional adecuados a cada paciente.

**Objetivos:** mediante este estudio se pretende conocer los servicios y las causas más demandantes de terapia nutricional y la actividad por parte del servicio de Endocrinología y Nutrición.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo de las interconsultas de pacientes hospitalizados en un hospital de segundo nivel a nutrición durante los años 2023 y 2024, diferenciando los que precisan nutrición parenteral (NP) o nutrición por vía enteral (NE), incluyendo en este grupo los suplementos nutricionales orales y las adecuaciones de texturas.

**Resultados y conclusión:** los resultados fueron muy similares, en 2023 hubo 1116 y en 2024 1189 interconsultas totales al servicio de endocrinología y nutrición, de las cuales 57 % fueron a Nutrición. Solicitud para NE 53 % frente NP, 47 % recibieron NE. El promedio de seguimiento total fue 14,51 días, NE: 12,47 días y NP: 16,84 días. Los servicios más demandantes para NP fueron: Cirugía General y Digestivo 62 %, Oncología 9 % y Digestivo 8,6 %, Medicina Interna 6,9 %. El motivo más solicitado para NP es la obstrucción intestinal tras cirugía o proceso neoplásicos con un 65 %, seguido de patologías digestivas con un 21 %. Y los servicios más demandantes para NE: Medicina Interna 28,8 %, Cirugía General y Digestivo 25,2 %, Oncología 12,1 %, Neurología 10,6 %, Otorrinolaringología 7,3 %, Digestivo 5,5 %. Concluyendo que la patología quirúrgica y oncológica representan 66 % de las indicaciones de NP en nuestro centro. El tiempo de seguimiento de los pacientes con NP es prolongado, especialmente en Cirugía y Oncología, en muchas ocasiones por la optimización del estado nutricional prequirúrgico. Respecto

a la NE, Medicina Interna y Cirugía son los que más reciben esta terapia. Cabe mencionar, además, mencionar la progresiva demanda de terapia nutricional en nuestro centro.

#### **P-024. Evaluación de métodos dietéticos para estimar la exposición a sustancias perfluoroalquiladas (PFAS) en relación con datos de biomonitorio en una población de alto riesgo cardiovascular**

Nadine Khoury<sup>1</sup>, Nancy Babio Sánchez<sup>1</sup>, María Ángeles Martínez<sup>1</sup>, Eleni Serafeim<sup>2</sup>, Danae Costopoulou<sup>2</sup>, Lucía Iglesias-Vázquez<sup>1</sup>, Leondios Leonidiadis<sup>2</sup>, Jordi Salas-Salvadó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Bioquímica y Biotecnología. Facultad de Medicina. Universitat Rovira i Virgili. Reus, Spain. <sup>2</sup>Mass Spectrometry and Dioxin Analysis Laboratory. INRASTES. NCSR Demokritos. Atenas, Grecia

**Introducción:** las sustancias per- y polifluoroalquiladas (PFAS) son compuestos químicos sintéticos utilizados por sus propiedades resistentes al agua y al aceite, siendo contaminantes persistentes en el ambiente. Entre los PFAS, el ácido perfluorooctano sulfonado (PFOS) destaca por su alta estabilidad, bioacumulación y biomagnificación, siendo un disruptor endocrino emergente. El principal canal de exposición humana al PFOS es la dieta, especialmente mediante productos de origen animal y agua. Debido a preocupaciones de salud, la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) ha reducido progresivamente los niveles semanales tolerables de ingesta (TWI) de PFOS. Sin embargo, no hay estudios que hayan validado la estimación de estas sustancias a través de la dieta.

**Objetivos:** este estudio transversal evaluó la validez de la estimación de la exposición dietética a PFOS utilizando cuestionarios de frecuencia alimentaria (FFQ) en comparación con concentraciones plasmáticas de PFOS en 196 participantes de la cohorte PREDIMED-Plus.

**Material y métodos:** la exposición dietética fue calculada con datos recientes de EFSA, teniendo en cuenta los límites inferiores (LB) y superiores (UB) para estimar rangos de exposición. Las muestras plasmáticas se analizaron mediante cromatografía líquida de ultra-alto rendimiento (UHPLC-ESI-MS/MS), confirmando alta fiabilidad y precisión.

**Resultados:** los resultados muestran una correlación positiva significativa entre la ingesta dietética estimada y las concentraciones plasmáticas de PFOS, validando el uso de FFQs como una herramienta práctica y no invasiva para evaluar la exposición. Los niveles plasmáticos de PFOS fueron significativamente mayores en el grupo de alta exposición dietética. Además, se observó concordancia entre los quintiles de ingesta dietética y concentraciones plasmáticas, aunque moderada, debido a variabilidad en las estimaciones dietéticas.

**Conclusión:** estos hallazgos refuerzan la utilidad de los FFQ en estudios epidemiológicos a gran escala como alternativa al monitoreo biológico, ayudando a identificar fuentes dietéticas clave y a guiar intervenciones para reducir la exposición al PFOS, un contaminante con riesgos potenciales para la salud pública.

#### **P-025. Riesgo de deshidratación y desequilibrio electrolítico por altas temperaturas en trabajadores agrícolas: un estudio longitudinal**

Ana Lavedán Santamaría<sup>1,2</sup>, Tània Cemeli<sup>2</sup>, Anna Espart<sup>1,2</sup>, Glòria Tort-Nasarre<sup>2</sup>, Carme Campoy<sup>2</sup>, Montserrat Sanromà-Ortiz<sup>2</sup>, Laia Selva<sup>2</sup>, Elena Paraíso<sup>2</sup>, Rosa Alzuria<sup>2</sup>, Judith Roca<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Educación para la Salud, Enfermería, Sostenibilidad e Innovación. Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida). Lleida. <sup>2</sup>Facultat D'infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida. Lleida

**Introducción:** los trabajadores agrícolas temporales están expuestos a condiciones ambientales extremas, especialmente durante los meses más cálidos del año. La combinación de trabajo físico extenuante y altas temperaturas incrementa el riesgo de deshidratación, un estado en el que el cuerpo pierde más líquidos de los que ingiere. La deshidratación puede llevar a desequilibrios electrolíticos, como la pérdida de sodio y potasio, esenciales para el funcionamiento normal de los músculos y los nervios, con consecuencias graves para la salud.

**Objetivos:** este estudio examina el riesgo potencial de deshidratación debido al trabajo al aire libre en altas temperaturas, específicamente la pérdida de sodio y potasio, y su relación con la pérdida de sudor y la presión arterial, considerando la variabilidad fisiológica individual.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional longitudinal entre trabajadores agrícolas temporales en Lleida. Se midieron en tiempo real parámetros de salud: pérdida de peso, sodio, potasio, presión arterial y frecuencia cardíaca, durante los turnos de trabajo. Se utilizaron modelos mixtos para analizar el impacto de la temperatura, la actividad física y los factores individuales en la deshidratación.

**Resultados y conclusión:** el estudio reveló que las altas temperaturas influyeron de manera variable en los parámetros medidos. Los participantes experimentaron deshidratación leve por pérdida de peso (49,2 %) y moderada por pérdida de sodio (72,6 %). Se encontraron correlaciones significativas entre niveles de sodio y potasio ( $r = 0,885, p < 0,001$ ), correlaciones negativas entre temperatura corporal y pérdida de sudor ( $r = -0,254, p < 0,046$ ), y correlaciones positivas entre presión arterial sistólica y frecuencia cardíaca ( $r = 0,576, p < 0,016$ ). Esto subraya la necesidad urgente de medidas preventivas, como proporcionar acceso a agua fresca y sombra, y educar a los trabajadores sobre los riesgos de exposición al calor para mejorar su salud y bienestar; así como diseñar y evaluar fórmulas personalizadas para evitar o mitigar la deshidratación.

#### **P-026. Impacto de la interconsulta a la Unidad de Nutrición: análisis de parámetros antropométricos, diagnósticos médicos, nutricionales y evolución al alta hospitalaria**

Christian Mañas Ortiz<sup>1</sup>, Jessica Ruiz Berjaga<sup>2</sup>, Ana Artero Fullana<sup>2</sup>, Ana Jiménez Portilla<sup>1</sup>, Cintia González Blanco<sup>1</sup>, Loreto Fernández Salvago<sup>1</sup>, Carlos Sánchez Juan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Nutrición. Consorcio Hospital General de València. València. <sup>2</sup>Consorcio Hospital General de València. València



**Introducción:** la desnutrición en pacientes hospitalizados impacta negativamente aumentando la morbilidad, la estancia hospitalaria y los costes sanitarios. Las interconsultas a unidades de nutrición son clave para identificar diagnósticos y aplicar tratamientos personalizados. La documentación clínica adecuada es fundamental para identificar diagnósticos nutricionales y médicos, y mejorar la calidad asistencial. La evidencia científica demuestra que un registro preciso y sistemático facilita intervenciones nutricionales oportunas, optimizando los resultados clínicos y reduciendo complicaciones.

**Objetivos:** identificar los principales diagnósticos nutricionales de pacientes hospitalizados vistos por la unidad de nutrición. Como objetivos secundarios, pretendemos cuantificar los diagnósticos médicos, así como identificar tratamientos médico-nutricionales y las recomendaciones nutricionales al alta.

**Material y métodos:** análisis observacional transversal de 66 pacientes entre julio y diciembre de 2024. Se recogieron datos de: diagnósticos médicos, nutricionales, tratamientos médicos-nutricionales durante el ingreso, recomendaciones nutricionales y tratamientos médicos prescritos al alta. Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos usando el programa SPSS v.28

**Resultados:** se analizaron 66 pacientes hospitalizados con interconsulta a la unidad de nutrición en los últimos cinco meses. La media de peso fue  $68,5 \pm 12,3$  kg y la media de peso habitual  $72,1 \pm 10,5$  kg, con una pérdida de peso promedio del  $5,0 \% \pm 3,2 \%$ . Se identificaron 54 diagnósticos médicos, siendo más prevalentes EPOC grave (2), ICC descompensada y neumonía adquirida en la comunidad. En diagnósticos nutricionales, predominó la desnutrición moderada (DRE E44.0) (23 casos), disfagia neurógena (R13.19) (15) y desnutrición grave (E43) (17). En la mayoría de los casos se entregaron recomendaciones dietéticas adaptadas y suplementos nutricionales orales como tratamiento médico-nutricional.

**Conclusión:** el análisis de interconsultas hospitalarias muestra alta prevalencia de desnutrición y disfagia, destacando la importancia del manejo nutricional integral y sistemático. La falta de registros completos sobre actuaciones médico-nutricionales durante la hospitalización destaca la necesidad de mejorar la documentación clínica.

#### **P-027. Asociación entre consumo de alimentos ultraprocesados y ansiedad en estudiantes universitarios**

Carlos Alexis Marín Vilches, Samir Adrián Amaya Nizama, Adriana Ganoza Sánchez, Aixa Fabiana Gil Sipirán, Valeria Carolina Luna Victoria, Carlo-magno Roncal Rodríguez

*La Libertad. Universidad César Vallejo. Trujillo, Perú*

**Introducción:** el consumo de alimentos ultraprocesados está relacionado con diversos problemas de salud, tanto físicos como mentales. Estos alimentos, caracterizados por su bajo valor nutricional y alto contenido en azúcares y grasas, han sido vinculados con trastornos metabólicos y un mayor riesgo de ansiedad y depresión. Estudiantes universitarios, debido a sus altos niveles

de estrés y sus hábitos alimenticios, son particularmente susceptibles a los efectos negativos de estos productos.

**Objetivos:** el estudio analizó la relación entre el consumo de alimentos ultraprocesados (UPF) y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios durante 2024, explorando cómo diferentes dimensiones de los productos ultraprocesados se asocian con la ansiedad.

**Material y métodos:** el estudio, analizó la relación entre el consumo de alimentos ultraprocesados (UPF) y los niveles de ansiedad en estudiantes universitarios, utilizando un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional. Para ello, se emplearon cuestionarios validados que midieron la ingesta de UPF (según el sistema NOVA) y los niveles de ansiedad (STAI y DASS-21).

**Resultados y conclusión:** los resultados no mostraron significancia estadística, con coeficientes bajos y valores de  $p > 0,05$  en todas las dimensiones evaluadas (snacks, almidones, bebidas azucaradas y alimentos de origen animal). Esto indica que, en la muestra estudiada, no existe una relación directa entre el consumo de UPF y la ansiedad. Los hallazgos sugieren que otros factores, como el contexto socioeconómico o la frecuencia de consumo, podrían influir más en los niveles de ansiedad, destacando la necesidad de investigaciones futuras.

#### **P-028. Efecto del estado de hidratación en la evaluación de la masa grasa en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada**

Ángel Nogueira Pérez<sup>1</sup>, Gloria Antón Pérez<sup>1</sup>, Gloria González Lázaro<sup>2</sup>, Guillermina Barril Cuadrado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Nefrología. Avericum. Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>2</sup>Universidad San Pablo CEU. Madrid. <sup>3</sup>Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid

**Introducción:** la obesidad se define como una "excesiva acumulación de energía en forma de grasa", ( $> 33 \%$  en mujeres;  $> 25 \%$  en hombres). Es un importante factor de riesgo en enfermedad renal crónica (ERC). Uno de los más utilizados para determinar la masa grasa (MG), es la bioimpedancia. En ERC puede existir hiperhidratación, viéndose afectada la medida, de ahí la necesidad de utilizar otros métodos más complejos (DEXA) La fórmula de la masa grasa relativa (RFM) de Woolcott & Bergman, puede ser una herramienta a tener en cuenta, ya que esta validada y contrastada con diferentes métodos de referencia.

**Objetivos:** determinar el %MG utilizando la fórmula de RFM en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

**Material y métodos:** se evaluaron 225 pacientes con ERCA, con bioimpedancia monofrecuencia y una valoración antropométrica para obtener la estimación de la masa grasa mediante la fórmula:  $RFM = 64 - [20 \times (\text{altura (m)} / \text{circunferencia-cintura (m)})] + [12 \times \text{sexo (0 hombres - 1 mujeres)}]$ .

**Resultados:** un 65,8 % fueron hombres, la edad:  $70,65 \pm 11,97$ , siendo mayor en mujeres (hombres:  $75,87 \pm 5,86$ ; mujeres:  $78,87 \pm 7,08$ ;  $p = n.s.$ ). La media del RFM

fue de  $34,49 \pm 6,93$  % (hombres:  $30,61 \pm 3,63$  %; mujeres:  $41,84 \pm 5,63$  %;  $p < 0,001$ ). Con bioimpedancia la media del % MG fue de  $31,22 \pm 9,02$  % (hombres:  $28,77 \pm 7,65$  %; mujeres:  $35,94 \pm 9,62$  %;  $p < 0,001$ ). Encontramos correlación directa entre la RFM y % MG ( $r: 0,672$ ;  $p < 0,001$ ). Encontramos discrepancia en un 29,6 % de los pacientes que presentaban un % MG por debajo de 25 % en hombres, y del 33 % en mujeres, pero que por RFM presentaban un % MG mayor, observando que ese grupo de pacientes presentaban un estado de hiperhidratación (% ACT:  $59,30 \pm 5,80$  %). Al realizar el estudio de concordancia, sin este grupo de pacientes, obtuvimos una valor de Kappa de 0,893;  $p < 0,001$ ; y un coeficiente de correlación intraclase de 0,762;  $p < 0,001$ .

**Conclusión:** la hiperhidratación afecta al resultado en la estimación del porcentaje de grasa corporal con bioimpedancia, por ello el paciente debe estar normohidratado o próximo a la normohidratación, la formula RFM puede utilizarse para la determinación de la MG ya que no va a verse afectada por el estado de hidratación.

#### **P-029. Impacto del riesgo nutricional y la DRE por 4 test, criterios ESPEN (CE) y parámetros antropométricos en la mortalidad global a 3 y 9 años**

Josefina Olivares<sup>1,2</sup>, María Pilar Sanchis Cortés<sup>1,3</sup>, Luisa Ayala<sup>4</sup>, M.<sup>a</sup> José Muñiz<sup>4</sup>, Lluís Masmiquel<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa). Palma. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Son Espases. Palma. <sup>3</sup>Departamento de Bioquímica. Universitat de les Illes Balears. Palma. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma

**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 la mortalidad si bien, no hay estudios en poblaciones mixtas a muy largo plazo.

**Objetivos:** analizar el impacto del RN y DRE a las 24-48h del ingreso sobre la mortalidad a 3 y 9 años

**Material y métodos:** realizamos un estudio prospectivo en 522 pacientes utilizando 4 test (NRS-2002, MNA-SF, MUST, VSG), el 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<sup>2</sup>, el parámetro combinado pp-IMC ponderado por edad [ppiMCedad]) mediante las curvas de Kaplan-meier y la regresión de Cox controlando por edad, sexo, comorbilidades, áreas de hospitalización y reingresos el 1.º año.

**Resultados y conclusión:** la mortalidad a los 3 años fue del 16,12 % y 30,71 % a los 9 años. Solo el RN "por algún test" se asocia a un aumento significativo de la mortalidad a los 3 y 9 años. La DRE por CE, IMC  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup> y ppiMCedad presentan un aumento significativo a los 3 años. El análisis de regresión de Cox, a los 3 años, solo el RN global (HR 1,84; IC 95 %: 1,08-3,12;  $p = 0,027$ ), la VSG (HR 1,91; IC 95 %: 1,15-3,17;  $p = 0,012$ ) y el ppiMCedad (HR 4,12 (IC 95 %, 1,17-14,53;  $p = 0,027$ ) aumenta la mortalidad tras controlar por todos los factores de confusión. A los 9 años, el RN por VSG, NRS, MUST y "por algún test" aumenta la mortalidad entre 46 %-6,34 veces

tras controlar por edad, sexo y comorbilidades. Sin embargo, al incluir los reingresos del 1.º año en el modelo, solo el ppiMCedad permanece significativo (HR 3,57 (IC 95 %, 1,05-12,08;  $p = 0,041$ ). Las curvas de Kaplan-meier mostraron que la DRE/RN por cualquiera de las herramientas, excepto el MNA-SF disminuye la supervivencia hasta los 9 años.

#### **P-030. Nutrition Day 2024: auditoría del estado nutricional en un hospital universitario**

Helena Pozo Romero<sup>1</sup>, Alejandro García García<sup>1,3</sup>, María Eugenia Valenzuela Mateos<sup>1</sup>, Sofía Lozano Gil<sup>1</sup>, María José Saucedo Moreno<sup>1</sup>, José Rafael Castro Maíllo<sup>1</sup>, Antonio Jesús Gil Bueno<sup>1</sup>, Carmen González Galán<sup>1</sup>, Eduardo Sánchez Sánchez<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. <sup>2</sup>Departamento de Fisiología. Universidad de Granada. Granada. <sup>3</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Cádiz (INIBICA). Cádiz. <sup>4</sup>Facultad de Enfermería. Universidad de Cádiz. Algeciras, Cádiz

**Introducción:** Nutrition Day es un proyecto internacional cuyo objetivo es identificar la prevalencia de desnutrición en centros sanitarios y sociosanitarios y concienciación sobre el tema.

**Objetivos:** conocer el estado nutricional de los pacientes hospitalizados en un hospital universitario.

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal (auditoría) el 14 de noviembre de 2024. Se recopilaron los datos utilizando el Nutritional Risk Screening (NRS-2002) y Mini Nutritional Assessment-ShortForm (MNA-SF).

**Resultados y conclusión:** se estudiaron un total de 93 pacientes, con una mediana de 73 años. El 44,1 % fueron mujeres y el 55,9 % hombres. Según el NRS-2002. el 63,4 % presentaba riesgo de desnutrición y el 36,6 % sin riesgo de desnutrición ( $p = 0,009$ ). El 6,7 % de los participantes con riesgo de desnutrición presentaban un IMC bajo, siendo el valor para normopeso de 6,7 % ( $p = 0,016$ ). El MNA-SF categorizó el 47,3 % de los participantes con desnutrición, el 41,9 % con riesgo de desnutrición y el 10,7 % con estado nutricional normal ( $p < 0,001$ ). El 11,4 % de los sujetos con desnutrición presentaban IMC bajo, mientras que ninguno de los pacientes en riesgo de desnutrición mostró esta condición ( $p = 0,002$ ). Además, el 67,8 % de los pacientes en riesgo de desnutrición según el NRS-2002 fue categorizado como desnutrido por el MNA-SF, mientras que solo el 1,7 % presentó un estado nutricional normal. El 61,8 % de los participantes que fueron clasificados sin riesgo de desnutrición en el NRS-2002 presentaron riesgo de desnutrición tras realizar el MNA-SF y el 26,5 % con estado nutricional normal ( $p < 0,001$ ). Los resultados evidencian una alta prevalencia de desnutrición y riesgo nutricional entre los pacientes hospitalizados, especialmente en población geriátrica. El NRS-2002 y el MNA-SF muestran diferencias significativas en la clasificación del estado nutricional, destacando la necesidad de complementar ambas herramientas para una evaluación más precisa. Eso destaca la importancia de implementar protocolos de cribado nutricional integrales y multidimensionales para mejorar la detección y manejo de la desnutrición en el entorno hospitalario.

### P-031. Características generales de los usuarios de la nutrición parenteral tricameral (Finomel®) en un hospital de tercer nivel

Patricia Suárez Pérez, Luis Ignacio Navas Vela, Rosario Vallejo Mora, Carmen Gallego Fernández, Montserrat Gonzalo Marín, María Isabel Liébana Barranco, María José Tapia Guerrero, Gabriel Oliveira

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** la terapia médica nutricional vía parenteral (NP) en la mayoría de los casos son prescritas en nuestro hospital por la UGC de Endocrinología y Nutrición (EyN). No obstante, el resto de UGC pueden prescribir la NP tricameral hipocalórica (Finomel®).

**Objetivos:** analizar las características generales de usuarios de Finomel® y según las UGC prescriptoras.

**Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, de práctica clínica en pacientes ingresados en el HRUM con uso de FINOMEL® y > 14 años. Se excluyeron pacientes en UCI y gestantes. La UGC de Farmacia facilitaba a la UGC de EyN un listado de sujetos con FINOMEL® para valorarlos en caso de no seguimiento y solicitarles consentimiento informado. Variables analizadas: edad, sexo, UGC, motivo del ingreso y relación con patología oncológica. Relacionadas con Finomel®: detección del paciente, UGC prescriptora, motivo de inicio, vía de administración y decisión tras valoración por EyN.

**Resultados:** se incluyeron 175 pacientes, edad  $64,9 \pm 13,7$  años, 95 varones (54,3 %). Ingresados en Cirugía General (CG) un 61,1 %. Motivo de ingreso: 58,3 % relacionado con cirugía y 56,6 % con patología oncológica. La detección en 56,3 % fue mediante interconsulta a EyN. UGC prescriptoras: CG en 97 sujetos, EyN en 62 y 16 otras. El motivo de inicio fue reposo intestinal (38,3 %) y la vía de administración PICC (47,1 %). La media de días con Finomel® fue  $3,2 \pm 2,9$ . Se cambió a NP individualizada en el 66,1 %, suspendiéndose en 16,7 %. Según las UGC prescriptoras, se encontraron diferencias significativas para la mayoría de variables analizadas, destacando que los días totales con Finomel® fueron menores cuando fueron prescritas por la UGC EyN versus resto de UGC ( $1,8 \pm 2,2$  frente a  $3,9 \pm 3,0$ ).

**Conclusión:** es necesario insistir en las UGC de nuestro hospital en la necesidad de interconsultar con EyN tras prescribir NP tricamerales hipocalóricas (FINOMEL®) para realizar seguimiento por nosotros.

### P-032. Grado de dependencia y estado nutricional en personas mayores de 65 años: un binomio crítico

María Eugenia Valenzuela Mateos<sup>1</sup>, Alejandro García García<sup>1-3</sup>, Helena Pozo Romero<sup>1</sup>, Sofía Lozano Gil<sup>1</sup>, María José Saucedo Moreno<sup>1</sup>, José Rafael Castro Maíllo<sup>1</sup>, Antonio Jesús Gil Bueno<sup>1</sup>, Carmen González Galán<sup>1</sup>, Eduardo Sánchez Sánchez<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. <sup>2</sup>Departamento de Fisiología. Universidad de Granada. Granada. <sup>3</sup>Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIIBICA). Cádiz. <sup>4</sup>Facultad de Enfermería. Universidad de Cádiz. Algeciras, Cádiz

**Introducción:** el estado nutricional y el grado de dependencia forman un binomio crítico en el estado de salud de pacientes hospitalizados. La desnutrición afecta directamente la funcionalidad física y cognitiva, incrementando el nivel de dependencia, mientras que un mayor grado de dependencia dificulta la ingesta adecuada y el acceso a una nutrición equilibrada.

**Objetivos:** analizar el estado nutricional de pacientes hospitalizados según el grado de dependencia.

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal en un centro hospitalario, donde se recoge el grado de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), medido por la escala Barthel y el estado nutricional medido por el Mini Nutritional Assessment-ShortForm (MNA-SF) en pacientes con igual o superior a 65 años.

**Resultados y conclusión:** participaron 65 pacientes, con una edad media de  $78,1 \pm 6,9$  años. Un 47,7 % fueron mujeres y el 52,3 % hombres. El 24,6 % de los sujetos presentaban dependencia total, el 10,8 % dependencia grave, el 15,4 % dependencia moderada, el 44,6 % dependencia leve y el 4,6 % independencia. Las mujeres presentaban mayor grado de dependencia total, grave y moderada (25,8 % frente a 23,5 %, 12,9 % frente a 8,8 % y 19,4 % frente a 11,8 %, respectivamente), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,080$ ). El MNA-SF mostró que el 50,8 % de los sujetos presentaban desnutrición y el 44,6 % riesgo de desnutrición. El 87,5 % de los participantes con dependencia total presentaron desnutrición, disminuyendo al 57,1 % con dependencia grave, 30 % con dependencia moderada, aunque con un leve repunte al 41,4 % en sujetos con dependencia leve. Además, todos los pacientes independientes mostraron riesgo de malnutrición. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes sujetos ( $p = 0,024$ ). La valoración del estado nutricional y del grado de dependencia debe formar parte de la valoración realizada en las primeras 24 horas, especialmente en personas mayores de 65 años, ya que el grado de dependencia conduce a un mayor riesgo de desnutrición.

## FARMACIA

### P-033. Implantación de un protocolo para la reposición de los niveles de vitamina D en el paciente crítico

José Moreno Banegas, Manuel Ángel Torrecilla Abril, Astrid Abenza Guardiola, Adrián Domingo Adrados, Isabel Caba Porras

Hospital Universitario de Jaén. Jaén

**Introducción:** es clara la alta prevalencia de deficiencia severa de vitamina D (VitD) ( $< 2$  Ong/dl) en pacientes críticos (PUCI). Muchos están en tratamiento con nutrición parenteral (NP) por presentar el tracto gastrointestinal disfuncional. La reposición de VitD cuando su absorción está comprometida es una complicación añadida, y la elección óptima de realizarla es controvertida por factores como la biodisponibilidad y vía de administración.

**Objetivos:** examinar niveles de VitD y evaluar las variaciones presentes en las peticiones analíticas de PUCI con NP. Analizar la administración oral de VitD (Calcifediol®) como alternativa reconstitutiva y creación de protocolo de uso y estandarización de solicitudes.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de PUCI con NP desde enero-2023 hasta agosto-2024. A partir de la historia clínica y el programa de formulación NP, se registró en una base datos: edad y sexo, parámetros antropométricos, diagnóstico, número de días con NP y días transcurridos hasta solicitud de niveles durante NP, fecha y valor de todos los niveles sanguíneos de VitD; evolución y motivo de suspensión de NP; fecha administración Calcifediol®. Revisión bibliográfica con las palabras clave, VitD y paciente crítico.

**Resultados y conclusión:** se registraron 172 PUCI descritos en la tabla I. El primer nivel sérico VitD de 89 PUCI está en un rango de deficiencia alta  $6,2 \pm 3,8$  ng/dl (47,7 % sin datos recogidos durante la NP). Los días con NP y los transcurridos hasta determinar niveles por primera vez presentaron un amplio intervalo. Se administró Calcifediol® puntualmente en 11 PUCI. Los niveles séricos de VitD aumentaron en el 63,6 % de estos y en el resto no se solicitaron controles posteriores. Ante la gran variabilidad observada, para abordar este conflicto se consensúa junto con UCI la monitorización semanal de VitD y empleo de Calcifediol® oral en aquellos pacientes que restauren el tránsito intestinal con una pauta diaria de 15 960 UI durante 7 días y posteriormente semanal.

#### **P-034. Conciliación y adecuación de la medicación en el paciente con sonda nasogástrica o gastrostomía: manejo multidisciplinar (endocrinología - farmacia)**

José Antonio Ariza Jiménez<sup>1</sup>, Claudia Pérez Ahijón<sup>2</sup>, Diego García Cortes<sup>2</sup>, Silvia Patricia Alonso Gallardo<sup>1</sup>, Ruth Holgado Ramírez<sup>1</sup>, Vicente Faus Felipe<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Universitario Costa del Sol. Marbella, Málaga

**Introducción:** la administración de fármacos a través de sonda nasogástrica de alimentación (SNG) o gastrostomía supone un riesgo de obstrucción del dispositivo, así como en la eficacia del fármaco. El Hospital Universitario Costa del Sol dispone de una evaluación multidisciplinar a través del Servicio de Endocrinología/Nutrición y el de Farmacia para la conciliación y adecuación de la medicación en estos pacientes.

**Objetivos:** evaluar y analizar la intervención del equipo multidisciplinar (Endocrinología/Nutrición y Farmacia) para la conciliación y adecuación de la medicación en el paciente con SNG y/o gastrostomía.

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo (01/08/2024-15/12/2024) que describe las intervenciones realizadas por el equipo de endocrinología/nutrición y farmacia. Se incluyeron todos los pacientes ingresados portadores de SNG o gastrostomía al alta y los que acudieron a consulta de nutrición. Farmacia confirma el tratamiento con paciente/familiar a partir de prescripción en receta electrónica y propone los cambios necesarios a endocrinología para su corrección. Todos estos cambios han sido recogidos y analizados posteriormente.

**Resultados:** se conciliaron 50 pacientes (52 % hombres, 48 % mujeres). Edad media de 74 años. El número total de fármacos modificados fue 66. pacientes con tratamientos modificados (76 %). Las intervenciones más frecuentes fueron: modificar forma farmacéutica (31,3 %); suspender por falta de evidencia/incompatibilidad (13,4 %); ajustar forma de administración (31,3 %); sustituir por equivalente terapéutico (16,4 %); prescribir por separado (7,5 %). Los grupos terapéuticos más involucrados fueron: inhibidor bomba de protones (12 pacientes), ácido acetilsalicílico (9 pacientes) y levotiroxina (6 pacientes).

**Tabla I. Descripción de los pacientes**

N.º de pacientes	114 (69 hombres, 45 mujeres)		
Media de edad	62,69 años		
Media de IMC	26,14 kg/m <sup>2</sup>		
Indicaciones principales, NP	Complicación quirúrgica (24,56 %) Pancreatitis (12,28 %)		
Media días duración, NP	16,27 días (1-123 días)		
Media de 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 (7,6-20ng/dL)	33 (28,95 %)	
	(> 20 ng/dL)	4 (3,51 %)	
	No medidos	27 (23,68 %)	
Motivo suspensión, NP		<b>Total</b>	<b>Intervención</b>
	<i>Exitus</i>	33 (28,95 %)	5 (33,33 %)
	Progresión NE	30 (26,32 %)	2 (13,33 %)
	Progresión de la dieta oral	51 (44,74 %)	8 (53,33 %)
N.º 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 %)	

**Conclusiones:**

1. El 76 % de los pacientes portadores de SNG o gastrostomía revisados precisaron modificaciones en su tratamiento.
2. Los inhibidores de bomba de protones y el ácido acetilsalicílico fueron los grupos terapéuticos con mayor conflicto.
3. Este estudio revela la importancia de la conciliación farmacológica y del trabajo multidisciplinar para garantizar la seguridad de los pacientes.

**P-035. Implantación de un sistema automatizado para la preparación de nutriciones parenterales en un hospital de tercer nivel**

María Calvo Arbeloa, Bianka Tirapu Nicolás, Ana Baltasar García, Leire Ibáñez Elcano, María Teresa Sarobe Carricas

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

**Introducción:** la elaboración de nutriciones parenterales (NP) es un proceso complejo que, en nuestro hospital, siempre se ha realizado manualmente por parte de enfermería en la sala limpia del Servicio de Farmacia. La implementación de sistemas automatizados mejora la seguridad y eficiencia, garantizando un control cualitativo de los componentes mediante lectura de códigos de barras o QR, y un control gravimétrico (con base en la densidad) que asegura mayor precisión.

**Objetivos:** implementar un sistema automatizado de preparación de NP para pacientes adultos en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** la implantación se realizó de la siguiente manera: 1. Adaptación de los componentes y protocolos de NP. 2. Instalación del robot Kabihelp® en la cabina de flujo horizontal que consiste en una bomba volumétrica, un set de transferencia de 24 puertos, un lector de códigos y una balanza de precisión. 3. Configuración de productos en el *software* y cálculo del factor de flujo para mejorar la precisión de la bomba. 4. Integración del sistema con el programa de validación farmacéutica, permitiendo una comunicación recíproca. 5. Formación a enfermería en el uso del robot y a los farmacéuticos en el *software*.

**Resultados y conclusión:** de abril a noviembre de 2024, se prepararon 4095 bolsas de NP con el sistema automatizado y 81 manualmente. Se aceptó una desviación del  $\pm 5\%$  en el peso total

de cada bolsa. De las automatizadas, 20 (0,48 %) fueron rechazadas por desviaciones  $\geq 5\%$ . La desviación media fue de 1,11 %. El componente que más desviaciones produjo fue la glucosa al 70 % debido a su alta densidad. Se produjeron bolsas con volúmenes entre 890 y 2677 ml, con un tiempo medio de preparación de 3,5 minutos, comparado con los 15 minutos de la preparación manual. La automatización mejoró la eficiencia y seguridad del proceso, y el siguiente paso será aplicarlo a la preparación de NP pediátricas, donde la seguridad es crucial.

**P-036. Estrategias para reducir la contaminación por aluminio en nutrición parenteral: análisis comparativo de fuentes de electrolitos**

Andrea Pérez Manrique<sup>1</sup>, África Hontalba Rifa<sup>1</sup>, David Berlanga Martín<sup>1</sup>, Laura Conesa Milián<sup>2</sup>, Conxita Jacobs Cachá<sup>2</sup>, Eva Salmerón González<sup>1</sup>, Yolanda Ordóñez Murillo<sup>1</sup>, Ignacio Cardona Pascual<sup>1</sup>, Yolanda Villena Ortiz<sup>2</sup>, Roser Ferrer Costa<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Farmacia y de <sup>2</sup>Bioquímica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

**Introducción:** el aluminio en las soluciones de nutrición parenteral (NP) representa un riesgo significativo, particularmente en pacientes pediátricos. Identificar y minimizar las fuentes de contaminación es fundamental para garantizar la seguridad de la NP.

**Objetivos:** evaluar la contaminación por aluminio de distintas presentaciones de electrolitos utilizados en NP y determinar opciones con menor aporte.

**Material y métodos:** se midió el contenido de aluminio (CA) utilizando espectrometría de masas con plasma acoplado inductivamente en soluciones electrolíticas destinadas a la preparación de NP. Los electrolitos analizados se clasificaron según su origen (disponible comercial [DC] o preparado magistral [PM]), tipo de sal (orgánica [SO] o inorgánica [SI]) y material del envase (ampolla vidrio [AV], vial vidrio [VV] o plástico [MP]). Cada solución fue analizada en tres lotes diferentes. Los preparados DC incluyeron SIs (cloruro cálcico [CaCl], cloruro potásico [KCl], fosfato sódico [PNa], sulfato magnésico [SMg] y acetato sódico [AcNa]) y SOs (gluconato cálcico [GICa] y glicerofosfato sódico [GIPNa]) en MP. Los PM incluidos fueron SI (KCl, SMg y AcNa) y una SO

Tabla I.

Electrolito	DC		PM	
	SI	SO	SI	SO
Calcio	CaCl 65,2 [38,4]* (AV)	GICa 46,4 [14,2]* (MP)		GICa 1421,4 [228,8] (VV)
Potasio	KCl 0,8 [0,4] (MP)		KCl 18,8 [28,5] (VV)	
Fosfato	PNa 1202,0 [259,3] <sup>†</sup> (AV)	GIPNa 461,5 [15,7] (MP)		
Magnesio	SMg 190,6 [99,2]* (AV)		SMg 41,1 [8,3] (VV)	
Acetato	AcNa 46,0 [25,9] (AV)		AcNa 119,8 [135,5] (VV)	

\*Diferencia significativa frente PM. <sup>†</sup>Diferencia significativa frente a SO (p < 0,05) El material del envase y el tipo de sal son factores determinantes en el CA. La elección de SO comerciales en plástico es clave para minimizar riesgos, mientras que los PM deben ser cuidadosamente evaluados, especialmente las formulaciones de calcio.

(GlCa). Las diferencias en el CA entre grupos fueron evaluadas mediante pruebas estadísticas no paramétricas (Kruskal-Wallis y Mann-Whitney).

**Resultados y conclusión:** se analizaron un total de 33 muestras, repartidas según refleja la tabla I (pág. anterior) (CA [desviación estándar], µg/L [tipo de envase]):

### **P-037. Implicación clínica del uso de diferentes fórmulas predictivas para el cálculo del gasto energético total**

Aarón Camarena Grau, Teresa García Martínez, Ruth de Oliveira da Silva, José Luis Sánchez González, Alicia Rochina Astorga, Raúl Prats Ortega

*Hospital de Manises. Manises, València*

**Introducción:** existen diferentes fórmulas predictivas para el cálculo de los requerimientos energéticos, como la de Harris-Benedict o la basada en el peso del paciente, las cuáles son de gran utilidad en la práctica clínica habitual para poder realizar una correcta valoración nutricional.

**Objetivos:** evaluar la implicación clínica derivada de la aplicación de diferentes fórmulas predictivas en el cálculo del gasto energético total (GET).

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo realizado desde enero hasta octubre de 2024 en un hospital comarcal, en el que se incluyeron todos los pacientes hospitalizados con nutrición parenteral (NP). Se recogieron variables demográficas (sexo/edad), antropométricas (peso [kg], talla [cm] e índice de masa corporal [IMC] en kg/m<sup>2</sup>), así como el perfil de paciente al inicio de la NP (crítico, con disfagia, con enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiente renal, oncológico, quirúrgico y séptico). Para el cálculo del GET se aplicó la fórmula de Harris-Benedict (en mujeres =  $655,1 + (9,6 \times \text{peso [kg]}) + (1,8 \times \text{talla [cm]}) - 4,7 \times \text{edad [años]}$ ; en hombres =  $66,5 + (13,8 \times \text{peso [kg]}) + (5 \times \text{talla [cm]}) - (6,8 \times \text{edad [años]}$ ) corregida por factor de actividad física y de estrés (GETHB), así como la fórmula rápida de cálculo según el peso corporal (GETKG), aplicando 15kcal/kg-35kcal/kg en función de las características del paciente. El análisis estadístico se realizó mediante los softwares fStats® y Jamovi®(2.5.3).

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 41 pacientes (41,5 % mujeres) con una media de edad de  $66,8 \pm 14,2$  años. Las características antropométricas fueron:  $68,9$  (51-86,8) kg de peso y  $166,9$  (157,3-176,5) cm de talla e IMC  $24,8 \pm 6,5$  kg/m<sup>2</sup>. Los perfiles de paciente más frecuentes fueron: quirúrgico (29 %), séptico (22 %) y oncológico (17 %). La media de GETHB fue  $2044 \pm 468$  kcal/día, mientras que la obtenida por GETKG fue  $1724 \pm 329$  kcal/día. Los valores de GETHB fueron mayores (320 kcal, IC 95 %, 227-414 kcal) a los GETKG con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Por lo tanto, podemos concluir que las diferencias observadas en el gasto energético total entre la fórmula de Harris-Benedict y la basada en el peso del paciente, más empleada en nuestro hospital, pueden condicionar en la práctica clínica la selección de nutriciones parenterales con diferentes aportes calóricos, pudiendo afectar al estado nutricional de los pacientes.

### **P-038. Evaluación del manejo de la hiperglucemia en pacientes diabéticos hospitalizados no críticos con nutrición parenteral**

Irene Centeno, Mónica Montero Hernández, Santiago Montesinos Orti, María Victoria Granados Vera, María Gregori Navarro, José Manuel Ventura Cerdá, Amado Mengual Sendra, Claudia Estevan Gruszczynska

*Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. València*

**Introducción:** la hiperglucemia es una complicación frecuente y difícil de manejar en pacientes diabéticos con nutrición parenteral (NP), requiriendo estrategias adecuadas para su control.

**Objetivos:** evaluar el impacto en el control glucémico de pacientes diabéticos no críticos con NP tras la aplicación de un protocolo estandarizado para la administración de insulina.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, retrospectivo, incluyendo pacientes diabéticos hospitalizados no críticos que habían recibido NP durante al menos 5 días entre mayo y noviembre de 2024. El protocolo estandarizado indica la adición de insulina de acción rápida a la NP (1 UI / 10 g de glucosa) y una pauta correctora externa según la glucosa capilar (GC) medida cada 6 horas: (150-180 mg/dL: 2 UI, 181-200 mg/dL: 4UI, 201-250 mg/dL: 6 UI, 251-300 mg/dL: 12 UI) Se analizaron los valores de GC a las 24 h y 48 h de iniciar y 24 h antes de finalizar la NP. Se definieron valores promedio de GC < 180 mg/dL como buen control glucémico.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 42 pacientes con una edad media de  $68,2 \pm 20,8$  años y duración media de la NP de  $9,8 \pm 3,2$  días, con aporte medio de glucosa de  $163 \pm 50$  g/día. El promedio de GC a las 24h de iniciar la NP fue de  $189 \pm 25$  mg/dL, y hasta un 81 % de los pacientes presentaron una media de GC > 180 mg/dL. Tras la aplicación del protocolo, a las 48 h y a las 24 h de finalizar, el promedio de GC se redujo a  $164$  mg/dL  $\pm 28$  mg/dL y  $146 \pm 39$  mg/dL, y tan solo un 24 % y 12 % de los pacientes respectivamente presentaron un mal control glucémico. El uso del protocolo estandarizado de adición de insulina a la NP junto con pautas correctoras externas mantiene en más del 75 % de los pacientes valores promedio de GC dentro del objetivo definido tanto en las primeras 48 horas del inicio como en las últimas 24h de la NP.

### **P-039. Análisis de las prescripciones de nutriciones parenterales y selección de un nuevo conjunto más adecuado de comerciales**

Alba de Diego Peña, Estefanía Rosón Sánchez, Natalia Sánchez-Ocaña Martín, Lucía Carrasco Piernavieja, María Fernández-Vázquez, Jesús Airam Domínguez Chafer, María de la Torre Ortiz, Javier Corazón Villanueva, Paloma Pastor Vara, Aitana Retamosa Escolar

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

**Introducción:** las nutriciones parenterales comerciales (NPC) constituyen una alternativa efectiva a las nutriciones parenterales individualizadas (NPI), con la ventaja de precisar menor manipulación y tiempo de elaboración con estudios de estabilidad robustos. Su uso permite una mayor eficiencia y seguridad.

**Objetivos:** a) analizar la situación actual del uso de NPI y NPC; b) comparar las NPI prescritas con las NPC disponibles en el hospital, evaluando el contenido en macronutrientes y el volumen, y c) proponer una nueva selección de NPC para ajustarse a las prescripciones actuales

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional de las NP prescritas por endocrinología en un hospital de tercer nivel durante junio-julio de 2024, recopilándose: tipo de nutrición (NPC/NPI), composición en macronutrientes (nitrógeno, glucosa, lípidos), volumen y vía de administración. Para el análisis comparativo entre las prescripciones y las NPC comercializadas en España se eliminaron las NPC con composición en algún macronutriente muy extrema con respecto a las prescripciones. Seguidamente se agruparon según el contenido en nitrógeno con una tolerancia del 10 % y se ordenó cada grupo en función del contenido en glucosa. Se eligieron dos NPC por grupo con contenidos de glucosa diferentes que cubriesen, con una tolerancia del 20 %, la mayoría de las NPI prescritas (previamente agrupadas según el contenido en nitrógeno). Finalmente, se determinó el mejor conjunto de NPC para optimizar la cobertura de las NPI prescritas.

**Resultados y conclusión:** de las 689 nutriciones parenterales prescritas, únicamente el 6,39 % fueron NPC de las disponibles en el hospital, pero se podría haber cubierto hasta un 21,04 %. Se seleccionaron 4 NPC de entre todas las comercializadas en España con las que se podrían cubrir hasta 259 NPI (40,16 %) con una tolerancia máxima del 10 % en nitrógeno, un 20 % en glucosa y lípidos y 30 % en volumen. Los resultados sugieren que se podría mejorar la elección del conjunto de NPC para optimizar cobertura y eficiencia.

#### **P-040. Evolución de la incidencia de infección asociada a catéter y posibles factores de riesgo en pacientes hospitalizados con nutrición parenteral**

Pedro del Palacio García<sup>1</sup>, María Maíz Jiménez<sup>2</sup>, María de los Ángeles Valero de Zanut<sup>2</sup>, María Dolores Canales Siguero<sup>1</sup>, Pilar Gomis Muñoz<sup>1</sup>, Carlota Vaquer Ferrer<sup>1</sup>, Fátima Mayo Oliveira<sup>1</sup>, Rubén Carrasco Barria<sup>2</sup>, Miguel León Sanz<sup>2</sup>, José Miguel Ferrari Piquero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria y <sup>2</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**Introducción:** la infección asociada a catéter (IAC) es la complicación más grave relacionada con la nutrición parenteral (NP). En los últimos años, tras la campaña de lavado de manos de la OMS del 2009, la infección nosocomial ha disminuido.

**Objetivos:** comparar la evolución de la tasa de incidencia de IAC e identificar posibles factores de riesgo en pacientes con NP.

**Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo de todos los pacientes > 18 años, no críticos, que necesitaron NP entre enero de 2023 y junio de 2024 en un centro de tercer nivel. La composición de la NP se calculó de acuerdo a las necesidades metabólicas. Se comparó la tasa de incidencia de IAC con una cohorte histórica (2010) del mismo centro. Se analizaron los posibles factores de riesgo. Estadística descriptiva, prueba t de Student (variables numéricas) y  $\chi^2$  (variables categóricas). SSPS v25.

**Resultados y conclusión:** de 695 pacientes, 27 presentaron IAC (78,5 % varones,  $57 \pm 19$  años,  $67,5 \pm 4,9$  kg). La tasa de incidencia fue de 4,5/1000 días de utilización de catéter, frente a 25/1.000 días, obtenida en 2010. Se registraron 31 episodios de IAC, con predominio de GRAM+ (65 %). El acceso vascular más frecuente fue el yugular (52 %). No existieron diferencias en la edad, sexo, mortalidad y composición de la NP entre pacientes con y sin infección. La duración de la NP fue mayor en los enfermos con IAC ( $21 \pm 42$  frente a  $7 \pm 10$  días,  $p < 0,01$ ), como ocurrió en la cohorte de 2010 ( $13,0 \pm 9,7$  frente a  $9,3 \pm 8,1$ ,  $p = 0,038$ ). Según nuestra experiencia, la incidencia de IAC ha disminuido con respecto a 2010. Este descenso puede estar influenciado por la mejora de la manipulación del catéter, debido a la campaña de lavado de manos, recomendado por la OMS desde el 2009. La duración de la NP parece ser el único factor de riesgo detectado.

#### **P-041. Análisis de la adecuación de las prescripciones de nutriciones enterales y dietoterápicas a las condiciones de financiación a través del visado**

María Dolores Córdoba Sotomayor, José Moreno Banegas, Manuel Ángel Torrecilla Abril, Adrián Domingo Adrados

Hospital Universitario de Jaén. Jaén

**Introducción:** el Servicio Andaluz de Salud aplica requisitos de prescripción sobre nutrición enteral (NE) domiciliaria y dietoterápicos (D) para poder ser financiados por el Sistema Nacional de Salud. Los pacientes deben poseer una de las patologías mencionadas en el Real Decreto 1030/2006, no cubrir sus necesidades nutricionales con alimentos de consumo ordinario y además padecer desnutrición severa, malnutrición o alto riesgo de esta.

**Objetivos:** examinar las peticiones de visado de NE y D, y valorar su conformidad con las condiciones de visado establecidas en el citado RD.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de las solicitudes de visado durante enero-2023 y septiembre-2024. Se registró en una base de datos: unidad clínica responsable de la prescripción, NE y D, acción del farmacéutico responsable del visado (visado o pendiente de datos) y motivo de dejar pendiente de datos (indicación no financiada, error de posología, sin informe clínico justificativo de prescripción, y otras causas)

**Resultados y conclusión:** se recibieron 3742 solicitudes de visado, de las que 256 (6,84 %) se dejaron pendientes de datos. En cuanto las incidencias, 190 (74,22 %) fueron indicaciones no financiadas, 26 (10,15 %) por duración > 180 días según recoge nuestro protocolo, 25 (9,77 %) errores de posología y 15 (5,86 %) falta de informe en la historia clínica. La desnutrición asociada a cáncer en paciente sin tratamiento quimio y/o radioterápico, fue la indicación no financiada más frecuente (42 %). Las unidades clínicas más implicadas en prescripciones que se dejaron pendientes fueron Endocrino-

logía con 82 (32,03 %) y Medicina Interna con 63(24,60 %). Endocrinología fue responsable del 37 % de las prescripciones con indicación no financiada. La mayoría de las prescripciones de NE y D se ajustan a las condiciones fijadas para el visado. Las indicaciones no financiadas, fueron las incidencias más frecuentes y ponen de manifiesto que existen diversas patologías que no se encuentran recogidas en el RD y, por ende, no son susceptibles de financiación. Este estudio nos permite identificarlas y resaltar la necesidad de incorporarlas en un futuro como indicaciones financiadas

#### **P-042. Manejo de la hipertrigliceridemia en el paciente crítico en tratamiento con nutrición parenteral**

Albert Fernández Navarro, Nuria Almendros Abad, Carmen Márquez Seglar, Laura Martínez Rodríguez, Marta Roig Soronellas, Manuel Cano Alonso, Luis Coronel Cordero, Nuria Rudi Sola

*Servicio de Farmacia. Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona*

**Introducción:** la nutrición parenteral (NP) es una práctica habitual en el paciente crítico. Una de las complicaciones metabólicas más frecuentes es la hipertrigliceridemia (HTG), requiriendo monitorización y ajuste de la composición de la NP.

**Objetivos:** evaluar el impacto de ajustar las NP realizadas en un Servicio de Farmacia para resolver la HTG en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes en UCI que hayan iniciado NP central entre enero y junio del 2024, y que desarrollen HTG durante el tratamiento con NP. Las variables registradas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), patologías metabólicas, medicamentos que elevan los triglicéridos (TG), intervención realizada, TG al inicio de la HTG, TG antes de 48 horas previas de finalizar la NP y entre 7 y 30 días tras finalizar NP.

**Resultados y conclusión:** se identificaron 30 episodios de HTG durante la NP, correspondientes a 28 pacientes. Edad media: 66 años (16 varones y 12 mujeres), 10 pacientes tenían IMC > 30. Previo al ingreso, cinco pacientes presentaban dislipemia, tres diabetes *mellitus* II, y cinco ambas. En 22 episodios se administró propofol durante el tratamiento con NP. Diez pacientes presentaban HTG previa al inicio de NP, siendo necesario iniciar sin lípidos a uno de ellos. Durante el seguimiento, se modifico la NP en 10 episodios (33,2 %), disminuyendo aporte por valor de triglicéridos < 300 mg/dL, o introduciendo lípidos enriquecidos en omega-3, ajustando NP según evolución. Entre 7 y 30 días tras finalizar el tratamiento con NP, seis episodios no tuvieron resolución, siendo 12 episodios con HTG resuelta confirmada. El resto de episodios no tuvieron analítica de control o resultaron *exitus*. Ajustar la composición de la NP puede favorecer la resolución de la HTG, demostrando la necesidad de actuar de forma multidisciplinar para la correcta evolución del paciente.

#### **P-043. Perfil del residente de centros sociosanitarios en tratamiento con suplementación nutricional oral (SNO)**

Natalia Sánchez-Ocaña Martín, Estefanía Rosón Sánchez, Lidia Ybáñez García, Alba de Diego Peña, María de la Torre Ortiz, Aitana Retamosa Escolar, Paloma Pastor Vara, María Fernández-Vázquez, Marta Sáenz de Tejada, María Teresa Benítez Giménez

*Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

**Introducción:** la malnutrición es frecuente en residentes geriátricos de centros sociosanitarios (CSS) y está asociada a mayor morbimortalidad y deterioro funcional.

**Objetivos:** describir el perfil del residente en tratamiento con SNO de CSS adscritos a un hospital de tercer nivel y evaluar los resultados.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de julio de 2023 a septiembre de 2024. Se incluyeron residentes que iniciaron tratamiento con SNO en CSS. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, puntuación en escala Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), diagnóstico según criterios GLIM, tipo de suplemento y pauta, duración de tratamiento, Índice de Masa Corporal (IMC) basal, % de ingesta habitual, % de pérdida de peso en 6 meses, si precisaban espesante, IMC tras completar tratamiento y patología de base. La fuente de información fue la historia clínica electrónica Selene®.

**Resultados y conclusión:** del total de 43 residentes, el 69,8 % eran mujeres con una media de edad de 87,6 años (74-100) siendo el deterioro cognitivo la patología de base predominante (62,8 %). La media de IMC basal fue de 20,19 (13,9-29,2), del % de ingesta habitual fue de 63 (10-100) y del % de pérdida de peso en 6 meses de 8,6 (0-50). La mediana de puntuación en la escala MNA-SF fue de 8 (riesgo de desnutrición) y el 32,5 % fue diagnosticado de desnutrición grave según criterios GLIM. Todos poseían un SNO hipercalórico e hiperproteico cada 12 horas y el 44 %, además, espesante. La duración de tratamiento en el 67,4 % de los casos fue de 6 meses. Al finalizar el tratamiento, el 41,9 % había mejorado o mantenido su IMC basal, el 25,5 % empeorado y no se disponía de datos del 32,6 %. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de adoptar estrategias nutricionales, considerando no solo la administración de suplementos, sino también el abordaje integral de factores clínicos y sociales que influyen en la efectividad del tratamiento.

#### **P-044. Aplicación de la matriz ILUO a la capacitación del personal elaborador de nutriciones parenterales**

María Fernández-Vázquez Crespo<sup>1</sup>, Cristina González Pérez<sup>1</sup>, Estefanía Rosón Sánchez<sup>1</sup>, Paloma Pastor Vara<sup>2</sup>, María de la Torre Ortiz<sup>2</sup>, Javier Corazón Villanueva<sup>1</sup>, Alba de Diego Peña<sup>2</sup>, Jesús Airam Domínguez Chafer<sup>1</sup>, Natalia Sánchez-Ocaña Martín<sup>2</sup>, Iker Muñoz Delgado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

<sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Introducción:** la matriz ILUO es una herramienta descrita por la metodología LEAN que permite la formación en distintas



tareas dentro de un proceso desde el nivel básico al avanzado. Consta de 4 niveles: I: personas que se encuentran en capacitación, sin intervenir en procesos. L: personas que ya intervienen en procesos, pero no pueden operar sin supervisión. U: personas acreditadas para trabajar de forma autónoma. O: al anterior nivel se le suma una certificación para formar a otras personas.

**Objetivos:** describir el proyecto de implantación en un Servicio de Farmacia de la matriz ILUO como herramienta de calidad en la elaboración de nutrición parenteral (NP) por parte del personal elaborador, y valorar su utilidad.

**Material y métodos:** en un hospital de tercer nivel, se reunió a un equipo multidisciplinar (farmacéuticos, técnicos de farmacia (TF), supervisor de enfermería) entre noviembre y diciembre 2024 para determinar las tareas afectadas, el personal implicado y el diseño de la matriz ILUO.

**Resultados:** se describieron 8 tareas relacionadas con la elaboración de NP susceptibles de entrar en la matriz: 1) preparación de bateas, 2) revisión y prescripción de NP validada por farmacéutico, 3) técnica aséptica, 4) técnicas de llenado, 5) uso de filtros, 6) orden de adición de componentes, 7) control de calidad, 8) control de *stocks*. Se identificaron un total de 37 trabajadores (27 TF, 10 enfermeros) Se identificó la situación basal mediante una tabla en la que se asignó el nivel ILUO de cada trabajador para cada tarea, y se establecieron los mínimos de trabajadores en los niveles U y O y los máximos en los niveles I y L.

**Conclusión:** la alta rotación de los puestos de TF y enfermería en el Servicio de Farmacia y el alto nivel de exigencia que requiere la elaboración de NP (medicamento de alto riesgo) motivan la implantación de herramientas estructuradas y consensuadas, como la matriz ILUO, que garanticen la calidad en las preparaciones.

#### P-045. Efectividad y grado de adherencia a una dieta hipocalórica durante el periodo preoperatorio en cirugía bariátrica

Óscar Guerra Gómez<sup>1</sup>, Ana María Martín de Rosales Cabrera<sup>1</sup>, María Prada Bou<sup>1</sup>, Raquel Rodríguez de Frutos<sup>1</sup>, Víctor Luis González Sánchez<sup>2</sup>, Patricia Cifuentes Pérez<sup>2</sup>, Montserrat Pérez Encinas<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Farmacia Hospitalaria y de <sup>2</sup>Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid

**Introducción:** la optimización del peso en periodo precirugía bariátrica supone un reto clínico con beneficio directo en la intervención quirúrgica y recuperación posoperatoria. La adherencia variable a dietas con preparados hipocalóricos-hiperproteicos puede condicionar los resultados de esta optimización.

**Objetivos:** analizar la efectividad de preparados hipocalóricos-hiperproteicos previos a cirugía bariátrica evaluando grado de adherencia al tratamiento dentro de un circuito de manejo multidisciplinar.

**Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar que incluyó pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre junio 2022-diciembre 2024 en un hospital de se-

gundo nivel. Los pacientes recibieron tratamiento previo basado en dieta y preparados hipocalóricos-hiperproteicos dispensados desde farmacia hospitalaria. Se recogieron parámetros clínicos/demográficos: sexo, edad, talla, peso, IMC, grado de obesidad, reintervenciones y cirugía. Se registraron pesos al inicio/finalización de dieta y mes de intervención, dispensaciones y duración. Para recogida de datos se utilizó historia clínica y registro de dispensaciones. Las diferencias se analizaron mediante prueba de rangos de Wilcoxon con *software* R.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 105 pacientes (69,5 % mujeres) con mediana de edad al inicio de 49 años (RIQ 43-55). Se obtuvieron medianas de talla de 166 cm (RIQ 159-173) con peso 121 kg (RIQ 110-137) e IMC 43,9 kg/m<sup>2</sup> (RIQ42-48). El 87,6 % (92/105) presentaban obesidad grado 3 y el 12,4 % (13/105) grado 2. El 8,5 % (9/105) tuvieron una cirugía bariátrica previa. En el 78,1 % (82/105) se realizó *bypass* gástrico y en el 21,9 % (23/105) gastrectomía tubular. Al final de dieta, hubo una reducción significativa ( $p < 0,001$ ) del peso a 115 kg (RIQ 104-130), con IMC 41,6 (RIQ 39-45) y pérdida del 5,2 % (RIQ 3-8) del peso en preoperatorio y 14,3 % (RIQ11-16) un mes después. La mediana de dispensaciones fue 3 (RIQ 2-4) con duración de 63 días (RIQ 41-84). La adherencia calculada fue 96 % (RIQ72-100). Se encontró una correlación débil adherencia/pérdida peso ( $r = 0,21$ ) y negativa moderada entre adherencia/duración ( $r = -0,45$ ). El abordaje multidisciplinar se reflejó en una adherencia elevada, con reducción significativa en todos los parámetros. Los pacientes menos adherentes presentaron menor pérdida y necesitaron mayor tiempo para la optimización. Estos hallazgos subrayan la importancia de un manejo coordinado y multidisciplinar.

#### P-046. Adecuación de la prescripción de nutrición parenteral intradiálisis, ¿se está realizando correctamente?

Carme Labraña Sánchez, Anna Galindo Verdugo, Miguel Bardoll Cucala, Marta Cuy Bueno, Beatriz Martínez-Castro, María Nevot Blanc, Mireia Martínez Sogues, Irene Mangues Bafalluy

Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

**Introducción:** la desnutrición es un trastorno metabólico habitual en pacientes en terapia de remplazo renal. La nutrición parenteral intradiálisis (NPI) constituye una opción de tratamiento nutricional en aquellos que no toleran la suplementación nutricional oral (SNO)

**Objetivos:** evaluar la adecuación de la prescripción de NPI, valorando indicación y aportes administrados. Describir complicaciones y motivos de suspensión.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de los pacientes con NPI en los años 2023-2024. Se revisaron las historias clínicas informatizadas. Se recogieron las variables: sexo, edad, peso, talla, IMC, criterios de inicio (CI) (SNO previa, albumina  $< 3,8$  g/dl y/o prealbúmina  $< 20$  mg/dl con creatinina sérica  $< 8$  mg/dl durante  $\geq 3$  meses, ángulo de fase  $< 4$  en bioim-

pedancia, disminución del peso habitual > 10 % y/o disminución > 20 % del peso ideal en los últimos 6 meses, IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup> y/o valoración global subjetiva modificada / *malnutrition inflammation score* con desnutrición moderada-severa, ingesta calórica < 25-28 kcal/kg/día, ingesta proteica < 0,75 g/kg/día, periodo de administración mínimo recomendado 4-6 meses), aporte de glucosa prescrito (mg/kg/min), complicaciones y motivo de suspensión. Se consideró una adecuada indicación cuando a pesar de la SNO presentaban 3 o más CI y un valor óptimo de aporte de glucosa entre 4-7 mg/kg/min.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 24 pacientes (62,5 % hombres). La edad media fue 71 años (45-86), peso medio 64 kg (38-104) e IMC medio 23,58 kg/m<sup>2</sup> (15,24-36,41). El 50 % de los pacientes recibieron SNO previo inicio de NPI y de estos el 50 % cumplieron 3 o más CI. La velocidad de administración de glucosa fue > 4 mg/kg/min en el 100 % de los pacientes y > 7 mg/kg/min en el 58,3 %. El 41,6 % de los pacientes presentó alguna complicación: hiperglucemia (29,2 %), náuseas y otras (12,5 %). Los motivos de suspensión fueron *exitus* (20,8 %), limitación esfuerzo terapéutico (16,6 %) y otros (62,5 %). La elevada prescripción de NPI sin CI e inadecuada administración de glucosa, muestra la necesidad de incorporar especialistas en nutrición y protocolizar el tratamiento nutricional en estas unidades.

#### **P-047. Estandarización del soporte nutricional parenteral en paciente crítico y no crítico: análisis de adecuación a protocolos en un hospital de segundo nivel**

Ana Laguna Alcántara, Carmen Lasala Aza, Carmen Blanco Bermejo, Isabel Moya Carmona

*UGC de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

**Introducción:** la nutrición parenteral (NP) es un medicamento de alto riesgo con un manejo complejo. La estandarización, avalada por las sociedades científicas, minimiza errores y optimiza los procesos de prescripción, validación y preparación de las mismas. No parece haberse demostrado que la protocolización dé lugar a peores resultados clínicos que la individualización, en la mayoría de los pacientes.

**Objetivos:** determinar el porcentaje de estandarización en la prescripción del soporte nutricional parenteral.

**Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo y transversal de NPs prescritas a pacientes adultos entre el 01/01 y 30/06/2024 en un hospital de segundo nivel. Se analizaron las prescripciones, clasificándose según su adecuación a los protocolos disponibles en el centro: no modificadas (incluyendo las que solo cambiaban micronutrientes), modificadas en macronutrientes e individualizadas. Los protocolos fueron revisados y aprobados por farmacia y los servicios prescriptores de NP. Las NP en nuestro hospital son prescritas por Intensivistas y Anestesiólogos en colaboración con Farmacéuticos (paciente crítico) así como por endocrinólogos (paciente no crítico), son transcritas

por el farmacéutico a un Gestor de Dietas y se preparan por gravedad, dada la ausencia de sistemas automatizados de llenado.

**Resultados y conclusión:** se analizaron 3299 NP, de las cuales el 42,1 % se ajustaron a los protocolos disponibles (13,49 % sin modificaciones y 28,61 % con ajustes en micronutrientes exclusivamente). El 57,9 % restante incluyó aquellas con modificaciones en macronutrientes (55,68 %) e individualizadas (2,21 %). En pacientes críticos, el 51,82 % (327/631) fueron no modificadas, frente al 39,81 % (1062/2668) en no críticos ( $p < 0,001$ ). El enfoque interdisciplinar en el paciente crítico, podría haber condicionado la mayor estandarización por la visión más integral del proceso (prescripción, transcripción, elaboración), y su seguridad. Disponer de protocolos adaptados a las recomendaciones e indicar los mismos con márgenes flexibles que minimicen los cambios y mantengan los resultados debería ser la opción mayoritaria, aún cuando se contemple la individualización para situaciones específicas.

#### **P-048. Grado de satisfacción del personal tras la automatización de la elaboración de nutriciones parenterales**

Yaiza Ortuño Ruiz, Neus Sunyer Esquerrà, Sonsoles García Rodicio, Eva Martínez Díaz, Alba Couso Cruz, Carles Quiñones Ribas

*Farmacia. Institut Català de la Salut. Girona*

**Introducción:** en enero de 2024 se implementó en nuestro hospital un sistema de robotización (SR) para la elaboración de nutriciones parenterales (NP). La automatización permite optimizar el tiempo de preparación, y mejorar la seguridad y trazabilidad, pero implica un cambio importante de procedimientos de trabajo.

**Objetivos:** analizar el grado de satisfacción y conocimiento del personal elaborador, antes y después de la implantación del SR.

**Material y métodos:** estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el que se analizó un cuestionario dirigido al personal elaborador, realizado preimplantación y 3 meses posimplantación. El cuestionario recogía datos demográficos y de experiencia laboral, ítems de satisfacción y capacitación personal, y de percepción sobre aspectos técnicos. Las respuestas podían ser en escala de valoración cuantitativa de 0 al 10 (10 totalmente de acuerdo), dicotómicas (sí/no) o selección de respuestas múltiples. Los resultados se presentan como media y rango en respuestas cuantitativas y % en dicotómicas y respuesta múltiple.

**Resultados y conclusión:** se realizó el cuestionario a 7 técnicos, 6 de ellos mujeres, y 3 con experiencia > 5 años en preparación de NP. Los resultados prefrente a posimplantación fueron: ventaja global del SR: 6,4 (3-10) frente a 8,7 (8-10); ahorro de tiempo: 6,1 (3-8) frente a 8,1 (7-10); sencillez de elaboración respecto a manual: 5,4 (3-9) frente a 8,6 (7-10); grado de satisfacción global: 5,7 (3-8) frente a 8,9 (8-10); grado de capacitación para preparación automatizada: 5,4 (1-9) frente a 9,7 (9-10); mejora en la trazabilidad y control: 85,8 % sí frente a 100 % sí; reducción del gasto: 100 % no frente

a 71,4 % no. Ventajas esperadas: mejora seguridad: 85,7 % frente a 85,7 %; comodidad postural del elaborador: 57,1 % frente a 85,7 % El grado de satisfacción y conocimiento del personal técnico elaborador han mejorado en todos los ítems evaluados respecto a sus percepciones antes de la implantación del SR.

#### **P-049. Optimización del perfil nutricional desde la farmacia hospitalaria: impacto nutricional y aceptabilidad de una nueva fórmula magistral de ácido ursodesoxicólico**

Alberto Martínez García, Covadonga Pérez Menéndez-Conde, Beatriz Montero Llorente, María del Rosario Pintor Recuenco, Carmen García-Guijas García, María Esther Gómez de Salazar López de Silanes, Ana María Álvarez Díaz

*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

**Introducción:** el ácido ursodesoxicólico (AU) mejora el metabolismo de ácidos grasos en pacientes pediátricos con fibrosis quística. Las cápsulas comercializadas dificultan el ajuste de dosis pediátricas, obligando a elaborar fórmulas magistrales (FM) líquidas desde los Servicios de Farmacia. Sin embargo, las fórmulas tradicionales en jarabe aumentan los aportes de azúcares simples (AS), representando un riesgo metabólico en estos pacientes.

**Objetivos:** diseñar una nueva fórmula de AU con contenido reducido en AS. Analizar su impacto nutricional comparando los aportes calóricos de AS con la fórmula tradicional, según las recomendaciones ESPGHAN. Evaluar sus efectos adversos (EA).

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos con fibrosis quística tratados con una FM de AU en suspensión en un hospital de tercer nivel. Variables: edad, sexo, peso, talla, requerimiento calórico total (RCT), aporte calórico diario de AS de ambas FM y EA. El RCT se calculó mediante la ecuación de Schofield con un factor combinado de actividad y estrés de 1,15. Se compararon los aportes calóricos de AS de ambas fórmulas y su adecuación a las recomendaciones ESPGHAN (< 5 % del RCT). El análisis estadístico utilizó frecuencias absolutas para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas.

**Resultados y conclusión:** se diseñó una nueva suspensión de AU sustituyendo el jarabe de sacarosa como vehículo por gel de carboximetilcelulosa 1,5 %, eliminando 64 g de AS por cada 100 g de suspensión y manteniendo estabilidad, sabor y redispersabilidad. De seis pacientes incluidos (mediana de edad: 5,2 años; rango intercuartílico: 3,8-7,6), el 83,3 % superaban las recomendaciones de AS con la fórmula tradicional. Tras el cambio, el aporte calórico medio de AS respecto al RCT disminuyó un 5,8 %, adecuándose a las recomendaciones nutricionales en el 100 % de los casos. Los pacientes no reportaron EA. La nueva formulación mejoró el perfil nutricional de los pacientes sin comprometer la seguridad.

#### **P-050. Evaluación de la aceptación de las recomendaciones nutricionales en pacientes con nutrición enteral y revisión de las complicaciones derivadas**

Isabel Castejón Grao, Víctor García Zafra, María Morante Hernández, Gemma Miralles Andreu, Sergio Gutiérrez Palomo, Ana Cristina Murcia López

*Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Elx. Elx, Alacant*

**Introducción:** la adecuada monitorización de la nutrición enteral (NE), como parte del abordaje terapéutico, contribuye a mejorar el estado de salud y nutricional del paciente.

**Objetivos:** evaluar la aceptación de las recomendaciones nutricionales del Servicio de Farmacia (SF) en pacientes con NE y describir las complicaciones asociadas en un hospital terciario.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional en pacientes ingresados con pauta de NE completa entre 07/2024-11/2024. Se obtuvieron datos de Clinus® y Orion Clinic®: sexo, edad, peso, índice de masa corporal (IMC), servicio médico, motivo de prescripción, antecedentes patológicos, forma de administración, efectos adversos (EA), días con NE. Las recomendaciones se basaron en los requerimientos nutricionales totales (RNT) calculados según peso: 25-30 Kcal/kg aporte calórico, 1,2 g/kg proteína y 35 mL/kg aporte hídrico. También incluyeron el abordaje de los EA. La aceptación se evaluó según si el médico prescriptor aprueba las recomendaciones nutricionales realizadas por el SF.

**Resultados y conclusión:** se estudiaron 22 pacientes con  $71 \pm 12$  años de media, IMC medio de  $27,6 \pm 5,9$  kg/m<sup>2</sup>, siendo 16 (72,7 %) hombres. Catorce (63,6 %) presentaron hipertensión arterial, 6 (27,3 %) diabetes *mellitus* y 7 (31,8 %) dislipemia. RNT medios calculados:  $1963,7 \pm 252,5$  Kcal;  $85,7 \pm 16,2$  g proteína y  $2499,3 \pm 471,5$  mL aporte hídrico. El servicio prescriptor mayoritario fue Cuidados Intensivos Quirúrgicos (45,4 %). Motivos de prescripción: progresión de nutrición parenteral (NPT) (54,5 %), disfagia (31,8 %), carcinoma bucal (9,1 %), retención gástrica (4,5 %). Las formas de administración fueron: sonda nasogástrica (90,9 %), nasoyeyunal (4,5 %), gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) (22,7 %), combinando varias en algunos pacientes. Diecisiete (77,3 %) pacientes alcanzaron RNT en una mediana de 10,5 (18,75) días. Doce (54,5 %) presentaron complicaciones; notificándose 16 EA: 8 (50 %) diarrea, 4 (25 %) alto débito gástrico, 2 (12,5 %) vómitos, 1 (6,3 %) infección de sonda, 1 (6,3 %) intolerancia a sonda. Su abordaje se incluyó en recomendaciones en 19 ocasiones: 6 (31,6 %) suspensión de NE, 4 (21,1 %) cambio del tipo de NE, 4 (21,1 %) reducción de velocidad, 2 (10,5 %) solicitud de coprocultivo, 2 (10,5 %) cambio a NPT, 1 (5,3 %) cambio a PEG. Las recomendaciones realizadas por el SF fueron aceptadas en 21 (95,4 %) pacientes (endocrino las realizó en 1 paciente). En la población estudiada, las recomendaciones nutricionales del SF fueron altamente aceptadas por los servicios médicos. Un seguimiento estrecho permite detectar complicaciones e integrar su abordaje en las recomendaciones.

### **P-051. ¿Qué factores predisponen a la hiperglucemia en pacientes con nutrición parenteral? Un estudio retrospectivo**

Gonzalo Raguán Yáñez, Irene Tabernero Sestines, Nerea Fernández Arberas, Ines Fernández Cebrecos, Ángela Carrasco Pintor, María Elena Beltrán Bellvis, Cristina Escrigas Fernández, Antonio Gonzalo López del Río

*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid*

**Introducción:** la nutrición parenteral (NP) se asocia frecuentemente con la aparición de hiperglucemia. La hiperglucemia puede incrementar el riesgo de complicaciones clínicas y mortalidad.

**Objetivos:** el estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de hiperglucemia en pacientes con NP y analizar los factores de riesgo (FR) asociados.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con NP entre enero y noviembre de 2024. Se recopiló las siguientes variables: sexo, edad, duración de la NP y aporte de glucosa. La hiperglucemia durante la NP se definió como la presencia de tres determinaciones de glucosa  $> 140$  mg/dL o dos  $> 180$  mg/dL. Asimismo, se evaluaron posibles FR: ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI), índice de masa corporal (IMC), niveles de creatinina y tratamiento concomitante con fármacos hiperglucemiantes como corticoides, beta-bloqueantes y tiazidas. La fuente de información utilizada fue la historia clínica electrónica. El análisis estadístico utilizado fue  $\chi^2$  mediante el *software* SPSS Statistics®. Se consideró un nivel de significancia estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 81 pacientes, 64 % hombres, con una mediana de 56 años (18-65). La mediana de días con NP fue de 8 (3-35), con un aporte medio de glucosa de  $145 \pm 31,7$ g. La prevalencia de hiperglucemia fue del 30,8 %. Los FR de hiperglucemia con significancia estadística encontrados fueron: estancia en UCI ( $p = 0,007$ ) e IMC  $> 25$  ( $p = 0,006$ ). Respecto al tratamiento concomitante hiperglucemiante hubo diferencias significativas con los corticoides ( $p = 0,04$ ) y no con el resto de fármacos. No se observó relación entre los valores previos de creatinina y el desarrollo de hiperglucemia ( $p = 0,9$ ). Existe prevalencia de hiperglucemia en pacientes con NP. Se identificaron como factores de riesgo consistentes el ingreso en UCI, IMC  $> 25$  y la corticoterapia. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de monitorización y ajuste del aporte de glucosa en la NP, particularmente en pacientes con factores de riesgo.

### **P-052. Frecuencia de complicaciones en el uso de nutrición parenteral en condiciones de uso reales**

Marina Rojo Arrudi, Teresa Martínez Lazcano, Laura Puente Romero, María Molina Martínez

*Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alacant*

**Introducción:** la nutrición parenteral (NP) puede estar asociada a una serie de complicaciones metabólicas, las más frecuentes son: hipertrigliceridemia, hiperglucemia, alteraciones hepáticas e infección de la vía.

**Objetivos:** conocer la frecuencia de estas complicaciones en la práctica clínica habitual.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional que recoge NP prescritas entre los meses de mayo a diciembre de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, antropométricos, días de duración, causas de finalización de la NP; datos analíticos (glucemia, trigliceridemia, fosfatasa alcalina [FA] y gamma glutamil transpeptidasa [GGT]) antes y después de finalizar la NP.

**Resultados:** se incluyeron 93 pacientes. La media de edad:  $65,50 \pm 6,75$  años, 59,13 % eran hombres, peso de media:  $70,76 \pm 24,45$  kg. La mediana de duración del tratamiento fue de 6 y el rango intercuartílico (RIC) de 5 días. Las causas de finalización de la NP fueron: progresión de la dieta 81,72 %, colocación PEG de 6,45 %, extravasación 2,15 % y *exitus* 9,67 %. Comparando los valores analíticos antes y después de la NP se detectó un aumento de la glucemia en un 32,23 %, de la trigliceridemia del 17,20 % y respecto de los valores hepáticos un 43,01 % de los pacientes presentó un aumento en GGT y un 30,10 % en FA. Hubo infección de la vía en el 3,22 % y extravasación de la NP en el 2,15 % de los pacientes. Solo un 24,73 % de los pacientes no tuvo ninguna alteración metabólica o reacción adversa.

**Conclusiones:** los resultados obtenidos añaden más evidencia a la elevada frecuencia de alteraciones analíticas relacionadas con la NP. Se hace necesario realizar una monitorización estrecha de las complicaciones que aumentan la morbilidad relacionada con la administración de NP.

### **P-053. Intervenciones realizadas ante las complicaciones en el uso de nutrición parenteral por un equipo multidisciplinar en práctica clínica**

Marina Rojo Arrudi, Teresa Martínez Lazcano, Laura Puente Romero, María Molina Martínez

*Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alacant*

**Introducción:** la nutrición parenteral (NP) está asociada con una serie de complicaciones metabólicas.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio es analizar las intervenciones realizadas por el grupo asesor de nutrición parenteral (GANP), el cual está compuesto por los servicios de endocrinología y farmacia.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional que recoge NP prescritas entre los meses de mayo a diciembre de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos sobre los servicios prescriptores e indicación de la NP; datos analíticos: glucemias, fosfatasa alcalina (FA) y gamma glutamil transpeptidasa (GGT) antes y después de finalizar la NP. Se estudió

del porcentaje de pacientes en los que hubo una alteración de estos parámetros y que porcentaje de estos pacientes habían recibido una intervención por parte del GANP (adicción de insulina intrabolsa o ciclado de la NP)

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 93 pacientes. Los servicios que más NP prescribieron fueron cirugía general 58,06 %, unidad de cuidados intensivos (UCI) 16,12 % y oncología 11,82 %. Las indicaciones más frecuentes del uso de NP fueron 29,03 % oclusión intestinal, 31,11 % resección intestinal, 6,45 % íleo paralítico. De los 32,23 % de los pacientes que presentaron hiperglucemia tras el uso de la NP, se les corrigió aditivando insulina intrabolsa al 60 % de los pacientes. Un 29,03 % de los pacientes presentaron alteraciones de sus valores de GGT y de FA y solo en un 7,40 % de los pacientes intervino administrando la NP de forma cíclica. En las NP prescritas por UCI no se realizó ninguna intervención. El efecto adverso más frecuente relacionado con la NP fue la hiperglucemia, que se corrigió aditivando con insulina. La creación de equipos multidisciplinares (como es el GANP) aumenta la calidad y seguridad de las prescripciones de NP, al realizar un seguimiento más estrecho de los pacientes. Como oportunidad de mejora, se podrían incluir más servicios en los equipos de nutrición.

#### **P-054. Identificación de áreas de mejora en las prácticas de elaboración de nutrición parenteral en un servicio de farmacia hospitalaria**

Araceli Pozo Ramírez, M.<sup>a</sup> Teresa Esteban Alonso, Alba Miguel Domínguez, Olga Álamo González, Marta Ubeira Iglesias, Álvaro López de la Horra, Raúl León Sánchez, M.<sup>a</sup> Paz Espinosa Gómez, M.<sup>a</sup> Ángeles Machín Morón, Natalia Revilla Cuesta

*Hospital Universitario de Burgos. Burgos*

**Introducción:** la nutrición parenteral (NP) es un medicamento de alto riesgo que requiere una preparación estéril y libre de pirógenos. Su elaboración debe llevarse a cabo bajo estrictas medidas que garanticen la seguridad del producto, cumpliendo normas de higiene, indumentaria y procedimientos en la zona limpia para asegurar la esterilidad del producto final.

**Objetivos:** evaluar el cumplimiento de la lista de comprobación de adecuadas prácticas del personal (1) encargado de la elaboración de NP en el Servicio de Farmacia de un hospital terciario e identificar áreas de mejora.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyó al personal elaborador de NP ( $n = 36$ ), de los cuales 31 respondieron la encuesta (25 técnicos y 6 enfermeras). La encuesta, se basa en la lista de comprobación recogida en el libro de estandarización del soporte nutricional especializado del Grupo de Trabajo de Nutrición de la SEFH (1). Se consideró adecuada la práctica cuando el personal respondía afirmativamente a cada ítem.

**Resultados y conclusión:** el 90 % de los encuestados respondieron adecuadamente a 21 o más preguntas de las 27 totales. Se consideran mejorables las siguientes prácticas: filtrado

de soluciones procedentes de ampollas: no cumplido por el 58 %. Ausencia de cosméticos y/o presencia joyas: no cumplido por el 48 %. No almacenamiento de materiales en sala limpia: no cumplido por el 45 %. No acumulación de productos en cabina: no cumplido por el 42 %. La mayoría del personal cumple con las normas establecidas. Sin embargo, persisten áreas susceptibles de mejoras. Las respuestas negativas podrían ser el resultado de una posible mala interpretación de las preguntas o, en el caso del filtrado de las soluciones, por su realización en planta a través de los sistemas de infusión específicos de las NP.

#### **Bibliografía**

1. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Estándares de práctica del farmacéutico de hospital en el soporte nutricional especializado: desarrollo y criterios de evaluación. *Farmacia Hospitalaria* 2009;33(Supl.1):47, anexo VII.

#### **P-055. Análisis en la prescripción de nutriciones parenterales en pacientes ingresados con patología digestiva**

Álvaro Morales García, Marta González Martínez, Alba Villafañez Fernández, María Núñez García

*Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz*

**Introducción:** la desnutrición es un factor que puede agravar el pronóstico de pacientes hospitalizados con patologías digestivas. La nutrición parenteral (NP) constituye una herramienta clave para garantizar un aporte adecuado de calorías, macronutrientes, micronutrientes, vitaminas y minerales durante su estancia hospitalaria.

**Objetivos:** el objetivo fue evaluar la prescripción de NP en pacientes con patología digestiva ingresados en el servicio de digestivo.

**Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en un hospital de tercer nivel entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. Mediante el *software* informático Kabisoft® se registraron las prescripciones de NP de pacientes ingresados en digestivo. Mediante el módulo de estación clínica de Diraya® se registraron datos demográficos (sexo, edad) y diagnóstico.

**Resultados:** durante este periodo, se prepararon 300 NP para un total de 27 pacientes. De ellos, 7 (26 %) eran mujeres y 20 (74 %) hombres, con una mediana de edad de 51 años (17-86). Los diagnósticos más comunes incluyeron complicaciones de la enfermedad de Crohn (22 %), pancreatitis complicadas (aguda/necrotizante) (22 %) y colitis complicadas (pseudomembranosa/isquémica). En cuanto a las prescripciones, 9 pacientes recibieron NP individualizada y 18 pacientes NP tricameral. La vía de administración fue central en 12 pacientes y periférica en 15. La duración media del tratamiento con NP fue de 13 días, con un promedio de 9 días para la NP individualizada y 15 días para la NP tricameral.

**Conclusión:** los pacientes con patologías digestivas presentaron una alta demanda de NP durante su hospitalización. Las patologías más comúnmente asociadas fueron la enfermedad de Crohn y la pancreatitis complicada. La NP tricameral se utilizó en la mayoría de los casos, con preferencia por la administración a través de vía periférica. Además, la duración promedio de las NP tricamerales fue superior a la de las fórmulas individualizadas.

---

## INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL

---

### P-056. Estudio del papel causal del selenio en el desarrollo de diabetes de tipo 2 en un modelo de dieta rica en fructosa en rata Wistar

---

Pilar Casanova Querol<sup>1</sup>, María Martín Grau<sup>1</sup>, Geraldine Rocha Correal<sup>1</sup>, Laura Moreno Morcillo<sup>1</sup>, Mercedes Pardo Tendero<sup>1</sup>, José Francisco Haro Estévez<sup>1</sup>, José Manuel Morales Tatay<sup>1,2</sup>, Vannina González Marrachelli<sup>2,3</sup>, Daniel Monleón Salvadó<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Patología. Universitat de València. València. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. València. <sup>3</sup>Departamento de Fisiología. Universitat de València. València

**Introducción:** el selenio (Se) es un oligoelemento esencial presente en las selenoproteínas antioxidantes que se encuentra frecuentemente en los suplementos dietéticos. Sin embargo, varios estudios asocian una ingesta elevada y prolongada de Se con mayor predisposición a desarrollar diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). El impacto del Se en la resistencia a insulina no se ha evaluado en estudios prospectivos amplios, por lo que aún no hay conclusiones definitivas.

**Objetivos:** investigar el papel causal del Se en el desarrollo de DM2 utilizando un modelo de dieta de resistencia a insulina en ratas Wistar con y sin suplementación de Se.

**Material y métodos:** treinta y dos ratas Wistar macho de 16 semanas se dividieron en cuatro grupos: dos con dieta control (CTL) y dos con dieta rica en fructosa al 60 % (HFrD). Un grupo CTL y otro HFrD recibieron selenito sódico en agua (45 µg/día). Durante el estudio, se midieron parámetros fisiológicos (presión arterial, peso corporal, test de tolerancia a la glucosa...) y se tomaron muestras de suero, orina y heces para estudios de metabólica y microbiota fecal. Tras 12 semanas, se sacrificaron las ratas para análisis histológico y bioquímico. Se analizaron diferencias significativas mediante ANOVA factorial ( $p < 0,05$ ).

**Resultados y conclusión:** durante el estudio longitudinal se observaron diferencias significativas en el perfil metabólico, microbiota fecal y parámetros fisiológicos como el peso corporal. Además, a tiempo final, se encontró mayor daño hepático y renal en el estudio bioquímico de los grupos suplementados con Se, especialmente aquellos con HFrD. Histológicamente,

se identificó esteatosis hepática en los grupos con HFrD, consistente con un aumento en el peso del hígado respecto al peso corporal. Estas alteraciones están asociadas con resistencia a la insulina y desarrollo de esteatosis hepática, subrayando el papel del Se en la progresión hacia resistencia a la insulina y diabetes de tipo 2.

### P-057. Niveles séricos de vitamina D, variantes moleculares implicadas en su metabolismo y riesgo de cáncer de mama: perspectiva nutricional

---

José María Gálvez-Navas<sup>1,4</sup>, Susana Rojo Tolosa<sup>2,3,5,6</sup>, Laura Elena Pineda-Lancheros<sup>2,5,7</sup>, Lola Fernández-Álvarez<sup>3</sup>, M.<sup>a</sup> Carmen Ramírez-Tortosa<sup>3</sup>, Cristina Pérez-Ramírez<sup>3</sup>, Alberto Jiménez-Morales<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria IBS GRANADA. Granada, España. <sup>3</sup>Departamento de Bioquímica y Biología Molecular II. Universidad de Granada. Granada, España. <sup>4</sup>Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada, España. <sup>5</sup>Unidad de Farmacogenética y <sup>6</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. <sup>7</sup>Departamento de Farmacia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias. Bogotá, Colombia

**Introducción:** la vitamina D se caracteriza por desempeñar una gran variedad de funciones relacionadas con la supervivencia celular, estando algunas de ellas íntimamente relacionadas con la carcinogénesis, como la estimulación de la diferenciación celular y la apoptosis. El cáncer de mama, la neoplasia de mayor incidencia y mortalidad en las mujeres a nivel mundial, es una enfermedad compleja en la que intervienen múltiples factores.

**Objetivos:** evaluar la relación entre los niveles séricos de vitamina D y la prevalencia de polimorfismos de nucleótido único (SNP) implicados en su metabolismo con el riesgo de cáncer de mama.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 78 mujeres con cáncer de mama y 344 controles de origen caucásico seleccionados de forma aleatoria, diagnosticadas entre 2018-2022, seguidas hasta mayo de 2024. Se determinaron los SNPs más frecuentes en los genes VDR, CYP2R1, CYP27B1, GC y CYP24A1 mediante PCR a tiempo real utilizando sondas TaqMan<sup>®</sup>. Se realizó un análisis bivalente para conocer las asociaciones entre el desarrollo de la enfermedad con variables demográficas, clínicas y genéticas.

**Resultados y conclusión:** la media de edad en los casos fue de 52,4 años, mientras que en los controles fue de 60,2 años. Mujeres con niveles séricos de vitamina D deficientes ( $\leq 19,9$  ng/ml) presentaron mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama ( $p = 0,018$ ; OR = 2,76; IC 95 % = 1,15-7,20). Las mujeres portadoras de los alelos mutados en los SNPs VDR rs11568820-Cdx2 (A) y VDR rs2228570-FokI (T) presentaron un mayor riesgo de padecer cáncer de mama en todos los modelos estudiados (genotípico, dominante, recesivo, alélico y aditivo). La deficiencia de vitamina D y la prevalencia de los SNPs VDR Cdx2 y VDR FokI pueden influir en el riesgo de cáncer de mama, aunque se debe continuar la investigación de factores de riesgo en estudios con mayor tamaño muestral.

### P-058. Longitud telomérica en pacientes con obesidad y enfermedad hepática metabólica

María García Duque<sup>1</sup>, María D. Ballesteros Pomar<sup>1</sup>, Elena González Arnaiz<sup>1</sup>, Diana Ariadel Cobo<sup>1</sup>, Ana Urioste Fondo<sup>1</sup>, María Antequera González<sup>1</sup>, Carmen Dameto Pons<sup>1</sup>, Ainhoa Niño González<sup>1</sup>, Diana García Sastre<sup>1</sup>, Miguel Marcos Martín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>2</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca

**Introducción:** los telómeros son estructuras situadas en los extremos de los cromosomas, formadas por secuencias repetitivas de ADN y proteínas, cuya función principal es proteger la información genética durante la división celular. Con cada ciclo de replicación se acortan progresivamente, lo que está asociado con el envejecimiento celular. En el contexto de la obesidad, la enfermedad hepática metabólica es una condición prevalente que aumenta la morbimortalidad de estos pacientes.

**Objetivos:** el objetivo principal de este trabajo es analizar la relación entre el grado de enfermedad hepática metabólica y la longitud telomérica en pacientes con obesidad.

**Material y métodos:** estudio transversal de 50 pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario de Salamanca desde 2010 hasta la actualidad. Se evaluó el estadije histopatológico utilizando el SAF *score*: severidad leve (S1, A0-1, F0-1), moderada (S2, A2, F1-2) y grave (S3, A3, F3-4) mediante biopsia hepática intraoperatoria. La longitud telomérica fue medida por PCR en tiempo real en muestra sanguínea, utilizando el kit ScienCell's Absolute Human Telomere Length Quantification qPCR.

**Resultados:** el 74 % de los pacientes eran mujeres con una edad media de 45,2 (DE 11,3) años y un IMC de 48,4 (DE 8,5) kg/m<sup>2</sup>. De los 50 pacientes, 28 (56 %) presentaron enfermedad hepática metabólica de severidad leve, 18 (36 %) moderada y 4 (8 %) grave. La correlación entre el grado de esteatosis y la longitud telomérica obtuvo un valor rho de -0,31 ( $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** existe una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa entre el grado de enfermedad hepática metabólica y la longitud telomérica en pacientes con obesidad mórbida. Los pacientes con mayor severidad de enfermedad hepática metabólica, presentaron telómeros más cortos, lo que sugiere un envejecimiento celular acelerado en estos pacientes, posiblemente relacionado con la obesidad.

### P-059. Evaluación del impacto de una dieta enriquecida con cacao en ratones mediante metabolómica no dirigida: influencia del sexo en la respuesta metabólica

Sonia Melgar-Locatelli<sup>1,3</sup>, Marta Palma-Morales<sup>2,3</sup>, Óscar Rangel-Huerta<sup>4</sup>, Estela Castilla-Ortega<sup>1,5</sup>, Celia Rodríguez-Pérez<sup>2,3,6</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga, España. <sup>2</sup>Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada, España. <sup>3</sup>Instituto de Nutri-

ción y Tecnología de los Alimentos José Mataix Verdú (INRYA). Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Granada, España. <sup>4</sup>Sección de Química y Toxinología. Instituto Veterinario Noruego. Ås, Noruega. <sup>5</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina (IBIMA). Plataforma BIONAND. Málaga, España. <sup>6</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA. Granada, España

**Introducción:** el consumo de cacao ha sido asociado con varios beneficios para la salud, especialmente debido a los efectos antioxidantes de los polifenoles, particularmente los flavanoles. La metabolómica, una disciplina clave en la biología de sistemas, estudia cómo los metabolitos presentes en los fluidos biológicos reflejan cambios fisiológicos o patológicos en los organismos. Las técnicas metabolómicas se utilizan cada vez más para identificar biomarcadores dietéticos, como los derivados del consumo de cacao, para analizar su impacto en el metabolismo, el riesgo de enfermedades y la función neurobiológica.

**Objetivos:** evaluar el impacto del consumo de dos tipos de cacao, con alto (HPC) y bajo (LPC) contenido en polifenoles, sobre los biomarcadores metabólicos plasmáticos, teniendo en cuenta las diferencias de sexo.

**Material y métodos:** se utilizaron diecisiete ratones jóvenes C57BL/6JRj, asignados aleatoriamente a tres grupos experimentales con dietas estándar (CTR), HPC y LPC ( $n = 5-6$  animales por grupo, con 2-3 machos y 3 hembras por grupo). Después de 30 días de intervención, se recogieron muestras de plasma de los animales, las cuales fueron analizadas mediante cromatografía líquida de alta resolución acoplada a espectrometría de masas QTOF (Bruker, modelo TimsTOFPro2) con movilidad iónica en ionización positiva y negativa. Se utilizaron controles de calidad y blancos analíticos para asegurar la calidad del sistema. Los datos obtenidos fueron procesados con MzMine 4.3.0 y se realizaron análisis multivariados y estadísticos usando el paquete estadístico R.

**Resultados y conclusión:** aunque el análisis multivariado no mostró diferencias significativas entre los grupos experimentales, el modelo OPLS-DA ( $p \leq 0,05$ ) permitió discriminar las muestras en función del sexo. De las 486 moléculas analizadas, 30 mostraron diferencias significativas entre los grupos, y 64 se vieron influenciadas por el sexo. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el factor sexo en estudios metabólicos para una mejor comprensión de las variaciones biológicas y su impacto en los resultados experimentales.

### P-060. Resultados preliminares del protocolo Nutriglim. Estudio para evaluar la eficacia de un algoritmo de práctica clínica asistencial en el Hospital Universitario La Paz en el tratamiento

Marllyn Valero Pérez<sup>1</sup>, Bricia López Plaza<sup>2</sup>, Lucía Arcos Castellanos<sup>3</sup>, Rosa García Moreno<sup>1</sup>, Laura Mola Reyes<sup>1</sup>, Gonzalo Miñón Sánchez<sup>1</sup>, Marta Pulido Vega<sup>1</sup>, Samara Palma Milla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ. Madrid. <sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria IdiPAZ. Hospital Universitario La Paz. Madrid

**Introducción:** los criterios GLIM son una herramienta práctica para diagnosticar la desnutrición. Su uso, junto con la valoración morfofuncional, puede facilitar la elección del tratamiento médico nutricional (TMN) más adecuado.

**Objetivos:** este protocolo busca evaluar la eficacia de un algoritmo clínico para asignar el TMN según los criterios fenotípicos y etiológicos de los GLIM.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo de seis meses de duración. Se incluyeron pacientes > 18 años que acudieron por primera vez a consulta de Nutrición, presentaron desnutrición y aceptaron participar. Se les asignó un TMN oral o enteral según la valoración nutricional, los criterios GLIM y la valoración morfofuncional mediante el algoritmo diseñado. A los pacientes con diabetes *mellitus* se les asignó una fórmula específica. Se excluyeron aquellos sujetos que requirieron otras fórmulas específicas (renales, hepatopatía o inmunomoduladoras).

**Resultados y conclusión:** el estudio consistió en tres visitas durante seis meses para evaluar el estado nutricional, la morfofuncionalidad (antropometría, bioimpedancia, dinamometría, ecografía nutricional, test de funcionalidad), el estudio dietético (recuerdo de 24 h) y pruebas complementarias. Actualmente se encuentra activa la fase de reclutamiento, habiéndose logrado incorporar del 20 % del tamaño muestral. El 33,3 % son mujeres y 66,7 % hombres. El 58,3 % de los pacientes presentaba desnutrición moderada y el 41,7 % desnutrición severa. En el 58,3 % de los casos la desnutrición se asoció a cáncer de distintas localizaciones y en el 41,7 %, a otros diagnósticos de los cuales el 75 % estaban relacionados con cirugía. Las características basales de la población se detallan en la tabla I. Los datos fueron analizados con SPSS-21.0.

**Tabla I. Características basales de la población de estudio**

Variable	Media	DS
Edad (años)	66,25	9,64
PAS (mmHg)	121,83	15,79
PAD (mmHg)	70,08	7,86
FC (lpm)	74,17	13,30
Peso (kg)	66,08	13,90
P. peso (6 m)	70,88	16,74
%PP	-6,75	9,58
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	22,40	4,42
CP (cm)	33,16	2,89
A. Fase (°)	4,79	0,96
A. Fase est. (°)	-0,69	1,57
Dinamometría (kg)	24,94	12,52

Los resultados preliminares sugieren que el algoritmo de asignación de TMN en la práctica clínica, basado en los criterios GLIM y respaldado por la valoración morfofuncional, facilita una

asignación rápida del TMN según el tipo de desnutrición. La asignación precoz y dirigida del tratamiento nutricional favorecerá la resolución de la desnutrición asociada a la enfermedad.

### **P-061. Polimorfismos de un solo nucleótido relacionados con el metabolismo de la vitamina D en el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica**

Susana Rojo Tolosa<sup>1,4</sup>, Laura Elena Pineda-Lancheros<sup>1,3,5</sup>, José María Gálvez-Navas<sup>1,2,6,7</sup>, Cristina Pérez-Ramírez<sup>2</sup>, Concepción Morales-García<sup>4</sup>, Alberto Jiménez-Morales<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria *ibs.GRANADA*. Granada, España. <sup>2</sup>Departamento de Bioquímica y Biología Molecular *ii*. Universidad de Granada. Granada, España. <sup>3</sup>Unidad de Farmacogenética. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. <sup>4</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. <sup>5</sup>Departamento de Farmacia. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. <sup>6</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid, España. <sup>7</sup>Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada, España

**Introducción:** de acuerdo con lo manifestado por la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. Esta enfermedad cursa mediante problemas respiratorios persistentes y una respuesta inflamatoria mayúscula, donde la vitamina D, debido a su papel regulador del sistema inmune, y las variantes genéticas implicadas en su metabolismo pueden desempeñar un papel esencial.

**Objetivos:** evaluar la asociación de 13 polimorfismos relacionados con el metabolismo de la vitamina D y el riesgo a desarrollar EPOC.

**Material y métodos:** se diseñó un estudio de casos y controles retrospectivo en el que se incluyeron 152 casos de EPOC diagnosticados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves y 456 controles sin la patología, emparejados por edad y sexo. La determinación de los 13 polimorfismos se ha llevado a cabo mediante *real-time* PCR utilizando sondas TaqMan™ en la Unidad de Farmacogenética del mismo hospital.

**Resultados y conclusión:** tras el análisis estadístico se observó que el genotipo AA y alelo A del polimorfismo CYP27B1 rs4646536 se relacionan con un mayor riesgo de padecer EPOC según los modelos genotípico (OR = 2,60; IC 95 %, 1,38-5,22;  $p = 0,004$ ), dominante (OR = 1,69; IC 95 %, 1,15-2,50;  $p = 0,008$ ), recesivo (OR = 2,24; IC 95 %, 1,22-4,41;  $p = 0,013$ ) y aditivo (OR = 1,56; IC 95 %, 1,18-2,08;  $p = 0,020$ ). Asimismo, el genotipo AA y el alelo A del polimorfismo CYP2R1 rs10741657 se relacionan con el riesgo a desarrollar EPOC de acuerdo con los modelos genotípico (OR = 1,90; IC 95 %, 1,06-3,36;  $p = 0,028$ ) y aditivo (OR = 1,37; IC 95 %, 1,04-1,81;  $p = 0,027$ ). Por tanto, podemos concluir que las variantes mencionadas de CYP27B1 y CYP2R1 se podrían emplear en la detección precoz de la enfermedad como marcadores de riesgo, siendo necesaria la realización de futuros estudios en los que participe una mayor cantidad de pacientes.



### P-062. Variantes genéticas en *CYP24A1* en la vía metabólica de la vitamina D como biomarcadores de riesgo en esclerosis múltiple

Laura Elena Pineda-Lancheros<sup>1,3</sup>, José María Gálvez-Navas<sup>1,4,6</sup>, Susana Rojo Tolosa<sup>1,2,5,7</sup>, Cristina Pérez-Ramírez<sup>5</sup>, Alberto Jiménez-Morales<sup>1,8</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biosanitaria ibs.GRANADA. Granada, España. <sup>2</sup>Unidad de Farmacogenética. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España. <sup>3</sup>Departamento de Farmacia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias. Bogotá, Colombia. <sup>4</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid, España. <sup>5</sup>Departamento de Bioquímica y Biología Molecular II. Universidad de Granada. Granada, España. <sup>6</sup>Registro de Cáncer de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada, España. <sup>7</sup>Servicio de Neumología y <sup>8</sup>Departamento de Farmacia. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España

**Introducción:** la esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria, crónica y neurodegenerativa. Su aparición y desarrollo están relacionados con la interacción de factores genéticos y ambientales. La función de la vitamina D va más allá de regular los niveles de calcio y juega un papel importante en enfermedades autoinmunes, como la EM. Se han descrito polimorfismos de un solo nucleótido en genes relacionados con el metabolismo de la vitamina D que pueden afectar su funcionalidad o la expresión de cada gen y, en consecuencia, aumentar el riesgo de desarrollar EM. Se ha demostrado que la 24-hidroxilasa, codificada por el gen *CYP24A1*, es una enzima clave que neutraliza el metabolito activo de la vitamina D3.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio fue evaluar la influencia de polimorfismos en el gen *CYP24A1* como predictores de riesgo de EM en población caucásica (española).

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional de casos y controles que incluyó 209 pacientes diagnosticados con EM y 419 controles, de origen caucásico. Los polimorfismos rs4809957 y rs6068816 en el gen *CYP24A1* se analizaron mediante PCR en tiempo real utilizando sondas TaqMan®.

**Resultados:** tras la corrección por Bonferroni, se reveló que portadores de los genotipos AA y AG para rs4809957 (*CYP24A1*) presentaron mayor riesgo de EM respecto al genotipo GG en los modelos genotípico ( $p < 0,0001$ ; OR = 5,98; IC 95 %, 3,49-10,61 y  $p < 0,0001$ ; OR = 16,39; IC 95 %, 9,3-29,68) y dominante ( $p < 0,0001$ ; OR = 4,42; IC 95 %, 3,06-6,46). Asimismo, los portadores del genotipo CC para rs6068816 (*CYP24A1*) presentaron mayor riesgo de EM respecto a portadores del genotipo TT en los modelos genotípico ( $p < 0,0001$ ; OR = 13,2; IC 95 %, 6,82-27,75 y  $p < 0,0001$ ; OR = 429,4; IC 95 %, 184,1-1134,4) y recesivo ( $p < 0,0001$ ; OR = 61,2; IC 95 %, 32,9-125,1).

**Conclusión:** los polimorfismos en el gen *CYP24A1* se asociaron significativamente con un mayor riesgo en el desarrollo de EM. Por lo tanto, podrían actuar como biomarcadores predictivos de la enfermedad.

### P-063. Puntos de corte del grosor del cuádriceps medido por ecografía para malnutrición y sarcopenia en ancianos institucionalizados

Ana Ros Anadón, Wendy Valeria González Sacoto, Macarena Lacarta Benítez, Carlos Moreno Gálvez, Lidia Olivar Gómez, Alejandro Sanz París

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

**Introducción:** la malnutrición y la sarcopenia son condiciones prevalentes en ancianos institucionalizados, afectando significativamente a su calidad de vida y aumentando la morbimortalidad. La sarcopenia, clave en el diagnóstico de malnutrición según los criterios GLIM, implica la pérdida de masa muscular, fuerza y función. La ecografía muscular se presenta como una herramienta accesible y económica para evaluar la masa muscular; sin embargo, su uso clínico requiere mayor estandarización.

**Objetivos:** determinar puntos de corte para el grosor del recto femoral (RF) y el recto femoral combinado con el vasto intermedio (RF+VI) mediante ecografía para el diagnóstico de malnutrición y sarcopenia. Secundariamente, evaluar las diferencias entre las mediciones del grosor muscular medido en el punto medio y el tercio inferior del fémur, así como comparar los métodos empleados para calcular dichos puntos de corte.

**Material y métodos:** estudio observacional en 236 personas (> 65 años) de cuatro residencias de Zaragoza. Las evaluaciones incluyeron cuestionarios (SARC-F, MNA, índice de Barthel), antropometría, bioimpedancia, fuerza de agarre y ecografía muscular. La sarcopenia se diagnosticó según los criterios EWGSOP2. Se midió el grosor del RF y RF+VI en dos localizaciones, el punto medio y el tercio inferior del fémur. Los puntos de corte se calcularon mediante percentiles (p10) y curvas ROC (Fig. 1).

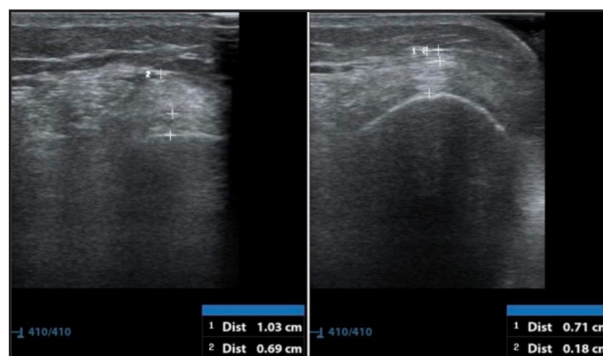


Figura 1.

**Resultados y conclusión:** el 54,9 % presentó sarcopenia confirmada. La baja prevalencia de malnutrición impidió calcular puntos de corte para esta condición. Los puntos de corte para sarcopenia variaron de forma significativa según sexo, método de cálculo empleado y punto anatómico de medición. En hombres, los puntos de corte oscilaron entre 0,69-1,37 cm para RF

y 1,26-2,85 cm para RF+VI; en mujeres, 0,52-1,36 cm para RF y 1,08-2,23 cm para RF+VI. Las curvas ROC mostraron baja precisión, sugiriendo la necesidad de aumentar el tamaño muestral. La variabilidad en los resultados subraya la necesidad de estandarizar las mediciones y metodologías para mejorar la precisión diagnóstica.

## NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

### P-064. Monitorización, intervención y seguimiento de los niveles plasmáticos de oligoelementos en pacientes con nutrición parenteral domiciliaria

Astrid Abenza Guardiola, Adrián Domingo Agrados, José Moreno Bane-gas, Manuel Ángel Torrecilla Abril, Isabel Caba Porras

Hospital Universitario de Jaén. Jaén

**Introducción:** en los pacientes que reciben nutrición parenteral domiciliaria (NPD), las variaciones plasmáticas de micronutrientes son comunes, aunque el seguimiento y normalización de oligoelementos puede ser dificultoso.

**Objetivos:** analizar y evaluar la monitorización de los niveles plasmáticos de oligoelementos en pacientes con NPD (pNPD), así como las intervenciones realizadas.

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de todos los pNPD desde 2023 hasta la actualidad. A partir de la historia clínica y el programa Nutriwin® se registró: edad, sexo, IMC, diagnóstico, duración de la NPD desde su inicio, presencia de alimentación oral, dosificación de oligoelementos y niveles sanguíneos de zinc, selenio, cobre, cromo, manganeso, albúmina y PCR.

**Resultados y conclusión:** se recogieron 5 pNPD descritos en las tablas I y II. Presentaron alteraciones que requirieron intervención cuatro de los cinco pNPD (80 %). El paciente 1 presentaba déficit de zinc y se subsanó con aporte extra semanal; después surgió colestasis con acumulación de cobre, se dejó solo con OligoZinc® cada dos y después cada tres días. El paciente 2 tenía valores deficitarios en cobre y elevados de zinc

Tabla I. Descripción demográfica de los pacientes con NPD

Variable	Categoría	n = 5				
Sexo	Mujeres Hombres	2 (40 %) 3 (60 %)				
Edad media en años		58 (rango 27-81)				
Peso inicial media en kg		46 (rango 34-67)				
IMC kg/m <sup>2</sup>	Media 5 pacientes < 18,5 > 20	16,8 (rango 12,5-22,2) 3 (60 %) 2 (40 %)				
Etiología	Síndrome de intestino corto Alteración motilidad y/o inflamación intestinal Proceso oncológico	1 3 1				
Duración NPD en meses	Media meses 5 pacientes	42 (5-168) 10 media meses				
Presencia de alimentación oral		5				
Retirada por dieta con suplementación oral	Retirada de NPD Continúan con NPD	2 (dieta oral) 3				
Pauta de dosificación de oligoelementos y progresión						
<b>Paciente 1</b>	Supliven® diario y OligoZinc® media ampolla semanal durante cinco meses	Supliven® diario y dos ampollas de OligoZinc® semanal cinco meses	OligoZinc® media ampolla semanal durante doce meses. Retirada de Supliven® diario	OligoZinc® tres ampollas durante cuatro meses (NPD 3 veces por semana)	OligoZinc® dos veces por semana durante doce meses (NPD dos veces por semana)	
<b>Paciente 2</b>	Supliven® diario durante tres meses		Peditrace® cada 48 horas durante tres meses	Peditrace® cada 72 horas hasta finalización de NPD		
<b>Paciente 3</b>	Supliven® diario durante ocho meses	Supliven® semanal un mes	Dos semanas sin aporte	Supliven® semanal durante dos meses	Supliven® y OligoZinc® semanal durante dos meses	Supliven® semanal hasta la actualidad
<b>Paciente 4</b>	Supliven diario durante tres meses			Supliven® cada 48 horas hasta la actualidad		
<b>Paciente 5</b>	Supliven diario durante ocho meses			Supliven® cada 48 horas hasta la actualidad		

**Tabla II. Niveles plasmáticos de oligoelementos**

Cobre (VR Mujer: 80-155 µg/dL / Hombre: 70-140 µg/dL)									
Paciente 1					197				85
Paciente 2	64	65	66	67	100				
Paciente 3	127	154	107	148	118	78			
Paciente 4	119								
Paciente 5	147								
Cromo (VR: Hasta 2 µg/L)									
Paciente 1					< 1				< 1
Paciente 3	5,8	3,7	1,6	2,2					
Paciente 5	1,6								
Manganeso (VR: Hasta 2 µg/L)									
Paciente 1					1,2				1,1
Paciente 2	0,9			2,4	0,7				
Paciente 3	1	1,1	0,7	0,9	1	1			
Paciente 4	0,6								
Paciente 5	0,5								
Selenio (VR: 60-120 µg/L)									
Paciente 1									54
Paciente 2				89	66				
Paciente 3	112	95	60	69	89	67			
Paciente 4	92								
Paciente 5	52								
Zinc (VR: 68-120 µg/dL)									
Paciente 1	30	104	67	54	72	91	73	84	73
Paciente 2	155	216		141	129				
Paciente 3	103	147	63	90	148	85			
Paciente 4	80								
Paciente 5	82								
Albúmina (VR: 3,5 – 5,2 g/dL)									
Paciente 1	4,4	3,3	2,6	3	3,3	3,3	3,3	3,1	3,2
Paciente 2	4,5		4,2	4,1	4,5				
Paciente 3	4	3,6	3,3	3,5	4,3	4			
Paciente 4	3,1								
Paciente 5	4								
Proteína C reactiva (VR: 0-5 mg/L)									
Paciente 1	94,9	43,7	41,3	36,6	13,2	52,2	21,3	37,3	68,4
Paciente 2	0,4		< 1	< 1	6,5				
Paciente 3	43,4	64,4	17,4	205,3	4,2	17,3			
Paciente 4	15,3								
Paciente 5	26,7								

y manganeso, se cambió a Peditrace® y reducción a una pauta de 48 h y posteriormente a 72 h. El paciente 3 presentó aumento de cobre, cromo y zinc, con suspensión durante dos semanas de su aporte. Después reducción de una ampolla semanal de Supliven®. Posteriormente hubo disminución de zinc, se ajustó con aporte semanal de OligoZinc® y posterior suspensión. El paciente 5, con elevación de cobre, aunque Selenio un poco bajo, se ha dosificado oligoelementos a días alternos. En los cuatro pacientes se consiguió normalizar los oligoelementos a pesar de no disponer de presentaciones individuales. El seguimiento de los niveles plasmáticos de oligoelementos, su correcta monitorización, teniendo en cuenta también la influencia de la albúmina y PCR, así como una adecuada intervención y ajuste, son necesarios para conseguir unos niveles óptimos a fin de evitar posibles alteraciones.

**P-065. Acompañamiento enfermero en la decisión sobre la colocación de una gastrostomía: mejorando la calidad de vida en pacientes con ELA**

María Alonso Casasús, Pilar Matía Martín, Angélica Larrad Sainz, María Arriaga Rodríguez, Clara Marcuello Foncillas, María Gemma Hernández Núñez, Patricia Martín Tejeda, María del Espino Sánchez Veneros

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Introducción:** la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que provoca pérdida progresiva de la funcionalidad y la deglución. Más del 80 % de los pacientes desarrollan disfagia grave, requiriendo una gastrostomía para asegurar su adecuada nutrición. La decisión suele tomarse en momentos críticos, impactando emocionalmente en pacientes y cuidadores.

**Objetivos:** evaluar el impacto de un programa de acompañamiento enfermero en la toma de decisiones sobre colocación de gastrostomía, proporcionando apoyo emocional e informado, minimizando riesgos asociados al retraso y preservando la calidad de vida.

**Material y métodos:** entre julio de 2023 y diciembre de 2024, se implementó un protocolo de intervención en la consulta de enfermería de un hospital terciario. Previa a la indicación de gastrostomía, todos los pacientes recibieron una sesión informativa individualizada de unos 45 minutos, con materiales audiovisuales y fungibles, explicándoseles el procedimiento, cuidados, beneficios y complicaciones, resolviendo dudas. Se ofreció seguimiento telefónico. Tras la colocación, se evaluó la satisfacción mediante un cuestionario telefónico para conocer repercusión de la sesión (Fig. 1; pág. siguiente).

**Resultados y conclusión:** se atendieron 16 pacientes/cuidadores derivados desde Neurología (1), Endocrinología-Nutrición (12) y Neumología (3). A nueve se les colocó la gastrostomía programada: radiológica (3), endoscópica (6); seis aún no han decidido y 1 falleció antes del procedimiento. Se registró una complicación intraoperatoria (broncoaspiración). El 100 % calificó las sesiones como suficientes y claras, el 88 % destacó

la resolución de dudas. Todos valoraron positivamente la accesibilidad del equipo. El acompañamiento enfermero temprano facilita la toma de decisiones informadas sobre gastrostomía en pacientes con ELA, mejora la preparación para la nutrición artificial y fomenta una atención centrada en el paciente, demostrando efectividad en la mejora de la calidad del proceso.

**CUESTIONARIO GASTROSTOMÍA TRAS SESIÓN INFORMATIVA**

¿Quién contesta la encuesta?  PACIENTE  CUIDADOR

- En qué momento se le informó de la necesidad de gastrostomía:
  - Durante el diagnóstico
  - En la consulta de Nutrición
  - Tras la aparición de disfagia u otra complicación
- Cuando se realizó la sesión informativa, considera que la información recibida fue:
 

a. Suficiente	1	2	3	4	5
b. Clara	1	2	3	4	5
c. Resolvió sus dudas	1	2	3	4	5
d. Le ayudó a tomar la decisión cuando le indicaron la gastrostomía	1	2	3	4	5
- Ha considerado accesible la consulta de enfermería de nutrición para consultas posteriores a la sesión informativa
 

SI	NO
----	----
- Si le fue colocada una gastrostomía, considera que la sesión informativa:
 

a. Facilitó la aceptación de la nueva situación	SI	NO
b. Le ha permitido detectar complicaciones con la información recibida	SI	NO

Figura 1.

### P-066. Uso de gastrostomías percutáneas profilácticas en pacientes oncológicos y complicaciones asociadas

Miren Badiola Molinuevo, Lina Marcela Ramírez García, Maddalen Dublang Irazábal, Christian Alabort Ugidos, Marta Illescas García, Sara Valle Rodríguez-Navas, María Picallo Ruiz, Aitor Galarza Montes, Almudena Ruiz Molina, Yolanda García Fernández

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Galdakao-Usansolo. Galdakao, Bizkaia

**Introducción:** el uso de gastrostomías profilácticas en pacientes con tumores de cabeza y cuello (CyC) y del tracto gastrointestinal superior que van a sometidos a tratamientos oncológicos intensivos es una práctica habitual en nuestro centro, dado que se asocia a disminución de disfagia y desnutrición asociada a la radioterapia y quimioterapia. La indicación se decide en comité multidisciplinar, en función de criterios clínicos que predicen mayor riesgo de disfagia.

**Objetivos:** analizar las características clínicas de los pacientes oncológicos con gastrostomías y describir las complicaciones asociadas.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo de 85 pacientes oncológicos a los que se les colocó una sonda de gastrostomía entre 11/2022 y 11/ 2024. Se analizaron datos clínicos y de complicaciones asociadas a la sonda.

**Resultados:** 81,2 % hombres, con edad media 66,7 años (DE 9,2). El 65,7 % presentaban tumores de CyC, 27,1 % tumo-

res esofágicos y 7,1 % otros tumores. En 41 pacientes (48,2 %) se colocó de manera profiláctica, de los cuales 40 utilizaron la gastrostomía. El 61,2 % presentaban desnutrición según criterios GLIM en el momento de indicación de la sonda. El 78 % se colocaron por vía radiológica (PRG) y 21,2 % por vía endoscópica (PEG). En 35 pacientes (32,4 %) se retiró la gastrostomía por falta de uso de la misma, tras una media de 4,6 meses (DE 2,23). Las complicaciones relacionadas con la gastrostomía se ven en la tabla I.

Tabla I.

	% pacientes
Granuloma	38,8
Infección local de estoma	22
Salida de la sonda	14,1
Obstrucción	4,7
Absceso en pared	4,7
Malposición	8,2
Impactación en trayecto fistuloso	9,4

Se compararon las PRG y PEG. Se observó más impactación en trayecto fistuloso en pacientes portadores de PEG ( $p < 0,05$ ). No se observaron diferencias en función del calibre de sonda ni del volumen de globo.

**Conclusión:** > 95 % de las gastrostomías profilácticas fueron utilizadas. Existió un número apreciable de complicaciones menores asociadas gastrostomías. Debe realizarse una valoración individualizada de las indicaciones de gastrostomía profiláctica en los pacientes oncológicos.

### P-067. Protocolo para la motorización, intervención y seguimiento de los niveles plasmáticos de oligoelementos en pacientes con nutrición parenteral domiciliaria

Adrián Domingo Adrados, Astrid Abenza Guardiola, Manuel Ángel Torrecilla Abril, José Moreno Banegas, Isabel Caba Porras

Hospital Universitario de Jaén. Jaén

**Introducción:** el seguimiento de los niveles plasmáticos de oligoelementos en pacientes con nutrición parenteral domiciliaria (pNPD) es necesario, junto con los demás micronutrientes. En la última década se han desarrollado nuevas guías y recomendaciones sobre el correcto manejo de estos, que han sido necesarias incorporarlas en la práctica clínica habitual.

**Objetivos:** diseñar un protocolo que permita la correcta evaluación de los valores sanguíneos de oligoelementos en pNPD, unifique la metodología y contemple las correcciones pertinentes, después del estudio realizado de pNPD en nuestro centro.

**Material y métodos:** revisión bibliográfica con las palabras clave: "trace elements" y "home-parenteral nutrition". Estudio guidelines ESPEN: NPD 2020 y Micronutrientes 2022. Registro de las características de pNPD desde el 2023.

**Resultados y conclusión:** se estudiaron 5 pNPD, y 4 de ellos presentaron alteraciones de oligoelementos que necesitaron ajuste cualitativo y cuantitativo (Tabla I). Se consiguió la corrección a niveles en rango. Las cantidades recomendadas y la composición de los oligoelementos utilizados están descritos en la (Tabla II; pág. siguiente). En el protocolo se seleccionaron para su seguimiento: zinc, selenio, cobre, cromo y manganeso, además de PCR y albúmina, por su capacidad de transportar oligoelementos y alterar los niveles. El estudio analítico se realizará al inicio de la NPD y, posteriormente, cada 3 o 6 meses en función de los resultados previamente obtenidos. Se

acuerda interrumpir siempre la administración de NPD la noche anterior a la toma de muestra, para evitar interferencias. La pauta consensuada es un vial diario de Supliven®, que cumple con las cantidades recomendadas. En función de la evolución, se ajustará con las presentaciones disponibles o un cambio de intervalo de posológico. El diseño y la aplicación del protocolo ha sido necesario para garantizar una actualización, correcta práctica clínica, monitorización y seguimiento de los pNPD. Además, ha permitido dictaminar directrices a seguir para asegurar que el paciente se encuentre en un rango óptimo de oligoelementos.

**Tabla I. Descripción de los pacientes con NPD y ajuste cualitativo y cuantitativo realizado**

Descripción de los pacientes estudiados						
Variable	Categoría		n = 5			
Sexo	Mujeres Hombres		2 (40 %) 3 (60 %)			
Edad media (años)			58 (rango 27-81)			
Peso inicial medio (kg)			46 (rango 34-67)			
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Media 5 pacientes < 18,5 > 20		16,8 (rango 12,5-22,2) 3 (60 %) 2 (40 %)			
Etiología	Síndrome de intestino corto Alteración motilidad y/o inflamación intestinal Proceso oncológico		1 3 1			
Duración NPD (meses)	Media meses 5 pacientes		42 (5-168) 10 media meses			
Presencia de alimentación oral			5			
Retirada por dieta con suplementación oral	Retirada de NPD Continúan con NPD		2 (dieta oral) 3			
Pauta de dosificación de oligoelementos y progresión						
<b>Paciente 1</b>	Supliven® diario	Supliven® diario	Supliven® retirado	-	-	
	½ OligoZinc® semanal	2 OligoZinc® semanal	½ OligoZinc® semanal	3 OligoZinc® semanal	2 OligoZinc® semanal	
	5 meses	5 meses	12 meses	4 meses	12 meses	
	NPD diaria	NPD diaria	NPD diaria	NPD 3 por semana	NPD 2 por semana hasta finalización NPD	
<b>Paciente 2</b>	Supliven® diario	Peditrace® c/48 h	Peditrace® c/48 h			
	3 meses	3 meses	Hasta finalización NPD			
<b>Paciente 3</b>	Supliven® diario	Supliven® semanal	Sin aporte	Supliven® semanal	Supliven® + OligoZinc® semanal	Supliven® semanal
	8 meses	1 mes	2 semanas	2 meses	2 meses	Hasta la actualidad
<b>Paciente 4</b>	Supliven® diario	Supliven® c/48 h				
	3 meses	Hasta la actualidad				
<b>Paciente 5</b>	Supliven® diario	Supliven® c/48 h				
	8 meses	Hasta la actualidad				

**Tabla II. Recomendaciones de aportes diarios de oligoelementos en NPD y composición de distintos oligoelementos mezcla**

	<b>Cromo (µg)</b>	<b>Cobre (mg)</b>	<b>Manganeso (µg)</b>	<b>Selenio (µg)</b>	<b>Zinc (mg)</b>
ESPEN NP 2022 <sup>1</sup>	10-15	0,3-0,5	60-100	20-60	2,5-5
<b>ESPEN NPD 2022<sup>1</sup></b>	<b>10-15</b>	<b>0,3-0,5</b>	<b>55</b>	<b>60-100</b>	<b>3-5</b>
Supliven <sup>®2</sup>	10	0,38	55	79	5
Peditrace <sup>®3</sup>	-	0,2	10	20	2,5
OligoZinc <sup>®†</sup>	-	-	-	-	10
Oligoplus Braun <sup>®‡</sup>	10	0,760	<b>550</b>	24	3,3
OligoStandard <sup>®‡</sup>	10	0,5	<b>200</b>	-	3

<sup>1</sup>ESPEN micronutrient guideline. Clin Nutr. 2022;41(6):1357-424. <sup>2</sup>Formulación de oligoelementos mezcla que cumple las recomendaciones y seleccionados en nuestras NPD; <sup>3</sup>Formulación de oligoelementos disponibles en nuestro centro; <sup>†</sup>Formulación de oligoelementos no disponibles en nuestro centro por su alto contenido en manganeso.

### **P-068. Complicaciones asociadas al uso de nutrición parenteral domiciliaria: experiencia en un hospital comarcal**

Ana Campello Moñino, Nieves Cano Cuenca, Celia García González, Francisca Fuentes Hidalgo, Lidia Padilla Paredes

Hospital Vega Baja. Orihuela, Alacant

**Introducción:** el uso de nutrición parenteral domiciliaria (NPD) está asociado a complicaciones infecciosas, mecánicas, metabólicas, psicosociales... , siendo las primeras las más comunes.

**Objetivos:** analizar las complicaciones asociadas al uso de NPD observadas en los últimos 34 meses en un hospital comarcal.

**Material y métodos:** estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes que recibieron NPD entre enero de 2022 y octubre de 2024. Los datos de NPD se recogieron de Kabisoft<sup>®</sup> y los datos clínicos de Orion Clinic<sup>®</sup> y Abucasis<sup>®</sup>.

**Resultados:** durante el periodo estudiado se trataron con NPD 11 pacientes (54,5 % hombres). El 54,5 % eran pacientes oncológicos, con una mediana de edad de 56 años (21-64) y 13,5 (5-56) días de tratamiento. Tres (50 %) recibieron pauta cíclica de 16h, el resto régimen continuo. Ninguno presentó complicaciones. Los cinco pacientes restantes (45,5 %) presentaban síndrome de intestino corto (SIC), con una mediana de edad de 67 años (0,25-75) y de 240 (10-900) días de tratamiento. Todos en pauta cíclica. Las complicaciones registradas fueron: alteraciones hidroelectrolíticas (20 %), alteraciones hepáticas (20 %) e infecciones del catéter (50 %), siendo en dos de ellos de repetición. Se describieron en total 16 episodios de infecciones, siendo los microorganismos causantes: siete (43,8 %) *Staphylococcus epidermidis*, dos (12,5 %) *Enterococcus faecalis*, dos (12,5 %) *Candida* y una (6,25 %) *Klebsiella pneumoniae*. En el resto de los casos se identificaron diferentes bacterias gram positivas. Los motivos de suspensión de NPD fueron: cuatro (36,4 %) *exitus*, cuatro (36,4 %) progresión oral, dos (18,2 %) continúan actualmente y en un caso (9.1 %) hay pérdida de seguimiento por cambio de hospital.

### **Conclusiones:**

1. Pacientes con SIC precisan NPD domiciliaria durante periodos prolongados, lo que incrementa las complicaciones derivadas de su uso.
2. La principal complicación descrita es la infección del catéter central siendo *Staphylococcus epidermidis*, un microorganismo presente en la piel, el más frecuentemente aislado. Esto resalta la importancia del cuidado adecuado de la vía.

### **P-069. Valoración morfofuncional en pacientes con fallo intestinal crónico en nutrición parenteral domiciliaria: factores asociados a pronóstico y complicaciones**

Rubén Carrasco Barria, María Maíz Jiménez, Carla Jimena Santiváñez, Álvaro Mauricio Chávez Villegas, María de los Ángeles Valero de Zanuy, Miguel León Sanz

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**Introducción:** el fallo intestinal crónico (FIC) es una condición que requiere nutrición parenteral domiciliaria (NPD) para garantizar el control y la supervivencia de los pacientes, lo que implica múltiples desafíos clínicos. La valoración morfofuncional (VMF) constituye una herramienta más para caracterizar el estado nutricional y funcional de estos pacientes.

**Objetivos:** evaluar la relación entre la VMF y las complicaciones asociadas a la NPD (infecciones del catéter, hospitalizaciones y mortalidad).

**Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo de pacientes con FIC. Se analizaron: Sexo, edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), requerimientos de NPD, fuerza de prensión y bioimpedancia. Como variables dependientes, hospitalizaciones en el último año, infecciones (IAC) y mortalidad. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v25. Se realizó estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** se recogieron 28 pacientes, 18 mujeres (64,3 %). Las características vienen recogidas en la tabla I (pág. siguiente).

Los pacientes que fallecieron presentaban mayor edad ( $60,7 \pm 9,0$  frente a  $50,1 \pm 13,9$ ,  $p < 0,05$ ) y mayor reactividad ( $37,7 \pm 15,4$  frente a  $55,2 \pm 12,5$ ,  $p < 0,05$ ). La mortalidad se asoció con la presencia de neoplasia activa OR 6,0 (IC 95 %, 2,4-14,0). En relación a la hospitalización los pacientes que necesitaron algún ingreso presentaban mayor edad ( $56,0 \pm 12,7$  frente a  $43,4 \pm 14,8$ ,  $p < 0,05$ ). En contra de lo esperado, la ausencia de estoma se asoció a mayor riesgo de hospitalización OR 3,5 (IC 95 %, 1,3-8,8). Los años desde el diagnóstico se relacionaron significativamente con un aumento de las IAC ( $9,0 \pm 10,4$  frente a  $3,9 \pm 2,0$   $p < 0,005$ ).

**Conclusión:** la VMF identifica alteraciones relevantes en pacientes con FIC y NPD. Factores como la edad, las neoplasias activas y la baja reactividad mostraron mayor impacto pronóstico. Es necesario implementar métodos estandarizados de evaluación nutricional y funcional para optimizar el manejo clínico de esta población (Tabla I).

**Tabla I. Características de los pacientes con FIC**

	Media	DE
Edad	52,0 años	14,4
Años de diagnóstico	7,7 años	9,3
Longitud ID remanente	74,7 cm	70,3
Días de NPD a la semana	5,04 días	1,8
Volumen semanal de NPD	10,6 Litros	7,6
kcal semanales en la NPD	6478,7 Kcal	3630

#### **P-070. Digitalización de un programa de formación para pacientes con intestino corto. Un estudio piloto**

Francisca Joly Gómez<sup>1</sup>, François Danguy des Deserts<sup>1</sup>, Cathy Alvarado<sup>1</sup>, Julie Bataille<sup>1</sup>, Joanna Bettolo<sup>1</sup>, Lore Billiauws<sup>1</sup>, Coralie Hutinet<sup>1</sup>, Corine Michelin<sup>1</sup>, Claude Villain<sup>1</sup>, Hartmut Frankowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hopital Beaujon. Clichy, France. <sup>2</sup>Mobile3Eolutions. Paris, France

**Introducción:** el síndrome del intestino corto (SIC) es una enfermedad rara que requiere un enfoque multidisciplinar. Un mejor conocimiento podría mejorar los resultados de la enfermedad y la calidad de vida. Frecuentemente, nos enfrentamos a dificultades para formar a los pacientes. Decidimos digitalizar nuestro programa de formación (PF) creando una plataforma digital.

**Objetivos:** el objetivo era valorar la adherencia de los pacientes y de los profesionales sanitarios (PS) a un PF digitalizado dedicado a los pacientes con SIC.

**Material y métodos:** en diciembre de 2020, un equipo multidisciplinar diseñó el contenido (presentaciones, vídeos didácticos y evaluaciones) del programa. Se evaluó el número de pacientes que completaron el PF digital durante 12 meses. Se analizaron las características clínicas de los pacientes, los módulos completados y aceptación de los PS mediante un cuestionario anónimo.

**Resultados y conclusión:** entre 01/01/2022 y 30/12/2022, participaron 32 pacientes con SIC (19H/12M); edad media  $50 \pm 19$  años. El tiempo entre el inicio de la enfermedad y el programa fue de  $6 \pm 4$  años. Se realizaron 80 sesiones frente a 13 sesiones para 13 pacientes en 2020. De los 80 talleres, el 25 % fueron dirigidos por dietistas, 8 % por farmacéutico, 12 % por médicos y 55 % por enfermeros. En la encuesta anónima, el tipo de contenido preferido fue, vídeos educativos, vídeos de pacientes y presentaciones powerpoint. La sección «formador» se utilizó con regularidad en el 75 % de los casos, para autoformación (60 %) o para formar a otros profesionales (40 %). Con un aumento de más del 500 % en el número de talleres realizados y de más del 140 % en el número de pacientes que tienen acceso al programa de formación digital, este piloto demuestra que la estructuración y digitalización de un programa de formación por parte de un equipo multidisciplinar permite estructurar el contenido, aumentar el número de talleres diferentes ofrecidos y también mejorar las competencias y el compromiso de los formadores.

#### **P-071. Registro Nacional de Nutrición Parenteral Domiciliaria del grupo de trabajo NADYA-SENPE, año 2024**

Gabriela Lobo Támer<sup>1</sup>, José Luis Pereira Cunill<sup>2</sup>, Marta Germán Díaz<sup>3</sup>, Luis Miguel Luengo Pérez<sup>4</sup>, Susana Padín López<sup>5</sup>, Clara Marcuello Foncillas<sup>6</sup>, Cristina Cuerda Compés<sup>7</sup>, Grupo Nadya Senpe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>6</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. <sup>7</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**Introducción:** la nutrición parenteral domiciliaria consiste en realizar en el domicilio del paciente los procedimientos terapéuticos por vía parenteral, con cuidados y controles por parte del paciente o de un familiar cuidador, previamente entrenados para su realización. Esta modalidad evita infecciones nosocomiales, costes, ingresos innecesarios, etc, a la vez que humaniza la relación personal sanitario-paciente-familia.

**Objetivos:** cuantificar la frecuencia del uso de NPD en España durante el año 2024 y describir las características de los pacientes registrados.

**Material y métodos:** estudio descriptivo de la base de datos del grupo de trabajo NADYA-SENPE, Registro de ámbito nacional, el periodo de análisis comprende desde el 1 de enero al 18 de diciembre de 2024.

**Resultados:** el registro constó de 374 sujetos procedentes de 50 hospitales, con 55 nuevos pacientes en 2024, la edad fue de  $57,2 \pm 15,9$  años (rango 20-85 años), el 52,6 % mujeres. El 67,9 % diagnosticado de proceso oncológico (42,1 % activo radical y 15,8 % paliativo), 10,5 % presentó isquemia mesentérica

y 7,0 % enfermedad de Crohn (en el total de pacientes: 29,2 % oncológicos, 45,9 % patología digestiva). El motivo de indicación fue obstrucción mecánica (26,3 %), síndrome de intestino corto y dismotilidad intestinal (22,8 %). Se utiliza PICCa en el 45,6 % de los pacientes, catéter venoso tunelizado en 16 sujetos y en 12, reservorio subcutáneo. La duración media de NP fue de  $127 \pm 90,4$  días (en el total de pacientes:  $2799 \pm 3064$  días). Se reportaron 2 complicaciones sépticas y 5 cambios de catéter, 22 pacientes finalizaron la NP, 13 por defunción, 6 por paso a nutrición oral y 1 paciente pasó a nutrición enteral, 3 pacientes suspendieron la NP por otros motivos, no reportados.

**Conclusiones:** cambió el motivo de ingreso, a expensas de diagnósticos oncológicos, con 256 pacientes con más de 1000 días de duración. El registro se ha incrementado un 28 % respecto a los últimos años.

### **P-072. Características de los pacientes derivados a una unidad multidisciplinar de fallo, rehabilitación y trasplante intestinal**

María Maíz Jiménez<sup>1</sup>, Cristina Olmedo Moreno<sup>2</sup>, Carmelo Loinaz Segura<sup>3</sup>, Raquel de Diego Muñoz<sup>1</sup>, Elena Serrano Moreno<sup>3</sup>, Inmaculada Vidal Pérez<sup>3</sup>, Miguel León Sanz<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Servicios de <sup>2</sup>Medicina del Aparato Digestivo y de <sup>3</sup>Cirugía General y del Aparato Digestivo y <sup>4</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

**Introducción:** el fallo intestinal crónico (FIC) es una enfermedad rara y compleja. En algunos casos se requiere un trasplante intestinal (TI) o multivisceral (TMV). Este último también puede ser necesario en caso de trombosis del eje portomesentérico sin FIC. El manejo farmacológico y quirúrgico por equipos multidisciplinarios (UMD) es fundamental para la rehabilitación y tratamiento de estos pacientes.

**Objetivos:** analizar las características de los pacientes derivados a nuestra UMD de Fallo, Rehabilitación y Trasplante Intestinal (UFRI) y su evolución.

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de los pacientes derivados a la UFRI de nuestro hospital durante el año 2023. Se recogieron la edad, sexo, autonomía digestiva, etiología, TI/TMV, *exitus* y centro de procedencia. Se realizó estadística descriptiva.

**Resultados:** se valoraron 73 pacientes, 53,4 % (39) mujeres, mediana de edad de  $54 \pm 14,1$  años. Treinta y dos (43,8 %) tenían FIC. El resto, 41 pacientes (56,2 %) presentaba autonomía digestiva: 6 (8,2 %) tras reconstrucción quirúrgica y tratamiento médico (TM); 7 (9,6 %) con TM; 12 (16,4 %) tras TI; 7 (9,6 %) tras TMV y 9 (14,5 %) no cumplían criterios de FIC. Cinco pacientes recibieron análogos de GLP-2. El motivo más frecuente de derivación fue el síndrome de intestino corto (SIC) 63 % (46). Un 13,6 % (10) acudió para valoración de TMV por cavernomatosis o trombosis portal extensa. Un 5,4 % (4) fallecieron. En cuanto al centro de origen, un 26 % (19) procedían de nuestro centro, 68,5 % (50) de otro centro nacional y 5,5 % (4) de Portugal.

**Conclusión:** los pacientes valorados en 2023 en la UFRI de nuestro hospital son muy diversos y provienen en su mayoría de otros centros. La etiología más frecuente de FIC fue el SIC. Aproximadamente la mitad de los pacientes alcanzaron la independencia nutricional gracias a diferentes técnicas de rehabilitación intestinal o trasplante. La complejidad de estos enfermos hace que sea aconsejable su manejo mediante equipos multidisciplinares.

### **P-073. Plan de acción intensificado en 14 días para entrenar pacientes con NPD de larga duración con hospitalización a domicilio (HaD)**

Carmen Mías<sup>1</sup>, Ares Maeso<sup>2</sup>, M.ª Jesús Rodríguez<sup>2</sup>, Balma Manchini<sup>2</sup>, Ramón Ribalta<sup>2</sup>, Noe Martín<sup>2</sup>, Natividad Ocaña<sup>2</sup>, Nuria Riera<sup>2</sup>, Alfredo Escartín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>2</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

**Introducción:** la experiencia de la unidad de HaD con NPD de corta duración (< 15 d), le permite entrenar pacientes que se incorporen al programa de NPD ambulatoria del hospital. Se ha elaborado un plan de formación que se realiza en el propio domicilio.

**Objetivos:** hacer un protocolo práctico y consensuado para la formación en el domicilio de pacientes que precisen NPD de larga duración. Facilitar la educación del paciente/cuidador respetando su ritmo de aprendizaje, y con tutorización por enfermería de HaD.

**Material y métodos:** plan de acción intensificado progresivo para conseguir que un paciente sea capaz de autoadministrar-se NP en el domicilio (NPD) en un periodo de 14 días, y poder incorporarse al programa de NPD ambulatoria de la Unidad de Nutrición (UN) de nuestro hospital. Se definen las actuaciones que se han de realizar y superar cada día, para que el paciente puede regular su ritmo de su aprendizaje. Se dividen en acciones básicas para el manejo de la NPD (9), y prácticas tutorizadas (5).

**Resultados:** con las primeras 9 acciones el paciente se familiariza con los pasos básicos necesarios para poder autoadministrarse NPD. Los aprende y supera progresivamente. Posteriormente el paciente se autoadministra NPD bajo la supervisión de la enfermera de HaD, reforzando y mejorando sus puntos débiles. Se realizan un mínimo de 5 sesiones tutorizadas. Se consigue la formación del paciente en 14 días. Si precisa, se aumentan las prácticas tutorizadas. Cuando las enfermeras consideran que el paciente está formado, se deriva al programa de NPD ambulatoria de la Unidad de Nutrición del hospital.

**Conclusiones:** la formación tutorizada, progresiva, y personalizada del aprendizaje en la autoadministración de NPD en el propio entorno, y adaptada al ritmo del paciente garantiza la seguridad y la calidad de la formación.

### **P-074. Nutrición parenteral domiciliaria (NPD) con hospitalización a domicilio (HaD): estudio descriptivo**

Carmen Mías<sup>1</sup>, Fulthon Frank Vela<sup>1</sup>, Ramón Ribalta<sup>2</sup>, Noe Martín<sup>2</sup>, Nuria Riera<sup>2</sup>, Natividad Ocaña<sup>3</sup>, Rafael Noe Villalobos<sup>1</sup>, Alfredo Escartín<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>3</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida



**Introducción:** la HaD es una alternativa a la hospitalización convencional que permite ofrecer atención de rango hospitalario en el domicilio. La nutrición parenteral (NP) con HaD durante un periodo de tiempo determinado (NP de corta duración) puede ser un motivo de ingreso en HaD, de manera aislada, o junto con otros procedimientos que necesite el paciente por su problema de salud. Es necesario un protocolo para garantizar la calidad y seguridad del procedimiento, así como el consentimiento del paciente.

**Objetivos:** conocer los resultados en salud de la introducción del protocolo de NPD con HaD de nuestro hospital

**Material y métodos:** se revisan los pacientes ingresados en HaD con NPD desde el 2019, cuando se protocolizó el ingreso de pacientes para NPD en HaD en nuestro hospital, hasta la actualidad, para valorar su funcionamiento. Se recogen las variables: motivo de la NPD, tipo de NPD, días NPD, otros procedimientos, días ingreso HaD, motivo alta HAD, incidencias, motivo suspensión NPD. Se realiza un análisis estadístico descriptivo de las variables recogidas.

**Resultados:** entre 2019 y 2024 ingresaron 22 pacientes en HaD para NPD. Se diferenciaron en preoperatorias (23 %), posoperatorias (50 %), y por intolerancia oral no quirúrgica (27 %). El 9 % precisaron también antibioterapia ev, curas de heridas (9 %) y control/ de drenajes (32 %). Cinco precisaron otras medicaciones endovenosas: somatostatina (23 %), insulina (9 %), magnesio (9 %), sueroterapia (9 %). El tiempo medio de ingreso en HAD fue de 16 días, y el tiempo medio de NP de 14 días. La suspensión de la NP fue por tolerancia oral en el 41 % El alta de HaD con NP fue para seguir con NPD ambulatoria del programa del hospital (18 %), o por reingreso hospitalario (22 %); complicaciones (20 %), IQ programada (80 %).

**Conclusión:** la NPD protocolizada con HaD es segura, y permite reducir o evitar estancias hospitalarias en pacientes que precisan NP durante un periodo de tiempo determinado.

#### **P-075. Efecto de fórmulas hipercalóricas e hiperproteicas sobre la valoración nutricional en pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad en situación proinflamatoria**

David Primo Martín<sup>1,2</sup>, Juan José López Gómez<sup>1,3</sup>, Olatz Izaola<sup>1,2</sup>, Lucía Estévez Asensio<sup>2,3</sup>, Jaime González Gutiérrez<sup>1</sup>, Paloma Pérez López<sup>3,4</sup>, Eduardo Jorge Godoy<sup>4</sup>, Ángela Cebriá<sup>4</sup>, Daniel Rico Bargues<sup>5</sup>, Daniel de Luis<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Centro de Investigación de Endocrinología. Universidad de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid. <sup>4</sup>Dawako Medtech. València. <sup>5</sup>Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología. Universidad de Valladolid. Valladolid

**Introducción:** la inflamación es un factor causal de la desnutrición y que puede interferir negativamente en su recuperación.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio fue evaluar los cambios en la valoración nutricional en pacientes en tratamiento médico nutricional con suplementos hiperclorico hiperproteicos.

**Material y métodos:** estudio observacional longitudinal de una rama en 52 pacientes con diagnóstico de desnutrición. Se registraron variables clínicas, antropométricas, de bioimpedanciometría eléctrica (BIA) y dinamometría. Se realizó ecografía muscular del recto anterior del cuádriceps (RA) y se procesaron las imágenes mediante un *software* de inteligencia artificial (PIIXMEDTM; DAWAKO MedTech; València, Spain) que evaluaba cantidad muscular (grosor y área RA) y calidad muscular por ecogenicidad (Mi: índice de masa muscular; FATi: índice de masa grasa muscular). El patrón inflamatorio se evaluó mediante la determinación de la proteína C reactiva (PCR), todos los pacientes tenían un nivel de PCR superior a 3 mg/dl. Se realizó tratamiento médico nutricional con una suplementación artificial hipercalórica hiperproteica según práctica clínica habitual y se determinaron las variables diagnósticas al inicio del tratamiento y a los 3 meses

**Resultados y conclusión:** la edad media fue de 68,40 (10,93) años; 30 (63,8 %) eran mujeres. El índice de masa corporal medio fue de 21,47 (3,25) kg/m<sup>2</sup>. No se observaron diferencias ni en el IMC (inicio: 21,57 [3,26]; 3 meses: 21,52 [4,50] kg/m<sup>2</sup>;  $p = 0,90$ ) ni en el ángulo de fase (inicio: 4,69 [0,84°]; 3 meses: 4,76 [0,82°];  $p = 0,50$ ). Se observó un incremento del grosor muscular (inicio: 0,88 [0,23] cm; 3 meses: 0,94 [0,25] cm;  $p = 0,04$ ) en la ecografía. Se objetivó un incremento del índice de masa muscular sobre la unidad fue (inicio: 0,42 [0,37-0,50]; 3 meses: 0,46 [0,40-0,52];  $p = 0,04$ ) en la ecografía. Se objetivó un incremento en la fuerza medido mediante dinamometría de mano (inicio: 22 [7,94] kg; 3 meses: 23,37 [7] kg;  $p = 0,01$ ) y un descenso en los niveles de proteína C-reactiva (inicio: 11,93 [5,50-21,51]; 3 meses: 3,05 [1,81-9,08] mg/dl;  $p < 0,01$ ). En pacientes con desnutrición y estado proinflamatorio la utilización de fórmulas hipercalórica hiperproteica mostró una mejoría en la cantidad y en la calidad muscular determinadas por ecografía; y un aumento en la dinamometría de mano

#### **P-076. Realidad virtual para el entrenamiento en el cuidado de catéteres centrales en pacientes con nutrición parenteral domiciliaria (NPD): descripción y datos preliminares de su utilidad**

Cristina Cuerda Compés, Beatriz Rodríguez Herrera, Cristina Velasco Gimeno, Clara Serrano Moreno, Irene Bretón Lesmes, Miguel Cambior Álvarez, Atocha Bielza González, Tamara Hernández Hernández, Soledad Rubio Domingo, María Jesús Pérez Granda

Servicio de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**Introducción:** el entrenamiento del paciente con NPD es imprescindible para prevenir las complicaciones del catéter.

**Objetivos:** evaluar la utilidad de la realidad virtual (RV) en el entrenamiento de pacientes con NPD.

**Material y métodos:** se desarrolló un *software* de RV para el cuidado de catéteres tunelizados que incluye 58 pasos y 5 secciones: preparación espacio de trabajo (4), cuidado punto de inserción (14), conexión (11), desconexión (12) y cambio de conector sin aguja (17). Para evaluar la herramienta recogimos: tiempo y errores durante la formación, grado de satisfacción (utilidad (sí/no), comprensión (sí/no), satisfacción global (escala 0-5, siendo 0 muy malo y 5 muy bueno). Otras variables: edad, días de NPD, complicaciones del catéter. Los datos se expresan como mediana (mín-máx).

**Resultados:** reclutamos 48 pacientes (36M/16H), 59 años (24-84). Duración NPD: 159 días (14-3957). Dieciséis pacientes recibieron NPD antes de la RV. La herramienta se utilizó en 35 pacientes y 18 cuidadores. Treinta y nueve usuarios utilizaron la RV una sola vez y en el resto se repitió 2-4 veces. El tiempo de la sesión fue de 27 min (13-55 min). El número de errores fue 6 (1-10), 90,9 % de los pasos se realizaron correctamente. El 41 % de los usuarios no necesitó ayuda durante la formación. La sección que resultó más difícil fue la cura del punto de inserción y en la que se cometieron más errores fue el cambio de conector sin aguja. El grado de satisfacción fue: utilidad y comprensión 100 % SI, satisfacción global 5 (2,5-5). Doce pacientes tuvieron infecciones relacionadas con el catéter tras la RV (tasa de IAC global de 0,74 por 1000 días de catéter). Tres pacientes tuvieron trombosis asociadas al catéter.

**Conclusiones:** la RV es útil en la formación de pacientes y cuidadores con NPD. Su interés para disminuir complicaciones asociadas al catéter deberá analizarse en una muestra más amplia.

ticos, TCAE y dietistas. Utilización de escalas de riesgo y herramientas validadas. Fase inicial (primeros 3 meses). Elaboración del protocolo. Fase de implantación del protocolo (4.º mes). Formación del 80 % del personal. Distribución de tareas: enfermería. Registro de parámetros antropométricos. Autonomía en la gestión de la nutrición enteral según protocolo facultativo. Cálculo de escalas y necesidades calórico-proteicas TCAE. Cálculo diario de calorías y proteínas ingeridas a través del sistema de platos. Fase de seguimiento. Actualización de los indicadores nutricionales según la situación clínica del paciente. En las auditorías externas periódicas de seguridad y calidad asistencial, realizadas cada 3 semanas, se ha incorporado la obligatoriedad del registro de parámetros antropométricos y la realización del *Nutric Score* dentro del programa *Centricity*. En las auditorías se evaluó al 33 % de los pacientes ingresados, logrando un cumplimiento del 100 % de los objetivos nutricionales establecidos.

**Resultados y conclusión:** facilitar la identificación de necesidades nutricionales, asegurando una atención personalizada y segura. Este protocolo proporciona una estructura clara y multidisciplinaria para el soporte nutricional en la UCI, promoviendo la seguridad del paciente, reduciendo la variabilidad en la atención y mejorando los resultados clínicos.

#### **P-078. Administración de medicación por sonda en paciente crítico: ¿qué impacto tiene en la calidad del proceso terapéutico? Diseño de un ciclo de mejora**

Raúl Fernández Martínez<sup>1</sup>, Consuelo Pellicer Franco<sup>1</sup>, Alicia Conesa Nicolás<sup>1</sup>, Carlos Lucas Galán<sup>2</sup>, Francisco José Navas Rodríguez<sup>2</sup>, Visitación Marco Carrillo<sup>2</sup>, Ana Isabel Martínez Jiménez<sup>2</sup>, Jenifer Gómez Martín<sup>2</sup>, Yolanda Espinosa Porrua<sup>2</sup>, Ismael Fulgencio Pedreño Mirete<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria y <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

## **PACIENTE CRÍTICO**

#### **P-077. Diseño e implantación de un protocolo multidisciplinar de soporte nutricional en el paciente crítico**

Teresa de Jesús Farre Monjo, Míriam Chueca Ferrández, Inmaculada Molins Giribet, Paula González Casquet, Ingrid Bosch García, Montserrat Pauils Arrià

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Santa María de Lleida. Lleida

**Introducción:** el soporte nutricional en pacientes críticos es esencial para reducir la mortalidad y favorecer la recuperación. Este protocolo permite una atención nutricional segura y sistematizada.

**Objetivos:** desarrollar una herramienta para el personal de la UCI que: garantice un soporte nutricional eficiente. Minimice la variabilidad en la práctica. Permita una valoración precisa de las necesidades energéticas y proteicas.

**Material y métodos:** creación de un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por intensivistas, enfermeras, farmacéu-

**Introducción:** en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es habitual la administración de medicación por sonda nasogástrica (SNG). Es importante para el éxito terapéutico del paciente crítico la adecuada absorción de los principios activos. La complejidad de los pacientes y tratamientos en UCI hace necesaria la función de un grupo de nutrición multidisciplinar que asegure la correcta administración del tratamiento médico y nutricional.

**Objetivos:** cuantificar e identificar los errores más frecuentes en la administración de medicación por SNG en UCI para diseñar medidas correctoras dentro de un ciclo de mejora implementado por el grupo de nutrición.

**Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, analítico y transversal realizado en un hospital de tercer nivel en dos cortes efectuados en noviembre de 2024. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI con administración de NE y medicación por SNG. Se recogieron como datos poblacionales: edad y sexo. Para la identificación de errores se recogieron datos de: principio activo, forma farmacéutica, prescripción del fármaco, manipulación, número de medicamentos peligrosos, compatibilidad con NE y con la administración por sonda.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 27 pacientes con una mediana de 65 (23-79) años, siendo el 70,4 % hombres. En total se administraron 113 fármacos, de los que un 20,4 % estaban mal prescritos y un 4,5 % eran peligrosos. El 55,8 % de los fármacos fueron mal administrados, siendo un 7,9 % de ellos peligrosos. Como muestra la figura 1, el principal tipo de error fue la incompatibilidad con la administración, fundamentalmente por uso de cubierta gastroentérica y comprimidos de liberación prolongada.

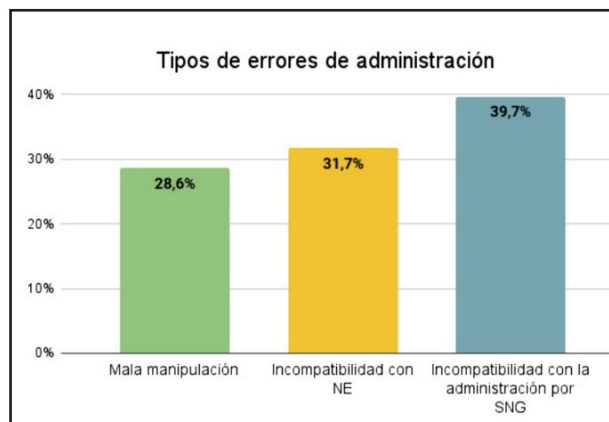


Figura 1.

Con base en los resultados el grupo de nutrición ha consensado como medidas correctoras la creación de un protocolo de administración de medicación por SNG, formación al personal de enfermería e incluir información específica en el programa informático de prescripción en aquellos medicamentos de alto impacto para la eficacia del tratamiento y/o seguridad del personal manipulador.

#### P-079. Hipoalbuminemia en el paciente crítico. La gran olvidada en el tratamiento médico nutricional

Nazaret Flecha Morales, Lourdes Raya Rojas, María de las Olas Cerezo Arias

Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz

**Introducción:** la albúmina es una proteína esencial en la fisiología humana. En pacientes críticos se produce escape transcápsular, secundario a cambios en la permeabilidad macro y microvascular. Este escape obedece a una situación hipercatabólica con degradación proteica y un estado proinflamatorio que disminuye la síntesis hepática proteica. La escasa ingesta de proteínas, el aumento del catabolismo asociado al estrés y la inflamación aguda reducen los niveles de albúmina agravando el estado nutricional al interferir con la función cardiovascular y la distribución de nutrientes en el cuerpo.

**Objetivos:** analizar la relación existente entre los niveles de albúmina al ingreso con la mortalidad y con los scores pronósticos SOFA y APACHE en pacientes críticos.

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en la UCI polivalente del Hospital Universitario de Badajoz desde enero a junio de 2023. Se realizó la medición de los niveles de albúmina al ingreso, correlacionado con las variables edad, APACHE, SOFA, diagnóstico, estancia y mortalidad. Del total de 311 pacientes, la muestra a estudio fue de 301 pacientes. Definiciones: hipoalbuminemia leve < 3,5 g/dl. Hipoalbuminemia moderada < 3 g/dl. Hipoalbuminemia severa < 2,2 g/dl.

**Resultados y conclusión:** de 301 pacientes, 148 (49 %) tenían hipoalbuminemia al ingreso (23 % el grupo moderada-grave). La edad media es de 61,01 años, encontrándose la mayoría de pacientes con hipoalbuminemia entre 60-79 años (52 %). El valor de APACHE y SOFA obtenido al ingreso en el grupo de hipoalbuminemia es similar al de la muestra global. La patología neurocrítica fue mayoritaria, pero en el grupo de hipoalbuminemia destacó el *shock séptico*. Se objetivó mayor estancia en UCI en el grupo de hipoalbuminemia grave. La mortalidad aumenta en los grupos de hipoalbuminemia moderada y severa, duplicándose el porcentaje en el grupo de hipoalbuminemia severa. En nuestro estudio, como en la literatura, la hipoalbuminemia moderada-severa al ingreso en UCI se correlaciona con mayor mortalidad del paciente crítico, siendo un factor de mal pronóstico independiente de las escalas pronósticas.

#### P-080. Estado nutricional, composición corporal y sarcopenia en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos

Alejandro García García<sup>1-3</sup>, Helena Pozo Romero<sup>1</sup>, Álvaro Alonso Iglesias<sup>1</sup>, Débora de los Reyes Rodríguez González<sup>4</sup>, María José Muñoz Alfárez<sup>2</sup>, Alejandro Úbeda Iglesias<sup>1</sup>, Eduardo Sánchez Sánchez<sup>1,3,5</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. <sup>2</sup>Departamento de Fisiología. Universidad de Granada. Granada. <sup>3</sup>Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INI-BICA). Cádiz. <sup>4</sup>Centro de Salud La Línea Centro-La Velada. La Línea de la Concepción, Cádiz. <sup>5</sup>Facultad de Enfermería. Universidad de Cádiz. Algeciras, Cádiz

**Introducción:** la hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) suele asociarse con un deterioro significativo del estado nutricional y composición corporal de estos pacientes. Este fenómeno, caracterizado por la pérdida de masa muscular esquelética y funcional, se conoce como sarcopenia y tiene un impacto negativo en la recuperación, la calidad de vida y la mortalidad de estos pacientes.

**Objetivos:** evaluar el estado nutricional, la composición corporal y la sarcopenia en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos durante las primeras 24 horas.

**Material y métodos:** estudio descriptivo transversal en 31 pacientes ingresados en UCI. Se midió la composición corporal mediante impedanciometría, el estado nutricional usando criterios GLIM y la probabilidad de sarcopenia a través del SARC-F.

**Resultados y conclusión:** la mediana fue de 66 años, con un 38,7 % de mujeres y un 61,3 % de hombres. Según criterios GLIM, el 16,1 % no presentó desnutrición, el mismo porcentaje

tuvo desnutrición moderada y el 67,7 % mostró desnutrición severa. El 93,6 % presentó al menos un criterio fenotípico y el 87,1 % uno o más criterios etiológicos. En cuanto al SARC-F, el 19,3 % mostró baja probabilidad de sarcopenia y el 80,6 % alta probabilidad, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p = 0,277$ ). La mediana del ángulo de fase era de  $4,4^\circ$ . En composición corporal, el 48,4 % tuvo FFM por debajo del intervalo normal y el 51,6 % por encima; el 35,5 % presentó FM baja y el 64,5 % FM alta. Para el SMI, el 93,6 % se encontró por debajo del intervalo normal y solo el 6,4 % por encima. No se encontraron diferencias significativas entre los criterios GLIM y FFM ( $p = 0,616$ ) o SMI ( $p = 0,575$ ), pero sí en la FM ( $p = 0,029$ ). La probabilidad de sarcopenia mostró diferencias significativas con la FFM ( $p = 0,030$ ). La mayoría de los pacientes presentaron desnutrición severa y alta probabilidad de sarcopenia, con diferencias significativas en la composición corporal relacionada con FM y FFM, reflejando una alta prevalencia de alteraciones nutricionales.

#### **P-081. Impacto de la implementación de un nuevo protocolo de nutrición acompañado de un programa de formación multidisciplinar en la UCI**

Elena Giraldez Vázquez<sup>1</sup>, Carmen Blanco Bermejo<sup>2</sup>, Luis Ruiz del Fresno<sup>1</sup>, María Antonia Estecha Foncea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UCI y <sup>2</sup>UGC de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** el soporte nutricional es esencial en el manejo de pacientes críticos. En nuestra UCI implementamos un protocolo de nutrición que prioriza fórmulas hiperproteicas, promueve el uso de suplementos proteicos y mejora el cálculo de requerimientos. Paralelamente se estableció un curso anual de formación en nutrición para todo el personal que pretende sensibilizar de la importancia de una adecuada nutrición en nuestros pacientes y facilitar métodos que logren alcanzar objetivos nutricionales.

**Objetivos:** a) mejorar el cálculo de requerimientos, siguiendo indicaciones de las guías ESPEN; b) fomentar el uso de la nutrición enteral hiperproteica, adaptado al nivel de gravedad y momento evolutivo, y c) inclusión de suplementos proteicos.

**Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo un año antes y un año después de la instauración del protocolo y la formación, valorando el aumento de uso de nutrición hiperproteica y suplemento de un año frente a otro.

**Resultados:** tras la instauración se observó: 1. Un incremento significativo en el empleo de NE, un aumento del 50 % con respecto al año previo ( $p < 0,001$ ), con mayor volumen de NE por paciente. 2. Un mayor uso de NE hiperproteica, con un incremento del 68 % ( $p < 0,0000001$ ). 3. Aumento del uso de suplementos 4. Cálculo más ajustado de la necesidades con mayor control del aporte calórico en los primeros días.

**Conclusiones:** la combinación de un protocolo actualizado y la formación multidisciplinar continua del personal mejoró de forma

significativa el empleo de la nutrición en nuestra unidad, promoviendo el uso de la NE, una mejoráid e la tolerancia y un aporte proteico más adecuado. Esto destaca la importancia de la formación multidisciplinar en la sensibilización del personal y en la optimización de la nutrición y abre la posibilidad a formación estandarizada para unificar el tratamiento en las diferentes unidades.

#### **P-082. Impacto de la inflamación en la tolerancia de la terapia nutricional en el paciente crítico**

Juan Carlos López Delgado<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> José Moreno Pavón<sup>2</sup>, Luisa Bordejé Laguna<sup>3</sup>, José Luis Flordelís Lasierra<sup>4</sup>, Itziar Martínez de Lagrán Zurbano<sup>5</sup>, Carlos González Iglesias<sup>6</sup>, Clara Vaquerizo Alonso<sup>7</sup>, Laura Sánchez Alés<sup>8</sup>, María Lidón Mateu Campos<sup>9</sup>, Luis Serviá Goixart<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Área de Vigilancia Intensiva. Hospital Clínic. Barcelona. <sup>2</sup>IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Barbastro. Barbastro, Huesca. <sup>7</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. <sup>8</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Terrassa. Terrassa, Barcelona. <sup>9</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Castellón. Castellón de la Plana. <sup>10</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

**Introducción:** estudios recientes sugieren que la inflamación, reflejada mediante los niveles de proteína C reactiva (PCR), podrían condicionar la eficacia de las intervenciones nutricionales en los pacientes hospitalizados.

**Objetivos:** evaluar la tolerancia del aporte calórico-proteico en el paciente crítico durante la primera semana en función del estado inflamatorio, estratificado a través de los niveles de PCR.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo multicéntrico ( $n = 38$ ) (NCT:03634943). Se incluyeron pacientes adultos que requirieron terapia médica nutricional (TMN) y se analizaron aquellos con determinaciones de PCR al ingreso y al 7.º día de ingreso. Los datos demográficos, comorbilidades, estado nutricional, aporte calórico-proteico durante la primera semana y complicaciones de la TMN, así como otras complicaciones y necesidades de soporte orgánico durante el ingreso, fueron registrados en una base de datos (RedCAP®). Los pacientes fueron clasificados en función del estado inflamatorio ( $PCR > 0 \leq 10 \text{ mg/dL}$  al 7.º día) y se analizó el aporte calórico-proteico, así como los resultados clínicos, en función del mismo. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS27.0.

**Resultados:** se analizaron 251 pacientes, de los que el 37,5 % (94) tenían niveles de PCR  $> 10 \text{ mg/dL}$  y 62,5 % (157) niveles  $\leq 10 \text{ mg/dL}$  al 7.º día de ingreso. El subgrupo con niveles menores de PCR tenía un mayor proporción de paciente médico (57,4 % frente a 74,5 %;  $p < 0,001$ ), un menor número de fallos orgánicos (SOFA score  $8,2 \pm 3,2$  frente a  $7,3 \pm 3,2$ ;  $p = 0,028$ ) y un peor estado nutricional (SGA 35,1 % frente a 49,0 %;  $p = 0,043$ ) al ingreso. Este subgrupo tenía un inicio de la TMN

más precoz (38,3 % frente a 55,4 %;  $p = 0,013$ ), así como una tendencia a un mejor aporte calórico ( $10,16 \pm 4,51$  frente a  $11,15 \pm 4,83$  Kcal/kg/d;  $p = 0,12$ ) y proteico ( $0,83 \pm 0,35$  frente a  $0,9 \pm 0,34$  g/kg/d;  $p = 0,15$ ) durante la primera semana. No se objetivaron diferencias en términos de complicaciones asociadas a la TMN ni soporte orgánico. El análisis multivariable objetivó que los menores niveles de PCR se asociaron a un mayor aporte calórico (HR: 1,661; IC 95 %, 1,408-1,958;  $p < 0,001$ ), que se confirmó también en el subgrupo con nutrición enteral (HR: 1,624; IC 95 %, 1,383-1,907;  $p < 0,001$ ), a pesar de un peor estado nutricional al ingreso (HR: 1,633; IC 95 %, 1,152-2,315;  $p = 0,006$ ).

**Conclusión:** un mejor evolución del estado inflamatorio, objetivado mediante niveles de PCR  $\leq 10$  mg/dL al 7.º día de ingreso, se asoció a una mejor tolerancia del aporte medio calórico durante la primera semana en el paciente crítico.

#### **P-083. Evaluación de la calidad de la nutrición enteral prescrita en pacientes críticos en un hospital de tercer nivel**

Alba Muradás Lamas, Laura Álvarez Núñez, Eva Sanz Huertas, Marina López-Viota Zaragoza, Máxima Mateo García, Eduardo Climent Grana

*Hospital General Universitari Dr. Balmis. Alacant*

**Introducción:** el paciente crítico, debido al estrés y catabolismo acelerado, tiene un alto riesgo de desnutrición, siendo fundamental la nutrición enteral (NE) precoz, garantizando un adecuado balance energético-proteico.

**Objetivos:** a) medir el porcentaje de pacientes con NE precoz (primeras 48 horas), y b) determinar el porcentaje de pacientes que, al 4.º día o durante dos días consecutivos, no alcanzan  $\geq 60$  % de los requerimientos nutricionales siendo candidatos a nutrición parenteral complementaria (NPC).

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo realizado en pacientes críticos con prescripción de NE desde el inicio hasta su retirada, alta a planta o *exitus*. Variables explicativas: sexo, edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), filtrado glomerular, inicio, duración, volumen administrado y complicaciones. Variables resultado: tiempo (h) desde el ingreso hasta el inicio de NE; balances energético-proteicos: diferencia entre los aportes administrados y los recomendados en las guías clínicas en función de la fase metabólica (ASPEN/ESPEN) (20-25 kcal/ kg/día; 1,3-1,5 g/ kg/día de proteínas [1,2 g/ kg/día en IR]).

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 29 pacientes, el 56,3 % hombres, con una edad media de 46,4 años (20-79), peso medio de 77,8 kg e IMC medio de 26,5 kg/m<sup>2</sup>. La NE se inició precozmente en el 72,4 % de los pacientes, con una duración media de 9 días. Un 55,2 % presentó complicaciones gastrointestinales: vómitos/regurgitación (50,0 %), débito elevado (43,8 %), estreñimiento (12,5 %) y distensión abdominal (6,3 %). El 24,0 % no alcanzó  $\geq 60$  % de los requerimientos energé-

ticos al 4º día, y el 20,0 % tampoco lo logró durante más de 48 horas consecutivas. Para los requerimientos proteicos, estos porcentajes fueron del 46,2 % y 7,7 %, respectivamente. Solo un paciente recibió NPC al 4.º día. La mayoría de los pacientes inician la NE de forma precoz, pero un elevado porcentaje no alcanza los requerimientos energéticos, especialmente proteicos. Es fundamental diseñar protocolos de optimización de la NE en pacientes críticos y prescribir NPC cuando esta no cubra los requerimientos, evitando déficits calórico-proteicos.

#### **P-084. Valoración de la masa muscular en el paciente de la UCI como indicador de riesgo de sarcopenia en el Hospital Regional José María Cabral y Báez en el periodo septiembre-noviembre 2023**

Alyssa Tavares García<sup>1</sup>, Gricely Paulino<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nutrición Clínica Hospitalaria. Hospital Metropolitano de Santiago. Santiago, Republicana Dominicana. <sup>2</sup>Nutrición Clínica Hospitalaria. Hospital Regional José María Cabral y Báez. Santiago, Republicana Dominicana

**Introducción:** la sarcopenia viene del griego “sarkos”, que hace alusión a carne y/o músculo, y “penia”, que denota pérdida o desgaste. Se define como una enfermedad progresiva y generalizada del músculo esquelético, caracterizada por una disminución de la masa, fuerza y función muscular.

**Objetivos:** evaluar la disminución de la muscular en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos.

**Material y métodos:** se realizó un estudio longitudinal de fuente primaria en el periodo septiembre-noviembre del año 2023 en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional José María Cabral y Báez. La investigación se llevó a cabo tras respetar el principio de autonomía aplicando a los participantes o tutores el consentimiento informado, al mismo tiempo se respetó el principio de justicia al seleccionarlos y el principio de no maleficencia sin causar prejuicio al mismo. Se realizó una ecografía para medir el grosor del músculo cuádriceps, específicamente el recto femoral, en conjunto con un instrumento que contaba con 13 preguntas, previo aviso mediante un consentimiento informado, a una muestra de 45 obtenida mediante un muestreo no probabilístico accidental que incluyó a todos los pacientes ingresados en dicha unidad durante el tiempo de recolección que se estimó para la misma.

**Resultados:** se encontró que el 26,7 % de los pacientes evaluados desarrolló atrofia muscular. Por otro lado, se pudo evidenciar que la totalidad de los pacientes que no presentaron pérdidas de la masa muscular el 88,2 % recibía soporte nutricional óptimo. Por último, el 73 % de los pacientes evaluados que tenían un IMC mayor a 18,4 kg/m<sup>2</sup> no desarrollaron atrofia muscular ( $p = 0,046$ ).

**Conclusión:** aproximadamente un tercio de la población evaluada por Sonografía del cuádriceps desarrolló atrofia muscular. De estos, la totalidad de los pacientes desnutridos por IMC desarrollaron pérdida de masa muscular.

### P-085. Perfil de pacientes con soporte nutricional parenteral en la unidad de cuidados intensivos

Alba Villafáñez Fernández, Marta González Martínez, María Núñez García, Álvaro Morales García

Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz

**Introducción:** el soporte nutricional parenteral (NP) es esencial en pacientes críticos que no pueden recibir nutrición por vía oral o enteral. Su uso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es frecuente en condiciones graves que comprometen la función gastrointestinal.

**Objetivos:** identificar los diagnósticos y características más frecuentes que influyen en la necesidad de soporte nutricional parenteral en pacientes ingresados en la UCI, con el fin de monitorizar este perfil desde la farmacia hospitalaria.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo realizado entre septiembre de 2019 y 2024 con datos extraídos de Kabisoft, *software* de prescripción de NP. Se analizaron los diagnósticos y su relevancia como factores contribuyentes a la indicación de NP.

**Resultados y conclusión:** se evaluaron 147 pacientes, con 179 diagnósticos registrados (Tabla I). Los diagnósticos predominantes que justificaron la prescripción de NP incluyeron shock séptico de origen abdominal, complicaciones posoperatorias (obstrucciones y perforaciones gastrointestinales) y pancreatitis aguda, que representaron el 61,6 % de los casos. Se observó una alta frecuencia de insuficiencia respiratoria, especialmente en pacientes con SARS-CoV-2 (10,06 %). Además, se identificó una prevalencia significativa de adenocarcinomas y otras neoplasias digestivas (8,38 %), que incluían localizaciones en esófago, estómago, duodeno y colon. Se observó una elevada proporción de patologías oncológicas asociadas a desnutrición proteico-calórica. Estos factores implicaron la necesidad de NP. En general, la NP fue utilizada con mayor frecuencia en pacientes con múltiples comorbilidades.

Tabla I.

Diagnósticos	n = 179 (%)
Shock séptico	45 (25,14)
Posoperatorios abdominales	39 (21,79)
Pancreatitis aguda	26 (14,53)
Insuficiencia respiratoria	18 (10,06)
Adenocarcinoma digestivo	15 (8,38)
Desnutrición proteico-calórica	8 (4,47)
Intolerancia digestiva	4 (2,23)
Cirrosis/fallo hepático	4 (2,23)
Hemorragias digestivas altas	3 (1,68)
Disfagia	3 (1,68)
Mucositis de grado IV	3 (1,68)
Otros trastornos digestivos	11 (6,15)

La necesidad de soporte nutricional en la UCI está principalmente asociada con diagnósticos de patologías digestivas graves. La intervención de la farmacia hospitalaria facilita la identificación temprana de las necesidades nutricionales en este perfil de pacientes críticos, optimizando la monitorización y el manejo de la NP.

## PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS

### P-086. Evolución ponderal e impacto en supervivencia de pacientes con cáncer colorrectal con debut metastásico

Adriana Alcaraz Soler<sup>1</sup>, Luis Cabañas Alite<sup>2</sup>, Lorenzo Carità<sup>3</sup>, Fransesc Slavà Ballabrera<sup>1</sup>, Francisco Javier Ros Montaña<sup>1</sup>, Marta Rodríguez Castells<sup>1</sup>, Ariadna García Rodríguez<sup>1</sup>, Raquel Comas<sup>1</sup>, Iosune Baraibar Argota<sup>1</sup>, María Elena Élez Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Cáncer Colorrectal. Vall D'Hebron Instituto Oncológico (VHIO). Barcelona. <sup>2</sup>Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Valencia. Valencia. <sup>3</sup>Biostatistics Unit. Vall D'Hebron Instituto Oncológico (VHIO). Barcelona

**Introducción:** el cáncer colorrectal metastásico (CCRm) afecta significativamente al estado nutricional, con pérdida ponderal (PP) y sarcopenia como factores comunes asociadas a un peor pronóstico.

**Objetivos:** correlacionar la evolución ponderal y el Índice de Masa Corporal (IMC) con la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de progresión (SLP) en pacientes con CCRm durante los primeros 24 meses desde el diagnóstico.

**Material y métodos:** se analizaron 66 pacientes con CCRm del Hospital Vall d'Hebron. Se recogieron datos clinicopatológicos y de evolución ponderal al diagnóstico y en los meses 1, 3, 6, 12 y 24. La SG y la SLP se analizaron mediante curvas de Kaplan-Meier y modelos de Cox (HR, *p*).

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 66 pacientes (52 % hombres), con edad media de 66 años ( $\pm$  13) e IMC inicial medio de 25,4 ( $\pm$  3,5). Los tumores se localizaron en colon izquierdo (39 %), derecho (35 %), recto (15 %), transversal (9 %) e indeterminado (2 %). Perfil molecular: 53 % KRASmut, 4,7 % NRASmut, 20 % BRAFmut, 100 % MSS. La PP  $\geq$  2,5 % al mes mostró tendencia a menor mSG (15 frente a 17 meses; HR = 0,92; *p* = 0,8). A los 3 meses, la PP  $\geq$  5 % tuvo mayor impacto clínico, con mSG de 14 frente a 19 meses (HR = 1,51; *p* = 0,3). En los pacientes con PP  $\geq$  5 % a 3 meses, la SLP actuarial a 12 meses fue 8,3 %, frente al 36 % en pacientes con PP < 5 %, sin alcanzar significancia estadística (HR = 1,07; *p* = 0,8). El IMC basal no mostró relación significativa con SG ni SLP (HR = 0,92; *p* = 0,8), aunque los análisis exploratorios sugirieron patrones no lineales, con mayor riesgo relativo en valores extremos de IMC. Aunque los resultados no alcanzaron significancia estadística, sugieren

que la pérdida ponderal temprana impacta negativamente en SG y SLP. Se requieren estudios con mayor potencia estadística e incluir el estudio de parámetros de la composición corporal para complementar y confirmar los resultados (Fig. 1 y Tabla I).

**P-087. Masa grasa medida mediante pletismografía por desplazamiento de aire comparada con bioimpedancia en niños y adolescentes con acondroplasia**

María del Mar Amaya Campos<sup>1</sup>, Rocio Fernández Jiménez<sup>2</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** la composición corporal en niños con acondroplasia plantea retos debido a las alteraciones morfológicas asociadas.

**Objetivos:** este estudio compara la masa grasa (FM) y la masa libre de grasa (FFM) medidas mediante pletismografía por desplazamiento de aire (BOD-POD) y análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA), evaluando la concordancia entre ambos métodos.

**Material y métodos:** se incluyeron 71 niños y adolescentes con acondroplasia (edad media: 13,0 ± 5,5 años; 63,4 % niñas). Se midieron FM y FFM con BOD-POD y BIA, calculando correlaciones de Pearson, coeficientes de concordancia de Lin (Rc) y analizando la concordancia mediante gráficos de Bland-Altman.

**Resultados y conclusión:** BOD-POD reportó valores más altos de FM (12,04 ± 10,14 kg) y más bajos de FFM (25,86 ± 10,05 kg) que BIA (FM: 9,50 ± 9,68 kg; FFM: 28,70 ± 10,71 kg), con diferencias significativas (p < 0,001). Estas discrepancias también se observaron en los porcentajes: FM (%) fue mayor en BOD-POD (29,40 ± 10,24 frente a 21,58 ± 11,11 %), mientras que FFM (%) fue menor (70,66 ± 10,26 frente a 78,41 ± 11,11 %). Las correlaciones

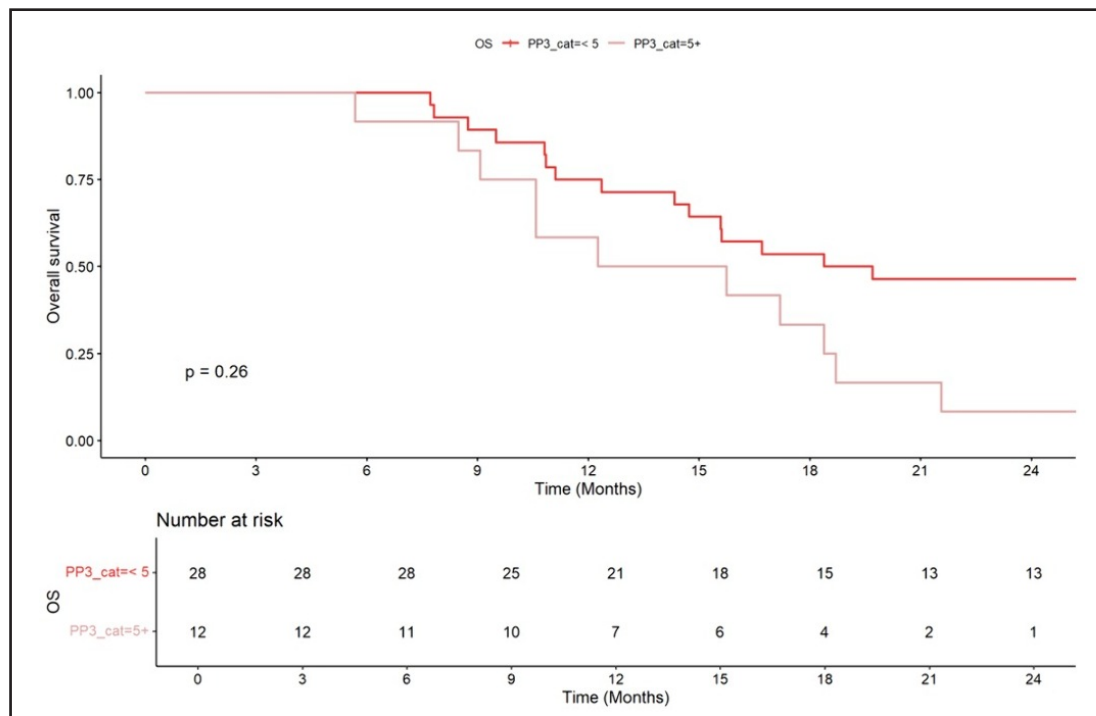


Figura 1.

**Tabla I. Evolución ponderal e impacto en supervivencia de pacientes con cáncer colorrectal con debut metastásico**

OS PP3 meses							
PP 3 meses	6 meses	12 meses	24 meses	Mediana (meses IC 95 %)	HR* (hazard ratio)	IC 95 %†	p
< 5	100 % (100 %, 100 %)	75 % (61 %, 93 %)	46 % (31 %, 69 %)	19 (15, 31)	-	-	
≥ 5	92 % (77 %, 100 %)	58 % (36 %, 94 %)	8,3 % (1,3 %, 54 %)	14 (11, -)	1,51	0,74, 3,10	0,3

\*HR: hazard ratio; †IC: intervalo de confianza.

entre ambos métodos fueron altas para FM ( $r = 0,931$ ) y FFM ( $r = 0,959$ ). Sin embargo, el análisis de Bland-Altman mostró un sesgo promedio de 9,32 kg para FM y -2,84 kg para FFM, con límites de acuerdo amplios, indicando que los métodos no son intercambiables. BOD-POD y BIA presentan alta correlación para estimar FM y FFM en niños con acondroplasia, pero las discrepancias significativas y los amplios límites de acuerdo resaltan que deben usarse de manera complementaria para evaluar con precisión la composición corporal y guiar intervenciones personalizadas.

### P-088. Masa libre de grasa (FFM) en la tolerancia al tratamiento oncológico (TTO) y pronóstico de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC)

Laura Andurell Ferrándiz, Marta Gómez Muñoz, Fernanda Mucarzel Suárez-Arana, Marta Ricart Viles, Amador Lluch Romero, Guillermo Cárdenas Lagranja, Miguel Giribés, Hego Seguro Gurrutxaga, Fiorella Palmas Candía, Rosa Burgos Pelaez

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

**Introducción:** las técnicas de composición corporal (CC) deben incluirse en la valoración nutricional del paciente con CCC. La BIA es una técnica no invasiva muy útil para hacer seguimiento evolutivo del paciente.

**Objetivos:** conocer la prevalencia de desnutrición (DN) y baja masa muscular en pacientes con CCC en TTO. Conocer la influencia de la FFM en la tolerancia al TTO y en el pronóstico.

**Material y métodos:** estudio observacional longitudinal prospectivo incluyendo pacientes con CCC que realizan radioterapia (RT) entre abril de 2022 y octubre de 2024. Variables recogidas: bioimpedancia: AkernBIA-101, FFM (%), masa esquelética apendicular (ASM) (kg), ángulo de fase ( $^{\circ}$ , AF) y %pérdida de peso (PP). Las mediciones se realizaron previo inicio RT(v0), 30-35RT(v3), 3 meses fin RT(v5).

**Resultados:** reclutamos 65 pacientes, edad media  $64 \pm 12$  años, 69,2 % hombres. Un 58,4 % realizaron tratamiento concomitante a RT y un 61,5 % había realizado IQ (Tabla I).

El riesgo de desarrollar mucositis  $\geq G2$  al finalizar el tratamiento es 5 y 9,2 veces mayor en los pacientes que pierden  $\geq 0,9$  kg o 1,61 % de FFM, respectivamente, durante el tratamiento (OR 5, IC 95 % [1,47-17,46];  $p > 0,001$ ; OR 9,2, IC 95 % [2,54-33,3]);  $p < 0,001$ ). Existe una asociación significativa entre la reducción de FFM y un peor pronóstico, entre V3-V5. Concre-

tamente 2,75 % es el punto con mayor poder predictivo para la variable *exitus* ( $p = 0,022$ ). Esta asociación también se observa en los pacientes con reducción del AF en ese mismo periodo ( $p = 0,032$ ). En cambio, la PP (%) considerada una variable clásica e incluida en los criterios GLIM, no predice de forma significativa la probabilidad de *exitus* ( $p = 0,25$ ).

#### Conclusiones:

1. Existe un elevado riesgo de DN y baja masa muscular en pacientes con CCC en TTO.
2. La disminución de FFM durante el tratamiento se asocia con la presencia de mucositis.
3. La pérdida de FFM y AF al finalizar el tratamiento, puede relacionarse con un peor pronóstico, independientemente de la pérdida de peso total.

### P-089. Inflammaging en personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)

Guillermina Barril Cuadrado<sup>1</sup>, Almudena Núñez<sup>2</sup>, Paloma Ruiz<sup>2</sup>, Graciela Álvarez<sup>2</sup>, Patricia Ochoa<sup>2</sup>, Inmaculada Castillo<sup>3</sup>, Ángel Nogueira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología. Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

<sup>3</sup>Servicio de Nefrología. Avericum. Las Palmas de Gran Canaria. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

**Introducción:** *inflammaging* es un término descrito en el año 2000 y hace referencia al envejecimiento prematuro causado por procesos inflamatorios leves pero crónicos asociados a la edad y enfermedades crónicas. Se asocia a desnutrición y sarcopenia tanto en la población general como en las personas con ERC.

**Objetivos:** analizar la influencia de la edad sobre parámetros de valoración morfofuncional (nutrición, composición corporal y fuerza muscular) en personas con ERC avanzada (ERCA).

**Material y métodos:** evaluamos 253 personas ERCA estadios 3b,4 y 4 no diálisis. Mediante curva ROC establecimos el mejor punto-corte de edad = 76,5 años con sensibilidad (72 %) y especificidad (62,4 %). Establecimos influencia según percentiles de edad con valoración morfo-funcional: peso, BMI, albúmina, prealbúmina, PCR, composición-corporal por BIVA: ángulo de fase, agua corporal total (ACT), agua intracelular (AIC), agua extracelular (AEC), %masa grasa, %masa magra, %masa muscular y fuerza por dinamometría-Dcha, VGS y MIS.

**Resultados:** 253 personas-ERCA evaluados, 153 (60,5 %) hombres,  $\times$ edad  $71 \pm 13,71$  años (percentiles de edad = 63,74

Tabla I.

	V0	V3	V5
NoDN	30 (46,2 %)	19 (31,1 %)	17 (34,0 %)
DNmoderada	27 (41,5 %)	19 (31,1 %)	16 (32 %)
DNsevera	8 (12,3 %)	23 (37,7 %)	17 (34 %)
Baja masa muscular (ASM)	8 (13,8 %)	9 (20 %)	5 (10,2 %)



y 82 años), 37,8 % DM. Por anova según percentiles de edad encontramos diferencia significativa (con peor resultado de los diferentes parámetros con la edad) en: ángulo de fase, Na/k y %masa celular ( $p = 0,001$ ), Agua-extracelular, agua-intracelular ( $p0,001$ ), %masa grasa, %masa muscular, % masa magra ( $p0,001$ ), BCMI ( $p = 0,001$ ), albúmina y prealbúmina ( $p = 0,001$ ), MIS ( $p = 0,016$ ), VGS ( $p = 0,04$ ), dinamometría dcha 0,010. No diferencia significativa: Agua corporal total %, HB, PCR, linfocitos, CKD-EPI, circunferencia muscular del brazo 0,090. Realizando regresión logística con punto de corte de 76,5 años, encontramos el mejor modelo con MIS 0,003 y dinamometría derecha, 0,023.

**Conclusión:** la ERC conlleva *inflammaging* fundamentalmente en personas de edad avanzada siendo factor facilitador de DPE lo que justifica la monitorización del estado nutricional, composición corporal y fuerza para prevenir o modular su efecto.

### P-090. Composición corporal como predictor de la calidad de vida y depresión en pacientes con mieloma múltiple

Luis Cabañas Alite<sup>1</sup>, Delia Gil-Andrés<sup>2</sup>, David Expósito Blasco<sup>3</sup>, Juan Francisco Merino Torres<sup>4</sup>, José Miguel Soriano del Castillo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea Miguel de Cervantes. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Nutrición Clínica. Hospital de Manises. Manises, València. <sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Valencia. València. <sup>4</sup>Joint Research Unit on Endocrinology. Nutrition and Clinical Dietetics. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. València

**Introducción:** el estado nutricional (EN) y la calidad de vida (CdV) son factores interrelacionados en pacientes con mieloma múltiple (MM). Las alteraciones nutricionales en la composición corporal pueden comprometer la CdV, afectando la recuperación y el pronóstico, pero no se conocen cuáles son las mejores variables para predecir dicho pronóstico.

**Objetivos:** evaluar la relación entre las variables del EN y la CdV en pacientes con MM y su evolución durante 12 meses, considerando diferentes líneas de tratamiento (LdT).

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo con 47 pacientes, sin intervención. Se evaluó el EN mediante antropometría, bioimpedancia y dinamometría. La CdV se midió con cuestionarios validados (QLQ-C30, QLQ-MY20, EQ-5D-5L y HADS). Para evaluar su relación se utilizó la función multinom del paquete nnet de R y se realizó una regresión logística multinomial. El estudio fue aprobado y autorizado con número de registro 2015/0699.

**Resultados y conclusión:** el análisis reveló que parámetros como el índice cintura-altura (ICC) y el indicador de composición corporal de la masa libre de grasa (MLG) mostraron correlaciones significativas con dominios de CdV, como la capacidad funcional y el dolor, por lo que podrían ser buenos predictores. Además, pacientes con menor ICC y mayor MLG presentaron mejores puntuaciones en funcionalidad física y menos síntomas de fatiga. La variable de perímetro muscular del brazo indicó un coeficiente de incremento de 0,77 (IC: 95 %) para depresión por cada punto que disminuye, con una relación inversamente

proporcional. Los pacientes en líneas de tratamiento avanzadas mostraron mayor deterioro en ambas dimensiones, resaltando la vulnerabilidad de este grupo. Estos hallazgos destacan la importancia de un adecuado manejo nutricional como parte integral de las estrategias para optimizar la CdV en pacientes con MM. Las intervenciones deben enfocarse en mantener o mejorar el EN, particularmente en aquellos en líneas avanzadas de tratamiento.

### P-091. Talleres de educación alimentaria como herramienta eficaz de estrategia educativa en pacientes con mieloma múltiple y sus cuidadores

Luis Cabañas Alite<sup>1</sup>, Andrea Nicole Cepeda Solís<sup>2</sup>, Delia Gil-Andrés<sup>3</sup>, David Expósito Blasco<sup>4</sup>, Juan Francisco Merino Torres<sup>2</sup>, José Miguel Soriano del Castillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Valencia. València. <sup>2</sup>Joint Research Unit on Endocrinology, Nutrition And Clinical Dietetics. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. València. <sup>3</sup>Servicio de Nutrición Clínica. Hospital de Manises. Manises, València. <sup>4</sup>Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Valencia. València

**Introducción:** es importante apoyar con información las decisiones alimentarias tanto de las personas afectadas de una enfermedad grave como de sus cuidadores. En este contexto, se plantearon talleres grupales a pacientes con mieloma múltiple (MM) y sus cuidadores principales, tras un estudio de seguimiento de 12 meses.

**Objetivos:** evaluar la efectividad de los talleres de educación alimentaria en la mejora del conocimiento sobre alimentación saludable y su impacto en las decisiones alimentarias de pacientes con MM y sus cuidadores.

**Material y métodos:** se organizaron siete talleres consecutivos con una duración total de 90 a 120 minutos cada uno, incluyendo clases magistrales, dinámicas grupales y resolución de dudas, realizándose de forma semanal. Antes y tras las siete semanas de la intervención educativa, los participantes completaron un cuestionario de 25 ítems, diseñado para evaluar conocimientos nutricionales con puntuaciones que oscilan entre 0 y 22 puntos. El análisis comparó las puntuaciones iniciales y finales para medir la mejora del conocimiento. El estudio fue aprobado y autorizado con número de registro 2015/0699.

**Resultados y conclusión:** participaron pacientes (24, 16,67 % mujeres) y cuidadores (15, 66 % mujeres). La puntuación promedio del cuestionario aumentó significativamente tras los talleres, de  $12,4 \pm 3,1$  a  $18,9 \pm 2,7$  puntos, reflejando un incremento del 52 %. Los participantes manifestaron sentirse más seguros al tomar decisiones alimentarias y valoraron positivamente las dinámicas grupales y las recomendaciones prácticas. Los cambios en la frecuencia de aciertos pueden observarse en la figura 1 (pág. siguiente). Estos resultados subrayan la importancia de integrar estrategias educativas en el manejo del MM, para mejorar el conocimiento en alimentación y fomentar hábitos alimentarios saludables que impacten positivamente en la calidad de vida de los pacientes y sus familias, siendo la propia alimentación

un área del autocuidado que no se debe descuidar. Las actividades grupales mostraron ser una herramienta eficaz para la educación sanitaria en esta población.

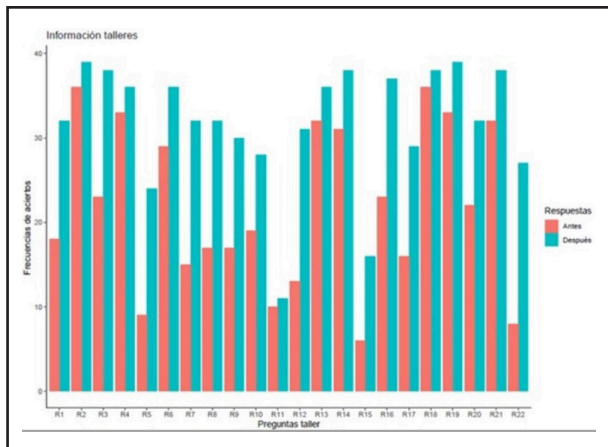


Figura 1.

**P-092. Situación nutricional de pacientes oncológicos a su llegada a una consulta de onconutrición según su procedencia (comité de tumores frente a derivación desde especialista)**

Iara Cacace<sup>1</sup>, José Antonio Ariza Jiménez<sup>1</sup>, Silvia Patricia Alonso Gallardo<sup>1</sup>, Elena Álvaro Sanz<sup>2</sup>, Ruth Holgado Ramírez<sup>1</sup>, Vicente Faus Felipe<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Farmacia. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

**Introducción:** los pacientes oncológicos precisan seguimiento nutricional para evitar un deterioro precoz de su estado general. Dentro del manejo multidisciplinar de estos pacientes se debe incluir la nutrición, realizando un cribado nutricional en el inicio y seguimiento para proponer medidas que mitiguen el devenir de la enfermedad.

**Objetivos:** analizar los datos de pacientes atendidos en consulta de onconutrición y comparar diferencias según su origen

(Comité de tumores frente a derivación por especialista/farmacéutico).

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo (01/06/23-31/10/24) que recoge los pacientes atendidos en la consulta de onconutrición del Hospital Universitario Costa del Sol. Los pacientes llegaron a la consulta captados en comités oncológicos o derivados por facultativos/farmacéuticos. La nutricionista responsable realizó una primera valoración del riesgo nutricional (“Nutriscore”) y recogió datos como edad, sexo, peso habitual, peso en la primera consulta, pérdida de peso, localización del tumor y diagnóstico nutricional.

**Resultados:** se atendieron un total de 98 pacientes (60,8 % hombres, 39,2 % mujeres). De ellos se recogieron los datos reflejados en la tabla I.

**Conclusiones:**

1. A su llegada a la consulta, los pacientes con cáncer de cabeza-cuello y colorrectal captados desde comité perdieron menos peso de media que los derivados desde especialista.
2. Todos los grupos de cánceres captados en comité tuvieron mayor riesgo nutricional según Nutriscore salvo el cáncer de páncreas comparado con los derivados desde especialista.

**P-093. Soporte nutricional y ejercicio físico como potenciadores del ángulo de fase en enfermedad hematológica**

Alba Carmona-Llanos, Manuel Cayón-Blanco

UGC 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 (EN) es determinante en el transcurso y resultado de la misma. El ejercicio físico (EF) adaptado y el soporte nutricional oral (SON) juegan un papel crucial en la mejora del EN.

**Objetivos:** determinar el efecto que produce la prehabilitación con ejercicio físico y nutrición oral en una cohorte de pacientes candidatos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

Tabla I.

Localización del tumor	Captación	Media peso perdido	Nutriscore > 5	Desnutrición moderada/severa
Páncreas (28)	Comité: 20 No comité: 8	-7,5 kg -6,5 kg	60 % 75 %	90 % / 87,5 %
Gastroesofágico (21)	Comité: 18 No comité: 3	-8,44 kg -5,33 kg	72,22 % 33,33 %	88,88 % / 100 %
Colorrectal (21)	Comité: 9 No comité: 12	-7,5 -8,41 kg	33 % 25 %	77,77 % / 75 %
Cabeza y cuello (9)	Comité: 5 No comité: 4	-5,6 kg -11 kg	80 % 25 %	100 % / 100 %
Pulmón (19)	Comité: 13 No comité: 6	-9,23 kg -5,16 kg	76,92 % 25 %	92,30 % / 83,33 %

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo unicéntrico. El estado nutricional fue analizado mediante valoración morfofuncional avanzada y dinamometría. La adherencia al ejercicio físico y soporte de nutrición oral se determinó según la cumplimentación realizada por dichos pacientes.

**Resultados y conclusión:** 20 pacientes (edad media  $54,8 \pm 11$  años; 50 % varones; 70 % leucemia). El 60 % presentaban sobrepeso/obesidad y un 15 % una desnutrición de alto riesgo. El tiempo de prehabilitación fue de  $23,1 \pm 11,3$  días. La tasa de cumplimentación de las pautas propuestas fue elevada (75 %). La realización de al menos  $\geq 50$  % de EF del programa propuesto se asoció a un incremento mayor del AF de forma significativa (Tablas I y II).

Tabla I.

Cumplimentación de EF	$\geq 50$ %	$< 50$ %	p
Diferencia de AF (final-inicial)	$+0,28 \pm 0,13^\circ$	$-0,2 \pm 0,06^\circ$	0,005

Tabla II. EF y SON en relación con AF y cociente ICW/ECW

Cumplimentación	AF (inicial-final)	ICW/ECW (inicial-final)
$\geq 50$ % EF y $\geq 50$ % SON	$0,29 \pm 0,15^\circ$	$-0,14 \pm 0,08$
$\geq 50$ % EF y $> 50$ % SON	$0,20 \pm 0,30^\circ$	$-0,07 \pm 0,11$
$< 50$ % EF y $\geq 50$ % SON	$-0,15 \pm 0,05^\circ$	$+0,05 \pm 0,01$
$< 50$ % EF y $< 50$ % SON	$-0,30 \pm 0,05^\circ$	$+0,12 \pm 0,13$

La intervención propuesta mostró un impacto positivo en la composición corporal y función muscular. La adherencia al programa de EF y SON logró mostrar mejoras clínicamente significativas en la masa muscular, funcionalidad muscular y reducción de inflamación. Un enfoque integral que combine EF adaptado y SON es clave para mejorar el EN y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad hematológica.

#### P-094. Funcionalidad muscular y sarcopenia en una cohorte de pacientes con cáncer de pulmón. Grupo VALONC

Alba Carmona-Llanos<sup>1</sup>, María González-Pacheco<sup>2</sup>, Fernanda Mucarzel Suárez-Arana<sup>3</sup>, José M.<sup>a</sup> Romero-Márquez<sup>4</sup>, Antonio Fernández-Toscano<sup>5</sup>, Manuel Cayón-Blanco<sup>1</sup>, Francisco Javier Vilchez-López<sup>2</sup>, Fiorella Palmas-Candía<sup>3</sup>, Araceli Muñoz-Garach<sup>4</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>6</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>3</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>4</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>5</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. <sup>6</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), el cáncer de pulmón (CP) ocupa el cuarto puesto a nivel nacional. La desnutrición, sarcopenia y caquexia cancerosa son altamente prevalentes en dichos pacientes. No existe una única herramienta que evalúe el estado nutricional (EN) de forma íntegra, jugando un papel imprescindible en la recuperación de los pacientes.

**Objetivos:** determinar las diferencias en la composición corporal, funcionalidad y parámetros analíticos entre pacientes con CP sarcopénicos y no sarcopénicos.

**Material y métodos:** estudio observacional, prospectivo, multicéntrico nacional de pacientes con CP. El estado nutricional fue analizado mediante BIVA, ecografía nutricional, dinamometría y parámetros analíticos.

**Resultados y conclusión:** 251 pacientes (70,5 % hombres;  $\pm 67$  años). Se detectó según GLIM una desnutrición moderada en el 47,7 % y grave en el 20,6 % relacionándose con un 14,8 % de escala ECOG 2-3. El 19 % presenta sarcopenia y el 26,7 % presarcopenia. La media del AF fue de  $5,07 \pm 0,84$  y BCM  $27 \pm 5,85$ . Las medias en ecografía muscular fueron de área  $4,18 \pm 1,41$ , eje Y  $1,19 \pm 0,35$ . El tejido adiposo preperitoneal medio  $0,66 \pm 0,34$ . Se presentaron diferencias significativas entre pacientes sarcopénicos y no sarcopénicos (Tabla I).

Tabla I.

	No sarcopenia	Sarcopenia
<b>Parámetros BIVA</b>		
AF	$5,07 \pm 0,84$	$4,73 \pm 0,78$
SPA	$-0,6 \pm 1,01$	$-0,3 \pm 1,46$
BCM	$27 \pm 5,85$	$19,2 \pm 3,19$
<b>Parámetros ecografía nutricional</b>		
Área (cuádriceps)	$4,18 \pm 1,41$	$2,93 \pm 1,23$
Eje Y (cuádriceps)	$1,19 \pm 0,35$	$0,92 \pm 0,31$
Test funcionales		
Dinamometría (kg)	$32,9 \pm 9,1$	$17,8 \pm 4,62$
<b>Parámetros analíticos</b>		
Albúmina	$4,06 \pm 0,64$	$3,74 \pm 0,63$
Prealbúmina	$25,3 \pm 7,37$	$18,2 \pm 9,68$
Proteína C reactiva	$28,1 \pm 45,7$	$50,2 \pm 45,1$

La identificación temprana de sarcopenia facilitaría la localización de un grupo específico de pacientes para implementar enfoques personalizados en cuanto a nutrición, actividad física y suplementación, dado que está vinculada con una reducción considerable de la masa celular metabólicamente activa y la funcionalidad muscular.

#### P-095. Síndrome de Phelan-McDermid en los niños y niñas españoles: una sintomatología relacionada con la ingesta nutricional

Sandra Carrera Juliá<sup>1</sup>, María Jesús Vega Bello<sup>1</sup>, Bárbara Gómez-Taylor Corominas<sup>1</sup>, M.<sup>a</sup> Ángeles Navarro Moreno<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Luz Moreno Sancho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de València San Vicente Mártir. València. <sup>2</sup>Universidad Católica de València San Vicente Mártir. Torrent, València

**Introducción:** el síndrome de Phelan-McDermid (PMS) está considerado como un trastorno genético poco común causado por la delección intersticial del cromosoma 22q13.3. El síntoma clínico más característico es el retraso global del desarrollo. Otras características incluyen problemas gastrointestinales. A pesar de los beneficios que una dieta adecuada puede aportar en la evolución favorable de las enfermedades raras, son pocos los estudios en los que se aborda la repercusión que tiene un estado nutricional adecuado en pacientes con PMS.

**Objetivos:** conocer los síntomas digestivos, el desarrollo y la ingesta nutricional de los niños y niñas españoles diagnosticados con PMS y comprobar si existe una relación entre ellos.

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra poblacional de 37 niños y niñas entre 1 y 19 años de edad diagnosticados con PMS. Se evaluaron los síntomas digestivos (mal aliento, dificultad para tragar, reflujo, diarrea, estreñimiento, entre otros) y se registró la ingesta nutricional que se comparó con las ingestas dietéticas de referencia (IDR). También se obtuvieron los percentiles de peso, talla e IMC.

**Resultados:** los niños y niñas españoles diagnosticados con PMS no cumplen de forma significativa ( $p < 0,01$ ) con las IDR tanto a nivel de macronutrientes como de micronutrientes. Además, se ha visto que esto está relacionado con la dificultad para tragar, el reflujo, los gases, el estreñimiento y la diarrea que presentaban. En cuanto al crecimiento, tanto los niños como las niñas se encuentran alrededor del percentil 50, sin embargo, los niños se encuentran por debajo de las niñas en cuanto a peso e IMC ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** resulta de vital importancia mejorar la ingesta nutricional de los niños y niñas españoles con PMS mediante la educación y formación de sus familias y así conseguir una mejoría en la sintomatología digestiva que presentan.

#### **P-096. Análisis de los factores etiológicos de desnutrición relacionada con la enfermedad: inflamación e ingesta. Estudio AFEDIN**

Daniel de Luis Román<sup>1</sup>, Juan Manuel Guardia Baena<sup>2</sup>, Alfoso Vidal-Casariello<sup>3</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>4</sup>, Diego Bellido Guerrero<sup>5</sup>, Samara Palma Milla<sup>6</sup>, Coral Montalbán Carrasco<sup>7</sup>, María Argente Pla<sup>8</sup>, Pedro Pablo García Luna<sup>9</sup>, Patricia Pérez Castro<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña. <sup>4</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. <sup>6</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid. <sup>7</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>8</sup>Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitari i Politécnic La Fe. València. <sup>9</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>10</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Vigo

**Introducción:** los criterios GLIM para el diagnóstico de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) incluyen dentro

de los criterios etiológicos, la inflamación y la ingesta. Los criterios etiológicos requieren mayor investigación para evaluar su papel en el pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

**Objetivos:** determinar el valor diagnóstico y pronóstico de los factores etiológicos de desnutrición propuestos por criterios GLIM: inflamación e ingesta dietética; en pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE).

**Material y métodos:** estudio de cohortes, prospectivo, multicéntrico, no controlado. Criterios: > de 18 años, diagnóstico de DRE y presencia de inflamación (PCR>3 mg/dl). Realizamos valoración antropométrica, ecografía muscular (recto anterior del fémur (RF), impedanciometría, analítica, encuesta nutricional de 48h y calidad de vida (EQ5D). Valoramos la presencia y severidad de sarcopenia (criterios EWGSOP).

**Resultados:** reclutamos 219 pacientes (61,93 % varones; 66,22 ± 13 años). El cáncer fue el diagnóstico más prevalente (69,12 %). El 88,53 % obtuvo un MUST ≥ 2 puntos y 54,34 % desnutrición severa (GLIM); IMC 22,74 ± 5,07 kg/m<sup>2</sup> y perímetro de pantorrilla 31,96 ± 4,77 cm. La impedanciometría mostró un ángulo de fase 4,79 ± 3,19°, masa muscular apendicular 17,30 ± 4,62 kg e índice de masa muscular 6,23 ± 1,56 kg/m<sup>2</sup>. La ecografía del RF mostro un área 3,38 + 2,3 cm<sup>2</sup> y 1,29+1,32 cm espesor. El 73,52 % presentó sarcopenia (26,1 % severa). La ingesta energética fue 1745,37 ± 740,97 Kcal/d (30,67 ± 14,35 kcal/kg) y 101,95 ± 27,49 g/d proteínas (1,72 ± 4,05 g/ kg). La evaluación bioquímica (nutricional e inflamatoria) mostró: albúmina 3,71 ± 0,64 g/dl, prealbúmina 19,35 ± 15,03 mg/dl, y PCR 32,99 ± 45,54 mg/L. La puntuación EQ5D fue 0,63+0,27 puntos con escala visual de 48,8 + 25,8 puntos.

**Conclusiones:** en pacientes adultos con DRE y respuesta inflamatoria de base, más de la mitad presentan desnutrición severa y casi el 75 % sarcopenia y la cuarta parte severa. A pesar de ello, la ingesta calórico-proteica basal, antropometría y ecografía muscular se mantienen en rangos normales. La calidad de vida con test Eq5D es baja.

#### **P-097. Ángulo de fase en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello atendidos en una consulta de nutrición de un hospital terciario**

Luis Francisco de Miguel Rodríguez, Christian Salom Vendrell, Silvia Veses Martín, Guillermo Sanz Arilla, Rosa María Simó Sanchís, Ruth Garzón Cataluña, Neus Bosch Sierra, Elisa Tadeo Morant, Pablo Fernández Collazo, Carlos Morillas Ariño

Unidad de Nutrición. Hospital Universitari Doctor Peset. València

**Introducción:** el ángulo de fase (PhA) es uno de los parámetros de composición corporal con mayor importancia. Valores < 4° se han relacionado con peor estado nutricional y mayor morbimortalidad, situación presente en los pacientes oncológicos.

**Objetivos:** realizar un análisis descriptivo de una serie de pacientes con neoplasia de cabeza y cuello (ORL) atendidos en una consulta de Nutrición (CN) y determinar si el PhA se ha relacionado con peor estado nutricional.

**Material y métodos:** se incluyeron los pacientes remitidos a la CN con neoplasias ORL entre abril y diciembre de 2024 a los que se les realizó una bioimpedancia con el dispositivo NUTRILAB-AKERN®, recogiendo el PhA, el estado nutricional y la situación de su enfermedad oncológica.

**Resultados:** en total 17 pacientes fueron incluidos. De los cuales 5 tenían el PhA < 4° y 12 PhA > 4°. Del grupo con PhA < 4°, la media fue 3,6 ± 0,27°. El 40 % eran mujeres y 60 % hombres con una edad media de 69 ± 10,4 años. Todos habían iniciado tratamiento previo a la visita: quimioterapia (QT), radioterapia (RT), ambas y/o cirugía. Cuatro de estos 5 pacientes (80 %), estaban desnutridos, 3 (60 %) presentaban una desnutrición moderada y 1 (20 %) desnutrición grave conforme a los criterios GLIM. En cuanto al estadio tumoral, el 60 % presentaban enfermedad locorregional avanzada. Del grupo con PhA > 4°, la media fue 5,35 ± 1,02°. El 83,3 % eran hombres y el 16,7 % mujeres con una edad media de 64 ± 11 años. Seis de ellos (50 %) no habían iniciado el tratamiento oncológico. De los 12, 4 estaban desnutridos (33 %), 2 con desnutrición moderada y 2 severa. El resto, 8 (66 %), estaban en riesgo nutricional. En cuanto al estadio tumoral, el 50 % presentaban enfermedad locorregional avanzada.

**Conclusión:** en nuestra serie, los pacientes con PhA < 4° presentaron peor estado nutricional y estaban en tratamiento activo antitumoral previo a la valoración nutricional, en comparación con los de PhA > 4°.

#### **P-098. Valoración morfofuncional en pacientes con leucemia aguda (estudio Valle)**

Belén del Arco Romualdo<sup>1</sup>, Viyei Doulatram Gamgaran<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>2</sup>, Carola Díaz Azpun<sup>1</sup>, María José Tapia Guerrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** la leucemia aguda es una de las neoplasias hematológicas más frecuentes, se clasifica en leucemia aguda linfobástica (LLA) y leucemia aguda mieloblástica (LMA). Los pacientes con leucemia aguda tienen alto riesgo nutricional por la enfermedad y por su tratamiento. Por tanto, realizar una valoración morfofuncional completa a estos pacientes es fundamental.

**Objetivos:** evaluar la utilidad de la valoración morfofuncional en pacientes con leucemia aguda que van a ser sometidos a quimioterapia.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo de pacientes con leucemia aguda que van a ser sometidos a quimioterapia en el Hospital Regional de Málaga.

**Resultados y conclusión:** muestra de 35 pacientes, 19 mujeres y 16 varones, edad media de 51,5 con DE de 18,8 años, 22,9 % diagnosticados de LLA y 77,1 % diagnosticados de LMA. En hombres, la BIA muestran un PA (°) 5,04 (1,09) y BCM (kg) 27,8 (6,45), con la ecografía nutricional obtenemos RF-CSA (cm<sup>2</sup>) 4,84 (1,61) y RF-Y axis (cm) 1,31 (0,34) y VAT (cm) 0,63 (0,37). En mujeres, la BIA muestran un PA (°) 5,09 (0,96) y BCM

(kg) 22,5 (4,41), con la ecografía nutricional obtenemos RF-CSA (cm<sup>2</sup>) 4,10 (0,98) y RF-Y axis (cm) 1,26 (0,26) y VAT (cm) 0,65 (0,40). La dinamometría media (HGS, kg) fue de: 31,1 (11,4) en hombres y 20,8 (4,94) mujeres, respectivamente. Existe correlación significativa entre las técnicas de valoración; RF-CSA con PA, BCM y HGS ( $r = 0,66$ ,  $r = 0,71$ ,  $r = 0,64$ ). Los pacientes con leucemia tienen alto riesgo nutricional por la enfermedad y su tratamiento. Por tanto, es importante realizar una valoración morfofuncional en estos pacientes para valorar la posible desnutrición y evaluar su composición corporal (ya que estos pacientes suelen presentar edematización periférica). En este estudio, encontramos correlación positiva significativa entre dinamometría, bioimpedanciometría y ecografía muscular. No obstante, debido al componente de edema en tercer espacio, la ecografía podría resultar una técnica más sensible en situaciones de edematización; si bien es cierto que su uso requiere de personal entrenado

#### **P-099. Evaluación de la ingesta de pacientes en hemodiálisis: importancia de individualizar las recomendaciones según la edad**

María Delgado García de Polavieja, Soraya Escibano Loma, Julia Audije Gil, Rodrigo Martínez, Paula Manso, David Hernán, Fabiola Dapena, María Dolores Arenas Jiménez

Fundación Renal. Madrid

**Introducción:** los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan con frecuencia desnutrición proteico-energética. A su vez, los productos ultraprocesados constituyen una fuente de fósforo inorgánico y pueden contribuir a la hiperfosfatemia, la cual se asocia con un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular.

**Objetivos:** evaluar la ingesta energético-proteica, el consumo de ultraprocesados y su relación con los niveles de fósforo sérico en pacientes en hemodiálisis de cuatro centros de la Comunidad de Madrid.

**Material y métodos:** se realizó una encuesta nutricional para evaluar el consumo de ultraprocesados y estimar el aporte energético y proteico en pacientes en hemodiálisis de centros de la Comunidad de Madrid.

**Resultados:** se estudiaron 111 pacientes en hemodiálisis, de los cuales 79 eran varones (71,2 %) y 73 tenían menos de 75 años (65,8 %). Se observó que una mayor proporción de pacientes mayores de 75 años presentaban ingesta energética y proteica insuficiente en comparación con los menores de 75 años (26,3 % frente a 9,9 %;  $p: 0,021$  y 50,0 % frente a 19,7 %;  $p: 0,001$ , respectivamente). Además, un mayor porcentaje de pacientes mayores de 75 años requerían suplementos nutricionales (36,1 % frente a 13 %;  $p: 0,022$ ) y tenían niveles de albúmina inferiores a 3,5 g/dl (36,2 % frente a 23,3 %;  $p: 0,012$ ). En cuanto al consumo de ultraprocesados, los pacientes menores de 75 años los consumían más que los mayores (76,7 % frente a 57,9 %;  $p: 0,040$ ), y un mayor porcentaje de los pacientes menores de 75 años presentaban niveles séricos de fósforo > 5 mg/dl (36,5 % frente a 18,9 %;  $p: 0,009$ ).

**Conclusiones:** los pacientes mayores de 75 años consumen menos ultraprocesados que los menores, pero presentan ingestas proteico-energéticas más bajas. En los pacientes menores de 75 años, se observa una asociación entre el consumo de ultraprocesados y niveles elevados de fósforo sérico. Las estrategias de educación nutricional deben considerar las diferencias de edad y enfocarse en reducir el consumo de productos ultraprocesados.

### P-100. Estudio aleatorizado para evaluar el impacto de una intervención nutricional dirigida a mejorar la adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con infección por VIH

Romina Escobar<sup>1</sup>, Esperanza Cañas Ruano<sup>2</sup>, María Antonia Roig Muñoz<sup>1</sup>, Itziar Arrieta Aldea<sup>2</sup>, Mar Gassó Ordaz<sup>1</sup>, Juan Du<sup>2</sup>, Aina Merino Olmo<sup>1</sup>, Juana Antonia Flores Le Roux<sup>1</sup>, Roberto Güerri Fernández<sup>2</sup>, Juan José Chillarón Jordán<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona

**Introducción:** la adherencia a la dieta mediterránea ha demostrado una reducción de la incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV), que ha sido poco explorada en pacientes con infección por VIH.

**Objetivos:** evaluar el impacto de una intervención nutricional especializada sobre: a) adherencia a la dieta mediterránea; b) perfil lipídico, y c) cambios en la rigidez arterial (marcador precoz de ECV).

**Material y métodos:** ensayo clínico randomizado. Se incluyeron pacientes adultos, con VIH en tratamiento, carga viral indetectable y colesterol-LDL > 135 mg/dL. Se excluyeron pacientes

en tratamiento hipolipemiante. La intervención nutricional consistió en 2 visitas presenciales y 2 telefónicas. El manejo convencional consistió en una entrega de recomendaciones.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 59 pacientes (96,7 % hombres) con una edad media de 42,0 + 8,0 años. Un 40 % eran fumadores, ninguno presentaba ECV conocida ni diabetes *mellitus* y únicamente uno HTA (Tabla I). Una intervención nutricional especializada en pacientes con infección por VIH no consigue una mejoría en el seguimiento de la dieta mediterránea ni en el perfil lipídico, lo que refuerza la necesidad de iniciar tratamiento hipolipemiante si los parámetros lipídicos están fuera de objetivos. Esta intervención sí comporta una mejora en la velocidad de onda de pulso como marcador precoz de ECV.

### P-101. Relación entre el consumo de vegetales y los niveles de potasio sérico en pacientes en hemodiálisis

Soraya Escribano Loma, María Delgado García de Polavieja, Rodrigo Martínez, Julia Audije Gil, Paula Manso, David Hernán, Fabiola Dapena, María Dolores Arenas Jiménez

Fundación Renal. Madrid

**Introducción:** patrones dietéticos como la dieta mediterránea o la dieta DASH, ricas en frutas, verduras y legumbres, han sido estudiados por su potencial efecto protector frente a enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, el miedo a la hiperpotasemia ha llevado durante décadas a restringir su consumo en los pacientes renales.

**Objetivos:** estudiar los hábitos alimentarios de consumo de vegetales en una población en hemodiálisis (HD) de 4 centros de Madrid y su asociación con el potasio sérico.

Tabla I.

Variable	Grupo total	Manejo intensivo	Manejo convencional	p
n	59	39	20	
Edad (años + DE)	42,0 + 8,0	41,6 + 8,3	42,6 + 7,6	0,658
Evolución VIH (años + DE)	11,9 + 6,5	11,4 + 7,4	11,1 + 4,3	0,469
IMC (kg/m <sup>2</sup> + DE)	26,4 + 4,1	25,3 + 3,4	28,1 + 4,5	0,010
Perímetro de cintura (cm + DE)	90,4 + 11,3	88,3 + 10,3	93,7 + 12,3	0,085
MEDAS inicial (valor + DE)	6,41 + 2,2	8,9 + 2,4	7,7 + 1,1	0,150
Cambio MEDAS (valor, Q1-Q3)	0 (2-3,5)	2 (0-4)	1 (-1 ± 1,5)	0,103
Colesterol total (mg/dL + DE)	219,7 + 24,7	215,9 + 22,4	225,8 + 28,2	0,150
Cambio Colesterol total (mg/dL, Q1-Q3)	- 6,5 (-20 ± 16)	- 7 (-18 ± 16)	5 (-16 ± 22)	1,000
Colesterol LDL (mg/dL + DE)	148,7 + 20,7	145,0 + 18,2	155,7 + 24,1	0,064
Cambio colesterol LDL (mg/dL, Q1-Q3)	- 9,5 (-20 ± 12,8)	-10 (-20 ± 9)	7 (-24 ± 25)	0,483
Colesterol HDL (mg/dL + DE)	48,3 + 10,6	48,1 + 10,9	48,6 + 10,5	0,854
Cambio colesterol HDL (mg/dL, Q1-Q3)	0,5 (-6 ± 3,3)	0 (-6 ± 3)	2 (-4,5 ± 8)	1,000
Triglicéridos (mg/dL + DE)	130,5 + 55,9	129,0 + 54,5	125,6 + 49,3	0,818
Cambio triglicéridos (mg/dL, Q1-Q3)	2 (-18 ± 48)	1 (-21 ± 46)	-3 (-27 ± 22)	1,000
Velocidad onda pulso (m/s + DE)	7,3 + 1,4	7,3 + 1,4	7,3 + 1,5	0,926
Cambio velocidad onda pulso (m/s, Q1-Q3)	- 0,4 (-1 ± 0,3)	-0,65 (-1 - 0,15)	0,3 (-0,2 ± 0,9)	0,012

**Material y métodos:** se encuestó a pacientes en HD de la Comunidad de Madrid para conocer su consumo de vegetales. En concreto, se analizó el consumo semanal de fruta, patata, legumbres y verduras/hortalizas, evaluando el impacto de: consumo bajo (menos de consumo semanal de legumbres/patata; menos de diario en frutas/verduras); medio (1-2 raciones de patata/legumbres o 3-5 de frutas/verduras) o alto (>3-5 raciones de ambos grupos) sobre los niveles séricos de potasio.

**Resultados:** se estudiaron 110 pacientes en HD (71,8 % varones; edad media 65,5; 31,1 meses en HD; 50 % con CVC, 24,5 % diabéticos). No existe asociación significativa entre el consumo de vegetales y el potasio sérico (12 pacientes bajo con 4,75 [0,45] mg/dl; 28 medio con 4,89 [0,80] mg/dl; 47 alto con 4,82 [0,72] mg/dl;  $p = 0,828$ ). Los pacientes diabéticos con mayor consumo de vegetales mostraron niveles significativamente más altos de K (2 pacientes bajo con 4,1 [0,10] mg/dl; 8 con medio 5,05 [0,30] mg/dl; 8 con alto 4,70 [0,58] mg/dl;  $p = 0,045$ ).

**Conclusiones:** no se encontró asociación entre el elevado consumo de vegetales y el potasio sérico. Sin embargo, los pacientes diabéticos con mayor consumo presentaron niveles significativamente más altos. Los niveles de potasio no dependen solo de la ingesta vegetal, por lo que su manejo debe ser individualizado.

#### P-102. Fenotipado de la fibrosis pulmonar idiopática mediante evaluación morfofuncional: un estudio transversal bicéntrico

Alicia Sanmartín Sánchez<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, Eva Cabrera Cesar<sup>3</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>2</sup>, Josefina Olivares Alcolea<sup>1</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Son Espases. Palma. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición y <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** la FPI es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por fibrosis intersticial del parénquima pulmonar, con evolución rápida, irreversible y pronóstico des-

favorable. Se asocia con comorbilidades como hipertensión pulmonar y diabetes, pero los trastornos nutricionales (malnutrición, sarcopenia, caquexia y obesidad sarcopénica) son poco estudiados. Estas alteraciones en composición corporal y funcionalidad resaltan la necesidad de una evaluación morfofuncional integral.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio es evaluar las diferencias entre fenotipos nutricionales en pacientes con FPI, incluyendo caquexia, sarcopenia, obesidad, obesidad sarcopénica y desnutrición, mediante técnicas avanzadas de valoración morfofuncional. Se usaron métodos estandarizados y criterios validados para caracterizar cada fenotipo y explorar sus implicaciones clínicas en la progresión de la enfermedad y la salud.

**Material y métodos:** pacientes diagnosticados de FPI según guías internacionales. Para evaluar trastornos de composición corporal se usaron criterios validados: caquexia (Evans y Martín), desnutrición (GLIM), sarcopenia (EWGSOP2), obesidad (ESPEN) y obesidad sarcopénica (ESPEN/EASO). La valoración morfofuncional<sup>®</sup> incluyó bioimpedancia eléctrica (BIVA) para ángulo de fase (PhA) y masa celular corporal (BCM); ecografía nutricional (NU) para área y grosor del recto femoral (RF-CSA, RF-Y-Axis); y pruebas funcionales como fuerza de agarre (HGS), marcha de seis minutos (6MWT) y *Timed Up and Go* (TUG). El análisis estadístico se realizó con JAMOV, expresando resultados como medias  $\pm$  desviación estándar y  $p$  significativos ( $< 0,05$ ).

**Resultados:** la población incluyó 82 pacientes con FPI, edad media de 71,1 (7,35) años, un 84,1 % de hombres y un IMC 27,7 (3,45) kg/m<sup>2</sup>. Solo 58 pacientes contaban con TC- T12 para evaluar caquexia según los criterios de Martín (mioesteatosis) (Tablas I-V).

**Conclusión:** los fenotipos impactan en la composición corporal y funcionalidad en pacientes con FPI. La caquexia y la desnutrición severa redujeron el BCM y el RF-CSA, mientras que la sarcopenia afectó a la función. La obesidad incrementó el SAT y VAT. Estos resultados destacan la importancia de evaluaciones personalizadas.

**Tabla I.** Distribución de fenotipos según presencia o ausencia

Criterio	Con fenotipo (n)	% con fenotipo	Sin fenotipo (n)	% sin fenotipo
Caquexia (Martín)	8	13,8 %	50	86,2 %
Caquexia (Evans)	11	13,4 %	71	86,6 %
Caquexia (Martín y Evans)	17	20,7 %	65	79,3 %
GLIM severo	60	73,2 %	22	26,8 %
GLIM moderado	58	70,7 %	24	29,3 %
Sarcopenia	12	14,6 %	70	85,4 %
Obesidad ESPEN	40	48,8 %	42	51,2 %
Obesidad sarcopénica ESPEN/EASO	2	2,4 %	80	97,6 %

**Tabla II. Caquexia Evans y Martins**

Variable	Grupo 0 (n = 65)	Grupo 1 (n = 17)	p
Pha	4,908 ± 0,725	4,606 ± 0,888	0,173
Spha	-0,872 ± 0,956	-1,109 ± 0,878	0,397
NAK	1,158 ± 0,189	1,182 ± 0,185	0,672
BCM	26,843 ± 5,061	22,912 ± 4,090	0,007
BCMI	9,317 ± 1,416	8,200 ± 1,458	0,014
RF-CSA	3,511 ± 1,037	2,845 ± 0,650	0,014
RF-Y-Axis	1,158 ± 0,289	0,992 ± 0,180	0,012
TUG	7,630 ± 2,266	8,036 ± 1,772	0,258
6MWT	417,526 ± 60,801	376,000 ± 68,409	0,020
SML_Tac	27,670 ± 7,072	22,364 ± 5,011	0,018
Muscla_area_T12basal	79,757 ± 22,640	62,486 ± 12,872	0,015

**Tabla III. Comparación de datos morfofuncionales según GLIM severo**

Variable	Sin GLIM severo (n = 22)	Con GLIM severo (n = 60)	p
Pha	5,200 ± 0,786	4,715 ± 0,722	0,015
Spha	-0,727 ± 0,946	-0,992 ± 0,935	0,205
NAK	1,145 ± 0,237	1,170 ± 0,167	0,432
BCM	30,259 ± 3,826	24,477 ± 4,638	< 0,001
BCMI	10,273 ± 1,289	8,658 ± 1,310	< 0,001
RF-CSA	3,906 ± 0,955	3,177 ± 0,956	0,004
RF-Y-Axis	1,258 ± 0,275	1,074 ± 0,263	0,008
TUG	7,130 ± 1,509	7,933 ± 2,341	0,075
6MWT	429,643 ± 42,402	398,972 ± 69,925	0,230
SML_Tac	31,520 ± 8,061	24,081 ± 5,024	< 0,001
Muscla_area_T12basal	92,151 ± 24,540	68,135 ± 15,985	< 0,001

**Tabla IV. Comparación de datos morfofuncionales según sarcopenia**

Variable	Sin sarcopenia (n = 70)	Con sarcopenia (n = 12)	p
Pha	4,899 ± 0,728	4,533 ± 0,932	0,156
Spha	-0,914 ± 0,908	-0,962 ± 1,153	0,572
NAK	1,158 ± 0,180	1,191 ± 0,234	0,906
BCM	26,724 ± 4,909	21,967 ± 4,471	0,003
BCMI	9,270 ± 1,411	8,100 ± 1,561	0,030
RF-CSA	3,484 ± 1,018	2,726 ± 0,620	0,019
RF-Y-Axis	1,148 ± 0,280	0,978 ± 0,212	0,018
TUG	7,534 ± 2,101	8,868 ± 2,336	0,048
6MWT	416,614 ± 58,375	341,167 ± 74,028	0,012
SML_Tac	17,199 ± 6,931	21,982 ± 5,737	0,061
Muscla_area_T12basal	78,170 ± 22,034	61,533 ± 15,633	0,071



**Tabla V. Comparación de datos morfofuncionales según obesidad (ESPEN)**

Variable	Sin obesidad (n = 42)	Con obesidad (n = 40)	p
TUG	7,127 ± 1,838	8,317 ± 2,332	0,016
6MWT	414,690 ± 65,147	397,714 ± 63,891	0,437
L-SAT	0,650 ± 0,382	0,967 ± 0,604	0,004
T-SAT	1,649 ± 0,698	1,747 ± 0,766	0,562
S-SAT	0,696 ± 0,283	0,786 ± 0,315	0,241
VAT	0,634 ± 0,245	0,694 ± 0,352	0,658
VAT_area_T12basal	146,327 ± 72,290	209,521 ± 83,108	0,001
VAT_HU_T12basal	-96,050 ± 7,137	-99,420 ± 4,971	0,050
SAT_perc_T12basal	12,882 ± 5,268	17,861 ± 6,900	< 0,001
SAT_area_T12basal	93,297 ± 41,803	151,667 ± 55,286	< 0,001
SAT_HU_T12basal	-95,489 ± 9,688	-102,821 ± 7,942	0,007
IMAT_area_T12basal	12,103 ± 4,797	17,765 ± 7,160	0,001

#### **P-104. Análisis de datos de monitorización continua de glucosa (MCG) en pacientes con diabetes 3c y seguimiento en consulta de nutrición del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga**

Irene García Gómez<sup>1</sup>, Teresa Campos Varela<sup>2</sup>, Víctor José Simón Frapolli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** se analizan datos de control glucémico y nutricionales en pacientes con sistema de MCG y diagnóstico de diabetes 3c con seguimiento en consulta de Nutrición del HUVV de Málaga.

**Objetivos:** conocer las características epidemiológicas, antropométricas y los datos de glucometría de nuestra muestra, así como conocer la proporción de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad pancreática y el porcentaje de pacientes con buen control glucémico según los datos de MCG.

**Material y métodos:** se analizaron de forma retrospectiva los datos de los pacientes pertenecientes a nuestro Hospital con un sistema MCG e indicación del mismo por diabetes 3c desde la aprobación de financiación para esta indicación hasta la actualidad, seleccionando exclusivamente a aquellos que además tuvieran seguimiento en una consulta específica de Nutrición. Se estudiaron variables clínicas y analíticas recogidas en la historia clínica en la consulta posterior a la implementación del MCG. Se incluyeron parámetros de control glucémico clásicos y de MCG, parámetros morfofuncionales y de funcionalidad exocrina.

**Resultados:** de los 17 pacientes que formaban la muestra final, en doce la etiología de la diabetes fue una cirugía pancreática por tumor, en dos una pancreatitis aguda y en tres una pancreatitis crónica. La edad media al diagnóstico de la diabetes 3c fue de 54,65 ± 9 años. A destacar que el 33 % presentaba una diabetes tipo 2 previa. El 47,05 % de los pacientes cumplían el objetivo de TIR > 70 %, con un TIR medio de 65,93 %. En cuanto al diagnóstico de desnutrición, el 70 % cumplía algún criterio GLIM fenotípico, teniendo en cuenta que todos cumplían

el criterio etiológico por insuficiencia exocrina. Además, se analizaron datos de BIA, destacando un ángulo de fase medio de 5,5.

**Conclusiones:** la elevada prevalencia de desnutrición, así como resultados mejorables en cuanto a control glucémico lo que indica posibilidad de intensificar el tratamiento antidiabético y la intervención nutricional en este perfil de pacientes.

#### **P-105. Dinapenia como predictor independiente de mortalidad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: análisis de supervivencia y variables predictoras**

María García Olivares<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, María Teresa Zarco-Martín<sup>3</sup>, María del Carmen Galindo-Gallardo<sup>4</sup>, María Novo Rodríguez<sup>5</sup>, Montserrat Gonzalo Marín<sup>1</sup>, Inmaculada Prior Sánchez<sup>6</sup>, Alba Carmo-Llanos<sup>7</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. <sup>5</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Jaén. Jaén. <sup>7</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INI-BICA). Hospital Universitario Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

**Introducción:** la pérdida de fuerza muscular (dinapenia) es un marcador funcional clave que se asocia con un peor pronóstico clínico en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCyC).

**Objetivos:** evaluar la asociación entre dinapenia y el riesgo de mortalidad en CCyC.

**Material y métodos:** se realizó un análisis de supervivencia en una cohorte de 504 pacientes con CCyC, clasificando la dinapenia (EWGSOP2) y dinapenia-PCO (percentiles Pizarra). Se evaluaron variables de composición corporal mediante bioimpedancia (ángulo de fase estandarizado (SPA) e índice de masa libre de grasa (FFMI)). La función se midió con dinamometría y TUG. Se realizó

un análisis de random forest para identificar las variables predictoras más relevantes y curvas ROC para evaluar su utilidad clínica.

**Resultados:** la dinapenia-PCO se identificó como el mejor modelo para predecir mortalidad (HR = 2,37, IC 95 %: 1,29-4,34;  $p < 0,01$ ). El análisis de Kaplan-Meier mostró que los pacientes con dinapenia-PCO presentaron una peor supervivencia frente a no dinapenia ( $p < 0,001$ ). Mediante un análisis de random forest, se identificaron tres variables clave en la predicción de dinapenia-PCO: \*SPA: disminución media de precisión (MDA)  $> 10$ ; AUC = 0,72 (S: 68 %, E: 67 %); *cut-off*: -0,78 ( $p < 0,001$ ). \*FFMI: AUC = 0,70 (S: 43 %, E: 70 %); *cut-off*: 19,2 ( $p = 0,025$ ). \*TUG: AUC = 0,74 (S: 34 %, E: 70 %); *cut-off*: 11,9 ( $p < 0,001$ ). La combinación de SPA, FFMI y TUG mejoró el rendimiento predictivo, alcanzando AUC 0,75 (IC 95 %: 0,715-0,831;  $p < 0,001$ ), lo que sugiere un modelo integrado de gran utilidad clínica.

**Conclusiones:** la dinapenia, particularmente definida según los percentiles de Pizarra (dinapenia-PCO), es un fuerte predictor independiente de mortalidad en pacientes con CCyC. Las variables SPA, FFMI y TUG son herramientas clave para identificar a los pacientes con mayor riesgo. La combinación de estas mediciones mejora significativamente la capacidad predictiva.

#### P-106. Composición corporal mediante tomografía computarizada en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Elena González Arnaiz<sup>1</sup>, Fiorella Palmas-Candía<sup>2</sup>, María García Duque<sup>1</sup>, Diana Ariadel Cobo<sup>1</sup>, Ana Urioste Fondo<sup>1</sup>, Carmen Dameto Pons<sup>1</sup>, María Antequera González<sup>1</sup>, Javier Castañón Alonso<sup>1</sup>, Carmen Gándara Gutiérrez<sup>1</sup>, María D. Ballesteros Pomar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

**Introducción:** el análisis de la composición corporal (CC) mediante tomografía computarizada (TC) es considerada el método más preciso para medir la cantidad y distribución del músculo y del tejido adiposo.

**Objetivos:** analizar la CC mediante TC en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de pacientes con EII valorados por la unidad de nutrición clínica y dietética del Complejo Asistencial Universitario de León desde 2022-2024. Se recogieron datos demográficos, antropométricos (talla, peso IMC, circunferencia pantorrilla ajustada a IMC), de fuerza muscular mediante dinamometría (Dynex® DynExgrip) y de composición corporal mediante TC utilizando el *software* FocusedOn BC® que permite la segmentación automática de tejidos a nivel L3, valorando la masa muscular esquelética (SMM), el tejido adiposo subcutáneo (SAT), el tejido adiposo visceral (VAT) y el tejido adiposo intermuscular (IMAT). Se calcularon los índices VAT/SAT, SFI (SAT/Talla<sup>2</sup>), SMI (SMM/Talla<sup>2</sup>) para valorar el exceso de grasa visceral, subcutánea y baja masa muscular respectivamente. La mioesteatosis se determinó mediante las Unidades Hounsfield (UH) de la SMM.

**Resultados:** 34 pacientes, 56 % varones, edad media 49,0 (DE 19,0) años. El 73,5 % presentaba enfermedad de Crohn y 26,5 % colitis ulcerosa; con una media de evolución de la enfermedad de 8,5 (DE 8,6) años. En la tabla I se recogen los datos antropométricos y de CC a nivel global y según sexos. El 47,1 % y 35,3 % presentaba un exceso de VAT y SAF, respectivamente.

Tabla I.

	Global (n: 34)	Hombres (n: 19)	Mujeres (n: 15)	p
Talla (m)	1,7 (0,1)	1,7 (0,07)	1,6 (0,07)	< 0,001
Peso actual (kg)	60,6 (11,4)	65,9 (11,1)	53,9 (7,9)	< 0,001
Pérdida de peso (%)	7,1 (7,7)	7,1 (7,3)	7,1 (8,4)	0,995
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	21,7 (2,8)	22,2 (2,9)	20,9 (2,4)	0,189
CP (cm)	33,3 (3,1)	33,5 (3,8)	33,1 (2,1)	0,743
Dinamometría (kg)	23,2 (9,2)	26,7 (10,9)	19,1 (4,2)	0,031
SMM área (%)	23,5 (5,9)	24,8 (6,1)	21,9 (5,4)	0,158
SMM área (cm <sup>2</sup> )	113,6 (26,8)	127,4 (27,2)	96,2 (12,3)	< 0,001
SMM media (UH)	39,1 (10,1)	39,5 (11,5)	38,7 (8,4)	0,833
SMI (cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> )	40,5 (7,5)	42,1 (25,0)	51,1 (23,4)	0,030
VAT área (%)	12,8 (9,6)	16,2 (10,5)	8,5 (6,1)	0,017
VAT área (cm <sup>2</sup> )	72,9 (70,5)	96,4 (81,3)	43,1 (38,9)	0,026
SAT área (%)	24,6 (9,0)	22,2 (9,3)	27,7 (7,9)	0,075
SAT área (cm <sup>2</sup> )	127,3 (65,4)	124,1 (71,1)	131,4 (59,6)	0,750
VAT/SAT	0,6 (0,5)	0,8 (0,59)	0,3 (0,2)	0,002
IMAT área (%)	1,7 (0,9)	1,2 (0,9)	1,9 (0,8)	0,204
IMAT área (cm <sup>2</sup> )	8,4 (5,3)	8,1 (5,9)	8,7 (4,7)	0,789
SFI (cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> )	46,1 (24,4)	42,1 (25,0)	51,1 (23,4)	0,294

El 38,2 % tenía baja fuerza muscular, el 64,7 % baja masa muscular, el 26,5 % sarcopenia y el 44,1 % presentaba mioesteatosis.

**Conclusiones:** casi la mitad de nuestra muestra presentaba un exceso de VAT, además de una baja masa muscular en casi el 65 % de los pacientes. La valoración de la CC con TC mediante el *software* FocusedOn BC® permite conocer de forma rápida el estado de los distintos tejidos corporales.

### P-107. Correlación entre circunferencia de pantorrilla y masa muscular valorada mediante tomografía computarizada en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Elena González Arnaiz<sup>1</sup>, Fiorella Palmas-Candía<sup>2</sup>, María García Duque<sup>1</sup>, Diana Ariadel Cobo<sup>1</sup>, Ana Urioste Fondo<sup>1</sup>, Carmen Dameto Pons<sup>1</sup>, María Antequera González<sup>1</sup>, Javier Castañón Alonso<sup>1</sup>, Carmen Gándara Gutiérrez<sup>1</sup>, María D. Ballesteros Pomar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

**Introducción:** en la valoración de la masa muscular se pueden utilizar desde técnicas sencillas como la circunferencia de la pantorrilla (CP) hasta otras más complejas como la tomografía computarizada (TC).

**Objetivos:** analizar la correlación existente entre la medición de masa muscular mediante CP y TC en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de pacientes con EII valorados por la unidad de nutrición clínica y dietética del Complejo Asistencial Universitario de León desde 2022-2024. Se midió la CP ajustando los valores al IMC de cada paciente. Utilizando las imágenes de TC, mediante el *software* FocusedOn BC® a la altura de L3, se valoró el área de la masa muscular esquelética (SMM) en cm<sup>2</sup>, la mioesteatosis mediante la media de las Unidades Hounsfield (UH) de la SMM y el índice SMI (SMM/Talla<sup>2</sup>). Se realizó una correlación *r* de Pearson entre la CP, SMM, mioesteatosis y el SMI.

**Resultados:** 34 pacientes, 56 % varones, edad media 49,0 (DE 19,0) años. El 73,5 % presentaba enfermedad de Crohn y 26,5 % colitis ulcerosa; con una media de evolución de la enfermedad de 8,5 (DE 8,6) años. La CP fue 33,3 (3,1) cm, el área de SMM fue 113,6 (26,8) cm<sup>2</sup>, las UH de SMM fue 39,1 (10,1), el SMI fue 40,5 (7,5) cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>. El 26,9 % presentaban valores bajos de CP, el 64,7 % baja masa muscular mediante TC y el 44,1 % presentaba mioesteatosis. Las correlaciones entre la CP y parámetros musculares en TC se reflejan en la tabla I.

Tabla I.

	<i>r</i>	<i>p</i>
CP y área SMM	0,641	< 0,001
CP y UH SMM	0,461	0,018
CP y SMI	0,579	0,002

**Conclusiones:** en nuestra muestra, a pesar de un tamaño muestral pequeño, la CP tiene una correlación positiva alta con el área de SMM y moderada con el SMI y la media de UH SMM. Por lo tanto, la CP es una alternativa sencilla para valorar la masa muscular.

### P-108. Impacto de la función respiratoria (FEV1) en la progresión y mortalidad en pacientes con ELA: asociación con parámetros bioeléctricos y bioquímicos

María González-Pacheco<sup>1</sup>, Cayo Javier García-Polo<sup>2</sup>, María Alarcón-Manoja<sup>3</sup>, Francisca Domínguez-Guerrero<sup>4</sup>, Francisco Javier Vilchez-López<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición, de <sup>2</sup>Neumología, de <sup>3</sup>Rehabilitación y de <sup>4</sup>Enfermería de Enlace. Hospital Universitario Puerta del Mar. Sanlúcar de Barrameda, Cádiz

**Introducción:** la ELA es una enfermedad neurodegenerativa que afecta el estado funcional, nutricional y respiratorio. La desnutrición y el deterioro de la función respiratoria tienen un impacto negativo en la supervivencia de la enfermedad.

**Objetivos:** en una cohorte de pacientes con ELA: a) analizar la relación entre los parámetros FEV1 y los indicadores bioeléctricos, bioquímicos y clínicos, y b) valorar la relación entre la función respiratoria y la mortalidad.

**Material y métodos:** estudio cohorte prospectiva de pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de ELA del HUPM (Cádiz), a los que se realiza pruebas de función respiratoria y valoración morfofuncional basal. Se evalúa la mortalidad tras un seguimiento medio de 18 meses.

**Resultados:** 22 pacientes, 52,6 % mujeres, con una mediana de edad de 65 años y 23,7 de IMC. El 68,1 % debutó con síntomas espinales y el 72,7 % presenta clínica bulbar basal. Los estadios de la enfermedad predominantes son: II 45 % y III 27,2 %. La mediana de la puntuación de la escala ALSFRS-R es 35 (progresión moderada). El 59 % presentan disfagia. El 54 % presentan riesgo nutricional o desnutrición (VSG B o C). El 31,8 % fallece tras 18 meses de seguimiento. Doce pacientes (54,5 %) presentan FEV1 < 80 %, estos pacientes presentan mayor estadio III-IV (OR: 24,8 (1,17-52,6); *p*: 0,006), mayor escala ALSFRS-R moderada-grave (OR: 8,17 (1,03-64,9); *p*: 0,037) y mayor mortalidad (OR: 9 [0,84-94,9]; *p*: 0,045). FEV1 presenta correlación positiva con los parámetros bioeléctricos (BIVA) PhA (R: 0,56; *p*: 0,008) y BCM (R: 0,47; *p*: 0,033) y negativa con niveles de PCR (R: -0,754; *p*: 0,002) a nivel analítico.

**Conclusiones:** el FEV1 se correlaciona con parámetros analíticos y bioeléctricos y niveles inferiores a 80 % se asocian a estadios avanzados de ELA, mayor gravedad y mortalidad. La determinación basal de FEV1, conjuntamente con la valoración morfofuncional, permite identificar pacientes con mayor riesgo de evolución inadecuada en los que intensificar el tratamiento multidisciplinar y estrechar el seguimiento.

### P-109. Valoración del estado nutricional y composición corporal en pacientes ingresados posinfarto agudo de miocardio

Sandra Granados Huerga, Marina Macías Muñoz, Analia Ramos Rodas, Nuria Alonso Pedrol, Elena Casademunt Gras, Clara Joaquín Ortiz

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

**Introducción:** algunos parámetros antropométricos, como el índice de masa corporal (IMC), son indicadores limitados para predecir la distribución de la grasa corporal y el riesgo metabólico. Es fundamental considerar el uso de mediciones específicas de la composición corporal que permitan un análisis más detallado de la distribución de la grasa, con el fin de evaluar el riesgo metabólico y cardiovascular asociado.

**Objetivos:** el objetivo principal fue conocer las características clínicas y la composición corporal de los pacientes que ingresan por infarto agudo de miocardio.

**Material y métodos:** se valoró la composición corporal mediante técnicas antropométricas básicas, bioimpedancia y ecografía del tejido adiposo abdominal. Además, se valoró la dinamometría, y el estado nutricional mediante criterios GLIM.

**Resultados:** se reclutaron 168 sujetos, 83,6 % varones, de  $59,3 \pm 11,4$  años de edad, 45,5 % de los cuales eran fumadores activos y el 34,5 % exfumadores. El IMC medio fue de  $27,7 \pm 4,5$  (35,7 % obesidad y 20,2 % obesidad). El 72,1 % de los pacientes presentaban dislipemia, el 28,5 % diabetes tipo 2 y el 62,4 % hipertensión arterial. El 97,5 % de los pacientes presentaron buen estado nutricional empleando los criterios GLIM. Los parámetros antropométricos se encuentran recogidos en la tabla I.

**Conclusión:** los pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio presentan factores de riesgo cardiovascular, tanto antropométricos como clínicos.

### P-110. Desnutrición relacionada con diabetes mellitus mal controlada. Estudio de casos antes y después de la intervención diabetológica o nutricional en las consultas de endocrinología

Cortes María Jiménez Martínez<sup>1</sup>, Antonio José Moya Moya<sup>1</sup>, Andrés Ruiz de Assín Valverde<sup>2</sup>, María Carmen López García<sup>3</sup>, Alejandro Esteban Sirvent<sup>3</sup>, Alberto Sanz Velasco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Hellín. Hellín, Albacete. <sup>2</sup>Hospital General de Villarrobledo. Villarrobledo, Albacete. <sup>3</sup>Hospital General de Almansa. Almansa, Albacete

**Introducción:** en la diabetes mellitus (DM) existe un grado de inflamación crónica subyacente que comporta un riesgo nutricional. Existen muy pocos estudios de valoración morfofuncional en DM. La desnutrición (DRE) en DM está infradiagnosticada.

**Objetivos:** a) realizar una valoración morfofuncional completa (composición corporal, fuerza y funcionalidad) en una muestra de pacientes con DM mal controlada al inicio y a los 3 meses de la intervención diabetológica/nutricional, y b) detectar DRE mediante criterios GLIM.

**Material y métodos:** 22 pacientes adultos fueron reclutados de las consultas de endocrinología. Se recogió peso, circunferencia de la pantorrilla (CP), y se realizó dinamometría Jamar, test funcionales, bioimpedanciometría con ángulo de fase (BIVA) y ecografía nutricional, al inicio y a los 3 meses. El análisis estadístico fue con R.

**Resultados:** tenían de media 52 años, 68 % eran hombres, la mitad tipo 1, con DM de larga evolución ( $19 \pm 10$  años), y sin gran comorbilidad asociada. El 90 % tenían sobrepeso/obesidad, 32 % eran sedentarios y solo 7 realizaban ejercicio físico reglado. La HbA1c media en los últimos 5 años era 8,55 %. La HbA1c a los 3 meses se redujo de forma significativa (8,54 frente a 7,69 %,  $p = 0,049$ ). Se diagnosticó DRE por el criterio de baja masa muscular en 2 pacientes (sin IMC bajo y sin pérdida inintencionada del peso). Uno falleció y otro se renutrió en el seguimiento. La CP corregida por IMC captó el 100 % de los casos de DRE. Existió una tendencia a una mejoría de la masa muscular en la CP y ecografía, fuerza y estado nutricional a los 3 meses, no pudiéndose establecer inferencias poblacionales por el pequeño tamaño muestral.

**Conclusiones:** la valoración morfofuncional/muscular es muy importante para evitar infradiagnosticar DRE en patologías crónicas como la diabetes. La CP corregida por IMC resultó ser la exploración más costo-efectiva para la valoración de la masa muscular.

### P-111. Prevalencia e impacto de la sarcopenia en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales: estudio prospectivo

Solene Dermine, Thomas Bazin, Fatime Adam Hassan, Lore Billiauws, Justine Bourdillel, Alexandre Nuzzo, Francisca Joly Gómez

Hopital Beaujon. Clichy, France

Tabla I. Parámetros antropométricos en el ingreso

	Total (n = 168)	Hombres (n = 141)	Mujeres (n = 27)
IMLG (kg/m <sup>2</sup> )	20,8 (19,1-22,4)	21,3 (19,9-22,4)	18,2 (16,5-19,6)
IMME (kg/ m <sup>2</sup> )	9,3 (8,5-9,9)	9,5 (8,9-10,0)	7,8 (7,0-8,4)
Ángulo de fase (°)	6,6 (5,9-7,0)	6,7 (6,14-7,2)	5,6 (5,1-6,3)
Tejido adiposo subcutáneo total (cm)	1,5 (1,1-2,1)	1,4 (1,0-2,0)	1,9 (1,4-2,8)
Tejido adiposo preperitoneal (cm)	0,7 (0,6-1,0)	0,7 (0,6-1,0)	0,8 (0,6-1,0)
Dinamometría (kg)	35,7 (28,6-43,3)	38,5 (31,6-45,2)	21,1 (17,5-24,1)
Perímetro cintura (cm)	104 (95,4-113)	105,0 (99,0-114,0)	102,0 (91,8-111,0)

IMLG: índice de masa libre de grasa; IMME: índice de masa musculoesquelética. Los resultados se expresan en mediana (percentil 25 – percentil 75).

**Introducción:** la sarcopenia se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad en las enfermedades inflamatorias intestinales (EII)

**Objetivos:** el objetivo principal de este estudio fue evaluar prospectivamente la sarcopenia mediante la combinación de criterios morfológicos y funcionales en una población de pacientes ambulatorios con EII.

**Material y métodos:** en un estudio prospectivo, se incluyeron todos los pacientes con EII ingresados en el Hospital de Día (HD) de nuestro departamento entre el 1 y el 31 de marzo de 2023. La masa muscular se evaluó utilizando un impedanciómetro (Bodystat®1500MDD), y la función muscular se evaluó midiendo la fuerza de prensión de la mano, dinamómetro digital Carym®. La presarcopenia se definió por una medida de la fuerza de prensión de la mano < 16 a 26, y la miopatía se definió por un índice de masa muscular apendicular (IMMA) < 5,5 a 7 kg/m<sup>2</sup> o un índice de masa libre de grasa (IMLG) < 15 a 17 en mujeres u hombres. La sarcopenia se definió por la asociación de presarcopenia y miopatía. Se realizó un seguimiento de los pacientes a los 6 meses.

**Resultados y conclusión:** 60 pacientes, mediana de edad 37 años (IQR 28-54), 55 % mujeres, con enfermedad de Crohn (EC) (52 %) o colitis ulcerosa (CU) (48 %) diagnosticada hace 9 años (4-17). La prevalencia de sarcopenia, presarcopenia y miopatía fue del 10 %, 11 % y 20 %, respectivamente. Los pacientes sarcopénicos eran mayores (59 frente a 36 años,  $p = 0,01$ ), con enfermedad más antigua (20 frente a 8 años,  $p = 0,003$ ), y daño articular asociado (40 % frente a 2 %,  $p = 0,002$ ). La miopenia se asoció significativamente con antecedentes de cirugía (67 frente a 21 %,  $p = 0,004$ ), un IMC más bajo (21 frente a 24,  $p = 0,001$ ) y una enfermedad más activa a M6. En un estudio prospectivo de pacientes ambulatorios con EII, la sarcopenia se identificó en el 11 % y la miopatía en el 20 % de los casos, y se asoció a un aumento de la morbilidad.

### P-112. Valoración morfofuncional en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en la práctica clínica habitual

Beatriz Rodríguez Jiménez, María Láinez López, Beatriz González Aguilera, Mercedes Peinado Ruiz, María Asunción Martínez-Brocca

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

**Introducción:** la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una patología crónica caracterizada por inflamación recurrente del tracto digestivo. La medición de la calprotectina fecal (CPF), un biomarcador no invasivo de inflamación intestinal, permite predecir recaídas y monitorizar la respuesta al tratamiento. Por otro lado, el estudio de la composición corporal se ha convertido en un pilar fundamental en la práctica clínica habitual para optimizar el manejo de estos pacientes, permitiendo un enfoque más preciso de su estado nutricional.

**Objetivos:** el objetivo principal de este estudio es evaluar la relación entre la CPF y los parámetros de composición corporal de pacientes con EII.

**Material y métodos:** estudio observacional de tipo transversal. Se incluyeron adultos (> 18 años) con EII en seguimiento por las consultas de Nutrición del Hospital Virgen Macarena entre septiembre 2024 y diciembre 2024.

**Resultados:** se incluyeron un total de 36 pacientes; 36,1 % mujeres, 65,7 % padecían enfermedad de Crohn, presentando sintomatología activa en el momento de la valoración un 42,9 %. El 60 % de los pacientes recibía algún tipo de tratamiento biológico. Observamos una amplia variabilidad clínica con CPF media 525,8 µg/g (rango de 0-4752,1 µg/g), la cual se relacionó de manera estadísticamente significativa con el diagnóstico de Desnutrición relacionada con la enfermedad ( $p = 0,02$ ) y con la masa celular corporal (BCM) ( $p = 0,048$ ). En cuanto la composición corporal, se registró un ángulo de fase promedio de 5,19° ( $\pm 0,995^\circ$ ) y un BCM promedio de 23,72 kg ( $\pm 6,271$  kg).

**Conclusiones:** la CPF se relaciona con la desnutrición relacionada con la enfermedad y con parámetros clave de composición corporal, como la BCM en pacientes con EII. Estos resultados destacan su valor como biomarcador para evaluar la inflamación y el estado nutricional, mejorando el enfoque clínico y terapéutico de estos pacientes.

### P-113. Evaluación del efecto de la suplementación artificial peptídica en la valoración nutricional y tolerabilidad en pacientes con patología oncológica con intolerancia a fórmula inmunomoduladora

Juan José López Gómez, Olatz Izaola, Paloma Pérez López, David Primo, Rebeca Jiménez Sahagún, Daniel Rico Bargues, Daniel de Luis-Román

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid*

**Introducción:** un porcentaje de pacientes con patología oncológica no toleran adecuadamente las fórmulas enterales inmunomoduladoras.

**Objetivos:** el objetivo del presente estudio es comparar la evolución en la valoración nutricional entre pacientes con patología oncológica en tratamiento con inmunonutrición y aquellos en los que se inicia una fórmula peptídica por intolerancia a la fórmula previa.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo de dos ramas, realizando una intervención nutricional (adaptación dietética y suplementación artificial inmunomoduladora (Atempo®) (IM) (85 pacientes) / suplementación artificial peptídica en intolerantes a fórmulas inmunomoduladoras (Peptisens®, PEP, 22 pacientes). Se realizó antropometría (índice masa corporal [IMC]); composición corporal mediante impedanciometría (resistencia [Rx]; reactancia [Xc]; ángulo de fase [AF]) y ecografía muscular (área muscular [AMRA]; grosor [eje Y]) recto anterior del cuádriceps; dinamometría de mano y parámetros bioquímicos (PCR; prealbúmina; PCR/prealbúmina). Las variables se midieron al inicio y a los 3 meses de iniciar la intervención. Estudio desarrollado con la ayuda de la Beca Vegenat/SENPE-Fundación SENPE 2023.

**Resultados:** se analizaron 107 pacientes (59,8 % mujeres) con una edad de 70,8 (10,45) años. La mayor parte de los pacientes padecían cáncer colorrectal (43,9 %). El grupo PEP consumía mayor cantidad de suplementación (PEP:2 brick [68,2 %]; IM:2brick [44,7 %];  $p = 0,04$ ). Se observó en PEP un incremento de la reactancia medido en porcentaje sobre el valor basal; y un incremento del índice Y\_X de la ecografía en el grupo IM (Tabla I).

Tabla I.

	Inmunomoduladora	Peptídica	$p$
IMC (%)	-1,1 (11,41)	-1,3 (5,38)	0,93
Eje Y (%)	+2,66 (40,99)	-2,7 (18,44)	0,55
AMRA (%)	-1,89 (20,95)	+3,31 (25,64)	0,33
YX (%)	+35,51 (19)	-8,7 (24,92)	0,04
Resistencia (%)	+0,13 (9,80)	+4,28 (15,44)	0,16
Reactancia (%)	-6,75 (16,11)	+2,89 (24,83)	0,04
AF (%)	-7,02 (14,99)	-1,47 (18,35)	0,19
Dinamometría (%)	+2,35 (25,63)	+0,47 (13,48)	0,77
PCR prealbúmina (%)	+130,17 (474,19)	+191,11 (272,02)	0,81

Se observó una mejoría significativa de la tolerancia en ambos grupos tanto en la presencia de distensión abdominal (Basal: IM: 10,6 % / PEP: 4,5 %; 3 meses: IM:3,5 % / PEP: 4,5 %;  $p = 0,01$ ) como en la de diarrea (basal: IM: 10,6 % / PEP: 13,6 %; 3 meses: IM:7,1 % / PEP: 4,5 %;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** la utilización de fórmulas peptídicas en paciente oncológico que no toleraban una fórmula inmunomoduladora no mostraron cambios significativos respecto a aquellos pacientes que utilizaban dicha fórmula. Se observó una mejoría significativa en la tolerancia en ambos grupos de tratamiento.

#### P-114. Impacto de un programa de educación nutricional en la mejora de parámetros antropométricos, bioquímicos y de composición corporal en pacientes con obesidad

Carlos López-Pereira<sup>1</sup>, María González-Pacheco<sup>2</sup>, Almudena Lara-Barea<sup>2</sup>, Margarita Galindo-Román<sup>2</sup>, Francisco Javier Vilchez-López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

**Introducción:** la obesidad representa uno de los principales problemas de salud pública relacionado con mayor morbilidad por enfermedades crónicas. Los programas de educación nutricional emergen como una herramienta clave para la adopción de hábitos saludables, demostrando ser efectivos en la mejora de parámetros antropométricos, bioquímicos y de composición corporal.

**Objetivos:** evaluar el efecto de un programa estructurado de educación nutricional en los parámetros bioquímicos, antropométricos y de composición corporal de pacientes con obesidad.

**Material y métodos:** estudio observacional con medidas intra-sujeto (antes-después) en pacientes con obesidad que participaron en un programa de 5 sesiones de educación nutricional en la UGC de Endocrinología y Nutrición del HUPM entre enero de 2022 y octubre de 2024. Se analizaron parámetros clínicos, antropométricos, analíticos y de composición corporal basales y finales.

**Resultados:** resultados de la cohorte de 101 pacientes, 63,4 % mujeres con edad media de 47 años e IMC previo de 41,9 kg/m<sup>2</sup>. El 40,6 % presentaron HTA, 24,8 % DLP, 17,9 % DM2 y 15,8 % prediabetes. El 34,8 % utilizaron a-GLP1, con una pérdida de peso superior, aunque no significativa (8,9 kg  $\pm$  9,82 frente a 7,96 kg  $\pm$  5,44). Se realizó BIVA basal y final a 36 pacientes con los siguientes resultados: Los pacientes con buena adherencia al programa perdieron más peso de forma significativa respecto a los que no (Tablas I-III).

Tabla I.

Parámetros BIVA	Basal	Final	$p$
Rz (Ohm)	481 $\pm$ 67,9	498,9 $\pm$ 62,9	< 0,001
Xc (Ohm)	46,4 $\pm$ 7,78	47,3 $\pm$ 6,75	0,207
pHa (°)	5,53 $\pm$ 0,68	5,46 $\pm$ 0,64	0,272
Spa	-0,71 $\pm$ 0,96	-0,99 $\pm$ 0,82	0,030
Hidratación (%)	74,5 $\pm$ 2,15	73,9 $\pm$ 1,28	0,085
TBW (L)	42,7 $\pm$ 7,63	40,3 $\pm$ 7,19	< 0,001
ECW (L)	20,5 $\pm$ 3,63	19,7 $\pm$ 3,02	< 0,001
ICW (L)	21,9 $\pm$ 4,22	20,5 $\pm$ 4,67	< 0,001
FFM (kg)	57,4 $\pm$ 9,84	55,2 $\pm$ 9,23	< 0,001
FM (kg)	51,1 $\pm$ 17,4	43,9 $\pm$ 16,2	< 0,001
BCM	29,4 $\pm$ 6,27	28,1 $\pm$ 6,02	< 0,001
ASMM (kg)	23,7 $\pm$ 4,65	22,1 $\pm$ 4,25	< 0,001
SMI (kg/m <sup>2</sup> )	9,41 $\pm$ 1,53	9,03 $\pm$ 1,34	< 0,001

Tabla II.

Adherencia al programa	kg pérdida de peso	Diferencias de medias	$p$
Mala (1-2 sesiones)	3,56 $\pm$ 2,89	Intermedia-mala = 1,32	0,652
Intermedia (3-4 sesiones)	4,88 $\pm$ 4,95	Buena-intermedia = 5,25	0,003
Buena (5 sesiones)	10,13 $\pm$ 7,42	Buena-mala = 6,57	< 0,001

Se observa una optimización de los parámetros bioquímicos basal-final con una mejoría significativa del control glucémico.

Tabla III.

Parámetros bioquímicos	Basal	Final	p
Glucosa (mg/dl)	100,1 ± 20,8	91,2 ± 15,3	p = 0,05
HbA1c (%)	5,8 ± 0,8	5,5 ± 0,5	p = 0,01
Ácido úrico (mg/dl)	5,9 ± 1,1	5,8 ± 2,4	p = 0,48
Colesterol total (mg/dl)	193,4 ± 45,5	179,9 ± 48,2	p = 0,04
LDL (mg/dl)	128,1 ± 43,0	115,1 ± 46,6	p = 0,06
HDL (mg/dl)	44,9 ± 8,7	44,6 ± 9,9	p = 0,75
Triglicéridos (mg/dl)	128,8 ± 64,2	123,1 ± 76,7	p = 0,41

**Conclusiones:**

1. En nuestra cohorte, el programa de educación nutricional demostró una mejoría de los parámetros analíticos, antropométricos y de composición corporal.
2. Los pacientes que realizaron el programa completo lograron una pérdida de peso significativa respecto al resto de participantes.
3. No se hallaron diferencias significativas en la pérdida de peso entre los pacientes en tratamiento con a-GLP1 y los que no. Estos hallazgos respaldan el papel crucial de la intervención nutricional para el manejo de la obesidad.

### P-115. Empleo del índice de caquexia (CXI) y del índice PCR-triglicéridos-glucosa (CTI) en pacientes oncológicos hospitalizados

Pablo Lozano-Martínez<sup>1,2</sup>, Rosana Urdániz Borque<sup>1,2</sup>, Gema González Fernández<sup>2</sup>, Clara Fernández Rivera<sup>1,2</sup>, Alba Gil Pascual<sup>2</sup>, Julia Ocón Bretón<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

**Introducción:** la caquexia asociada al cáncer es un marcador de mal pronóstico que se relaciona con una mayor inflamación sistémica, presencia de sarcopenia y mioesteatosis. Para evaluar la masa muscular, habitualmente se emplea la Tomografía computarizada (TC) a nivel de L3, con puntos de corte establecidos. Se han desarrollado índices con valor pronóstico, como el índice de caquexia (CXI), que combina el Índice de masa esquelética, albúmina sérica y ratio neutrófilos-linfocitos y el Índice PCR-triglicéridos-glucosa (CTI), que relaciona la resistencia a la insulina y la inflamación. Estos índices pueden ser útiles para la valoración nutricional de los pacientes oncológicos.

**Objetivos:** relacionar la sarcopenia y mioesteatosis con el grado de inflamación y resistencia a la insulina (CTI) y con escalas pronósticas (CXI) en pacientes oncológicos hospitalizados y evaluar su valor pronóstico.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional, analítico que incluye pacientes oncológicos valorados por la sección de Nutrición del HCU Lozano Blesa durante 2023. Se recogieron datos de la valoración nutricional, tipo de intervención nutricional, valores analíticos y análisis de la composición corporal mediante corte a la altura de L3 en TC empleando el software FocusedOn.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 93 pacientes, de los cuales 53 % fueron mujeres, con una media de edad de 65 años. Un 84 % (n = 70) fue diagnosticado de Desnutrición relacionada con la enfermedad. Un 83 % (n = 77) presentaron baja masa muscular y el 66 % (n = 61) mioesteatosis en L3. Un mayor CXI se relacionó con una mayor tasa de reingresos (p = 0,043), y un mayor CTI con una mayor tasa de ingreso en UCI (p 0,004). No se observaron asociaciones estadísticamente significativas a nivel de la mortalidad. Como conclusión, el empleo del CXI y del CTI pueden aportar información sobre el riesgo de reingreso y de ingreso en UCI respectivamente en pacientes oncológicos hospitalizados. Es necesario un mayor estudio para valorar su relación con el pronóstico vital.

### P-116. Evaluación de un programa de educación dietética en la cocina terapéutica (Rutixef) en pacientes con infarto agudo de miocardio

Marina Macías Muñoz, Sandra Granados Huerga, Analia Ramos Rodas, Elena Casademunt Gras, Clara Joaquín Ortiz, Nuria Alonso Pedrol

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona

**Introducción:** la enfermedad cardiovascular sigue siendo la causa principal de morbilidad y mortalidad en España. El tratamiento para la cardiopatía isquémica debería incluir medidas no farmacológicas entre las cuales se encuentran la dieta mediterránea y la práctica de ejercicio físico habitual.

**Objetivos:** el objetivo principal fue evaluar los cambios en la dieta y ejercicio físico mediante el programa de educación dietética grupal en la cocina terapéutica en los pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM).

**Material y métodos:** se llevó a cabo una intervención grupal de dos sesiones teórico-prácticas para promocionar la dieta mediterránea y la práctica de ejercicio físico. Se utilizó el cuestionario Predimed (14 puntos) y el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), los cuales fueron completados tanto al momento del ingreso por IAM como a los tres meses del alta.

**Resultados y conclusión:** Se incluyeron 27 sujetos, 81,5 % varones, de 64,9 (56,4-70,3) años con IMC de 27,8 (23,9-30,4) kg/m<sup>2</sup>. El 70,4 % de los pacientes presentaban dislipemia, el 40,7 % diabetes de tipo 2 y el 59,3 %, hipertensión arterial. Se encontraron diferencias significativas en el cuestionario PREDIMED e IPAQ al compararlo antes del IAM y durante el seguimiento, tal y como se observa en las tablas I y II (pág. siguiente).

**Tabla I. Parámetros antropométricos y cuestionario PREDIMED**

	Ingreso	3 meses después	p
Peso (kg)	76 (69,2-91)	75,2 (68,2-90,25)	0,424
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	28 (24,6-31,3)	27,8 (23,89-27,82)	0,334
PREDIMED (puntos)	8 (5,5-9)	10 (9-11)	0,006

Los resultados se expresan en mediana (percentil 25 – percentil 75).

**Tabla II. Cuestionario IPAQ**

Nivel de actividad (%)	Ingreso	3 meses después
Baja	59,3	11,1
Medio	40,7	70,4
Alta	0	18,5

\*p < 0,001 (test Durbin Conover).

**Conclusión:** el programa de educación dietética en la cocina terapéutica puede ser una herramienta eficaz para mejorar la adherencia a la dieta mediterránea y la práctica de ejercicio físico.

#### **P-117. Análisis de los criterios de inicio de soporte nutricional especializado en la unidad de diálisis**

Eva Martínez Díaz, Sonsoles García Rodicio, Neus Sunyer Esquerrà, Alba Couso Cruz

Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona

**Introducción:** la malnutrición es uno de los principales factores de morbimortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). El soporte nutricional especializado (SNE), compuesto por Nutrición Parenteral Intradiálisis (NPID) o Nutrición Enteral (NE), resulta de especial interés para proporcionar un adecuado aporte nutricional.

**Objetivos:** analizar los criterios de inicio y su adecuación al protocolo de SNE en pacientes que realizan diálisis.

**Material y métodos:** estudio observacional y retrospectivo de los pacientes en diálisis que recibieron SNE durante 6 meses (junio-noviembre 2024). Se registraron datos demográficos, antropométricos y bioquímicos, ingesta habitual, SNE recibido y seguimiento por la Unidad Funcional de Nutrición (UFN). Según el protocolo, se definieron 4 criterios para el inicio de SNE: 1) Pérdida de peso > 10 % en 3 meses, 2) Disminución de la ingesta (DI) > 20 %, 3) Albúmina < 3,5 g/dL y 4) IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>. Análisis descriptivo de los datos.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 26 pacientes (65 % hombres) con una edad mediana de 68 [20-90] años y un IMC mediano de 27,9 [20,7-39,5] kg/m<sup>2</sup>. El 77 % recibió NE (n = 20), el 15 % NPID con NE (n = 4) y el 7 % NPID (n = 2). El 61 % (n = 16) fueron valorados por la UFN. El 23 % de los pacientes (n = 6) no tenía registrado ningún criterio de inicio de SNE.

El 15 % (n = 4) cumplía 3 criterios, el 39 % (n = 10) cumplía 2 criterios y el 23 % (n = 6) cumplía 1 criterio. Los 6 pacientes con NPID cumplían uno o más criterios, todos ellos también presentando hipoalbuminemia. El criterio mayoritario fue hipoalbuminemia (62 %, n = 16), seguido de la DI (27 %, n = 7). Solo un paciente presentó una pérdida de peso > 10 % / 3 meses. Uno de cada 5 pacientes no tiene registrado ningún criterio de inicio de SNE. Se observa que la práctica clínica habitual no se adecúa al protocolo vigente, por lo que urge su revisión para mejorar la prescripción de SNE en los pacientes en diálisis.

#### **P-118. Estado nutricional como factor pronóstico en carcinomas gastroesofágicos: un estudio prospectivo en población latinoamericana**

Dana Aline Pérez Camargo<sup>1</sup>, Kenia Martínez Muñoz<sup>1</sup>, Berenice Carbajal López<sup>2</sup>, Germán Calderillo Ruiz<sup>3</sup>, Jazmín A. Sáenz Ramón<sup>4</sup>, Erika Thalía Copca Mendoza<sup>1</sup>

Departamentos de <sup>1</sup>Nutrición, de <sup>2</sup>Investigación Clínica y de <sup>3</sup>Oncología Médica. Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México, México. <sup>4</sup>Departamento de Nutrición. Universidad del Noreste Tampico. Tamaulipas, México

**Introducción:** dada la alta prevalencia de desnutrición en pacientes con adenocarcinomas gastroesofágicos y su impacto negativo en la calidad de vida y la respuesta al tratamiento, resulta crucial investigar cómo el estado nutricional influye en el pronóstico de estos pacientes, para mejorar las estrategias de manejo clínico y la supervivencia en esta población.

**Objetivos:** evaluar el impacto del estado nutricional y composición corporal en el pronóstico de pacientes con cáncer gastroesofágicos tratados en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo. pacientes tratados en el Instituto Nacional del Cáncer en 2023. La evaluación del riesgo nutricional se realizó mediante Análisis de Impedancia Bioeléctrica (BIA), Evaluación Global Subjetiva Generada por el paciente (PG-SGA), Evaluación Funcional para la Terapia de Caquexia y Anorexia (FAACT), Herramienta de Detección Universal de Desnutrición (MUST) y Criterios GLIM (Iniciativa de Liderazgo Global sobre Desnutrición). Análisis estadístico requerido: X<sup>2</sup>, prueba t, Kaplan Meier, Log Rank y Regresión de Cox. Las diferencias de significación estadística se evaluaron cuando p fue bilateralmente < 0,05.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 86 pacientes con diagnóstico de carcinoma esofagogástricos. En el análisis de supervivencia global; los percentiles de PhA; descendieron al 80 % y al 70 % para los pacientes con 50P y 25P, respectivamente (p = 0,002). Además, la supervivencia global a un año según la evaluación GLIM fue del 70 % y del 85 % para los pacientes con desnutrición grave y moderada (p = 0,045). En el análisis de Cox, la PA (p = 0,045; HR 0,005; IC 95 %, 1,12-1,95) y el GLIM (p = 0,049; HR 1,62; IC 95 %, 1,34-2,76) se mantuvieron como factores predictores de la supervivencia global. Este estudio evidencia el alto riesgo de desnutrición en pacientes con carcinomas gastroesofágicos. Además, el estado de PhA y GLIM se mantuvieron como factores predictores de la supervivencia global.



### P-119. Valor diagnóstico en sarcopenia por TAC torácico en cáncer de pulmón: estudio piloto

María Zhao Montero Benítez<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, Javier Modamio<sup>3</sup>, Alicia Román Jobacho<sup>2</sup>, María Jesús Lorca Ocón<sup>2</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>2</sup>, Patricia Guirado Peláez<sup>2</sup>, Víctor José Simón Frapoli<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey, Madrid

**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. La tomografía axial computarizada (TAC) es una herramienta clave para evaluar la composición corporal, permitiendo medir áreas musculares, grasa subcutánea y visceral, e infiltración grasa facilitando la detección de la sarcopenia en estos pacientes de forma precisa.

**Objetivos:** considerar la aplicabilidad del TAC para evaluar el estado nutricional y la sarcopenia en pacientes con cáncer de pulmón y obtener puntos de corte para Área muscular esquelética (SMA) e Índice muscular esquelético (SMI) en T4, T12 y L1.

**Material y métodos:** estudio trasversal en el que se analizan las medidas morfofuncionales en pacientes con CP 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®). Se han calculado mediante curvas ROC los puntos de corte para baja masa a partir de los criterios EWGSOP2 por BIVA (ASMI, ASMM).

**Resultados y conclusión:** se analizaron 75 pacientes, de los cuales el 69,1 % eran hombres. La edad media era de  $66,0 \pm 9,71$  años con grado de malnutrición: 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 %). Había un 23,5 % de sarcopenia y un 53,1 % de baja masa muscular. Parámetros morfofuncionales: ángulo de fase (Pha) =  $4,61 \pm 0,92$ ; *body mass cell* (BCM),  $24 \pm 6,82$ ; *skeletal mass index* (SMI),  $8,89 \pm 1,82$ ; *fat mass index* (FMI),  $7,81 \pm 3,17$ ; *rectus femoris cross sectional area* (RF-CSA),  $3,62 \pm 1,29$  y grosor del musculo (eje y),  $1,12 \pm 0,35$ . Se han obtenido buenas áreas bajo la curva (AUC) para los puntos de corte de T4, T12 Y L1, lo que se presenta como una buena alternativa si no se tiene acceso a otros medios como la BIVA en estos pacientes con cáncer de pulmón.

### P-120. Análisis de la composición corporal por bioimpedancia tras cirugía bariátrica con SADI-S en la Unidad de Obesidad del Hospital HM Montepíncipe. Proyecto piloto

Ángel Delgado Hernando<sup>1</sup>, Ángela Morales Cerchiaro<sup>1,2</sup>, Aída Nadal<sup>1</sup>, Alba Quiroga<sup>1</sup>, Rocío Martín-Serrano<sup>2</sup>, Antonio Gil<sup>2</sup>, Gustavo Flores<sup>2</sup>, María Pérez-Seoane<sup>2</sup>, Antonio Torres<sup>2</sup>, Irene Bretón Lesmes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Farmacia y Nutrición. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Obesidad. Hospital HM Montepíncipe. Boadilla del Monte, Madrid

**Introducción:** la obesidad grave representa un desafío para la salud pública por su impacto en la calidad de vida y complicaciones metabólicas. La cirugía SADI-S, una derivación duodeno-ileal de una sola anastomosis, se postula como una técnica efectiva para la pérdida de peso, aunque es poco utilizada en España.

**Objetivos:** evaluar la evolución del peso, índice de masa corporal (IMC) y parámetros de composición corporal durante el primer año tras la cirugía SADI-S.

**Material y métodos:** se realizó un estudio transversal retrospectivo en pacientes intervenidos con SADI-S entre 2019 y 2023 en la Unidad de Obesidad del Hospital HM. Las mediciones preoperatorias y posoperatorias incluyeron peso, IMC y composición corporal, evaluada mediante bioimpedancia (Tanita-MC-780 multifrecuencia). El análisis estadístico con JASP.0.19.0 incluyó ANOVA para el peso e IMC y pruebas *t* de Student para parámetros de composición corporal.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron un total de 24 pacientes, de los cuales 17 acudieron a consulta de seguimiento para el peso y el IMC y 15 para obtener las medidas por bioimpedancia (edad media:  $41,7 \pm 9,7$  años; IMC inicial:  $53,85 \pm 6,25$ ), de los cuales un 58,33 % eran mujeres. A los 12 meses, el peso medio se redujo en  $65,76 \pm 20,52$  kg ( $p < 0,001$ ) y el IMC en  $23,3 \pm 5,10$  kg/m<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ). El porcentaje de masa grasa disminuyó un 23,2 % (IC 95 %: -26,6 a -19,8;  $p < 0,001$ ), mientras que la masa libre de grasa aumentó un 23,2 % (IC 95 %: 19,8 a 26,6;  $p < 0,001$ ). Además, se evidenció una mejora de la masa muscular esquelética del 16 % (IC 95 %: 12,7 a 19,2;  $p < 0,001$ ). Esto sugiere la eficacia del SADI-S para mejorar los parámetros de composición corporal, subrayando su utilidad como tratamiento para la obesidad severa (Fig. 1).

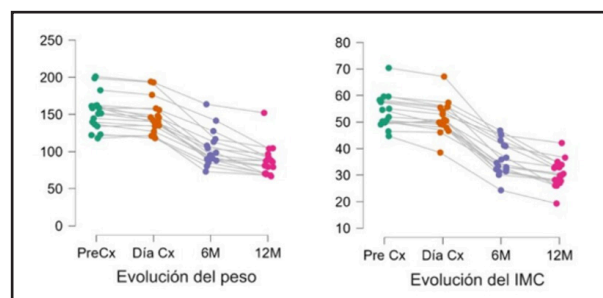


Figura 1.

Gráficas de la evolución del peso y del IMC de los pacientes durante el estudio. Elaboración propia con el programa JASP.

### P-121. Estudio de los cambios en la composición corporal tras *bypass* gástrico en la Unidad de Obesidad del Hospital HM Montepíncipe

Aída Nadal<sup>1</sup>, Ángela Morales Cerchiaro<sup>1,2</sup>, Ángel Delgado Hernando<sup>1</sup>, Alba Quiroga<sup>1</sup>, Rocío Martín-Serrano<sup>2</sup>, María Pérez-Seoane<sup>2</sup>, Antonio Gil<sup>2</sup>, Gustavo Flores<sup>2</sup>, Felipe Acedo<sup>2</sup>, Irene Bretón Lesmes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Farmacia y Nutrición. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón, Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Obesidad. Hospital HM Montepíncipe. Boadilla del Monte, Madrid

**Introducción:** el manejo de la obesidad se encuentra en el punto de mira de los profesionales sanitarios, siendo el *bypass* gástrico en Y-de-Roux (RYGBP) el tratamiento estándar del tratamiento quirúrgico de la obesidad.

**Objetivos:** evaluar los cambios en la composición corporal de pacientes con obesidad grave durante el primer año tras ser intervenidos de RYGBP en la unidad multidisciplinar.

**Material y métodos:** estudio transversal retrospectivo, pacientes intervenidos de RYBPG entre 2019-2022. Los datos se recogen en dos momentos: precirugía bariátrica y al año.

**Resultados:** se analizaron los cambios producidos en 46 pacientes (80 % mujeres) con obesidad grave intervenidos de RYBPG entre 18 y 60 años. Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre los datos de composición corporal preoperatorios y los Posoperatorios (12 meses después de la operación), con respecto al peso ( $120,7 \pm 14,72$  a  $72,8 \pm 10,76$  kg), IMC ( $43,4 \pm 3,5$  a  $26,2 \pm 3,2$  kg/m<sup>2</sup>) y MG ( $55,3 \pm 6,9$  a  $20 \pm 7,8$  kg). En cuanto a los parámetros bioquímicos preoperatorios y los posoperatorios, se observa una disminución del CT, LDL y de los TG además de un aumento del HDL, lo que sugiere una mejora en el perfil de riesgo cardiovascular y lipídico de los pacientes. Se observó la remisión de comorbilidades (DM, HTA, SAOS) y se destaca la suplementación nutricional como una parte crucial en el manejo posoperatorio de los pacientes (Tabla I).

**Conclusión:** el RYBPG es un tratamiento efectivo para aquellos pacientes con obesidad mórbida. Se logra la remisión de comorbilidades y mejoría en la composición corporal, indicando una mejora en el perfil de salud de los pacientes

## P-122. El riesgo de infradiagnosticar desnutrición en pacientes con insuficiencia cardíaca

Carolina Moreno-Torres Taboada<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>2</sup>, Francisco José Sánchez Torralvo<sup>2</sup>, Sonia Castillo<sup>3</sup>, José María Ruiz Pérez<sup>3</sup>, Alejandro Pérez Espejo<sup>3</sup>, Gabriel Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición y <sup>3</sup>UGC de Cardiología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** la desnutrición asocia diversas complicaciones en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y podría estar infradiagnosticada.

**Objetivos:** conocer la prevalencia de desnutrición en pacientes con IC, utilizando herramientas subjetivas y valoración morfofuncional.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo en pacientes ambulatorios atendidos en la Unidad de IC del HRUM. Se realizó una valoración nutricional mediante valoración subjetiva global (VSG) y criterios GLIM y morfofuncional mediante ecografía nutricional®, bioimpedancia (BIA) y dinamometría de mano.

**Resultados:** 89 pacientes (71,9 % varones) con diferentes grados de disnea (35,6 %, grado 1; 42,5 %, grado 2; 18,4 %, grado 3; 3,4 %, grado 4) y estadios de IC (48,3 % estadio B, 51,7 % estadio C). IMC medio  $28,2 \pm 5,2$  kg/m<sup>2</sup> (3,9 % con IMC bajo). La dinamometría presentó valor medio de  $28,6 \pm 7,24$  kg para hombres y  $18,1 \pm 5,68$  kg para mujeres (22,5 % bajo p5 poblacional). La BIA arrojó los siguientes datos (mujeres y hombres): ángulo de fase (°)  $4,67 \pm 1,03$  y  $4,60 \pm 1,16$ ; BCM (kg)  $20,8 \pm 5,65$  y  $26 \pm 6,97$ ; ASMM (kg)  $16,7 \pm 3,82$  y  $22,1 \pm 4,37$  (el 46,1 % por debajo de puntos de corte);

Tabla I. Prueba T. Comparación pre- y posoperatoria

	Media preoperatoria	12 meses	Diferencia media	p
Peso (kg)	119,60 kg	72,73 kg	-46,87 kg	$p = 0,000$
IMC	43,55	26,20	-17,35 puntos	$p = 0,000$
MG (kg)	55,27 kg	20,03 kg	-35,26 kg	$p = 0,000$
MLG (kg)	65,29 kg	52,66 kg	-18,59 kg	$p = 0,000$
Área grasa total (cm <sup>2</sup> )	236,12 cm <sup>2</sup>	102,87 cm <sup>2</sup>	-133,25 cm <sup>2</sup>	$p = 0,000$
Área musculoesquelético (cm <sup>2</sup> )	160,29 cm <sup>2</sup>	140,11 cm <sup>2</sup>	-20,18 cm <sup>2</sup>	$p = 0,002$
CT (mg/dL)	203,81 mg/dL	$5,7 \pm 0,74$		$p = 0,000$
TG (mg/dL)	135,09 mg/dL	70,55 mg/dL		$p = 0,005$
C HDL (mg/dL)	45,0 mg/dL	52,0 mg/dL		$p = 0,015$
C LDL (mg/dL)	132,4 mg/dL	112,3 mg/dL		$p = 0,002$
Glucosa (mg/dL)	$172,5 \pm 176,6$	$85,20 \pm 22,88$		$p = 0,093$ Tendencia (no significativa)
HbA1c	$5,7 \pm 0,74$	$5,28 \pm 0,38$		$p = 0,063$ Tendencia (no significativa)

FFMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )  $18 \pm 2,25$  y  $20,1 \pm 2,86$  (el 12,4 % por debajo de puntos de corte ESPEN). La hidratación media fue  $76 \pm 4,35$  % (ligera sobrehidratación). La ecografía nutricional<sup>®</sup> muscular: área ( $\text{cm}^2$ )  $3,12 \pm 0,93$  y  $4,32 \pm 1,6$ , eje Y (cm)  $1,17 \pm 0,3$  y  $1,34 \pm 0,4$ , tejido adiposo de la pierna (cm)  $1,44 \pm 0,61$  y  $0,69 \pm 0,42$ , y abdominal total T-SAT (cm)  $2,08 \pm 1,29$  y  $1,5 \pm 0,95$ , superficial S-SAT (cm)  $1,04 \pm 0,75$  y  $0,61 \pm 0,44$ , y visceral VAT (cm)  $0,7 \pm 0,45$  y  $0,59 \pm 0,38$ . Pese a que el 57,3 % no había perdido peso, la VSG detectó un 36 % de pacientes en riesgo de desnutrición/desnutrición moderada y un 5,8 % con desnutrición severa. Mediante criterios GLIM (utilizando ASMM por BIA) se detectaron 41,2 % de pacientes desnutridos.

**Conclusión:** existe una prevalencia elevada de desnutrición o riesgo de desnutrición en pacientes con IC ambulatorios. El compartimento de masa muscular puede estar disminuido o sobredimensionado por sobrehidratación, algo que puede pasar desapercibido en una valoración mediante IMC o pérdida de peso.

### P-123. Implantación de un cribado nutricional, ejercicio físico y soporte nutricional en pacientes con cirrosis hepática e impacto sobre la composición corporal

María Dolors Muns Cornellas<sup>1</sup>, Montserrat García-Retortillo<sup>2</sup>, Lourdes Abril Rodríguez<sup>2</sup>, Teresa Broquetas<sup>2</sup>, Montserrat Villatoro Moreno<sup>1</sup>, Laia Fontané Francia<sup>1</sup>, Elisenda Climent Biescas<sup>1</sup>, Juan José Chillarón Jordán<sup>1</sup>, Juana Antonia Flores Le Roux<sup>1</sup>

Servicio de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>Departamento de Hepatología. Servicio de Digestivo. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona

**Introducción:** se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes con cirrosis hepática (CH) es del 20 % en CH compensada y más del 60 % en CH descompensada. La desnutrición se asocia a mayor riesgo de complicaciones, menor calidad de vida y peor supervivencia. Las guías de práctica clínica recomiendan realizar un cribado nutricional con el objetivo de detectar aquellos que precisan un soporte nutricional específico y personalizado.

**Objetivos:** a) analizar el resultado de un cribado de riesgo nutricional (CN) en pacientes con CH descompensada, visitados por el servicio de digestivo; b) analizar el estado nutricional, funcional y fragilidad de los pacientes con riesgo nutricional, y c) valorar la respuesta clínica (cambios en la CC y funcional) tras iniciar ejercicio físico y soporte nutricional a los 3-4 meses.

**Material y métodos:** se incluyeron pacientes atendidos consecutivamente en hospital de día de hepatología, desde enero del 2022 hasta diciembre del 2023. La escala utilizada de riesgo nutricional (Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing Tool); la valoración nutricional se utilizó (GLIM e impedanciometría), funcionalidad (Short Physical Peerformance Battery [SPPB]) y dinamometría, fragilidad (escala Frail). Se recomendó ejercicio físico de fuerza (proyecto GEROS) y soporte nutricional adaptado.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 96 pacientes, de los cuales 44 (42,3 %) presentaron riesgo de desnutrición, 23 (52,3 %) hombres, edad  $53,5 \pm 15,1$  años; dieciséis pacientes presentaron desnutrición moderada (40 %), 9 (20,5 %) desnutrición severa. A nivel funcional: 20 (47,6 %) presentaron fragilidad, mientras que 15 (35,7 %) eran prefrágiles (Tabla I).

Tabla I.

Variables	Basal (n = 26)	3-4 meses (n = 26)
<b>Antropometría</b>		
Pliegue tricípital (mm)	13,8 ± 8,3	13,1 ± 7,5
Circunferencia brazo (cm)	28,5 ± 7,6	28 ± 4,3
Índice masa corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )	25,5 ± 4,8	25,2 ± 5
<b>Funcional</b>		
Dinamometría (kg)	23,1 ± 8,9	24,8 ± 9,4*
<b>Composición corporal</b>		
Fat mass (kg)	29,5 ± 8,6	35,4 ± 26,7*
FFM (kg)	42,4 ± 13,7	43,8 ± 11,6*
Total body water (kg)	50,9 ± 6,2	50,5 ± 5,4

FFM: fat-free mass; \*p < 0,05 frente a basal. Se observa una mejoría significativa en los parámetros de función (dinamometría) y composición corporal a nivel de FFM asociada al EF e intervención nutricional adaptada.

### P-124. Definición de bajo nivel de masa muscular utilizando tres métodos de estudio de la musculatura braquial

Lidia Olivar Gómez<sup>1</sup>, Macarena Lacarta Benítez<sup>2</sup>, Carlos Moreno Gálvez<sup>2</sup>, Ana Ros Anadón<sup>2</sup>, Wendy Valeria González Sacoto<sup>2</sup>, Alejandro Sanz París<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

**Introducción:** la valoración de la masa muscular (MM) es una herramienta fundamental en la evaluación nutricional. Constituye un factor predictor de la evolución de procesos fisiológicos (envejecimiento) y patológicos, constituyendo un criterio relevante en el diagnóstico de sarcopenia y desnutrición.

**Objetivos:** establecer puntos de corte para definir un bajo nivel de MM utilizando tres métodos de valoración de la MM de la extremidad superior.

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en pacientes que van a iniciar un programa de rehabilitación cardíaca. Aplicación de tres métodos de definición de la musculatura braquial: ecografía (grosor del bíceps braquial), impedancia segmentaria y antropometría (circunferencia muscular braquial). Realización de análisis estadístico, estratificado de acuerdo al género, para definir puntos de corte de baja MM utilizando el programa SPSS 26: cálculo de curvas COR (área bajo la curva, AUC) y percentiles (P-10). Aprobación por el Comité Ético local.

**Resultados:** selección de 111 pacientes, 37 mujeres y 74 hombres. Los puntos de corte establecidos en la definición de un bajo nivel de MM en los géneros masculino y femenino

para el grosor del bíceps braquial medido mediante ecografía son 33,2 mm y 25,13 mm (AUC); y 31 mm y 23,68 mm (P-10). Los valores límite establecidos de acuerdo al sexo para la impedancia segmentaria braquial son 3,75 kg y 2 kg (AUC); y 3 kg y 1,81 kg (P-10). Los puntos de corte estimados en hombres y mujeres en la valoración de la circunferencia muscular braquial son 26,3 cm y 21 cm (AUC); y 20,86 cm y 21,37 cm (P-10).

**Conclusión:** los valores establecidos con el AUC y el P-10 son diferentes. Los puntos establecidos mediante el AUC proporcionan una buena capacidad discriminativa (sensibilidad y especificidad elevadas).

### **P-125. Programa anual intensivo y multiprofesional para personas con obesidad**

Bertha Ortigosa Pezonaga<sup>1</sup>, Ana Zugasti Murillo<sup>2</sup>, Amelia Marí Sanchís<sup>2</sup>, Sonsoles Botella Martínez<sup>2</sup>, Henry Rendón Barragán<sup>2</sup>, Ana Hernández Moreno<sup>2</sup>, Miguel Martí Martínez<sup>2</sup>, Amaia Mendoza Redondo<sup>1</sup>, Sangari García Montserrat<sup>1</sup>, Miren Compains Layana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Dietética. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

**Introducción:** la obesidad representa un desafío de salud pública debido a su alta prevalencia y complicaciones asociadas. La implementación de circuitos de tratamiento intensificado es una buena estrategia para optimizar su manejo. Un enfoque integral, busca promover la pérdida de peso sostenible, mejorar la composición corporal y reducir los riesgos asociados, favoreciendo una mejor calidad de vida.

**Objetivos:** a) reducir el peso corporal y masa grasa, manteniendo de funcionalidad; b) fomentar hábitos alimentarios saludables; c) aumentar actividad física; d) promover la adherencia; e) mejorar las comorbilidades, y f) asistencia multiprofesional coordinada.

**Material y métodos:** participantes: adolescentes (15-20 años) con IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. Adultos (20-55 años): IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> con comorbilidades asociadas. IMC  $> 40$  kg/m<sup>2</sup> que cumplan criterios para cirugía bariátrica. Antecedentes recientes de cardiopatía isquémica, pendientes de cirugías o mujeres pendientes de técnicas reproducción asistida. Programa: duración: seguimiento durante 12 meses. Intervenciones: enfermera: valoración morfofuncional. Médico endocrino: valoración clínica obesidad y comorbilidades, prescripción y ajuste de tratamientos. Técnico superior en dietética: asesoramiento dietético personalizado. Seguimiento: evaluaciones periódicas, según cronograma de intervención, con visitas presenciales y telefónicas.

**Resultados:** 27 participantes (55,5 % mujeres), edad  $38,67 \pm 13,08$  años (18-67), IMC inicial  $45,57 \pm 7,52$  kg/m<sup>2</sup> (36,2-70,3). Seguimiento medio,  $9,04 \pm 1,26$  meses (81 %  $\geq 9$  meses). El 88,8 % de los participantes presentó pérdida de peso (100 % de las mujeres), con pérdida media del 7,4 % del peso corporal. % peso perdido:  $> 5$  %, el 56,5 %;  $> 10$  %,

el 34,8 %;  $> 15$  %, el 13,04 %. El 52 % aumentó la fuerza de agarre, con diferencia en IMME de  $0,22 \pm 0,37$ .

**Conclusiones:** el circuito ha demostrado buena eficacia tanto en % de pérdida de peso como en mantenimiento de funcionalidad. Faltaría revisar los resultados finales a 12 meses, para detectar aquellos pacientes que se pueden beneficiar más. Interesa conocer la experiencia de los pacientes (PREM), que recogeremos al finalizar el programa y nos permitirá implementar mejoras.

### **P-126. Impacto de un programa de educación nutricional en la calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica avanzada: ensayo clínico ERCANUT**

Marina Padial<sup>1</sup>, Ana Rebollo<sup>2</sup>, Tamara Jiménez-Salcedo<sup>2</sup>, Gabriel Olveira<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

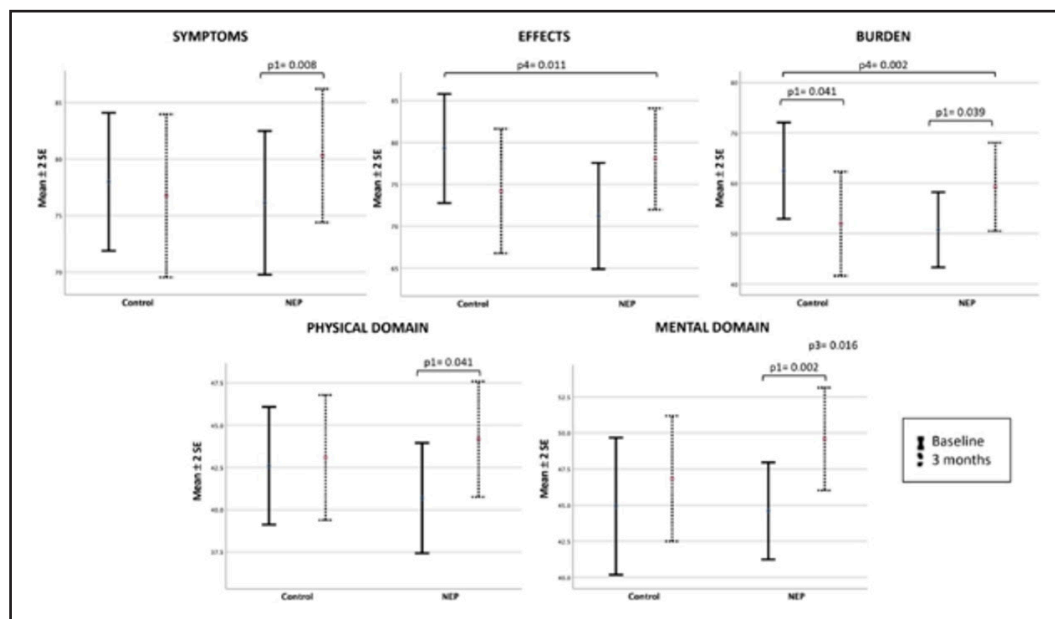
**Introducción:** el seguimiento de una dieta saludable puede generar cambios significativos en la calidad de vida (CV) de las personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), contribuyendo a controlar la sintomatología, reducir el riesgo de complicaciones y mejorar el bienestar general, promoviendo un mejor estado físico y emocional.

**Objetivos:** evaluar los cambios en la CV a los 3 meses en personas con ERCA que siguen un programa de educación nutricional (NEP).

**Material y métodos:** ERCANUT es un ensayo clínico aleatorizado en 76 pacientes con ERCA (TFG  $< 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) con dos grupos paralelos (control  $n = 38$ , NEP  $n = 38$ ). Ambos grupos recibieron asesoramiento inicial en Dieta Mediterránea controlada en proteínas, y solo el grupo NEP participó en un programa con metodología de coaching, con dieta personalizada, 3 talleres de educación nutricional y seguimiento bisemanal por personal sanitario especializado (dietista-nutricionista y enfermera). Se recogieron datos de CV en la visita basal y a los 3 meses mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36™). Este es un cuestionario breve que incluye cinco dimensiones: sintomatología, efectos y carga de la enfermedad, así como el componente físico y mental.

**Resultados:** en total, 35 sujetos en el grupo control y 33 en el grupo NEP finalizaron el estudio (68 % hombres, edad media 70 años, TFG 22 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). No hubo diferencias basales entre grupos en ninguno de los parámetros estudiados. En el grupo NEP, la CV mejoró significativamente en 4 de los 5 dominios evaluados. Además, este experimentó una mejora significativamente mayor en los dominios de efectos y carga de enfermedad a los tres meses en comparación con el grupo control (Fig. 1; pág. siguiente).

**Conclusión:** la participación en un NEP conducido por personal sanitario especializado mejoró significativamente la CV de personas con ERCA, especialmente en los dominios de efectos y carga de la enfermedad.



**Figura 1.**

Cambios en la calidad de vida mediante KDQOL-36. Los datos se presentan como media ± error estándar de la media. Diferencias entre los valores iniciales y a los 3 meses dentro de los grupos, p1; diferencias entre los valores iniciales y a los 3 meses en general, p3; interacción entre tiempo y grupo, p4; KDQOL-36, instrumento de calidad de vida en la enfermedad renal.

**P-127. El impacto de la hidratación en el valor predictivo del ángulo de fase para la desnutrición y la sarcopenia en pacientes con cáncer esofagógico**

María José Pedraza Serrano<sup>1</sup>, María Argente Pla<sup>2,3</sup>, Juan Francisco Merino Torres<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública. Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal. Universitat de València. València. <sup>2</sup>Unidad de Nutrición Clínica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. València. <sup>3</sup>Joint Research Unit on Endocrinology. Nutrition and Clinical Dietetics. Health Research Institute La Fe. València

**Introducción:** la desnutrición y la sarcopenia son condiciones prevalentes en los pacientes con cáncer gastrointestinal, cuyo diagnóstico precoz es esencial para prevenir futuras complicaciones y mejorar el pronóstico de la enfermedad por medio del tratamiento nutricional. El ángulo de fase (PhA) es un marcador fiable de la integridad celular y del estado de hidratación, aunque sigue siendo poco reconocido en el ámbito oncológico.

**Objetivos:** evaluó la utilidad potencial del PhA en la predicción de la desnutrición y la sarcopenia en pacientes con cáncer esofagógico.

**Material y métodos:** estudio transversal unicéntrico que incluyó a pacientes diagnosticados con cáncer esofagógico sometidos a diferentes tratamientos. El PhA se obtuvo mediante el análisis vectorial de impedancia bioeléctrica (BIVA), al igual que el índice de masa muscular apendicular esquelética (IMMAE), la masa celular corporal (MCC) y la distribución de líquidos (índice AEC/ACT). Se midieron las circunferencias del brazo (CB) y de la pantorrilla (CP). Se evaluó la fuerza prensil manual (FPM) y la funcionalidad aplicando la Batería Corta de Desempeño Físico (SPPB). Los grupos de desnutrición y de sarcopenia se determinaron según los criterios GLIM y EWGSOP2, respectivamente.

**Resultados:** de los 18 pacientes evaluados, el 77,8 % presentó desnutrición y el 55,5 % sarcopenia. Se observaron diferencias significativas en el PhA entre los sujetos con desnutrición severa ( $p = 0,016$ ) y sarcopenia severa ( $p = 0,004$ ), y aquellos sin estas condiciones. Similar al índice AEC/ACT, el PhA mostró correlaciones significativas, aunque moderadas, con el IMC ( $r = 0,554$ ) y la CP ( $r = 0,649$ ), dada su correlación intermedia con el IMMAE ( $r = 0,652$ ). La MCC se correlacionó fuertemente con el IMMAE ( $r = 0,903$ ) y, por ende, con la FPM ( $r = 0,722$ ), logrando explicar la sarcopenia en el modelo de regresión logística univariante (OR = 0,644; IC 95 %: 0,440-0,942,  $p = 0,023$ ).

**Conclusión:** el PhA no predijo la desnutrición y la sarcopenia, debido a la influencia de las características clínicas individuales sobre la hidratación a nivel poblacional, constituyéndose la MCC como el mejor indicador de la sarcopenia.

**P-128. Impacto del control glucémico y tipo de diabetes en la valoración nutricional de pacientes en riesgo de desnutrición relacionada con la enfermedad y sarcopenia**

Paloma Pérez López<sup>1</sup>, Jaime González Gutiérrez<sup>1</sup>, Juan José López Gómez<sup>2</sup>, David Primo Martín<sup>2</sup>, Beatriz Ramos Bachiller<sup>1</sup>, Esther Delgado García<sup>1</sup>, Emilia Gómez Hoyos<sup>1</sup>, Ana Ortolá Buigues<sup>1</sup>, Lucía Estévez Asensio<sup>1</sup>, Daniel de Luis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

**Introducción:** la diabetes mellitus y su relación con un mal control metabólico son entidades de riesgo para desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) y sarcopenia.

**Objetivos:** este trabajo tiene como objetivo evaluar las diferencias en la situación nutricional según el tipo de diabetes (DM2 o 3C) y grado de control glucémico (óptimo: HbA1c < 7 %, subóptimo:  $\geq$  7 %) en pacientes en riesgo de DRE y sarcopenia.

**Material y métodos:** estudio transversal de pacientes con diabetes y criterios de riesgo para DRE y sarcopenia. Se analizaron variables clínicas, analíticas (HbA1c), de dinamometría (kg), antropométricas (circunferencia de pantorrilla [CP]) bioimpedanciometría (ángulo de fase estandarizado [AF, °/m<sup>2</sup>] e índice de masa muscular [IMM, kg/m<sup>2</sup>]) y ecografía muscular del recto femoral (eje anteroposterior [eje Y], área [AMRA, cm<sup>2</sup>]). Se realizó un análisis estratificado según tipo de diabetes (DM2 o 3C) y grado de control glucémico (óptimo: HbA1c < 7 %, subóptimo:  $\geq$  7 %).

**Resultados:** se incluyeron 41 pacientes (26 DM2; 15 3C), 65,9 % varones, con una edad media de 66,5 (13,7) años; 10,2 (7,7) años de evolución de diabetes, un 22,0 % con complicaciones de DM. El 56,1 % cumplían criterios para el diagnóstico de DRE, 31,7 % de sarcopenia (43,9 % de dinapenia). No se objetivaron diferencias significativas entre los pacientes con DM2 y 3C para IMC (25,2 [4,1] frente a 24,7 [3,9] kg/m<sup>2</sup>;  $p > 0,05$ ), CP (34,8 [3,7] frente a 34,4 [3,8] cm;  $p > 0,05$ ) dinamometría (27,0 [14,8] frente a 28,4 [11,9] kg;  $p > 0,05$ ), AF (5,1 [1,0] frente a 5,4 [0,8] °;  $p > 0,05$ ), IMM (6,7 [1,1] frente a 6,9 [0,8] kg/m<sup>2</sup>;  $p > 0,05$ ), eje Y (1,2 [0,3] frente a 1,3 [0,3] cm;  $p > 0,05$ ) ni AMRA (3,5 [1,2] frente a 3,7 [1,2] cm<sup>2</sup>;  $p > 0,05$ ). En aquellos pacientes con control subóptimo de DM, se observaron mejores valores de AF (5,5 [0,8] frente a 4,7 [1,1] °;  $p = 0,032$ ) y eje Y (1,3 [0,3] frente a 1,1 [0,3] cm;  $p = 0,026$ ), respecto a aquellos con HbA1c < 7 %, sin diferencias al estratificar entre pacientes con y sin DRE. No se observaron diferencias para IMC (25,7 [3,9] frente a 23,2 [3,9] kg/m<sup>2</sup>;  $p > 0,05$ ), CP (35,1 [3,9] frente a 33,4 [3,7] cm;  $p > 0,05$ ) dinamometría (29,2 [13,7] frente a 24,5 [14,8] kg;  $p > 0,05$ ) ni AMRA (3,9 [1,2] frente a 3,1 [1,1] cm<sup>2</sup>;  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** no se objetivaron diferencias significativas en la VMF de pacientes con DM2 y 3C. En aquellos pacientes con control subóptimo de DM, se observaron mejores valores de AF y eje Y, respecto a aquellos con HbA1c < 7 %.

#### **P-129. Efectos sobre el peso y las alteraciones analíticas de las medidas higiénico-dietéticas en un grupo de pacientes obesos**

María Isabel Porras Guerra, Yolanda de la Nava Calvo

*Servicio de Geriatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora*

**Introducción:** la obesidad sigue siendo una enfermedad con elevada prevalencia e incidencia. Un 40-70 % de los factores que se asocian a ella tienen carácter hereditario, el resto, ambientales. Son muchas y graves las alteraciones metabólicas y enfermedades que se asocian a ella con gran morbi-mortalidad y altos costes socio-sanitarios. En la actualidad, hay una serie de fármacos, con otras indicaciones, que se están utilizando para su tratamiento de forma no siempre recomendable ni exenta de efectos adversos, sin embargo, una dieta adecuada y realizar ejercicio físico regular son el tratamiento más indicado en obesidad.

**Objetivos:** valorar la importancia del tratamiento higiénico-dietético sobre el control del peso y los parámetros analíticos que pueden verse alterados en los pacientes que sufren obesidad.

**Material y métodos:** estudio transversal, descriptivo en una muestra de paciente de ambos sexos con sobrepeso u obesidad. Se realizaron 2 analíticas, al inicio y a los 6 meses de seguimiento. Determinaciones: glucemia, ácido úrico, perfil lipídico, proteínas totales y albumina entre otros. Variables: sexo, edad, peso, talla, IMC y comorbilidades. Al inicio del estudio se les recomendaba dieta y ejercicio físico aeróbico, según posibilidades, una hora al día, 5 días a la semana.

**Resultados:**  $n = 52$  pacientes; 62,2 % mujeres, el resto varones. Un 56,6 % presentaban sobrepeso, 35,8 % obesidad, 7,5 % obesidad mórbida. La patología cardiovascular, osteoarticular e hipertensión arterial son las enfermedades asociadas más frecuentes. Un 67,9 % de la muestra perdió peso o lo mantuvo. El colesterol, LDL-colesterol, glucemia, triglicéridos, ácido úrico y HDL-colesterol, los parámetros más alterados de los determinados; todos mejoraron sus valores a los 6 meses, menos el LDL-colesterol.

**Conclusiones:** las medidas higiénico-dietéticas siguen siendo el pilar fundamental del tratamiento de la obesidad. Son efectivas con buena adherencia y correcto cumplimiento. Los fármacos son buena opción terapéutica en determinados pacientes y deben ser tratamiento coadyuvante de las medidas higiénico-dietéticas.

#### **P-130. Relación de los datos de la BIVA con estancia hospitalaria en pacientes con cáncer colorrectal**

Raúl Rodríguez<sup>1</sup>, María Teresa Zarco-Martín<sup>1</sup>, Elena Martínez Silla<sup>2</sup>, Juan Luis Delgado Montoya<sup>1</sup>, Laura Cánovas Noguera<sup>2</sup>, Nuria Birruero Hernández<sup>1</sup>, Yael Giner Esteban<sup>1</sup>, María Luisa Fernández-Soto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

**Introducción:** el cáncer colorrectal (CCR) es el tipo de cáncer más frecuente en España y el segundo en mortalidad. Muchos pacientes oncológicos presentan desnutrición al diagnóstico, siendo importante una detección temprana, ya que esta condición producirá complicaciones. La bioimpedanciometría vectorial (BIVA) apoya este diagnóstico.

**Objetivos:** relacionar los datos de la BIVA con días de estancia hospitalaria.

**Material y métodos:** estudio longitudinal prospectivo de 85 pacientes diagnosticados de CCR entre los años 2023-24 en seguimiento en nuestras consultas. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), antropométricas (peso y talla), días de estancia hospitalaria tras intervención quirúrgica y datos de la BIVA. El diagnóstico de desnutrición se realizó con datos antropométricos y exploratorios (según criterios GLIM). El análisis estadístico se realizó con el programa jamovi (significación estadística  $p < 0,05$ ).

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 85 pacientes, 60 % varones y 40 % mujeres, con edad media de 68,2  $\pm$  10,8 años; se observó una estancia hospitalaria media de 9,9  $\pm$  8,2 días.

El 50,6 % de la muestra presentaban desnutrición, con una estancia hospitalaria más prolongada respecto a aquellos normo-nutridos ( $12,1 \pm 11$  frente a  $7,7 \pm 2,7$  días respectivamente,  $p = 0,01$ ), siendo la diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a los datos de la BIVA, la media del ángulo de fase (AF) era de  $5,5 \pm 0,9$  y del porcentaje de agua extracelular (%ECW)  $48,7 \pm 4,5$ . Se observó una correlación negativa entre el AF y días de estancia hospitalaria ( $r = -0,3$ ,  $p = 0,004$ ) y positiva entre %ECW y días de estancia hospitalaria ( $r = 0,3$ ,  $p = 0,002$ ), siendo también estadísticamente significativa. Los pacientes con cáncer colorrectal y desnutrición presentan mayor tiempo de hospitalización que aquellos normo-nutridos. Este hecho está reforzado por los datos de la BIVA. Por tanto, la valoración del estado nutricional, junto con las variables de la BIVA, es primordial en aquellos pacientes con CCR que serán intervenidos quirúrgicamente, ya que se correlacionarán con el número de días de estancia hospitalaria.

### P-131. Efecto de una intervención nutricional dirigida a mejorar la adherencia a la dieta cardiosaludable en pacientes con patología cardíaca

María Antonia Roig Muñoz<sup>1</sup>, Romina Escobar<sup>1</sup>, Sonica García-Ribera Ruiz<sup>1</sup>, Benjamin Jacques Mar Casteigt<sup>2</sup>, Laura Jiménez Mayorga<sup>2</sup>, Mar Gassó Ordaz<sup>1</sup>, Ermengol Vallès Gras<sup>2</sup>, Montserrat Villatoro Moreno<sup>1</sup>, Elisenda Climent Biescas<sup>1</sup>, Aina Merino Olmo<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>Cardiología. Hospital del Mar. Barcelona

**Introducción:** las intervenciones nutricionales tienen efectos positivos en la adherencia a dietas cardiosaludables. Estas intervenciones mejoran factores como la HTA, DLP, sobrepeso/obesidad, lo que contribuye a la prevención de la enfermedad cardiovascular.

**Objetivos:** evaluar el impacto sobre la antropometría y el perfil lipídico de una intervención nutricional dirigida a aumentar la adherencia a la dieta cardiosaludable en pacientes con patología cardíaca.

**Material y métodos:** estudio de intervención prospectivo, que incluyó pacientes con sobrepeso/obesidad con diagnóstico de fibrilación auricular y/o cardiopatía isquémica. Se realizó una visita individual para valoración nutricional, y tres visitas grupales

mensuales consecutivas en las que se realizó una intervención nutricional basada en la dieta cardiosaludable.

**Resultados:** se incluyeron 124 pacientes (63,7 % mujeres) con una edad media de  $61,4 \pm 8,0$  años. El porcentaje de pacientes con una puntuación MEDAS  $> 8$  pasó del 33,9 % inicial al 75 % final ( $p < 0,001$ ). Los resultados se exponen en la tabla I.

**Conclusión:** una mayor adherencia a la dieta mediterránea se relaciona con una reducción de IMC y de perímetro abdominal en pacientes con patología cardíaca, sin cambios en el perfil lipídico. Son necesarios más estudios y de mayor seguimiento para valorar el impacto clínico de los cambios observados.

### P-132. Cambios morfofuncionales en el seguimiento de pacientes con obesidad en tratamiento con semaglutida

Roberto Carlos Romo Remigio, María García Olivares, Lara Dalla Rovere, Carmen Hardy Añón, Cristina Herola Cobos, Rocío Fernández Jiménez, José Abuíñ Fernández, Francisco Hevilla Sánchez, José Manuel García-Almeida

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quironsalud Málaga. Málaga

**Introducción:** la obesidad es una enfermedad crónica metabólica que acarrea múltiples complicaciones a mediano y largo plazo. Los Análogos del GLP1, entre ellos Wegovy (semaglutida) son el tratamiento médico que conseguían pérdidas de peso significativas y sostenibles en el tiempo. Las técnicas de valoración morfofuncional (VMF) como la Bioimpedanciometría con ángulo de fase (BIA), la Ecografía nutricional (EN)® y la dinamometría de mano (HGS), nos permiten evaluar los cambios en la composición corporal, más allá de la cifra del peso.

**Objetivos:** evaluar los cambios en la composición corporal utilizando las técnicas de VMF en pacientes con obesidad en tratamiento con semaglutida.

**Material y métodos:** estudio prospectivo de pacientes con obesidad que acuden a consulta en el Hospital Quirónsalud Málaga. Los datos morfofuncionales se evaluaron mediante BIA (Akern) y ecografía (Mindray® Z60) en la visita basal y tras 3 meses de seguimiento.

**Resultados y conclusión:** 25 pacientes, de los cuales eran mujeres 18 (72 %). Con respecto a la carga de comorbilidad

Tabla I.

Variable	Basal	Final	p
Puntuación MEDAS (valor + DE)	6,81 + 1,9	8,65 + 2,0	< 0,001
IMC (kg/m <sup>2</sup> + DE)	34,7 + 5,3	33,7 + 4,9	< 0,001
Perímetro abdominal (cm + DE)	115,7 + 13,8	112,0 + 12,2	< 0,001
Colesterol total (mg/dL + DE)	164,8 + 47,8	162,6 + 47,8	0,164
Colesterol LDL (mg/dL + DE)	95,3 + 36,9	94,8 + 42,0	0,118
Colesterol HDL (mg/dL + DE)	45,3 + 13,9	49,5 + 14,9	0,559
Triglicéridos (mg/dL + DE)	130,2 + 79,2	114,9 + 54,6	0,562

utilizando la escala AACE: 2 pacientes presentaban grado 0 (2,9 %), 33 pacientes presentaban grado 1 (47,1 %), 35 pacientes presentaban grado 2 (50 %). Los datos más significativos se presentan en la tabla I.

**Conclusiones:** el tratamiento con semaglutida, junto con un programa dietético y recomendaciones de actividad física ayuda a reducir peso, principalmente a expensas del componente adiposo, sin gran empeoramiento morfofuncional del componente muscular.

**P-134. Actualización del manejo nutricional en pacientes con insuficiencia renal crónica y obesidad**

Julia Bonet, Olga Rossell Ripoll, Marta Calbo, Laia Dachs, Sonia March, Gerardo Aguilar, Santi Martínez, Guillem Cuatrecasas

*Cuatrecasas Peitx Endocrinología i nutrició. Barcelona*

**Introducción:** la insuficiencia renal crónica (IRC), aunque infradiagnosticada, es muy prevalente en la Obesidad. Además de la nefropatía asociada a DM2 o HTA, existe una glomerulopatía específica asociada al riñón graso (6,6 %). El manejo nutricional conservador en la IRC es extraordinariamente restrictivo y muchas veces opuesto a las recomendaciones para la Obesidad. Además, la elevada prevalencia de sarcopenia en estos pacientes (11 %) nos obliga a una reevaluación de las pautas dietéticas tradicionales.

**Objetivos:** el objetivo de esta revisión es actualizar las pautas nutricionales para pacientes con IRC y obesidad, con especial énfasis en el grado de restricción proteica, micronutrientes (calcio, sodio, potasio, fósforo) y en las manipulaciones dietéticas recomendadas.

**Material y métodos:** se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada (Pubmed), incluyendo guías clínicas (KDOQI 2020, KDIGO 2024, ADA 2024), para ofrecer unas recomendaciones prácticas basadas en evidencia actualizada. Se excluyó del análisis el estadio 5 IRC (FG < 15).

**Resultados y conclusión:** la recomendación de ingesta calórica (25-35 kcal/kg/día), grasas (< 30-35 % de kcal totales) y fibra (25-35 g/día) no difiere de las recomendaciones generales. Para evitar el riesgo de sarcopenia, la ingesta proteica debería situarse en 0,8 g/ kg, pudiendo llegar a valores de 1,0 g/ kg (estadios 1-2) reduciéndose a 0,6 g/kg en prediálisis (estadio 4). Se recomienda evitar la restricción sistemática de K y el P si no existe hiperpotasemia o hiperfosforemia analítica, ya que no se asocia a mejora de FG y tiene un impacto negativo en sarcopenia. La ingesta de calcio y sodio recomendada es de 800-1000 mg/día y < 2,3-2,4 g/día, respectivamente. En cualquier caso, será necesario individualizar cada paciente, educándole en etiquetado y en técnicas alternativas a la doble cocción (congelación, remojo) para mejorar sabor y adherencia nutricional. La actualización de las pautas nutricionales en IRC y obesidad es esencial. Debe servir tanto como medida renoprotectora como para mejorar la composición corporal en los pacientes con Obesidad.

**P-135. Estudio descriptivo del consumo de fármacos, polifarmacia y riesgo nutricional en pacientes en hemodiálisis periódica**

Esmeralda Josa Martín<sup>1</sup>, Guillermina Barril Cuadrado<sup>2</sup>, Mar Ruperto López<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid. <sup>2</sup>Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid. <sup>3</sup>Universidad San Pablo CEU. Madrid*

**Introducción:** la polifarmacia es una situación prevalente (40-60 %) en hemodiálisis (HD).

**Objetivos:** el objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de polifarmacia, el consumo de fármacos según su clasificación farmacoterapéutica, y valorar su asociación con resultados clínicos y nutricionales en HD.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo transversal en 96 pacientes prevalentes en HD. Periodo de estudio: 2 años. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos, nutricionales, pará-

Tabla I.

	Mujeres		Hombres		Sig (p)
	Basal	3 meses	Basal	3 meses	
Peso	90,2 ± 15,5	87,7 ± 17,8	107 ± 21	100 ± 16,5	< 0,001
P. cintura(cm)	106 ± 13,6	105 ± 17,2	121 ± 14	112 ± 9,1	< 0,001
P. cadera(cm)	121 ± 13,7	118 ± 16,4	116 ± 11,3	111 ± 8,9	< 0,001
Sentadillas en 30 s	19,9 ± 5,9	22,3 ± 5,11	20,7 ± 4,6	23,7 ± 2,25	< 0,001
Dinamometría media	22,1 ± 5,1	22,5 ± 4,4	38 ± 6,9	39,9 ± 3,8	0,538
Ángulo de fase	5,9 ± 0,65	5,8 ± 0,45	6,4 ± 0,79	6 ± 0,79	0,048
BCM	27 ± 3,61	26,1 ± 3,5	38,3 ± 5,44	36 ± 3,2	< 0,001
RF-CSA	5 ± 1	5 ± 1,1	6,5 ± 1,7	6,1 ± 1	0,511
RF-EJE-Y	2 ± 3,6	1,5 ± 0,3	2,4 ± 4,2	1,7 ± 0,18	0,001
Área SAT	12,1 ± 3,87	10,8 ± 3,59	10,4 ± 5,4	8,7 ± 3,39	0,002
Área VAT	9 ± 2,7	8,5 ± 2,69	8,22 ± 3,2	7,1 ± 2,7	< 0,001



metros de laboratorio, y el consumo de fármacos. El síndrome de desgaste proteico-energético (SDPE) se midió por la escala de malnutrición-inflamación (MIS:  $\geq 5$  puntos), y la comorbilidad por el índice de comorbilidad de Charlson (ICC). El consumo de fármacos se clasificó en: bajo consumo ( $< 4$  fármacos/día), y polifarmacia ( $\geq 4$  fármacos/día).

**Resultados:** de los 96 pacientes (69,0 % hombres, media edad:  $73,6 \pm 13,5$  años), etiología primaria de la enfermedad renal, diabetes *mellitus* (28,0 %). Prevalencia de polifarmacia del 60,4 % ( $n = 58$ ). Los pacientes con polifarmacia tenían mayor IMC y saturación de transferrina, así como menor concentración de creatinina sérica y HDL-colesterol frente a bajo consumo fármacos ( $p < 0,05$ ). El hierro-sacarosa i. v. (90,6 %), agentes estimulantes de la eritropoyesis (65,6 %), antihipertensivos (58,0 %), y la vitamina D (43,7 %) fueron los fármacos más consumidos. El 34,8 % tenía SDPE, siendo mayor en pacientes con polifarmacia (21,7 %). La saturación de transferrina (OR: 1,119; IC 95 %: 1,016-1,233), peso seco (OR: 1,148; IC 95 %: 1,053-1,252), prealbúmina sérica (OR: 1,289; IC 95 %: 1,033-1,607) y MIS:  $\geq 5$  (OR: 2,194; IC 95 %: 1,085-4,438) (todos,  $p < 0,05$ ), eran predictores independientes de polifarmacia en HD.

**Conclusión:** este estudio mostró una alta prevalencia de polifarmacia en personas mayores prevalentes en HD con alta comorbilidad y SDPE, siendo los fármacos más consumidos para el control de anemia, antihipertensivos y vitamina D. Estos hallazgos destacan la importancia de un enfoque integral en el manejo de estos pacientes, promoviendo el uso racional de medicamentos, destacando la necesidad de un enfoque integral, consensuado e interdisciplinar en la monitorización del paciente pluripatológico en HD.

### P-136. Influencia del síndrome de desgaste proteico-energético en la capacidad funcional en pacientes en hemodiálisis periódica

Emanuele Gravina<sup>1</sup>, Paula Guzmán Prieto<sup>1</sup>, Carmen María Pérez Baylach<sup>2</sup>, Jonathan Requeni Navarro<sup>2</sup>, Begoña Bonilla Culebras<sup>3</sup>, Elía Ros García<sup>2</sup>, Ángela Serrato Villalba<sup>2</sup>, Ana Granados Martínez<sup>2</sup>, Eva Segura Ortí<sup>1</sup>, Mar Ruperto López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Cardenal Herrera CEU. València. <sup>2</sup>Centro de Hemodiálisis BBraun. Massamagrell, València. <sup>3</sup>Centro de Hemodiálisis BBraun. Avitum Valnefron València. València. <sup>4</sup>Universidad San Pablo CEU. Madrid

**Introducción:** el síndrome de desgaste proteico-energético (SDPE), la fragilidad y la sarcopenia son condiciones frecuentes en pacientes en hemodiálisis (HD).

**Objetivos:** evaluar conjuntamente la prevalencia de compromiso nutricional, fragilidad y sarcopenia y su influencia en la capacidad funcional en HD.

**Material y métodos:** estudio transversal multicéntrico en 42 pacientes en HD (hombres: 71,4 %; edad:  $76,9 \pm 9,8$ ; tiempo HD:  $51,3 \pm 45,4$  meses). Se recogieron datos clínicos, nutricionales, analíticos y de capacidad funcional. Se aplicaron las escalas FRIL y SARC-F para el cribaje de fragilidad y sarcopenia. El SDPE se estimó aplicando la concentración de albúmina

( $< 3,8$  g/dL) y el IMC ( $< 23$  kg/m<sup>2</sup>). Fuerza de prensión manual, y medición de la flexión y abducción de la musculatura de la cadera mediante dinamómetro de mano. Se registró el nivel de actividad física mediante el cuestionario Human Activity Profile (HAP). Se realizó ecografía muscular en el tercio medio distal del recto femoral de la pierna dominante midiendo el área de la sección transversal, longitud y ángulo de peneación.

**Resultados:** riesgo de fragilidad (57,14 %) y de sarcopenia (28,6 %). Prevalencia de SDPE (33,3 %) e inflamados (28,2 %). Dinapenia en el 76,7 % de los hombres y el 91,7 % de las mujeres. El SDPE mostró diferencias significativas con la fuerza de prensión manual, flexión y abducción de la cadera, cuestionario HAP y la longitud del recto femoral (al menos  $p < 0,05$ ). El análisis de regresión mostró que el tiempo en HD, la fragilidad y la flexión y abducción de la musculatura de la cadera se relaciona significativamente con el SDPE.

**Conclusiones:** la prevalencia global de SDPE, fragilidad y sarcopenia son condiciones prevalentes en HD que estudiadas conjuntamente afectan a la musculatura de la cadera, desempeño físico y a la capacidad funcional. Son necesarios nuevos estudios que integren el enfoque y la atención multidisciplinar clínico-nutricional y fisioterapéutica en el paciente en HD.

### P-137. ¿Existe relación entre el ángulo de fase y la supervivencia en pacientes con ELA?

Idoia Sáez de Argandoña Quintana, María de las Mercedes Martín Sánchez, Janire Fernández González, Ana Manzano Martín, Alazne Ruiz de Eguino García, Irene Aguirre Hortigüela, Begoña González Abasolo, Judith Alonso Cabrera

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Araba. Victoria-Gasteiz

**Introducción:** la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por pérdida progresiva de las motoneuronas, con atrofia de masa muscular. La disminución de las ingestas/aumento del gasto metabólico en estos pacientes, junto a la progresión de la enfermedad (3-5 años) agrava el riesgo de desnutrición, empeorando la evolución de la enfermedad.

**Objetivos:** el ángulo de fase (AF) es una medida de impedancia dieléctrica, marcador pronóstico de presencia y progresión de enfermedades crónicas, contra los resultados de composición corporal como la grasa y el músculo. Queremos comprobar si existe correlación entre el valor del AF y el pronóstico en nuestros pacientes.

**Material y métodos:** revisión en la Unidad de la Vía Clínica de la OSI ARABA cada 4-6 meses en el Servicio de Nutrición datos en la impedancia corporal mediante el InBody® Análisis descriptivo de 35 pacientes durante el periodo enero/noviembre 2024, entre su primera valoración (incluidos en la Unidad de la Vía Clínica) hasta la actualidad.

**Resultados:**  $n$ : 35 pacientes. Dieciocho hombres / 17 mujeres. Diagnóstico ELA bulbar 40 % y espinal 51,43 % ambas 5,7 %. DFT 2,85 % Por edad, las franjas más afectadas son

60-69 años y 50-59. Soporte ventilatorio con VMNI 34 % 43 % de movilidad reducida que requiere silla de ruedas. En este periodo fallecieron 9 pacientes. Con respecto a la composición corporal, la media del AF es de 3,85, siendo el valor máximo de 6,8 y el mínimo de 2,3.

**Conclusión:** el AF bajo se asocia a una menor supervivencia en pacientes con ELA, en nuestra muestra tal y como se ha demostrado en la bibliografía revisada. Los pacientes fallecidos fueron 8, de los cuales 3 espinales y el resto bulbares siendo en el 90 % de los casos AF inferior a 4. Concluimos que existe relación entre el AF y la supervivencia de la enfermedad.

### **P-138. La sarcopenia como indicador de funcionalidad en una cohorte de pacientes sometidos a hemodiálisis hospitalaria**

María de las Mercedes Senent Capote<sup>1</sup>, Alba Carmona-Llanos<sup>1</sup>, Jary Lorenzo Perelló Martínez<sup>2</sup>, Manuel Cayón-Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera, Cádiz

**Introducción:** la fragilidad asociada al envejecimiento es una condición crónica que incrementa la morbimortalidad. En pacientes en hemodiálisis, esta situación empeora significativamente y se acompaña de sarcopenia, una condición que se agrava con la duración del tratamiento. La sarcopenia implica pérdida muscular y caquexia, con alta mortalidad, aunque su prevalencia exacta aún no se conoce.

**Objetivos:** analizar la prevalencia de sarcopenia y funcionalidad en pacientes de hemodiálisis crónica de un hospital de tercer nivel, considerando su impacto en la calidad de vida.

**Material y métodos:** se realizó un estudio transversal en un único centro durante 12 meses, evaluando 103 pacientes con hemodiálisis crónica mediante dinamometría, prueba funcional (Test *Up & Go*), ecografía muscular y el cuestionario KDQOL-36, bajo un enfoque multidisciplinario (Nefrología y Nutrición).

**Resultados:** la edad promedio de los pacientes fue de  $68,08 \pm 11,21$  años; el 41,7 % eran mujeres y el 53,4 % diabéticos. Dinamometría máxima promedio: < 45 años: mujeres 20,10 kg (> p10), hombres 28,57 kg (> p10); 46-60 años: mujeres 19,22 kg (> p10), hombres 28,2 kg (< p10). Sesenta años: mujeres 12,21 kg (< p10), hombres 25,15 kg (< p10). Test *Up & Go*: riesgo bajo en < 45 años, moderado en 46-60 años y alto en mujeres > 60 años. Área muscular promedio: se redujo con la edad, siendo mayor en hombres. KDQOL-36: el 32,4 % valoró su salud como buena y el 11,8 % como mala. El 45,5 % reportó limitaciones en actividades y restricciones dietéticas.

**Conclusiones:** la sarcopenia y la edad avanzada afectan la funcionalidad muscular y la calidad de vida. Su detección temprana mediante un enfoque multidisciplinario permitiría intervenciones personalizadas de alimentación y ejercicio.

### **P-139. Impacto de las comorbilidades asociadas a la obesidad tras una intervención médico-nutricional**

Marina Soria Becerra<sup>1,2</sup>, María Jiménez Aceituno<sup>2</sup>, María de Damas Medina<sup>2</sup>, Carmen Gutiérrez Alcántara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

**Introducción:** la obesidad es una condición compleja de proporciones epidémicas caracterizada por un exceso de grasa corporal considerada una de las principales causas de morbimortalidad a nivel global y habiéndose relacionado con impacto psicológico.

**Objetivos:** a) describir las características principales de los pacientes que acuden a las consultas de obesidad en nuestra área, y b) describir posibles factores asociados a la pérdida de peso tras nuestra intervención.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes evaluados en nuestra consulta de obesidad desde 2019. Recogimos peso, IMC y comorbilidades en la primera visita y cambios en dichos parámetros tras intervención médico-nutricional. Recogimos datos de psicopatología o tratamientos al respecto. Evaluamos factores relacionados con una pérdida de peso más favorable.

**Resultados:** obtuvimos los datos completos solo en 69 pacientes (tasa de abandono > 50 %) de  $45,5 \pm 12,1$  años con IMC  $46,14 \pm 10,7$  kg/m<sup>2</sup> (76,8 % IMC > 40 y 33,3 % > 50 kg/m<sup>2</sup>). El 85,5 % tenía alguna comorbilidad asociada, siendo las más frecuentes HTA (55,1 %), hipertrigliceridemia (34,3 %), osteoartritis (33,8 %), SAOS (27,9 %) y diabetes (26,5 %). El 26,5 % presentaba datos de limitación funcional y un 25 % datos de psicopatología. El porcentaje de peso perdido fue de  $11,7 \% \pm 13$ . Los pacientes con psicopatología de base conseguían menor pérdida de peso que los que no la padecían (4,2 frente a 13,4 %;  $p = 0,008$ ), sin encontrar otros posibles influyentes.

**Conclusiones:** nuestra población presenta alta tasa de comorbilidades y más de la cuarta parte limitación funcional. Aunque la pérdida media es mayor al 10 %, la tasa de abandonos es alta. La cuarta parte presenta problemas psicopatológicos siendo la presencia de esta lo único que se relacionaba con una pérdida de peso más desfavorable de forma significativa.

### **P-140. Evaluación de la composición corporal mediante tomografía computarizada a nivel de T12 en pacientes con fibrosis quística**

Virginia Soria Utrilla<sup>1</sup>, Francisco José Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Antonio Adarve Castro<sup>2</sup>, Nuria Porras<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>1</sup>, María Victoria Girón<sup>3</sup>, Montserrat Gonzalo Marín<sup>1</sup>, Casilda Oliveira<sup>3</sup>, Gabriel Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** los avances en el tratamiento de la fibrosis quística (FQ) han “cronificado” la enfermedad, pero la desnutrición continúa siendo prevalente en estos pacientes, constituyendo un factor de riesgo independiente predictor de morbilidad y mortalidad. Para evaluar su estado nutricional, la tomografía computarizada (TC) oportunista a nivel de la vértebra T12 se postula como herramienta útil.

**Objetivos:** determinar la correlación entre las variables de composición corporal obtenidas mediante TC a nivel de T12 y otras herramientas de valoración morfofuncional en pacientes con FQ.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo en pacientes con FQ atendidos en nuestra Unidad de Nutrición. Se obtuvieron datos antropométricos, impedanciometría (BIA), dinamometría y ecografía nutricional. Se analizaron imágenes de TC a nivel de T12 utilizando 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 25 pacientes (52 % varones y 48 % mujeres, edad media  $31,8 \pm 7,8$  años). IMC fue de  $23,1 \pm 4,9$  kg/m<sup>2</sup> en varones y  $22 \pm 4,2$  kg/m<sup>2</sup> en mujeres. SMA fue  $98,9 \pm 11,9$  cm<sup>2</sup> en varones y  $75,8 \pm 16,5$  cm<sup>2</sup> en mujeres. SAT fue  $71,4 \pm 72,4$  cm<sup>2</sup> para varones y  $36,6 \pm 46,2$  cm<sup>2</sup> para mujeres. VAT fue  $62,1 \pm 50,6$  cm<sup>2</sup> para varones y  $60,6 \pm 52,4$  cm<sup>2</sup> para mujeres. Hallamos correlaciones positivas de SMA con la masa libre de grasa por antropometría ( $r = 0,763$ ) y por BIA ( $r = 0,820$ ), el ángulo de fase ( $r = 0,702$ ), la dinamometría ( $r = 0,755$ ) y el área y circunferencia musculares del recto anterior por ecografía ( $r = 0,715$  y  $r = 0,754$ ) ( $p < 0,001$ ). También hallamos correlaciones positivas del IMC con SAT ( $r = 0,776$ ) y VAT ( $r = 0,823$ ), así como de SAT con masa grasa por antropometría ( $r = 0,815$ ) y por BIA ( $r = 0,798$ ) ( $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** los datos de composición corporal derivados del análisis mediante TC a nivel de T12 en pacientes con FQ correlacionan bien con el resto de herramientas de valoración morfofuncional, por lo que podrían ser útiles para la valoración morfofuncional de estos pacientes.

#### P-141. Relación entre la composición corporal mediante TC y la gravedad de la afectación pulmonar en pacientes con fibrosis quística

Virginia Soria Utrilla<sup>1</sup>, Francisco José Sánchez Torralvo<sup>1</sup>, Antonio Adarve Castro<sup>2</sup>, Nuria Porras<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>1</sup>, María Victoria Girón<sup>3</sup>, Montserrat Gonzalo Marín<sup>1</sup>, Casilda Oliveira<sup>3</sup>, Gabriel Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** la desnutrición constituye un factor de riesgo predictor de morbilidad y mortalidad en los pacientes con fibrosis quística (FQ), y a su vez puede influir negativamente en la enfermedad pulmonar.

**Objetivos:** determinar la relación entre las variables de composición corporal obtenidas mediante TC a nivel de T12 y la gravedad de la enfermedad pulmonar cuantificada mediante la escala Bhalla en pacientes con FQ.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo en pacientes con FQ atendidos en nuestra Unidad de Nutrición. Se obtuvieron datos antropométricos, impedanciometría (BIA), dinamometría y ecografía nutricional. Se analizaron imágenes de TC a nivel de T12 utilizando FocusedON-BC, registrando 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. Se registraron los parámetros espirométricos y la escala Bhalla.

**Resultados:** evaluamos 25 pacientes (52 % varones y 48 % mujeres, edad media  $31,8 \pm 7,8$  años). SMA fue  $98,9 \pm 11,9$  cm<sup>2</sup> en varones y  $75,8 \pm 16,5$  cm<sup>2</sup> en mujeres. SMI fue  $35,4 \pm 4,6$  kg/m<sup>2</sup> en varones y  $29,4 \pm 5,1$  kg/m<sup>2</sup> en mujeres. SAT fue  $71,4 \pm 72,4$  cm<sup>2</sup> para varones y  $36,6 \pm 46,2$  cm<sup>2</sup> para mujeres. VAT fue  $62,1 \pm 50,6$  cm<sup>2</sup> para varones y  $60,6 \pm 52,4$  cm<sup>2</sup> para mujeres. La puntuación media en la escala Bhalla fue  $11,7 \pm 4,9$  puntos. Hallamos diferencias significativas en los parámetros espirométricos y de composición corporal obtenidos por antropometría, BIA, dinamometría y ecografía nutricional, al comparar a los pacientes con afectación pulmonar leve por Bhalla frente a aquellos con afectación moderada/severa ( $p < 0,05$ ). También hallamos diferencias significativas en SMA, SMI y SAT al comparar a los pacientes con afectación pulmonar leve por Bhalla frente a aquellos con afectación moderada/severa ( $p = 0,012$ ,  $p = 0,024$  y  $p = 0,008$ , respectivamente).

**Conclusiones:** los parámetros SMA, SMI y SAT, derivados del análisis mediante TC a nivel de T12 en pacientes con FQ, se relacionan con la gravedad de la enfermedad pulmonar cuantificada mediante la escala Bhalla, por lo que podrían servir como marcador pronóstico.

#### P-142. Valoración e intervención nutricional en pacientes oncológicos con alto riesgo de desnutrición durante el tratamiento de radioterapia: repercusión sobre parámetros antropométricos y analíticos

Esther Tortosa Caparrós, Rosario Rubiato Aragón, María Sol Talaya Alarcón, Alfonso Cruz Conde, Diego Aldave Yaniz, Margarita Casado Jiménez, Alexandra Elena Stoica Rosciupchin, Susana Gonzalo Ruiz, Carmen Pilar Villalba Pérez, María Teresa Murillo González

Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

**Introducción:** la desnutrición y pérdida de peso es frecuente en pacientes oncológicos. Esta puede resultar de los efectos sistémicos del propio tumor, así como de las repercusiones del tratamiento antineoplásico.

**Objetivos:** el objetivo es analizar la severidad de la pérdida de peso y su repercusión antropométrica y analítica en pacientes clasificados como alto riesgo nutricional.

**Material y métodos:** estudio transversal, observacional y descriptivo. Se seleccionaron aquellos pacientes clasificados

en alto riesgo nutricional en función de la localización del tumor (cabeza y cuello, tracto gastroesofágico y cérvix). Los pacientes fueron cribados y evaluados al inicio y fin de tratamiento, así como a los 3 meses de la finalización del mismo. Se realizó intervención nutricional (consejo nutricional, control de síntomas y/o SNO) y valoración del riesgo de desnutrición según  $MST > 2$  y % pérdida de peso (leve  $< 5$  %, moderada 5-10 % y grave  $> 10$  %).

**Resultados y conclusión:** se analizaron 184 pacientes con alto riesgo nutricional. El 38 % presentó pérdida de peso grave, 37,2 % moderada y 24,3 % leve o nula al inicio del tratamiento. Tras la intervención nutricional se observó disminución en la pérdida de peso al finalizar el tratamiento y a los 3 meses. Además, se observó mejoría estadísticamente significativa de albumina, PCR, ratio PCR/albumina y dinamómetro tras la intervención nutricional. Por último, se observó que todos los pacientes que finalizaron el tratamiento, tienen mejor pronóstico para recuperar el peso, pero si  $MST > 2$  y % de pérdida de peso  $> 10$  % al inicio de tratamiento tienen más riesgo de no mejorar peso. Estos datos establecen la importancia de detectar el riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos, en especial si  $MST > 2$  y % de pérdida de peso  $> 10$  para así mejorar la recuperación de la pérdida de peso. Además, la intervención nutricional realizada a todos ellos, independientemente de la gravedad de la pérdida de peso, mejora los parámetros analizados.

#### **P-143. Nutrición y Radiología: dos especialidades relacionadas con el soporte nutricional en un circuito de atención a la esclerosis lateral amiotrófica**

María José Vallejo Herrera<sup>1</sup>, Verónica Vallejo Herrera<sup>2</sup>, María José Tapia Guerrero<sup>1</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>Radiodiagnóstico. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga*

**Introducción:** los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) precisan de tratamiento nutricional, en la mayoría de casos mediante nutrición enteral por gastrostomía, ya sea endoscópica (PEG) o radiológica (PRG).

**Objetivos:** analizar las características de los pacientes con ELA en el momento de la colocación de PEG/PRG, comparar la eficacia y seguridad de la PRG frente a la PEG, así como su efecto sobre la supervivencia y función respiratoria.

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo. Se reclutan los pacientes con ELA que han requerido de gastrostomía en los últimos 3 años (2021-2023) en nuestro hospital (4 PEG y 6 PRG). Se analizan parámetros demográficos y nutricionales.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 10 pacientes, edad media 57 años. Todos presentaban disfagia y recibían suplementos orales o sonda nasogástrica previo a la colocación de gastrostomía. La duración de la nutrición enteral fue 50 meses, con mortalidad del 30 % a los 12 meses desde la gastrostomía. La tasa de éxito PEG y PRG fue similar, sin complicaciones. Todos los pacientes desarrollaron deterioro de la función respiratoria

(necesidad VMNI/BIPAP), que disminuyó con la evolución de la enfermedad, incluso tras el tratamiento nutricional. La supervivencia después de la gastrostomía fue similar en pacientes con inicio bulbar/espinal. La edad avanzada al inicio de la enfermedad y una CVF baja se asoció con mayor mortalidad a corto plazo. A pesar del beneficio a nivel nutricional de la gastrostomía, existe demora entre el diagnóstico y la colocación de la gastrostomía. La PRG es preferible frente a PEG en pacientes con deterioro respiratorio avanzado/es técnicamente difícil o está contraindicada, con aumento de supervivencia y mejoría respiratoria. Ambas técnicas son seguras con baja mortalidad, siendo procedimientos idóneos para el tratamiento nutricional a largo plazo. La supervivencia está ligada a la evolución de la ELA y no a la colocación de PRG o PEG y debe basarse principalmente en las instalaciones y la experiencia en cada hospital.

#### **P-144. Utilización de la BIVA para la valoración de la nutrición y el pronóstico de mortalidad en pacientes valorados en la unidad cardiorrenal-metabólica**

Isabel María Vegas Aguilar<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>2</sup>, Clara Jiménez Rubio<sup>3</sup>, Manuel Jiménez Villodres<sup>4</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición, <sup>2</sup>Unidad de Endocrinología y Nutrición y servicios de <sup>3</sup>Cardiología y de <sup>4</sup>Nefrología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga*

**Introducción:** la creación de unidades cardiorrenales-metabólicas (UCRM) integradas aborda insuficiencia cardíaca y renal crónica mediante un enfoque multiparamétrico. Usando BIVA para valorar nutrición, se implementan estrategias que mejoran el pronóstico de pacientes con estas patologías de alta prevalencia y mortalidad.

**Objetivos:** obtener puntos de corte del parámetro de Nutrición medido mediante la BIVA para determinar el riesgo de mortalidad cardiovascular

**Material y métodos:** estudio prospectivo en la UCRM del hospital Virgen de la Victoria, Málaga, con 88 pacientes entre febrero 2022 y junio 2023. Se recogieron datos clínicos y bioimpedancia (BIVA), con un seguimiento mediano de 12 meses.

**Resultados:** la media de edad fue 72, 5 años, 65 % varones. El 92 % de la muestra eran pacientes hipertensos, 57 % diabéticos, 79 % dislipémicos y 30 % fumadores. El filtrado glomerular medio fue 30,7 mL/min. Padecían fibrilación auricular 59 % de los pacientes y tenían FEVI reducida ( $\leq 40$  %) igualmente 59 % frente a FEVI preservada 41 %. El número medio de fármacos por paciente fue de 14 (2,7 diuréticos de media, combo diuretic) (Tabla I) (Fig. 1; pág. siguiente).

**Conclusión:** la incorporación de nuevas técnicas en unidades nuevas como la UCRM, suponen un avance en el seguimiento y diagnóstico de estas patologías. La nutrición medida mediante la BIVA supone un hallazgo importante en el pronóstico de la supervivencia de estos pacientes.

Tabla I.

Variable	Sexo	Cut-off	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	AUC
Nutrición	Mujeres	461,5	96,30	50,00	0,630
Nutrición	Hombres	728,7	67,39	88,89	0,804
BCM	Mujeres	19,7	44,44	100,00	0,685
BCM	Hombres	23,1	71,74	77,78	0,790
FFMI	Mujeres	18,4	37,04	100,00	0,426
FFMI	Hombres	20,8	39,13	100,00	0,659
SMI	Mujeres	7,2	74,07	50,00	0,380
SMI	Hombres	10,2	45,65	88,89	0,639

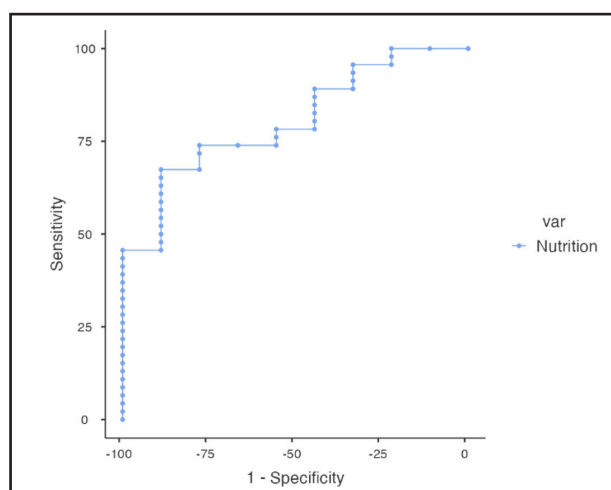


Figura 1.

**P-145. Valoración morfofuncional de la desnutrición relacionada a la enfermedad en pacientes con cáncer esofagogástrico: utilidad de la ecografía nutricional**

Erika Vieira Maroun, Agustín Ramos Prol, María Argente Pla, María José Pedraza Serrano, Olga Seguí Cotano, Pilar Masdeu López-Cerón, Juan Francisco Merino Torres

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

**Introducción:** la desnutrición relacionada a la enfermedad (DRE) es común en pacientes con cáncer esofagogástrico (CEG) y afecta su pronóstico. La ecografía nutricional (EN) es una herramienta prometedora para evaluar la grasa y masa muscular.

**Objetivos:** evaluar la utilidad de la EN en la valoración de la DRE en pacientes con CEG, comparándola con la bioimpedancia.

**Material y métodos:** estudio transversal, observacional y descriptivo. La valoración morfofuncional de la DRE se realizó mediante bioimpedanciometría eléctrica vectorial (BIVA), EN (U PROBE-L6C®), dinamometría (Jamar®) y el test funcional *Short Physical Performance Battery* (SPPB). La desnutrición se diagnosticó según criterios GLIM.

**Resultados:** 35 pacientes, 74,3 % hombres, con media de edad  $62,8 \pm 8,8$ . La prevalencia de desnutrición fue del 82,8 %. La tabla I muestra las diferencias entre los grados de desnutrición. Se observó una correlación moderada entre el ángulo de fase (PhA) y las mediciones ecográficas (área:  $r = 0,582$ ; eje Y:  $r = 0,602$ ;  $p < 0,001$ ). El eje Y fue el único parámetro de la ecografía muscular que se correlacionó con todos los criterios diagnósticos de la desnutrición: pérdida de peso ( $r = -0,386$ ;  $p = 0,022$ ), IMC ( $r = 0,599$ ;  $p < 0,001$ ), y ASMMI ( $r = 0,602$ ,  $p < 0,001$ ). Los marcadores del tejido adiposo subcutáneo (TAS) también se correlacionaron significativamente. El PhA solo se correlacionó de forma significativa con el ASMMI ( $r = 0,439$ ;  $p = 0,008$ ). El área se correlacionó con la dinamometría ( $r = 0,447$ ;  $p = 0,007$ ), pero no con el SPPB.

Tabla I.

Variables	Bien nutridos $n = 6$ (11,2 %)	Desnutrición moderada $n = 11$ (31,4 %)	Desnutrición severa $n = 18$ (51,4 %)	p
<b>BIVA</b>				
PhA (°)	$5,3 \pm 0,7$	$5,1 \pm 1,02$	$4,3 \pm 0,7$	0,016
FM (%)	$25,7 \pm 13,9$	$21,0 \pm 13,6$	$16,7 \pm 9,8$	0,255
ASMMI (kg/m <sup>2</sup> )	$7,7 \pm 1,5$	$7,6 \pm 0,8$	$6,0 \pm 0,8$	< 0,001
BCM (kg)	$29,9 \pm 4,7$	$27,6 \pm 5,6$	$21,7 \pm 4,9$	< 0,001

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

Variables	Bien nutridos <i>n</i> = 6 (11,2 %)	Desnutrición moderada <i>n</i> = 11 (31,4 %)	Desnutrición severa <i>n</i> = 18 (51,4 %)	<i>p</i>
<b>EN muscular</b>				
Área (cm <sup>2</sup> )	3,5 ± 0,9	3,5 ± 0,9	2,1 ± 0,6	< 0,001
Eje Y (cm)	1,1 ± 0,3	0,97 ± 0,19	0,68 ± 0,18	< 0,001
Eje X (cm)	3,64 ± 0,22	3,96 ± 0,12	3,46 ± 0,11	0,030
<b>EN abdominal</b>				
TAS total (cm)	2,08 (1,72-2,59)	1,30 (0,55-2,62)	1,0 (0,36-1,56)	0,012
TAS superficial (cm)	1,07 (0,73-1,26)	0,62 (0,34-0,95)	0,44 (0,19-0,65)	0,011
TAS visceral (cm)	0,63 (0,56-0,97)	0,62 (0,55-0,93)	0,34 (0,24-0,48)	0,004

**Conclusión:** la EN es útil y complementaria a la bioimpedancia para valorar la DRE en pacientes con CEG, mejorando la detección precoz y facilitando una intervención nutricional más efectiva.

#### P-146. Variables de ecografía muscular predictoras del riesgo de sarcopenia en pacientes con cáncer de pulmón. Grupo VALONC

María Teresa Zarco Martín<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, María del Carmen Galindo-Gallardo<sup>3</sup>, María del Carmen Roque Cuéllar<sup>4</sup>, Ana Sanz-Sanz<sup>5</sup>, María Luisa Fernández-Soto<sup>6</sup>, Juana María Rabat-Restrepo<sup>3</sup>, Silvia García-Rey<sup>4</sup>, Aura D. Herrera-Martínez<sup>5</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>6</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

**Introducción:** la sarcopenia ha sido definida y estudiada en pacientes con cáncer de pulmón en cuanto a la cantidad de masa muscular, demostrando una alta prevalencia y factor pronóstico en esta población. Las nuevas herramientas morfofuncionales complementan la valoración de la masa muscular y arroja datos de funcionalidad.

**Objetivos:** determinar qué variables de la ecografía del recto femoral determinan el riesgo de sarcopenia.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo multicéntrico, en hospitales nacionales, en pacientes con cáncer de pulmón en fase antes de iniciar tratamiento oncológico. Se evaluó la masa y función muscular mediante ecografía del recto femoral (RF), dinamometría y test funcionales. Estudio estadístico a través de JAMOV. Significancia estadística *p* < 0,05.

**Resultados:** se incluyeron 381 pacientes (69 % varones), edad media total de 66,7 ± 9,6 años. El 81,4 % mostraron riesgo de DRE. El 21 % de los pacientes tuvieron sarcopenia probable. La tabla I detalla los valores descriptivos de la masa y función muscular de la población a estudio. La dinamometría se correlacionó de forma significativa con medidas del recto femoral eje Y (*r* = 0,13, *p* < 0,05), eje Y cont. (*r* = 0,22, *p* < 0,001), diferencia del eje Y en contracción-reposo (*r* = 0,12, *p* < 0,05), área RF (*r* = 0,49, *p* < 0,001), TUG (*r* = -0,18, *p* < 0,05), test de la silla (*r* = 0,23, *p* < 0,001). Valores menores de eje Y en reposo (OR = 2,92, *p* < 0,01) y en contracción (OR = 2,4, *p* < 0,01), área RF (OR = 1,92, *p* < 0,01), menores repeticiones en el test de la silla (OR = 1,16, *p* < 0,01), así como mayor tiempo en TUG (OR = 0,90, *p* < 0,01) se asociaron a un mayor riesgo de sarcopenia.

**Conclusiones:** las variables ecográficas del RF, así como pruebas funcionales son herramientas útiles para detectar sarcopenia en pacientes con cáncer de pulmón.

Tabla I. Resultados descriptivos musculares

	Total	Hombres	Mujeres	<i>p</i>
Dinamometría (kg)	29,7 ± 10,2	33,3 ± 9,1	21,7 ± 7,6	< 0,001
Eje Y (cm)	1,3 ± 0,2	1,4 ± 1,2	1,1 ± 0,8	n.s
Eje Y cont. (cm)	1,8 ± 0,5	1,8 ± 1,0	1,7 ± 1,6	n.s
Dif. eje Y (cm)	0,7 ± 1,2	0,6 ± 0,8	0,7 ± 1,6	n.s
Área (cm <sup>2</sup> )	3,9 ± 0,9	4,2 ± 1,4	3,3 ± 1,2	< 0,001
TUG (s)	8,5 ± 4,1	8,4 ± 4,0	8,7 ± 4,3	n.s
Test silla (rep.)	12,7 ± 4,4	12,7 ± 4,5	12,8 ± 4,3	n.s

---

## PEDIATRÍA

---

### P-147. El desempleo parental como moderador de la efectividad de un programa de prevención de la obesidad en los hábitos alimentarios infantiles: resultados del estudio IDEFICS

---

Alelí M. Ayala Marín<sup>1</sup>, Pilar de Miguel-Etayo<sup>1,2</sup>, Javier Santabábara Serrano<sup>3</sup>, Isabel Iguacel<sup>1,2</sup>, Luis A. Moreno Aznar<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>IIS Aragón. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. Growth, Exercise, Nutrition and Development (GENUD) Research Group. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. Instituto Agroalimentario de Aragón (IA2). Zaragoza. Departamento de Fisiología y Enfermería. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. <sup>2</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBn). CB15/0043. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. <sup>3</sup>Department of Microbiology, Preventive Medicine and Public Health. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Instituto de Salud Carlos III. Madrid

**Introducción:** se desconoce el impacto del estatus de empleo parental en los hábitos alimentarios de los niños tras participar en programas de prevención de la obesidad.

**Objetivos:** los objetivos son: evaluar la efectividad del ensayo comunitario IDEFICS en cumplir las recomendaciones de consumo de agua ( $\geq 4$  veces/día), bebidas azucaradas-edulcoradas (= 0 veces/semana) y frutas-vegetales (FVs  $\geq 5$  veces/día), y analizar si la efectividad fue moderada por el desempleo de al menos un padre.

**Material y métodos:** se analizaron los datos de 9186 niños (2,0-9,9 años) de ocho países europeos (Alemania, Bélgica, Chipre, España, Estonia, Hungría, Italia y Suecia), cuyos padres respondieron al Cuestionario de Hábitos Alimentarios y Frecuencia de Consumo de Alimentos. Para evaluar la efectividad de la intervención, luego de dos años de seguimiento, se usaron modelos de regresión logística de efectos mixtos multinivel y se le añadió el término de interacción (grupo de estudio\*empleo) para evaluar el estatus de empleo como posible variable de moderación.

**Resultados:** la intervención IDEFICS fue efectiva para cumplir con el consumo de agua, ineficaz para las bebidas azucaradas-edulcoradas y tuvo un efecto negativo inesperado sobre el consumo de FVs. El empleo de los padres moderó el efecto de la intervención sobre el consumo de agua, favoreciendo en un 17 % a los niños cuyos padres estaban empleados, mientras que los niños con al menos un padre desempleado obtuvieron un efecto negativo inesperado (no significativo) de un 27 %.

**Conclusión:** concluimos que a pesar de que la intervención fue efectiva para que los niños bebieran agua, el estado laboral de los padres moderó el efecto de la intervención en su consumo. Se desconoce la razón de este hallazgo, dado a que el agua en la mayoría de los hogares europeos es accesible y potable. El desempleo no explica la falta de efecto ni el efecto negativo en el consumo de bebidas azucaradas-edulcoradas y FVs, respectivamente.

### P-148. Mejorando la salud intestinal infantil: innovaciones en la identificación, caracterización y administración de nuevos prebióticos desde la lactancia al destete

---

Daniela Barile, Davis Mills

Food Science. University of California Davis. Davis, USA

**Introducción:** los glicanos de la leche humana pueden estar libres (oligosacáridos) o conjugados (unidos a proteínas/lípidos) y son clave para el desarrollo del microbioma intestinal. Sin embargo, su potencial para la salud ha sido escasamente explotado. Aunque se han estudiado los mecanismos de catabolismo de oligosacáridos por bifidobacterias en lactantes, el consumo de glicoconjugados de la leche permanece poco definido y el potencial terapéutico de los prebióticos selectivos sigue siendo limitado.

**Objetivos:** recientemente, descubrimos una fuente abundante en el sector lácteo proveniente de la extracción de suero-proteínas, ProCream, que favorece el crecimiento de bifidobacterias "transicionales", predominantes en la etapa de transición entre la lactancia materna y las dietas basadas en plantas. Este trabajo explora el uso de los glicoconjugados de ProCream y oligosacáridos de origen vegetal, y caracteriza la capacidad genómica, transcriptómica y metabolómica de bifidobacterias específicas que crecen de manera robusta utilizando ProCream como fuente de carbono.

**Material y métodos:** ProCream fue obtenido de una leche local. El análisis proteómico utilizó protocolos convencionales (reducción, alquilación y digestión con tripsina). Los péptidos fueron analizados mediante Orbitrap Exploris/PEAKS. Se emplearon técnicas de culturomics para identificar las bifidobacterias que crecen robustamente en ProCream. Dado que los polisacáridos vegetales no son fácilmente consumidos por el microbioma intestinal y la complejidad estructural de los prebióticos comerciales no representa completamente la diversidad composicional de las plantas, aplicamos la reacción de Fenton para producir oligosacáridos a partir de pulpa de remolacha.

**Resultados y conclusión:** a través de la proteómica, identificamos 1300 proteínas in ProCream, muchas glicosiladas. La transcriptómica reveló una regulación diferencial de carbohidrolasas, demostrando que Procream proporciona prebióticos selectivos, promoviendo el crecimiento rápido de bifidobacterias transicionales en la transición de la leche a vegetales. La reacción de Fenton generó oligosacáridos de subproductos de remolacha, impulsando simbióticos sostenibles para estabilizar el microbioma en lactantes en riesgo durante el destete y favorecer una transición suave.

### P-149. El bajo peso al nacer se asocia con hipertensión en niños y adolescentes

---

Marco Brandimonte-Hernández<sup>1</sup>, Sophia M. Blaauwendraad<sup>2</sup>, Arwen Sj Kamphuis<sup>2</sup>, Consortium Group Ilsi<sup>3</sup>, Romy Gaillard<sup>2</sup>, Ángel Gil<sup>1</sup>, Francisco Javier Ruiz-Ojeda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Bioquímica y Biología Molecular II. Universidad de Granada. Granada, España. <sup>2</sup>The Generation R Study Group Erasmus MC. University Medical Center. Róterdam, Países Bajos. <sup>3</sup>International Life Sciences Institute Europe. Bruselas, Bélgica

**Introducción:** diferentes factores de riesgo en las primeras etapas de la vida podrían predisponer al desarrollo de futuras enfermedades metabólicas y cardiovasculares. Existe evidencia de que el bajo peso al nacer (BPN) se puede asociar a un mayor riesgo de hipertensión durante la infancia y la adolescencia.

**Objetivos:** determinar mediante un meta-análisis la asociación entre BPN e hipertensión en niños y adolescentes.

**Material y métodos:** se seleccionaron estudios longitudinales que evaluaron el riesgo de BPN (percentil < 25) y BPN (percentil < 10) y lo asociaron con alta presión arterial (percentil > 90) e hipertensión (percentil > 95) en niños y adolescentes. Se utilizaron modelos de efectos aleatorios para calcular la razón de probabilidades (*odds ratio*, OR) y el intervalo de confianza (IC 95 %) para la hipertensión. La heterogeneidad se evaluó con el test de Q y con el I<sup>2</sup>, representando la variación total entre los estudios. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 10 artículos en el meta-análisis. En comparación con niños recién nacidos con peso normal, los niños con BPN presentaban un riesgo de desarrollar alta presión arterial o hipertensión 1,98 veces superior (IC 95 %: 1,46-2,70;  $p < 0,01$ ). En 4 artículos donde se evaluó la asociación entre BPN e hipertensión, el BPN se asoció significativamente con la hipertensión (OR: 1,77; IC 95 %: 1,12-2,80;  $p < 0,01$ ). El BPN se asoció con alta presión arterial e hipertensión en niños y adolescentes. Estos hallazgos podrían tener una relevancia clínica de interés, ya que se podrían utilizar para predecir el riesgo de consecuencias cardiometabólicas, especialmente la hipertensión. A pesar de la relevancia de estos resultados, son necesarios más estudios centrados en la presencia de un subgrupo potencialmente vulnerable como es el de niños y adolescentes, con el objetivo de desarrollar nuevas estrategias preventivas que puedan resultar beneficiosas.

### **P-150. Análisis de la fosfatemia en neonatos pretérmino después del cambio de composición de la nutrición parenteral estándar del primer día**

Alba Couso Cruz<sup>1</sup>, Xabier Larrea Urtaran<sup>1</sup>, Neus Sunyer Esquerrà<sup>1</sup>, Sonsoles García Rodicio<sup>1</sup>, Eva Martínez Díaz<sup>1</sup>, Ana María Durán Muñoz<sup>2</sup>, Carles Quiñones Ribas<sup>1</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Farmacia y de <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Girona*

**Introducción:** la nutrición parenteral (NP) en recién nacidos pretérmino (RNPT) es fundamental para proporcionar nutrientes esenciales en las primeras horas de vida. En febrero de 2024, se modificó la NP estándar del primer día (NPPD) en base a las guías ESPGHAN/ESPEN/ESPR reduciendo las kcal/kg/día (de 63 a 58), manteniendo el aporte de glucosa (7 g/kg/día) y aumentando el aporte de fosfato de 0,4 mmol/kg/día a 1,3 mmol/kg/día.

**Objetivos:** evaluar el impacto del cambio en la composición de la NPPD sobre los niveles séricos de fosfato en RNPT.

**Material y métodos:** estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron los RNPT que recibieron NPPD durante 9 meses

(de marzo a noviembre 2024) y se compararon con RNPT que recibieron NPPD en un periodo similar previo al cambio. Las variables recogidas fueron: edad gestacional, peso, retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) y fosfato sérico, considerándose valores adecuados entre 4,2-7,5 mmol/dL. Para el análisis estadístico se realizó la prueba *t* de student y chi-cuadrado.

**Resultados y conclusión:** en el periodo previo al cambio de NPPD, se incluyeron 31 pacientes con peso medio de  $1,29 \pm 0,48$  kg y edad gestacional media de 30 semanas + 5 días  $\pm$  3 semanas + 2 días. El valor medio de fosfato (VMF) fue de  $4,35 \pm 1,07$  mmol/dL. El 38,7 % ( $n = 12$ ) presentó hipofosfatemia y el 61,3 % ( $n = 19$ ) tuvo niveles adecuados. Ninguno presentó hiperfosfatemia. Los 12 pacientes con RCIU tuvieron un VMF de  $3,86 \pm 1,11$  mmol/dL, de éstos el 66,7 % ( $n = 8$ ) presentó hipofosfatemia. En el periodo de 2024, se incluyeron 35 pacientes, peso medio  $1,20 \pm 0,54$  kg ( $p = 0,43$ ) y edad gestacional media de 29 semanas + 6 días  $\pm$  3 semanas + 4 días ( $p = 0,14$ ). El VMF fue de  $5,71 \pm 1,23$  mmol/dL ( $p < 0,01$ ). El 11,4 % ( $n = 4$ ) presentó hipofosfatemia ( $p = 0,01$ ), el 82,9 % ( $n = 29$ ) niveles adecuados y el 5,7 % ( $n = 2$ ) hiperfosfatemia. Los 14 pacientes con RCIU tuvieron un VMF de  $4,99 \pm 1,14$  mmol/dL ( $p = 0,01$ ), de los cuales el 21,4 % ( $n = 3$ ) presentó hipofosfatemia ( $p = 0,02$ ). La modificación de la composición de la NPPD redujo significativamente la aparición de hipofosfatemia en los RNPT, especialmente en los pacientes con RCIU.

### **P-151. Elaboración de gel oral de dextrosa al 40 % en hipoglucemia neonatal**

Manuel Ángel Torrecilla Abril, José Moreno Banegas, Pilar López López, Adrián Domingo Adrados, Astrid Guardiola Abenza

*Hospital Universitario de Jaén. Jaén*

**Introducción:** la hipoglucemia neonatal es un problema metabólico muy frecuentes en neonatos. El Servicio de Pediatría nos planteó la posibilidad de elaborar una fórmula magistral de dextrosa 40 % gel oral para el tratamiento de hipoglucemia neonatal en RN > 35 semanas asintomáticos.

**Objetivos:** describir la elaboración de la FM de gel de Dextrosa oral 40 % solicitada.

**Material y métodos:** estudio descriptivo de la formulación de gel oral de dextrosa al 40 %. Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre FMs descritas en la literatura. Se efectuaron ensayos y controles según el procedimiento de elaboración de formas farmacéuticas semisólidas del formulario nacional.

**Resultados y conclusión:** en bibliografía encontramos dos referencias. La primera FM se elabora a partir de glucosa anhidra como materia prima. El PNT de elaboración (100 ml) es el siguiente: añadir 40 g de glucosa poco a poco en 100 ml de agua conservante en continua agitación. Añadir 1 g de carboximetilcelulosa a la mezcla anterior hasta disolución y adquisición de viscosidad adecuada. La segunda FM se prepara a partir de solución comercial de Glucosa 50 %. El PNT de elaboración (100 ml) es el siguiente: dispersar en 14 ml de agua para inyección,



nipasol (0,02 g) y nipagin (0,16 g). Posteriormente agregar la mezcla anterior a 80 ml de solución de glucosa 50 %. Humedecer la carboximetilcelulosa con cantidad adecuada de glicerol (4 g), mezclar con la solución anterior en movimiento y evitando formación de grumos. Mantener en reposo durante 24 h. Finalmente decidimos elaborar la primera, el acondicionamiento se realizó en jeringas de 2,5 ml nutrisafe 2 con tapa Enfit. La caducidad asignada fue de 1 mes en nevera. Ante un episodio de hipoglucemia precoz (< 72 h) asintomática administrar primera dosis (0,5 ml/kg) en la mucosa yugal junto con una toma. Si tras control de glucemia a los 30min persiste la hipoglucemia asintomática, se administra segunda dosis (0,5 ml/kg) junto con toma. Si persiste hipoglucemia estará indicado el ingreso con sueroterapia. La FM de dextrosa oral al 40 % es una alternativa costo-efectiva. Podría reducir la separación madre-hijo, así como disminuir los ingresos en UCI.

---

## ALIMENTACIÓN ORAL

---

### P-152. Diversidad dietética: un factor a valorar en la prevención de la obesidad

---

Camila Bencheluch Morales, Xandra Luque Azores, María Eugenia Dulcich Bordagaray, Teresa Pérez Torres, María Concepción Manrique Alonso

Área de Gastronomía y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Madrid

**Introducción:** la diversidad dietética es un factor fundamental que determina dietas de alta calidad y una alimentación saludable. Se ha observado un declive en la diversidad dietética en adultos mayores y jóvenes, por causas multifactoriales. A pesar de esto, los estudios sobre la asociación entre la diversidad dietética y el sobrepeso/obesidad son inconsistentes.

**Objetivos:** valorar la relación entre la puntuación de diversidad dietética y el IMC de los participantes de una población hospitalaria.

**Material y métodos:** estudio transversal descriptivo, realizado en la Clínica Universidad de Navarra en Madrid durante el Día Mundial de la Alimentación 2024. La puntuación de diversidad dietética (DDS) se valoró mediante las directrices de la Organización para la Alimentación y la Agricultura a través de un registro dietético de 24 horas y un cuestionario de consumo individual sobre dieciséis grupos de alimentos. Análisis estadísticos en SPSS.

**Resultados:** se evaluaron 62 participantes, con edad media  $43,93 \pm 18,71$ . La media de peso fue  $64,15 \text{ kg} \pm 17,43$  y de IMC  $23,2 \text{ kg/m}^2 \pm 6,07$ . Con respecto al puntaje de DDS la media fue de  $(10,40 \pm 2,33)$ . Entre grupos de edad, los participantes de 40-69 y > 70 tenían medias de diversidad dietética mayores en comparación con el grupo de 20-39. De igual forma se observó una relación inversamente negativa entre el DDS

e IMC de los participantes dentro del grupo de 20-39 y > 70, siendo estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ ). En el caso del grupo 40-69 tienen una asociación positiva entre el DDS y el IMC ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** nuestro análisis mostró que a menor diversidad dietética mayor IMC en adultos mayores y jóvenes. Esto resalta que no llevar patrones adecuados puede ocasionar mayor riesgo de sobrepeso y obesidad, relacionados con mayor riesgo de enfermedades metabólicas. Observamos la necesidad de una educación dietética en la población para mejorar estos resultados.

### P-153. ¿Debemos realizar una valoración nutricional a los pacientes hospitalizados con hipoproteinemia?

---

Marta Carrasco Marín-Blázquez, Josep León Mengíbar, Cristina Moreno Castilla, Cristina Domínguez Gadea, Carla Abella Iglesias, Núria Piñol Prats, Anna Trepal Piñol, Javier Suárez Balaguer, Ana Gloria Soler Beunza, Marta Bueno Díez

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

**Introducción:** pese a que tradicionalmente la albúmina y la prealbúmina se utilizaban como parámetros de valoración nutricional, actualmente sabemos que son reactantes de fase aguda inversos por lo que la ASPEN recomienda evitar su uso como marcadores de desnutrición y en la monitorización de terapias nutricionales. Sin embargo, las interconsultas al servicio de Nutrición por hipoproteinemia siguen siendo frecuentes.

**Objetivos:** analizar el diagnóstico e intervención nutricional de los pacientes ingresados en nuestro centro en los que se solicitó interconsulta por hipoproteinemia en los últimos 9 meses (marzo-noviembre 2024).

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo tras revisar las historias clínicas de los pacientes y tratar los datos mediante el programa estadístico STATA.

**Resultados:** se obtuvo una muestra de 45 pacientes. El 50,2 % eran mujeres, la edad media fue de 76 años y el IMC medio de  $26,2 \text{ kg/m}^2$ . Solo un 51,11 % de los pacientes presentaban desnutrición atendiendo a los criterios GLIM (44,44 % moderada, 6,67 % grave). Del resto, un 28,9 % presentaba riesgo nutricional. Ni las proteínas totales, ni la albúmina ni la prealbúmina presentaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes desnutridos y pacientes sin riesgo nutricional. No obstante, en el 97,78 % de pacientes se realizó algún tipo de intervención nutricional, siendo la más habitual las modificaciones dietéticas (71,11 %), seguida por la suplementación nutricional oral con fórmulas completas (66,6 %) y la suplementación con módulos proteicos (26,66 %).

**Conclusión:** casi la totalidad de los pacientes con hipoproteinemia recibieron alguna intervención nutricional pese a que solamente la mitad presentaban desnutrición. Con base en estos resultados, consideramos adecuado seguir realizando una valoración nutricional completa a estos pacientes.

### P-154. Actitud del clínico frente a la desnutrición y su impacto en la práctica clínica habitual: estudio ATICO

Silvia Veses Martín<sup>1</sup>, Christian Salom Vendrell<sup>1</sup>, Raquel de la Iglesia Arnáez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Dr. Peset. FISABIO. València. <sup>2</sup>Laboratorios Ordesa. Medical Marketing. Barcelona

**Introducción:** la desnutrición representa un importante problema clínico que impacta diversos aspectos de la vida del paciente, siendo crucial la actitud y opinión de los profesionales para un manejo efectivo de esta condición.

**Objetivos:** conocer la actitud de los profesionales de la salud respecto a la desnutrición, sus métodos diagnósticos y sus prácticas clínicas.

**Material y métodos:** cuestionario *online* dirigido a especialistas de la salud encargados del manejo clínico de pacientes con desnutrición clínica en el contexto sanitario español.

**Resultados:** participaron 164 especialistas del sistema sanitario público y privado, perteneciendo a diferentes especialidades y regiones y aportando información sobre el tratamiento de 935 pacientes. El 84,1 % de los especialistas consideraron que es crucial estar entrenado para comunicar adecuadamente con los pacientes desnutridos. Un 67,5 % coincidió en que la desnutrición afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. El 70,7 % de los profesionales encuestados utilizan cuestionarios para el diagnóstico de la desnutrición, siendo los más empleados el MUST (55,7 %) y el MNA-SF (56,5 %). Los parámetros clínicos más votados para detectar la desnutrición clínica son la pérdida de peso involuntaria (59,8 %) y el descenso de albúmina y prealbúmina (47,6 %). Todas las dietas completas FontActiv han mostrado una valoración positiva con respecto a su grado de mejora del estado nutricional y a su grado de satisfacción. FontActiv HP/HC ha sido el producto más recomendado en la mayoría de las situaciones clínicas, especialmente en casos de desnutrición calórico-proteica (32,6 %) y anorexia/pérdida de peso (31,9 %). FontActiv HP/HC Fibra se recomendó con mayor frecuencia en pacientes con restricción en la ingesta de líquidos (23,7 %) y alteraciones mecánicas de la deglución (21,1 %).

**Conclusión:** los resultados revelan una sensibilización de los profesionales hacia la desnutrición y confirman la relevancia de un diagnóstico adecuado y el uso de suplementos nutricionales específicos en el tratamiento de la desnutrición.

### P-155. Validación de etiquetado en la recepción de mercancías, punto de control necesario para la seguridad del paciente con alergia a alimentos

José Ferreira Vacas<sup>1</sup>, Verónica González Abreu<sup>2</sup>, Pilar de la Rosa Moyano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>3</sup>Qoras I+D+i S. L. Córdoba

**Introducción:** la entrada en vigor del R(UE) 1169/11 no es suficiente para garantizar la seguridad del paciente alérgico

a alimentos. Hay que establecer procedimientos de control de las materias primas suministradas que garanticen los procesos de elaboración seguros y eviten una dieta de exclusión innecesaria.

**Objetivos:** disponibilidad de alimentos para una alimentación saludable y equilibrada. Seguridad del paciente con alergia o intolerancia alimentaria

**Material y métodos:** diseño de un procedimiento de homologación de ingredientes, en el que se comprobará el contenido de fichas técnicas y su correspondencia con la información disponible en etiquetado, en relación 14 alérgenos de obligada declaración y cualquier otra sustancias que pudiera ocasionar una reacción adversa a alimentos para garantizar el acceso a alimentos seguros. Vigilancia en la recepción de mercancías de los criterios de aceptación de homologación de ingredientes.

**Resultados y conclusión:** se ha comprobado la información de 9268 alérgenos en las 662 materias primas recepcionadas constituyentes de los platos que conforman el código dietético de invierno y verano. Estas materias primas conforman un total de 6033 ingredientes, lo que significa que se ha trabajado con información de 84 462 alérgenos. Con los resultados obtenidos se ha actualizado la información proporcionada al usuario y se evidenciado que los controles de etiquetado en la recepción de materias primas tienen que ser un punto de control permanente, ya que es el primer paso para garantizar una correcta nutrición e inocuidad de los pacientes alérgicos, ayudando a prevenir contactos cruzados y mejorando continuamente la gestión de procesos.

### P-156. Análisis de la variabilidad en los sobres de azúcar y edulcorantes en cafeterías

Verónica González Abreu<sup>1</sup>, José Ferreira Vacas<sup>2</sup>, Gabriel Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Introducción:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una ingesta diaria máxima de 25 gramos de azúcares para un adulto con una dieta de 2000 calorías, lo que representa el 5 % de la ingesta total. Sin embargo, el consumo de azúcar en entornos como cafeterías, bares y restaurantes puede exceder esta cantidad debido a la falta de información clara sobre el contenido de los sobres de azúcar y edulcorantes.

**Objetivos:** evaluar los tipos de azúcares y edulcorantes disponibles en cafeterías, determinar la variabilidad en el peso neto de los sobres y analizar si los consumidores son conscientes sobre cuánta cantidad de azúcar o edulcorante están consumiendo.

**Material y métodos:** se visitaron 40 establecimientos, incluyendo bares, restaurantes y cafeterías. En cada uno se identificaron tipos de azúcar y edulcorantes ofrecidos para café o leche, y se registraron los pesos netos de los sobres disponibles. Además, se encuestó a 10 clientes seleccionados aleatoriamente en cada centro para evaluar si revisaban el peso neto de los sobres antes de decidir la cantidad a consumir.

**Resultados y conclusión:** todos los establecimientos ofrecían azúcar blanca y edulcorantes en sobres, mientras que el 75 % incluía azúcar moreno. Los pesos netos variaban considerablemente, como se detalla en la tabla I.

**Tabla I.**

Tipo de azúcar	Porcentaje de establecimientos
Azúcar blanca	100 %
Azúcar moreno	75 %
Edulcorantes	100 %

De los clientes encuestados, 90 % no revisaban el peso neto y asumían que todos contenían la misma cantidad. El estudio subraya la necesidad de un enfoque más consciente por parte de los consumidores al utilizar sobres de azúcar y edulcorantes. La diversidad en el peso neto, implica que el consumo puede variar significativamente sin que los usuarios sean conscientes de ello.

#### **P-157. Efecto de un suplemento nutricional oral (SNO) hiperproteico/hipercalórico enriquecido en calcio, vitamina D, DHA y fibra en pacientes con diabetes mellitus y desnutrición**

Bricia López Plaza<sup>1</sup>, Lucía Arcos Castellanos<sup>1</sup>, Rosa García Moreno<sup>2</sup>, Laura Mola Reyes<sup>2</sup>, Noemí González Pérez del Villar<sup>3</sup>, Marlhyn Valero Pérez<sup>2</sup>, Marta Pulido Vega<sup>2</sup>, Carolina García Gutiérrez<sup>2</sup>, Samara Palma Milla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz (Idi-PAZ). Madrid. Unidades de <sup>2</sup>Nutrición Clínica y Dietética y de <sup>3</sup>Diabetes. Hospital Universitario La Paz. Madrid

**Introducción:** España es el segundo país con mayor prevalencia de diabetes de Europa, con una prevalencia del 14,8 %. Por otro lado, se ha observado un incremento de la desnutrición relacionada con la enfermedad en estos pacientes.

**Objetivos:** evaluar el efecto del consumo habitual de un SNO hiperproteico/hipercalórico enriquecido en calcio, vitamina D, DHA y fibra en pacientes con DM2 y desnutrición.

**Material y métodos:** estudio piloto observacional prospectivo de ocho semanas durante las cuales cada paciente consumió 1-2 SNO en función de sus requerimientos energéticos. Criterios de inclusión: pacientes ambulatorios  $\geq 18$  años con DM2 (controlada, HbA1c  $< 8$  %) y desnutrición (Criterios GLIM) que precisaran SNO. Al inicio y al final se valoró el estado nutricional, la seguridad, la adherencia y tolerancia gastrointestinal (CTCAE) al SNO. CEIm.CEI.HULP-6092.

**Resultados y conclusión:** 24 pacientes con una edad media de  $71 \pm 9$  años (71 % varones) completaron el seguimiento. Hubo buena adherencia (89 % de consumo) y tolerancia [CTCAE grado 0 (ausente): 87 % distensión o dolor abdominal, diarrea o náuseas, 83 % regurgitación o reflujo] al tratamiento. Tras finalizar el estudio, 29 % de la población estuvo nuevamente normonutrida (basal: 0 %) y los pacientes con desnutrición moderada pasaron del 86 al 52 % ( $p = 0,067$ ). Se observó una reducción de la HbA1c ( $p = 0,090$ ) y un incremento del C-HDL ( $p = 0,078$ ) (Tabla I).

**Tabla I. Principales resultados del inicio al fin de la intervención ( $X \pm DS$ )**

		Rangos de normalidad	Inicio (v1)	60 días (v3)	Cambio v1-v3	p
Metabolismo de la glucosa	Glucosa	74-106 mg/dl	143,32 $\pm$ 37,43	138,11 $\pm$ 54,95	-5,21 $\pm$ 45,33	0,276
	Insulina	5-20 $\mu$ U/mL	10,06 $\pm$ 5,81	9,88 $\pm$ 10,06	-0,19 $\pm$ 8,26	0,279
	HbA1c	4-5,7 %	7,09 $\pm$ 0,7	6,76 $\pm$ 1,28	-0,33 $\pm$ 1,03	0,099
Perfil lipídico	Colesterol total	< 200 mg/dL	145,68 $\pm$ 46,06	140,05 $\pm$ 44,35	-5,63 $\pm$ 38,96	0,601
	Colesterol HDL	> 50 mg/dL	44,84 $\pm$ 20,82	50 $\pm$ 19,34	5,34 $\pm$ 10,87	0,078
	Colesterol no HDL	< 160 mg/dL	78,87 $\pm$ 27,1	89,44 $\pm$ 33,3	5,5 $\pm$ 30,25	0,737
	Colesterol LDL	< 130 mg/dL	77,5 $\pm$ 26,1	77,07 $\pm$ 26,86	1,07 $\pm$ 13,48	0,950
	Triglicéridos	< 150 mg/dL	114,37 $\pm$ 47,62	100,78 $\pm$ 42,19	-13,89 $\pm$ 41,39	0,173
Vitaminas	Vitamina A	0,30-0,70 $\mu$ g/mL	0,57 $\pm$ 0,25	0,58 $\pm$ 0,2	0,02 $\pm$ 0,15	0,465
	Vitamina D	30-100 ng/mL	26,63 $\pm$ 14,03	31 $\pm$ 17,6	3,43 $\pm$ 8,3	0,018
	Vitamina E	5-20 $\mu$ g/mL	13,95 $\pm$ 5,40	11,86 $\pm$ 4,26	-2,09 $\pm$ 9,31	0,715
	Vitamina B <sub>12</sub>	211-911 pg/mL	358,13 $\pm$ 212,94	433,78 $\pm$ 364,9	75,64 $\pm$ 215,56	0,028
	Folato	>2,6 ng/mL	13,69 $\pm$ 7,16	17,43 $\pm$ 5,68	3,74 $\pm$ 3,29	0,242
Parámetros de seguridad	Creatinina	0,50-1,10 mg/dL	0,72 $\pm$ 0,2	0,77 $\pm$ 0,19	0,04 $\pm$ 0,1	0,093
	Filtrado Glomerular	> 60 (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	84,89 $\pm$ 8,58	82,95 $\pm$ 11,74	-1,95 $\pm$ 5,73	0,222
	Urato	2,3-6,6 mg/dL	4,05 $\pm$ 1,58	4,62 $\pm$ 1,08	0,58 $\pm$ 0,88	0,022
	AST	< 40 U/L	27,58 $\pm$ 34,78	24,84 $\pm$ 16,43	-2,75 $\pm$ 37,97	0,752
	ALT	> 35 U/L	53,24 $\pm$ 81,45	31,55 $\pm$ 32,99	-21,77 $\pm$ 60,95	0,198
	Bilirrubina total	0,30-1,20 mg/dL	1,85 $\pm$ 3,7	0,78 $\pm$ 0,58	-1,05 $\pm$ 3,63	0,959

AST: aspartato aminotransferasa; ALT: alanina aminotransferasa.

Hubo un incremento significativo de la concentración plasmática de la vitamina D ( $p = 0,018$ ) y  $B_{12}$  ( $p = 0,028$ ). Los parámetros de seguridad permanecieron estables. Por lo tanto, el consumo habitual de un SNO hiperproteico/hipercalórico enriquecido en calcio, vitamina D, DHA y fibra en pacientes con DM2 y desnutrición es seguro y puede contribuir a mejorar el estado nutricional de estos pacientes. Su ingesta no alteró el metabolismo de la glucosa o el perfil calórico y podría contribuir a mejorar la concentración de vitamina D y  $B_{12}$ . Además, presentó buena adherencia y tolerancia gastrointestinal.

### P-158. Evaluación de la alimentación oral en una residencia de mayores mediante la escala funcional oral de alimentación (FOIS)

Luisa María Muñoz Salvador, Leticia Ortiz Paredes, Palmira García Muñoz, Carmen Lambea de Jesús, Claudio Bravo Henao

*Residencia El Encinar de las Cruces. Don Benito, Badajoz*

**Introducción:** la escala funcional oral de alimentación (FOIS) es una herramienta clínica diseñada para evaluar el nivel de independencia de un paciente respecto a la alimentación oral. La FOIS es útil para establecer el estado actual del paciente y monitorizar su progreso en el tiempo. Se compone de siete niveles con diferentes grados de dependencia o independencia en la alimentación oral.

**Objetivos:** evaluar las capacidades de ingesta oral de los residentes. Controlar la dieta para crear el mejor plan de acción para asegurarse de que reciben la nutrición que necesitan.

**Material y métodos:** registro de la capacidad de ingesta la escala FOIS, que va desde el nivel 1 (nada por vía oral), nivel 2 (dependiente de vía enteral, con mínima ingesta oral de algún alimento o líquido), nivel 3 (dependiente de vía enteral, con alimentación oral de alimento o líquidos consistentes, nivel 4 (alimentación completamente vía oral con una única consistencia, nivel 5 (alimentación completamente vía oral con múltiples consistencias, pero requiere de una preparación especial y compensaciones, nivel 6 (alimentación completamente vía oral. No requiere preparación especial, pero presenta restricciones específicas de algunos alimentos) y nivel 7 (alimentación completamente vía oral sin restricciones).

**Resultados y conclusión:** estudio descriptivo sobre 161 ancianos institucionalizados. La edad media de la muestra es de 87 años. El 82 % presentan enfermedades crónicas (diabetes, deterioro cognitivo e insuficiencia cardíaca). Respecto a la escala FOIS, el 43,8 % obtienen una puntuación de 5, el 30,2 % de 6, de 4 el 23 %, el 13 % de 3, el 7,9 % de 1 y el 1,4 % una puntuación de 7. No obteniendo ningún residente puntuación de 2. Cada nivel de la FOIS proporciona información sobre las capacidades de alimentación del paciente, lo que permite a los profesionales de la salud desarrollar planes de tratamiento personalizados y medir el progreso en el tiempo, siendo particularmente útil en entornos de rehabilitación.

## PACIENTE QUIRÚRGICO

### P-159. Estado nutricional perioperatorio y resultados clínicos en pacientes con cáncer colorrectal

Juliana Belluccini<sup>1</sup>, Mercedes Ruiz de Villegas García-Pelayo<sup>1,2</sup>, Carmen Galán Retamal<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga. <sup>2</sup>Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga, Málaga

**Introducción:** evaluar el estado nutricional de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) durante el perioperatorio es esencial, ya que un adecuado estado nutricional se asocia a mejores resultados clínicos.

**Objetivos:** describir el estado nutricional perioperatorio en pacientes sometidos a cirugía por CCR y medir los resultados clínicos tras una intervención nutricional.

**Material y métodos:** estudio descriptivo prospectivo en pacientes sometidos a cirugía por CCR entre febrero y noviembre de 2024 en un hospital comarcal. Se evaluó el estado nutricional mediante CONUT, criterios GLIM, dinamometría, datos antropométricos y bioquímicos. Según este, se implementó consejo nutricional-suplementación oral. Tras la cirugía se analizaron funcionalidad (fuerza y masa muscular), complicaciones posoperatorias (según Clavien-Dindo) y estancia hospitalaria. El análisis estadístico utilizó técnicas descriptivas y regresión lineal simple (Stata 14.0).

**Resultados:** se estudiaron un total de 55 pacientes: 76,4 % hombres y 23,6 % mujeres, con una edad media de 72,3 años. Las principales localizaciones tumorales fueron recto (25,4 %), colon derecho (29,1 %) y sigmoide (14,6 %). El estado nutricional fue según CONUT: 81,8 % bajo riesgo de desnutrición, 14,5 % moderado y 3,9 % alto; según criterios GLIM: 65 % estado nutricional normal, 25,4 % desnutrición moderada y 9 % severa. La fuerza mejoró (dinamometría 27,4 kg frente a 29,6 kg), y se mantuvo la masa muscular (circunferencia de pantorrilla 35,2 cm frente a 35,4 cm) en el posoperatorio. El 33,3 % presentaron complicaciones posoperatorias: grado I (19,6 %), grado II (7,8 %), grado III (2 %) y grado V (3,9 %). La mediana de estancia hospitalaria fue 5.5 días correlacionándose niveles elevados de PCR a mayor estancia.

**Conclusión:** la intervención nutricional en el perioperatorio sugiere un beneficio en el estado funcional y nutricional. Sin embargo, la inflamación sistémica mostró impacto negativo en la estancia hospitalaria. Realizar un correcto manejo nutricional de estos pacientes es fundamental para obtener mejores resultados clínicos.

### P-160. Evolución de parámetros nutricionales de pacientes con carcinomatosis peritoneal sometidos a cirugía de citorreducción y quimioterapia intraoperatoria hipertérmica

M.<sup>a</sup> Luisa Carrascal Fabián, Miguel Cambor Álvarez, Atocha Bielza González, Tamara Hernández Hernández, Beatriz Rodríguez Herrera, Cristina

Velasco Gimeno, Irene Bretón Lesmes, Clara Serrano Moreno, Cristina Cuerda Compés

*Servicio de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

**Introducción:** la bioimpedancia eléctrica es un método rápido no invasivo para estimar la composición corporal y el estado nutricional. Su aplicación ha demostrado ser útil para valorar cambios a corto y largo plazo.

**Objetivos:** estudiar la evolución de parámetros antropométricos, nutricionales, funcionales y ángulo de fase (AF) registrados precirugía, al alta, al mes (1M) y a los tres meses (3M) del alta hospitalaria, en pacientes con cáncer de la superficie peritoneal sometidos a citorreducción (CCR) y quimioterapia intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo. Se recogieron datos precirugía, al alta hospitalaria, 1M y 3M del alta: sexo, edad, IMC, VGS-GP, dinamometría, circunferencia pantorrilla (CP), estancia hospitalaria, estancia REA, días NPT, test SARC-F®, Timed Up & Go (TUG) y AF. Estadística, SPSS 26.0, media  $\pm$  desviación estándar. Porcentajes. Mediana [RIQ]. Test Friedman.

**Resultados:** se incluyeron 31 pacientes (51,5 % mujeres), de  $53,7 \pm 13,2$  años, estancia hospitalaria de  $22,5 \pm 32,4$  días, REA de  $6,4 \pm 16,9$  días y NPT de  $7,1 \pm 6,0$  días. La tabla I muestra los datos de los pacientes.

**Conclusiones:** esta muestra de pacientes presentó una recuperación ponderal, nutricional y funcional significativa durante el seguimiento desde el alta hospitalaria. Sin embargo, se observa una bajada del ángulo de fase tras la cirugía, que permanece estable durante los 3 meses de seguimiento.

## P-161. Cirugía bariátrica en obesidad de grado IV, ¿riesgo o beneficio?

Cristina Delicado Hernández<sup>1</sup>, José Joaquín Alfaro Martínez<sup>1</sup>, Juan José López Gómez<sup>2</sup>, Daniel de Luis<sup>2</sup>, Cristina Abreu Padín<sup>3</sup>, Alfonso Maldonado Ruiz<sup>4</sup>, Ana Isabel Sánchez Marcos<sup>5</sup>, María Pilar Álvarez Baños<sup>6</sup>, Ricardo Batanero Maguregui<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General de Segovia. Segovia. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. <sup>6</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. <sup>7</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

**Introducción:** los pacientes con obesidad grado IV (IMC > 50 kg/m<sup>2</sup>) a menudo presentan comorbilidades con un impacto negativo sobre su salud. Es de interés evaluar tanto la pérdida de peso como la evolución de estas comorbilidades en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica (CB).

**Objetivos:** describir las características previas y posteriores a CB de una cohorte de pacientes con obesidad grado IV.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo multicéntrico de una cohorte de pacientes con obesidad grado IV sometidos a CB del registro SCLEDYN, con participación de los hospitales de Albacete, Valladolid (Clínico y Río Hortega), Torrelavega, Santander, Palencia, Salamanca, Segovia y Burgos. Las variables numéricas se expresan como media (desviación estándar) y las frecuencias como porcentaje.

**Resultados y conclusión:** se analizaron datos de 137 pacientes de 11 hospitales españoles (Tabla I; pág. siguiente).

Tabla I.

	Precirugía	Alta	1 M	3 M	p
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,1 $\pm$ 5,3	24,5 $\pm$ 5,2	23,6 $\pm$ 5,1	23,8 $\pm$ 5,1	0,000
VGS-GP					
• A (%)	93,5	32,3	41,9	77,4	
• B (%)	6,5	45,2	41,9	19,4	
• C (%)	0,0	22,6	16,2	3,2	
Dinamometría (kg)	31,6 $\pm$ 11,3	27,6 $\pm$ 10,4	28,4 $\pm$ 9,7	29,4 $\pm$ 10,0	0,000
CP (cm)	36,4 $\pm$ 3,9	34,4 $\pm$ 3,6	34,3 $\pm$ 3,9	35,0 $\pm$ 3,9	0,000
• $\leq$ 31,5 cm (%)	6,5	19,4	25,8	19,4	
SARC-F	0 [0]	3 [2]	1 [1]	0 [1]	0,000
• Riesgo de sarcopenia (%)	0	35,5	3,2	3,2	
TUG (s)	6,6 $\pm$ 1,2	9,5 $\pm$ 4,1	7,1 $\pm$ 1,2	7,1 $\pm$ 2,8	0,000
• > 10 s (%)	0	25,8	0	3,2	
• $\leq$ 10 s (%)	100	71,0	96,8	93,5	
AF (°)	5,4 $\pm$ 0,9	4,8 $\pm$ 0,9	4,8 $\pm$ 0,9	4,8 $\pm$ 0,9	0,000
• Hombres	5,8 $\pm$ 1,1	5,1 $\pm$ 1,0	5,0 $\pm$ 0,9	5,0 $\pm$ 0,9	0,009
• Mujeres	5,1 $\pm$ 0,6	4,5 $\pm$ 0,8	4,6 $\pm$ 0,8	4,6 $\pm$ 1,0	0,003

**Tabla I. Resumen de los resultados obtenidos**

Características		% (número absoluto)	Media (desviación estándar)
Sexo	Mujer	69 (94)	
	Hombre	31 (43)	
Edad (años)			45 (10)
Peso inicial (kg)			139 (25)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )			56 (5,6)
Hipertensión		49 (67)	
Diabetes mellitus tipo 2		28,5 (39)	
Tipo de cirugía	Bypass	27 (37)	
	Cruce duodenal	34 (46)	
	SADIS	1.5 (2)	
	Scopinaro	12 (17)	
	Sleeve	26 (35)	
2 años de seguimiento (n = 108)	Peso (kg)		90 (19)
	PEPP		70 (19)
	Tratamiento antihipertensivo	13 (18)	
	Tratamiento diabetes	3 (4)	
4 años de seguimiento (n = 55)	Peso (kg)		93 (17)
	PEPP		65 (19)
	Tratamiento antihipertensivo	8 (11)	
	Tratamiento diabetes	2 (3)*	

IMC: índice de masa corporal; SADIS: Single Anastomosis Duodeno-Ileal Bypass with Sleeve Gastrectomy; PEPP: porcentaje de exceso de peso perdido. \*p < 0,05: resultado estadísticamente significativo. La cirugía bariátrica en los pacientes con obesidad extrema presenta un doble efecto: por un lado, una pérdida de exceso de peso efectiva y mantenida en el tiempo; y, por otro, una disminución en el uso de fármacos antihipertensivos y anti-diabéticos, lo que traduce una mejora notable en las comorbilidades a largo plazo.

**P-162. Cirugía bariátrica en menores de 30 años: ¿solución temprana o decisión prematura?**

Marta Gallach Martínez<sup>1</sup>, Elena Parreño Caparrós<sup>2</sup>, Daniel de Luis<sup>3</sup>, Luis Ángel Cuéllar Romero<sup>4</sup>, Margarita Díez Muñique-Alique<sup>5</sup>, Pedro Luis Talledo Madrid<sup>6</sup>, Alfonso Maldonado Ruiz<sup>7</sup>, Cristina Abreu Padín<sup>8</sup>, Laura de la Maza Peregrín<sup>9</sup>, Juan José López Gómez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>4</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>5</sup>Hospital Sierrallana. Torrelavega, Cantabria. <sup>6</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>7</sup>Hospital General Río Carrión. Palencia. <sup>8</sup>Hospital General de Segovia. Segovia. <sup>9</sup>Hospital Universitario de Burgos. Burgos

**Introducción:** la cirugía bariátrica (CB) ha demostrado ser la técnica más eficaz para la pérdida y mantenimiento de peso en la obesidad. Resulta de interés conocer datos clínicos de adultos jóvenes sometidos a CB.

**Objetivos:** describir las características en pacientes sometidos a CB jóvenes y de edad media inferior a 30 años.

**Material y métodos:** análisis de pacientes del registro SCLEDYN de Albacete, Valladolid (Clínico y Río Hortega), Torrelavega, Santander, Palencia, Salamanca, Segovia y Burgos, clasificados en < 30 y entre 40-50 años. Los variables numéricas se expresan como media (desviación estándar) y, las frecuencias como porcentaje.

**Resultados:** véase tabla I.

**Tabla I.**

		< 30 años (n = 38)	40-50 años (n = 181)
Sexo	Hombre	32 %	32 %
	Mujer	68 %	68 %
Edad(años)		26 (3)	45 (3)
Tiempo de seguimiento (meses)		39 (45)	43 (21)
Precirugía			
Peso (kg)		132 (27)	125 (24)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )		49 (9)	48 (7)
Hipertensión arterial (HTA)		7,9 %*	39 %*
Tratamiento antihipertensivo (n = 21; 104)		0 %*	38 %*
DM2		13 %	20 %
Tratamiento anti-diabético (n = 20;106)		25 %	21 %
Cirugía			
Técnica de cirugía bariátrica	Bypass	32 %	38 %
	Cruce duodenal	26 %	17 %
	Sadis	0 %	0,6 %
	Scopinaro	18 %	13 %
	Sleeve	24 %	31 %
2 años poscirugía			
Peso (kg)		83 (14)	82 (16)
Tratamiento anti-diabético (n = 14; 79)		0 %	2,7 %
Tratamiento antihipertensivo (n = 14; 76)		0 %	16 %
PEPP (n = 24; 110)		82 %	76 %
PEPP en nadir		82 %	77 %
5 años poscirugía			
Peso (n = 11; 54)		86 (18)	85 (17)
Tratamiento anti-diabético (n = 10; 52)		0 %	1,9 %
Tratamiento antihipertensivo (n = 11; 53)		9,1 %	17 %
PEPP (n = 8; 110)		73 %	69 %
PEPP recuperado (n = 8; 41)		3 %*	15 %*

IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes mellitus de tipo 2; PEPP: porcentaje de exceso de peso perdido. \*Resultado estadísticamente significativo (p < 0,05).

**Conclusiones:** en nuestra cohorte, previa a la cirugía, existen diferencias estadísticamente significativas en la hipertensión y su tratamiento. La CB es efectiva para la pérdida de peso, y, dado que existen diferencias en cuanto a PEPP recuperado, se podría afirmar que los menores de 30 años mantienen mejor la pérdida de peso a largo plazo.

### P-163. Estado morfofuncional en población onco geriátrica pre- y poscirugía colorrectal

Alejandro García García<sup>1,3</sup>, David Sánchez Relinque<sup>1</sup>, María Eugenia Valenzuela Mateos<sup>1</sup>, Jara Díaz Jiménez<sup>3</sup>, Eduardo Sánchez Sánchez<sup>1,3,4</sup>, María José Muñoz Alférez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Punta de Europa. Algeciras, Cádiz. <sup>2</sup>Departamento de Fisiología. Universidad de Granada. Granada. <sup>3</sup>Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INIIBICA). Cádiz. <sup>4</sup>Facultad de Enfermería. Universidad de Cádiz. Algeciras, Cádiz

**Introducción:** la población onco geriátrica se caracteriza por una amplia variabilidad en su estado funcional y fisiológico por lo que es esencial una valoración morfofuncional. La desnutrición impacta significativamente en el tratamiento y recuperación de pacientes con cáncer colorrectal, por tanto, esta evaluación nos permite estratificar riesgos y personalizar tratamientos, y así, minimizar las complicaciones, optimizar la recuperación posquirúrgica y garantizar una mejor atención del paciente y su calidad de vida.

**Objetivos:** evaluar el estado morfofuncional de pacientes onco geriátricos antes y después de cirugía colorrectal.

**Material y métodos:** estudio prospectivo en 82 pacientes  $\geq 60$  años con cáncer colorrectal, evaluados pre y poscirugía (30 días). Se midieron composición corporal (impedanciometría), fuerza muscular (dinamometría) y funcionalidad física (*Short Physical Performance Battery*, SPPB).

**Resultados y conclusión:** los pacientes tenían una edad media de  $72,2 \pm 8,4$  años. El ángulo de fase promedio fue  $4,8^\circ$  precirugía y  $4,7^\circ$  poscirugía. En la composición corporal, la FFM mostró un aumento en el intervalo normal (53,7 % frente a 64,9 %) y una disminución en valores altos (40,2 % frente a 25,7 %;  $p < 0,001$ ). La FM presentó incrementos en el intervalo normal (19,5 % frente a 27,0 %) y disminuciones en valores altos (75,6 % frente a 67,6 %;  $p < 0,001$ ). En el SMI, los valores bajos aumentaron (73,1 % frente a 75,7 %) mientras que los altos disminuyeron (25,6 % frente a 23,0 %;  $p < 0,001$ ). En dinamometría, el 20,3 % presentó resultados menores al percentil 10 tras la cirugía (frente a 17,1 % precirugía;  $p < 0,001$ ). El 45,1 % superó el percentil 50 precirugía, cifra que aumentó al 47,3 % poscirugía. Un 1,3 % no logró realizar la prueba poscirugía ( $p < 0,001$ ). En el SPPB, el desempeño funcional bueno aumentó (32,9 % frente a 35,4 %), mientras que el rendimiento moderado disminuyó (40,2 % frente a 24,3 %;  $p < 0,001$ ). La cirugía generó cambios significativos en composición corporal, fuerza muscular y funcionalidad física, con mejoras en el desempeño funcional bueno (SPPB) y variaciones en FFM, FM y SMI según intervalos de referencia.

### P-164. Valoración nutricional en pacientes gastrectomizados. Estudio transversal en un hospital de tercer nivel

Rosa María García Moreno<sup>1</sup>, Carolina García Gutiérrez<sup>1</sup>, Laura Mola Reyes<sup>1</sup>, Mary Gaby Llaro Casas<sup>1</sup>, Gonzalo Miñón Sánchez<sup>1</sup>, Marlhyn Valero Pérez<sup>1</sup>, Samara Palma Milla<sup>1,2</sup>

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

**Introducción:** la cirugía gástrica es un importante factor de riesgo de nutricional que precisa una adecuada valoración y seguimiento.

**Objetivos:** describir los resultados de la valoración nutricional de los pacientes gastrectomizados.

**Material y métodos:** estudio transversal en el que se incluyeron los pacientes intervenidos de gastrectomía en nuestro centro entre enero y diciembre de 2024. Se excluyeron pacientes de cirugía bariátrica.

**Resultados:** se incluyeron 30 pacientes (16V/14M), media de edad de  $64 \pm 14$  años. En el 30 % se realizó gastrectomía total y en el 70 % subtotal. El 83 % de gastrectomías fue por causa tumoral. El 50 % de pacientes recibió rehabilitación nutricional (20 % con fórmulas estándar y 30 % con inmunomodulación). El 46,7 % presentaban desnutrición moderada según criterios GLIM y el 30 % desnutrición grave. Los datos antropométricos fueron: peso  $66,9 \pm 13,8$  kg, IMC  $24 \pm 3,9$  kg/m<sup>2</sup>, circunferencia pantorrilla  $33,4 \pm 3,1$  cm. Ecografía recto anterior del cuádriceps: eje Y  $1,3 \pm 0,3$  cm, área  $3,9 \pm 1,3$  cm<sup>2</sup>. BIA: AF  $4,7 \pm 1,1^\circ$ , BCMI  $14,5 \pm 5,5$  kg/m. Dinamometría  $29,2 \pm 14,3$  kg. En el posoperatorio, el 76,6 % de pacientes recibió nutrición parenteral, 3,3 % nutrición enteral por sonda nasoyeyunal y 73,3 % suplementos nutricionales orales (SON). La prevalencia de complicaciones totales posquirúrgicas fue 40 % (13 % en los pacientes con rehabilitación frente a 66,7 % en aquellos sin rehabilitación,  $p = 0,004$ ), y de complicaciones Clavien-Dindo  $\geq 3$  fue del 23,3 % (6,7 % en el grupo de rehabilitación frente a 40 % aquellos sin rehabilitar,  $p = 0,040$ ). Al alta todos los pacientes recibieron recomendaciones dietéticas y en el 96,7 % se pautó SON. De los 22 pacientes con datos del seguimiento posterior, el 72,7 % precisaron suplementación de vitamina B12 y el 45,5 % con hierro. Además, se diagnosticó síndrome de *dumping* precoz en el 13,6 % e insuficiencia pancreática exocrina funcional en 18,2 %.

**Conclusión:** nuestros resultados apoyan la importancia de la rehabilitación nutricional para disminuir el riesgo de complicaciones posquirúrgicas en pacientes gastrectomizados, así como la necesidad de valoración, tratamiento y seguimiento nutricional en el Posoperatorio.

### P-165. Análisis descriptivo de pacientes sometidos a diferentes técnicas quirúrgicas bariátricas en el Hospital de Manises

Delia Gil Andrés<sup>1</sup>, Luis Cabañas Alite<sup>2</sup>, Alicia Cana<sup>3</sup>, Oscar Ferro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises, València.

<sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Valencia. València. <sup>3</sup>Unidad de Investigación y <sup>4</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital de Manises. Manises, València

**Introducción:** la cirugía bariátrica se ha consolidado como un tratamiento alternativo para abordar la obesidad mórbida y sus complicaciones. Se analizan los resultados de 3092 pacientes tratados en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital de Manises, evaluando la seguridad, la eficacia y la resolución de comorbilidades asociadas.

**Objetivos:** describir las características basales de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica más frecuente (*bypass* gástrico en Y de Roux [BGYR], gastrectomía vertical [GV] y *minibypass* gástrico [MBG]), analizando la relación entre complicaciones y éxito terapéutico.

**Material y métodos:** se incluyeron 3092 pacientes sometidos a diversas técnicas quirúrgicas: BGYR (49 %), GV (30 %) y MBG (16 %). Las variables evaluadas incluyeron el índice de masa corporal (IMC), el porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP), el porcentaje de peso total perdido (PPTP), la resolución de comorbilidades y la incidencia de complicaciones en los primeros dos años posquirúrgicos.

**Resultados y conclusión:** el IMC inicial promedio fue de 45,42 kg/m<sup>2</sup>, con reducciones significativas al primer y segundo año, alcanzando valores promedio de 29,76 kg/m<sup>2</sup> y 29,31 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. El MBG mostró la mayor eficacia en pérdida ponderal (PEIMCP: 89 %; PPTP: 38 %), seguido del BGYR (PEIMCP: 85 %; PPTP: 37 %) y la GV (PEIMCP: 70 %; PPTP: 30 %). Se encontró resolución de diabetes *mellitus* en el 95 % de los casos, hipertensión arterial en el 72-87 %, dislipemia en el 81 % y apnea obstructiva del sueño en el 74 %. La tasa global de complicaciones fue baja (5,1 %); por orden MBG (3,5 %), BGYR y la GV (5,2 %). Las complicaciones más frecuentes incluyeron infecciones de herida (0,6-1,0 %) y hemorragias (0,049 %); fístulas y sepsis fueron poco comunes (0,036 %). Las técnicas de cirugía bariátrica son seguras y efectivas como estrategia para tratar la obesidad mórbida y sus complicaciones. El MBG destacó por su eficacia en la pérdida ponderal y menor incidencia de complicaciones.

#### P-166. Evolución descriptiva comparativa de técnicas quirúrgicas en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital de Manises

Alicia Cana<sup>1</sup>, Delia Gil Andrés<sup>2</sup>, Luis Cabañas Alite<sup>3</sup>, Óscar Ferro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación y <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises, València. <sup>3</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea Miguel de Cervantes. Valladolid. <sup>4</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital de Manises. Manises, València

**Introducción:** la obesidad severa constituye un desafío debido a su alta prevalencia y a las comorbilidades asociadas, como la diabetes *mellitus* (DM2), la hipertensión arterial (HTA), dislipemia y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

**Objetivos:** este trabajo analiza la eficacia de del *bypass* gástrico (BPG), gastrectomía vertical (GV) y *minibypass* gástrico (BAGUA), para el abordaje en la población atendida en la Unidad de Cirugía Bariátrica del Hospital de Manises.

**Material y métodos:** se incluyeron datos de 3092 pacientes, tratados con BPG (49 %), GV (30 %) o BAGUA (16 %). Se analizó la evolución del índice de masa corporal (IMC), el porcentaje de exceso de IMC perdido (PEIMCP), el porcentaje de peso total perdido (PPTP) y la resolución de comorbilidades indicadas.

**Resultados:** el BPG redujo el IMC de 45,55 a 28,47 kg/m<sup>2</sup> a dos años (PEIMCP 85 %; PPTP 37 %). La GV mostró una disminución del IMC inicial de 45,55 a 31,2 kg/m<sup>2</sup> (PEIMCP 70 %; PPTP 30 %). Por su parte, el BAGUA obtuvo la mejor evolución ponderal, reduciendo el IMC de 44,57 a 27,5 kg/m<sup>2</sup> (PEIMCP 89 %; PPTP 38 %). Las tres técnicas lograron resultados similares en la DM2, con reducción de hasta el 95 %. Para la HTA, el BPG resolvió el 87 %, el BAGUA el 84 % y la GV del 72 %. La dislipemia mostró una mejora global del 81 % con todas las técnicas, mientras que el BAGUA destacó en la reducción de SAOS, logrando un 76 %, seguido por el BPG con un 74 % y la GV con un 70 %.

**Conclusiones:** el análisis evidencia que el BPG y el BAGUA son técnicas efectivas en términos de pérdida ponderal y resolución de comorbilidades, mientras que la GV presenta resultados más modestos. Se refuerza la importancia de personalizar la elección de la técnica quirúrgica según las características del paciente para optimizar resultados.

#### P-167. Correlación de eje y de músculo recto anterior medido por ecografía (ECO) comparado con *skeletal mass index* (SMI) medido por TAC en pacientes oncoquirúrgicos

Margarita González Boillos, Iciar Castro-Vega, María Chiva Martínez, Pablo Abellán-Galiana, Alicia Rizo Gellida, Ángela Bono Vellilla, Agustín Ángel Merchante Alfaro

Servicio de Endocrinología. Hospital General Universitario de Castellón. Castelló de la Plana

**Introducción:** el SMI medido por TAC es uno de los métodos de referencia para valoración de masa muscular. Se está usando el eje Y en ECO en algunos estudios como alternativa.

**Objetivos:** comparar resultados de eje Y de recto anterior en pacientes oncoquirúrgicos con SMI medido en L3 (tercera vértebra lumbar) en TAC. Analizar el punto de corte más adecuado para detectar baja masa muscular con ECO.

**Material y métodos:** estudio observacional de tipo transversal retrospectivo en pacientes oncoquirúrgicos remitidos a consulta de nutrición del Hospital General Universitario de Castellón durante 4 años. Se realizó diagnóstico de desnutrición con criterios GLIM y evaluación de masa muscular por ECO, SMI por TAC en L3. Se excluyeron pacientes sin TAC o con TAC > 1 mes desde ecografía.

**Resultados:** incluimos 43 pacientes (31 varones), edad media 64,7 ± 6,72 años, IMC 23,7 ± 4,31 kilos/m<sup>2</sup>, desnutrición



76,9 % (32,7 % severa), según criterios GLIM y *exitus* 25,6 % de la muestra. Realizamos 52 valoraciones con ECO con área 2,99 cm<sup>2</sup> (2,48-4,05), eje Y 0,92 cm<sup>2</sup> (0,75-1,20\*) y TAC con SMI /altura con área de 38,4 cm<sup>2</sup> (31,6-45,7) mediana-rango intercuartílico. La correlación de Pearson de eje Y en ECO comparada con SMI fue de 0,589 ( $p < 0,001$ ). De acuerdo con valores establecidos para baja masa muscular para SMI, se realizó análisis de curvas ROC en ECO, con punto de corte para baja masa muscular de 1,27 cm<sup>2</sup> con AUC 0,850, sensibilidad 100 % y especificidad 80 %.

**Conclusiones:** en nuestra muestra, el punto de corte para la detección de baja muscular por eje Y de ecografía de recto anterior fue de 1,27 cm<sup>2</sup>. La correlación entre eje Y frente a SMI es mejor que la descrita en la literatura, pero inferior a la correlación de SMI con área de recto anterior. Aspectos éticos: no hay conflictos de interés

### **P-168. Estudio piloto observacional de pacientes incluidos en un programa de rehabilitación nutricional prequirúrgico**

Alba Guasch Sintés, Carla Andrea Estrada Acosta, Carme Martí Mézcua, Núria Ibarrola Jurado, María Esther Solano Fraile, Theodora Michalopoulou Alevras, María de la Salut Castell Albert, Ana Megía Colet

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona*

**Introducción:** cada año se realizan más de 200 millones de cirugías en todo el mundo. Se estima que entre el 40 y el 50 % de los pacientes sometidos a cirugía tienen algún grado de desnutrición. Esta condición aumenta el riesgo de infecciones, mala cicatrización y estancia hospitalaria. Por ello, la implementación de un programa de rehabilitación nutricional tiene como objetivo optimizar el estado nutricional del paciente y proporcionar un aporte energético adecuado para compensar la respuesta catabólica de la cirugía.

**Objetivos:** evaluar las características de los pacientes que han participado en el programa de rehabilitación nutricional prequirúrgica del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona y su relación entre el estado nutricional preoperatorio, la estancia hospitalaria y la aparición de complicaciones posoperatorias.

**Material y métodos:** se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo de los pacientes que asistieron a la consulta inicial de rehabilitación nutricional entre septiembre y diciembre de 2023. Se evaluaron las características basales según sexo, la relación entre estado nutricional preoperatorio y complicaciones, y los factores asociados a la estancia hospitalaria y nutrición parenteral (NP) posoperatoria.

**Resultados y conclusión:** se evaluaron 51 pacientes, 62,7 % eran hombres. Edad media 68,11 ± 11,36 años. Los pacientes con complicaciones posoperatorias (23,5 %) mostraron niveles significativamente menores de proteína total (PT) ( $p = 0,039$ ). Aquellos con una estancia hospitalaria más prolongada presentaron fuerza muscular reducida ( $p = 0,031$ ), niveles más bajos de PT ( $p = 0,038$ ), NP posoperatoria ( $p = 0,006$ )

y más complicaciones ( $p = 0,005$ ). Los pacientes con NP posoperatoria presentaban patologías quirúrgicas relacionadas con el páncreas ( $p = 0,032$ ). El uso de NP posoperatoria se asoció a niveles más bajos de PT ( $p = 0,031$ ), complicaciones ( $p = 0,001$ ) y NP preoperatoria ( $p = 0,010$ ). El presente estudio muestra que la estancia hospitalaria media, la presencia de complicaciones y la NP posquirúrgica están muy relacionados con el estado nutricional prequirúrgico del paciente.

### **P-169. Análisis de los cambios en la composición corporal en TC de los pacientes con cáncer colorrectal, basal y a los 6 meses del tratamiento**

Patricia Guirado Peláez<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>, Álvaro Vidal Suárez<sup>2</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>1</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>3</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>, Francisco José Tinahones Madueño<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** el cáncer colorrectal es una neoplasia muy frecuente en nuestra población. Debemos incorporar a la práctica clínica diaria novedosas herramientas para analizar la composición corporal como el TC.

**Objetivos:** analizar los cambios de composición corporal en los pacientes con cáncer colorrectal por TC y la relación con el tratamiento, complicaciones y supervivencia.

**Material y métodos:** se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal entre los años 2022 y 2024 remitidos a la consulta de nutrición del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Se analizaron los TC de abdomen en L3 en *software* asistido por inteligencia artificial FocusedOn<sup>®</sup> tanto basal como a los 6 meses.

**Resultados y conclusión:** la muestra consta de 168 pacientes, con una edad media de 69 años. El 65 % son hombres con un IMC de 27,2 ± 4 kg/m<sup>2</sup>. Los hombres presentan una mayor proporción de grasa visceral (VAT) 223 ± 117 cm<sup>2</sup> en comparación con las mujeres, que presentan mayor proporción de grasa subcutánea (SAT) 246 ± 193 cm<sup>2</sup>. La aparición de complicaciones o reingresos se encuentra relacionada con un menor ángulo de fase (PA), menor área del recto femoral (RF-CSA) medida por ecografía, menor área muscular (muscle) y mayor grasa visceral (VAT) y grasa intramuscular (IMAT) medidas por TC; además de diferencias significativas entre los pacientes que han recibido tratamiento concomitante con quimioterapia y los que no.

### **P-170. Valoración nutricional morfofuncional en pacientes de cirugía cardíaca**

Macarena Lacarta Benítez, Carlos Moreno Gálvez, Lidia Olivar Gómez, Ana Ros Anadón, Wendy Valeria González Sacoto, Alejandro Sanz París

*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

**Introducción:** la prevalencia global descrita de desnutrición en pacientes sometidos a cirugía cardíaca es del 10-25 %, y se relaciona con complicaciones posquirúrgicas. Sin embargo, existen escasos estudios que evalúen su riesgo nutricional prequirúrgico utilizando las herramientas de valoración nutricional morfofuncional.

**Objetivos:** estudiar mediante técnicas de valoración morfofuncional los cambios en el estado nutricional que se producen en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

**Material y métodos:** se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo en 56 pacientes sometidos a cirugía cardíaca. En todos ellos se realizó una valoración nutricional morfofuncional previa a la cirugía y tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que incluyó medidas antropométricas (peso, talla, IMC, pliegues cutáneos y perímetros), dinamometría, bioimpedancia eléctrica y ecografía muscular. Se utilizó un análisis estadístico inferencial para determinar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones.

**Resultados:** la prevalencia global de desnutrición previa a la cirugía fue del 21,4 %, mientras que la de sarcopenia fue del 14,2 %. Durante el ingreso en UCI se produjo un aumento significativo del peso, del Índice de Masa Corporal (IMC), de la circunferencia abdominal y de la pantorrilla, de la masa libre de grasa, del agua corporal total y del agua extracelular, y se produjo una pérdida de la fuerza de la mano, del grosor muscular de bíceps y cuádriceps por ecografía y del valor del ángulo de fase. *Discusión:* la disminución fisiológica de la masa muscular esquelética es mayor en pacientes con insuficiencia cardíaca por la disminución de la capacidad funcional. La edematización que se produce tras la cirugía se manifiesta como un aumento del peso y un aumento de la masa libre de grasa, a expensas del porcentaje de agua extracelular.

**Conclusión:** la valoración morfofuncional en pacientes de cirugía cardíaca permite alcanzar un diagnóstico más preciso de su estado nutricional en pacientes con retención hídrica.

### **P-171. Valoración morfofuncional temprana en pacientes sometidos a cirugía pancreática**

Miguel Martí Martínez<sup>1</sup>, Joaquín de Carlos<sup>1</sup>, Henry Rendón Barragán<sup>1</sup>, Xabier Ayarza-Marien Arrizabalaga<sup>2</sup>, Ángela Alonso Echarte<sup>2</sup>, Cruz Zazpe Ripa<sup>2</sup>, Ana Hernández Moreno<sup>1</sup>, Sonsoles Botella Martínez<sup>2</sup>, Antonio Tarifa Castilla<sup>3</sup>, Ana Zugasti Murillo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

**Introducción:** los pacientes sometidos a cirugía pancreática son considerados de muy alto riesgo nutricional, ya que son procedimientos agresivos y asocian a la pérdida de peso malabsorción/maldigestión, sarcopenia, diabetes *mellitus*...

**Objetivos:** realizar una valoración morfofuncional completa en la fase temprana de pacientes intervenidos de patología pancreática.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de 16 pacientes valorados en nuestro centro en el plazo de 3-6 me-

ses tras una cirugía pancreática, incluyendo patología maligna y benigna. En la consulta se realiza: composición corporal (Inbody 770), funcionalidad (Jamar), analítica nutricional y densitometría ósea.

**Resultados:** se incluyeron 16 pacientes, 11 hombres y 5 mujeres, con una edad media de 67 años. Diez con patología maligna y 6 con patología benigna. Peso medio: 60,7 kg  $\pm$  4,7, IMC de 23 kg/m<sup>2</sup>  $\pm$  1,1. En el *inbody*: masa grasa 28 %  $\pm$  8,1; índice de masa musculoesquelética (IMME), 6,3 kg/m<sup>2</sup>  $\pm$  0,88, y ángulo de fase, 4,2°  $\pm$  0,76. Peso prequirúrgico: 68,6 kg. Pérdida de 7,9 kg de media hasta la consulta en nutrición, 11,5 % del peso corporal. Todos ellos cumplían los criterios GLIM de DRE (Desnutrición relacionada con la enfermedad), 12 moderada y 4 grave. Un 31 % de los pacientes fueron diagnosticados con sarcopenia según criterios EWGSOP-2. La fuerza media medida por Dinamometría fue de 16,4 kg en mujeres y 30,8 kg en hombres. El 31 % presentaba osteoporosis en DMO.

**Conclusiones:** la pérdida de peso en pacientes intervenidos de cirugía pancreática se objetivó desde las fases iniciales, con una pérdida media mayor al 10 % del peso corporal prequirúrgico. Todos ellos presentaban criterios de DRE a pesar de tener un IMC medio de normopeso (23 kg/m<sup>2</sup>). Con los datos obtenidos podemos destacar la importancia de un seguimiento intensivo y precoz en las consultas de Nutrición para corregir cuanto antes los déficits nutricionales y funcionales asociados a este tipo de cirugía, incluyendo despistaje de osteosarcopenia.

### **P-172. Evolución clínica según el control glucémico de pacientes sometidos a cirugía colorrectal siguiendo un protocolo de recuperación optimizada (ERAS)**

Ana María Moyano Sánchez<sup>1</sup>, Pablo Vera González<sup>1</sup>, Concepción Muñoz Jiménez<sup>1</sup>, Aura D. Herrera-Martínez<sup>1</sup>, Eva María Torres Tordera<sup>2</sup>, María José Molina Puerta<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Cirugía General. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Introducción:** el protocolo de recuperación optimizada (ERAS) es un conjunto de estrategias multimodales perioperatorias basadas en la evidencia, que buscan la modulación de la inflamación y la respuesta hipermetabólica a la cirugía con el objetivo de reducir las complicaciones posoperatorias y la duración de la estancia hospitalaria.

**Objetivos:** analizar las características de nuestra cohorte y determinar los efectos de la diabetes *mellitus* tipo 2 (DMT2).

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo en pacientes que se sometieron a cirugía colorrectal electiva entre enero de 2021 a diciembre de 2023.

**Resultados y conclusión:** se evaluaron 537 pacientes, 64,8 % hombres. Edad media a la cirugía 66,2 años. Prevalencia de DMT2 21,6 % ( $n = 116$ ). No hubo diferencias en la estancia hospitalaria de pacientes con DMT2 comparados con aquellos sin DMT2 (6,4 frente a 6,7 días) ( $p = 0,67$ ). La infección de herida quirúrgica fue más frecuente en pacientes con mayor edad (71 frente a 66 años;  $p = 0,016$ ), así como las dehiscencias qui-

rúrgicas (72 frente a 66 años;  $p = 0,004$ ) y el *shock* hemodinámico (73 frente a 66 años;  $p = 0,021$ ). El 3,5 % de los pacientes analizados falleció (69,7 años). No se observaron diferencias significativas en la tasa de complicaciones perioperatorias (tasa de reintervención, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de la herida, vómitos posoperatorio, neumonía, *shock* y fallecimiento) entre el grupo con y sin DMT2. Entre los sujetos del grupo DMT2, la HbA1c preoperatoria  $\leq 7,0$  % o  $> 7,0$  % no influyó en la estancia hospitalaria ( $6,6 \pm 4,9$  frente a  $5,9 \pm 4,2$  días,  $p = 0,46$ ) ni en ninguna de las complicaciones analizadas ( $p > 0,05$ ). En nuestra cohorte de pacientes: la edad resultó ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunas complicaciones posoperatorias (infección de herida, dehiscencia, *shock*), en cuyo caso se prolongó significativamente la estancia hospitalaria. La presencia de DMT2 y su grado de control no se asoció a una mayor duración de la estancia ni a una mayor tasa de complicaciones perioperatorias.

### P-173. Análisis preliminar del estado nutricional de los pacientes oncológicos de cabeza y cuello en el momento del diagnóstico

Ana M.<sup>a</sup> Pérez Heras, Carla Mestre Reina, María Cancio Solé, Nora Gaja I. Corbalan, Lluç Galarza Serra, Mercè Serra Mir

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona

**Introducción:** los pacientes con neoplasias de cabeza y cuello presentan un riesgo elevado de desnutrición debido a la presencia de síntomas como disfagia, odinofagia, dificultades para la masticación e hiporexia, además de un aumento en los requerimientos nutricionales. Se ha evidenciado que una intervención nutricional prequirúrgica podría frenar el empeoramiento del estado nutricional posquirúrgico y disminuir posibles complicaciones.

**Objetivos:** conocer, evaluar y optimizar el estado nutricional del paciente antes de la intervención quirúrgica.

**Material y métodos:** antropometría (peso habitual y actual, talla, índice de masa corporal [IMC], % pérdida de peso y tiempo y circunferencia pantorrilla [CP]), dinamometría, analítica con perfil nutricional, anamnesis alimentaria y criterios GLIM.

**Resultados y conclusión:** en este estudio observacional participaron 92 pacientes, de los cuales el 78 % fueron hombres. En la primera consulta nutricional, el 59 % ya había requerido adaptar la textura de su dieta, y el 10 % presentaba disfagia. Además, el 27 % ya requerían de nutrición enteral, tanto por vía oral como por sonda de alimentación.

Según los criterios GLIM, el 51 % de los pacientes presentaban desnutrición. El 56 % experimentó una pérdida de peso significativa ( $\geq 5$  %), y el 15 % tenía un IMC inferior a  $18,5 \text{ kg/m}^2$ . El 19,5 % mostró niveles de prealbúmina  $< 0,200 \text{ g/L}$ . Se midió la fuerza de agarre y la CP a 77 pacientes, de los cuales el 30 % presentó valores por debajo del punto de corte para la fuerza de agarre (27 kg en hombres, 16 kg en mujeres) y un 21 % por debajo del punto de corte para la CP (31 cm). Los resultados del estudio evidencian una alta prevalencia de desnutrición, pérdida de peso y deterioro de masa muscular en pacientes con neoplasias de cabeza y cuello antes de ser intervenidos. Esto resalta la importancia de un manejo nutricional precoz y continuo para prevenir las posibles complicaciones y mejorar el pronóstico en estos pacientes.

### P-174. Cambios en la composición corporal y funcionalidad en el posoperatorio inmediato tras cirugía bariátrica

Alicia Rizo Gellida, Ángela Bono Velilla, Esther Serisuelo Meneu, Rubén González Alou, María Chiva Martínez, Icíar Castro-Vega, Sara Franch Salvador, Agustín Ángel Merchante Alfaro

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Castellón. Castelló de la Plana

**Introducción:** los pacientes que se someten a cirugía bariátrica presentan una rápida pérdida de peso, lo que supone un riesgo de pérdida de masa muscular y funcionalidad.

**Objetivos:** valorar los cambios en la composición corporal y fuerza muscular 1 mes tras cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes operados entre 05/2023-08/2024 en el Hospital General de Castellón. Variables: edad, peso e IMC. Dinamómetro utilizado fue Jamar y la bioimpedanciometría TANITA MC-780MA. Se valoró: ángulo de fase (AF), masa muscular esquelética apendicular (ASMM), masa muscular esquelética ajustada al peso (SMM/peso) e índice músculo esquelético (SMI). Se aplicó una T de student para datos apareados comparando parámetros pre y poscirugía.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 50 pacientes (40 mujeres). Datos expresados como media  $\pm$  DS. Edad  $47,62 \pm 9,58$  años. Resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ): peso e IMC previo  $121,1 \pm 23,27 \text{ kg}$  y  $44,52 \pm 6,34 \text{ kg/m}^2$  descendiendo a  $102,74 \pm 18,92 \text{ kg}$  y  $37,81 \pm 5,39 \text{ kg/m}^2$ . Se realizó dinamometría a 36 pacientes (72 %), presentando dinapenia ( $p < 5$ , según Sánchez Torralvo 2018) 3 antes de la cirugía y 2 tras ésta. AF de  $5,67 \pm 0,82$  descendiendo a  $4,96 \pm 0,76$  (Tabla I).

Tabla I.

	Hombres		Mujeres	
	Pre-	Pos-	Pre-	Pos-
ASMM (kg)	$38,64 \pm 7,89$	$31,3 \pm 5,42$	$24,35 \pm 3,33$	$21,56 \pm 2,9$
SMM/Peso ( $\text{kg/m}^2$ )	$32,74 \pm 2,73$	$34,66 \pm 2,7$	$29,43 \pm 2,64$	$30,55 \pm 2,93$
SMI (%)	$12,58 \pm 1,93$	$10,19 \pm 1,18$	$9,26 \pm 0,9$	$8,2 \pm 0,78$

En cuanto a la masa muscular (SMM/ kg), encontramos 17/50 pacientes (34 %) con un bajo músculo relativo siendo clase I 12/17 y clase II 5/17 frente a 14/50 pacientes (28 %), siendo clase I 13/14 y clase II 1/14 tras la cirugía (Janssen I 2002). En cambio, solo 2/17 frente a 1/14 cumplen los criterios de obesidad sarcopénica. Observamos una reducción ponderal con pérdida de masa muscular tras la intervención, con una menor prevalencia de bajo músculo relativo. En nuestra serie no encontramos diferencias en la prevalencia de obesidad sarcopénica al mes de la intervención.

### P-175. Análisis del protocolo ERAS/FAST-TRACK en pacientes sometidos a cirugías digestivas

Sergio Salvador Pareja, Pedro Javier Siquier Homar, Marina Fages Pérez, Jesús Martínez Sotelo, Francisco Fernández Cortés, María Jaume Gayà, Marina Bárbara Ramis Barceló, Manel Pinteño Blanco

*Servicio de Farmacia. Hospital Comarcal d'Inca. Inca, Illes Balears*

**Introducción:** el protocolo ERAS/FAST-TRACK para cirugías digestivas ha demostrado reducir el tiempo de hospitalización y mejorar la recuperación de los pacientes, principalmente mediante la optimización de los cuidados pre-, intra- y posoperatorios.

**Objetivos:** evaluar la efectividad y seguridad del protocolo ERAS/FAST-TRACK en términos de estancia hospitalaria, costes, complicaciones infecciosas posoperatorias en pacientes sometidos a cirugías digestivas; motivo de prescripción NP (nutrición parenteral) tras inicio de protocolo.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados con el protocolo ERAS/FAST-TRACK durante el año 2023. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, diagnóstico, tipo de cirugía, estancia hospitalaria, presencia de comorbilidades (diabetes, hipertensión y dislipemias), complicaciones infecciosas posoperatorias e indicación NP tras prescripción del protocolo.

**Resultados y conclusión:** se analizaron 30 pacientes (20 varones y 10 mujeres) con una media de edad de 66 años. Los pacientes sometidos a NP tras inicio del protocolo fueron 9 pacientes. Los motivos prescripción NP fueron: íleo paralítico (6) *shock* hemorrágico intraoperatorio (1), complicaciones graves posquirúrgicas (1) e hipotasemia e hipoalbuminemia (1). La estancia hospitalaria media de los pacientes con NP fue de 24 días (DE  $\pm$  2,83) y de 7 días (DE  $\pm$  1,41) en pacientes sin NP. El coste medio en pacientes con NP fue de 32 680 euros (DE  $\pm$  4555,5) y de 9.837 euros (DE  $\pm$  1384,5) en los pacientes sin NP. En pacientes NP la dislipemia se presentó en 3 de 9 pacientes frente a 5 de 21 en pacientes sin NP, hipertensión 5 de 9 versus 5 de 21 y diabetes 2 de 9 versus diabetes 3 de 21 pacientes. De los pacientes que recibieron NP se presentaron complicaciones infecciosas en 2 de 9. Los pacientes que completaron el protocolo ERAS/FAST-TRACK se observó una reducción la estancia hospitalaria y una menor incidencia en las complicaciones posoperatorias lo que supuso una mejora en la morbilidad de los pacientes.

### P-176. Cirugía bariátrica en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

Lourdes María Tolentino Martínez<sup>1</sup>, Juan Antonio Leandro Hernández<sup>1</sup>, Adriana Sofía Sánchez Velasco<sup>1</sup>, Clara Romera Pérez<sup>1</sup>, L. Soria Hernández<sup>2</sup>, María Lourdes Hernández Cosido<sup>2</sup>, Rosa Ana Iglesias López<sup>1</sup>, Ana Herrero Ruiz<sup>1</sup>, Ana Isabel Sánchez Marcos<sup>1</sup>, María Teresa Mories Álvarez<sup>1</sup>

*Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca*

**Introducción:** la cirugía bariátrica es una herramienta efectiva en el tratamiento de la obesidad mórbida y sus comorbilidades. Resulta de interés conocer los datos clínicos de los pacientes y la evolución posterior.

**Objetivos:** conocer las características de los pacientes tratados con cirugía bariátrica en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca entre junio 2023 y junio 2024 y evaluar el impacto de esta intervención.

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo; y se revisaron los datos de los 40 pacientes intervenidos entre junio 2023 y 2024. Se estudiaron las variables sexo, edad, comorbilidades, tipo de cirugía, y el IMC pre y posquirúrgico. Además, se analizó la evolución posterior de control glucémico de los pacientes con diagnóstico previo de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2).

**Resultados:** la distribución por sexo fue de un 34,21 % hombres y 65,78 % mujeres y la edad media fue 49,45  $\pm$  8,42 años. Dos pacientes fueron excluidos por pérdida de seguimiento. Solo a 2 pacientes se les realizó un *bypass* gástrico, al resto se le realizó una gastrectomía tubular laparoscópica. En cuanto a las comorbilidades el SAHS fue la más frecuente (76,32 %), seguida por la hipertensión arterial (47,37 %), la dislipemia (34,21 %) y la DM2 (21,05 %). El IMC medio prequirúrgico fue 44,59  $\pm$  5,73 kg/m<sup>2</sup>, mientras el IMC posquirúrgico entre el tercer y el sexto mes fue de 33,40  $\pm$  5,92 kg/m<sup>2</sup>, y al año 29,63  $\pm$  5,25 kg/m<sup>2</sup>, aunque en la mayor parte de los pacientes (69 %) no se cumplieron aún los 12 meses de la intervención. En cuanto a la evolución de las comorbilidades se evidencia mejoría en el control glucémico, con disminución HBA1C media de 7,08 % a 5,95 % en los primeros 3-6 meses posintervención, acompañado de una simplificación del tratamiento en la mayoría de los pacientes.

**Conclusiones:** la cirugía bariátrica es efectiva para reducir el peso de forma significativa, mejorando y, en muchos casos, remitiendo las comorbilidades asociadas.

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### P-177. Predicción de resolución de amenorrea secundaria en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) mediante bioimpedancia (BIA)

Miren Badiola Molinuevo<sup>1</sup>, Sonia Ibarretxe Guaresti<sup>1</sup>, María Picallo Ruiz<sup>1</sup>, Sara Valle Rodríguez-Navas<sup>1</sup>, Maddalen Dubliang Irazábal<sup>1</sup>, Aitor Galarza

Montes<sup>1</sup>, Marta Illescas García<sup>1</sup>, Christian Alabort Ugidos<sup>1</sup>, Urko Aguirre Larracochea<sup>2</sup>, Yolanda García Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Galdakao, Bizkaia

**Introducción:** la recuperación de amenorrea secundaria en mujeres con TCA depende de la restauración del peso y del % de grasa corporal (% fat mass, % FM). Se considera 21,8 % mediante Bioimpedancia el % FM necesario para resolución de amenorrea.

**Objetivos:** analizar qué factores se relacionaron con resolución de amenorrea en nuestra serie de pacientes.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo de mujeres con TCA y amenorrea secundaria atendidas en consulta monográfica entre 11/2022 y 11/2024. Se analizaron datos clínicos, analíticos antropométricos y de composición corporal mediante analizador de BIA Akern Nutrilab, en la primera y sucesivas visitas de seguimiento.

**Resultados:** se analizaron 40 pacientes, de las cuales 22 presentaron persistencia y 18 resolución de amenorrea. Número de pacientes en función de gravedad, según DSM-5 (Tabla I).

**Tabla I.**

IMC < 15 kg/m <sup>2</sup>	5 (12,5 %)
IMC 15-15,99 kg/m <sup>2</sup>	7 (17,5 %)
IMC 16-16,99 kg/m <sup>2</sup>	6 (15,0 %)
IMC ≥ 15 kg/m <sup>2</sup>	22 (55 %)

Las pacientes con resolución de amenorrea tenían al inicio del seguimiento mayor %FM, FM/height, ángulo de fase (AF), AF estandarizado, niveles de LH, así como menor tiempo de evolución de TCA que las pacientes con persistencia de amenorrea ( $p < 0,05$ ). Características al inicio del seguimiento (Tabla II). En el momento de resolución de amenorrea, las pacientes presentaron mayor %FM que las pacientes con persistencia de la misma: 20,2 % (17,9-21,7) frente a 15,0 % (5,7-18,6), así como mayor FM/height, BCM/height, LH, E2 y niveles de cortisol ( $p < 0,05$ ). El tiempo hasta resolución de amenorrea fue 0,8 años (0,38-1,46).

**Conclusión:** la BIA es una técnica accesible en práctica habitual y el %FM predice resolución de amenorrea. Se produjo resolución de amenorrea con %FM discretamente menor al descrito en la literatura.

**P-178. Percepciones académicas y actitudes hacia los trastornos de la conducta alimentaria: un análisis en alimentación en estudiantes universitarios**

JeraldY Yajayra Espinoza Ramírez, Nicolle Alexandra Rondinel Llata

Universidad Tecnológica del Perú. Ate, Perú

**Introducción:** los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son afecciones mentales complejas que afectan la relación con la alimentación y la imagen corporal. Estos trastornos son prevalentes entre los estudiantes universitarios, influenciados por factores como la presión académica, la insatisfacción corporal y las expectativas sociales. El contexto universitario es clave para comprender cómo se perciben y manejan los TCA, ya que en esta etapa los jóvenes enfrentan retos emocionales y sociales significativos.

**Objetivos:** examinar las percepciones académicas y las actitudes hacia los TCA entre los estudiantes universitarios, identificando los factores de riesgo y su relación con los hábitos alimentarios y la salud mental.

**Material y métodos:** se realizó una revisión sistemática con metaanálisis, recopilando artículos de bases de datos como PubMed, PsycINFO y Scopus, publicados entre 2020 y 2024 donde se seleccionaron 18 estudios que cumplían los criterios de inclusión específicos, centrados en estudiantes universitarios y la evaluación de síntomas de TCA mediante instrumentos validados. Asimismo, la búsqueda de estudios incluyó términos relacionados con anorexia, bulimia, insatisfacción corporal, y trastornos alimentarios en general.

**Resultados y conclusión:** los resultados revelan que los TCA son frecuentes en la población universitaria, con una prevalencia notable de anorexia nerviosa, bulimia y trastorno por atracón. Los factores de riesgo incluyen la presión social, la insatisfacción corporal, el perfeccionismo y antecedentes familiares de TCA. Además, se encontró que las actitudes hacia los TCA varían según el género y el nivel educativo. Muchos estudiantes perciben los TCA como problemas de conducta en lugar de trastornos mentales, lo que dificulta la búsqueda de apoyo adecuado. Las intervenciones educativas y el apoyo emocional son esenciales para mejorar la comprensión y el manejo de los TCA en este grupo.

**Tabla II.**

	Persistencia de amenorrea (n = 22)	Resolución de amenorrea (n = 18)	p
Edad (años)	24,2 (12,7)	20,3 (7,4)	0,28
Tiempo de evolución de TCA (años)	1,8 (1,2-9,06)	0,8 (0,6-1,5)	0,01
Tiempo de amenorrea (años)	1,1 (0,4-3,3)	0,7 (0,3-0,9)	0,08
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	16,5 (2,4)	17,8 (1,8)	0,10
%FM	10,7 (6,4-12,2)	14,9 (11,9-17,2)	0,02
Ángulo de fase (°)	5,3 (5,0-5,8)	5,7 (5,4-6,5)	0,04

### **P-179. Evaluación de la composición corporal en pacientes con anorexia nerviosa en amenorrea**

Elena Martínez Silla<sup>1</sup>, Laura Cánovas Noguera<sup>1</sup>, María Teresa Zarco-Martín<sup>2</sup>, María Luisa Fernández-Soto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

**Introducción:** en pacientes con anorexia nerviosa (AN) la desnutrición provoca complicaciones endocrinológicas, entre ellas la amenorrea. La recuperación de los ciclos menstruales se ha visto relacionada con el aumento del peso y la masa grasa. El uso de la bioimpedancia eléctrica vectorial (BIVA) puede ser útil en el seguimiento.

**Objetivos:** evaluar los cambios en la composición corporal mediante BIVA en pacientes con AN y amenorrea, comparando aquellas que recuperaron ciclos menstruales regulares durante el seguimiento con las que permanecieron en amenorrea.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de 22 pacientes en seguimiento en consulta de TCA del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada. Fueron evaluadas por primera vez entre 2022-2023, con seguimiento a los 6 meses. Se tuvieron en cuenta variables clínicas y de composición corporal mediante BIVA. Se utilizó SPSS v.26.

**Resultados y conclusión:** 22 mujeres con AN con una edad media de 21,4 ± 6,9 años. El tiempo medio en amenorrea fue de 30,6 ± 8 meses. Once pacientes persistían en amenorrea a los 6 meses. El IMC medio fue de 17,1 kg/m<sup>2</sup> al inicio. Las pacientes que mantenían amenorrea tenían un porcentaje de pérdida ponderal mayor respecto a su peso habitual (24,3 % ± 2 frente a 15,39 % ± 7,  $p = 0,04$ ). No se encontraron diferencias en el IMC inicial entre ambos grupos ( $p = 0,7$ ). En aquellas pacientes que recuperaron ciclos menstruales hubo un aumento en el seguimiento del AF (5,5° ± 0,1 frente a 6° ± 0,1,  $p = 0,04$ ), de la FM/h (4,7 kg/m ± 0,7 frente a 5,4 kg/m ± 0,9,  $p = 0,05$ ) y de la ASMM (14 kg ± 0,3 frente a 15,7 kg ± 0,5,  $p = 0,005$ ). En nuestra muestra las pacientes que mantenían amenorrea en el seguimiento habían presentado mayor pérdida ponderal respecto a su peso inicial. En la BIVA se observó un aumento del ángulo de fase, la masa grasa y de la masa apendicular esquelética en aquellas pacientes que recuperaron los ciclos menstruales.

### **P-180. Síntomas psicopatológicos del TCA desde una perspectiva dimensional: impulsividad, sensibilidad al rechazo y empatía en estos trastornos**

Marta Pérez Lombardo, Íñigo Alberdi-Páramo, José Luis Carrasco-Perera, Marina Díaz-Marsá

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

**Introducción:** los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son entidades complejas con múltiples manifestaciones desde distintos ámbitos de la medicina. Desde la Salud Mental, la tendencia a hablar de características dimensionales en las enfermedades mentales hace que sea necesario un estudio más amplio

y flexible de estos trastornos para poder comprender mejor su complejidad y así dar un tratamiento más acertado en el menor tiempo posible. La impulsividad, la empatía o la sensibilidad al rechazo son características alteradas en este grupo de población, y el conocimiento de las mismas puede ayudar a un diagnóstico y tratamiento certero y precoz del TCA en cuestión.

**Objetivos:** explorar y comparar los niveles de impulsividad, sensibilidad al rechazo y empatía entre pacientes con TCA y un grupo control. Estudiar las diferencias psicopatológicas entre los diagnósticos de TCA (bulimia nerviosa (BN) y anorexia nerviosa restrictiva (ANR)). Integrar la perspectiva dimensional en el diagnóstico y definición de estos trastornos.

**Material y métodos:** estudio multicéntrico transversal de casos y controles en una muestra de 73 individuos, pertenecientes a un grupo de controles sanos ( $n = 23$ ) y a un grupo de TCA ( $n = 50$ ), con distinciones entre ANR y BN. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas. Como instrumentos de medida para la impulsividad, la sensibilidad al rechazo (SR) y la empatía se utilizan la escala de impulsividad de Barrat, el cuestionario de SR y el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI).

**Resultados y conclusión:** la impulsividad en TCA es mayor en cuanto a impulsividad total, cognitiva y motora con respecto al grupo control. La empatía es menor en TCA con respecto al grupo control, destacando la empatía cognitiva. No se obtuvieron diferencias en las puntuaciones de sensibilidad al rechazo. La complejidad del problema definitorio del TCA se evidencia con los resultados obtenidos. La integración de estas características estudiadas es fundamental para la definición de estos complejos trastornos.

### **P-181. Composición corporal y leucocitos en la recuperación de la anorexia nerviosa: redefiniendo el enfoque antropométrico**

Víctor Siles-Guerrero<sup>1</sup>, José M.<sup>a</sup> Romero-Márquez<sup>2</sup>, Rosa Natalia García-Pérez<sup>2</sup>, Araceli Muñoz-Garach<sup>2</sup>, Juan Manuel Guardia Baena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**Introducción:** la anorexia nerviosa (AN) se manifiesta como alteraciones persistentes en los comportamientos alimentarios, lo que afecta significativamente la salud.

**Objetivos:** comparar la antropometría clásica con el análisis vectorial de impedancia bioeléctrica (BIVA) para evaluar la relación entre el recuento de glóbulos blancos (WBC) y el peso/composición corporal en pacientes con AN

**Material y métodos:** se incluyó a 36 pacientes con AN con una edad promedio de 26,3 ± 12,1 años, ingresados entre 2020 y 2023. Las variables incluyeron: antropometría, BIVA (masa libre de grasa, masa grasa, masa muscular, masa muscular esquelética y masa muscular apendicular) y recuento de leucocitos en sus diversas formas junto a ratios.

**Resultados y conclusión:** se reportó un aumento en el peso corporal (41,7 ± 8,1 kg frente a 47,9 ± 13,6 kg), el % de masa

grasa ( $13,0 \pm 7,3$  % frente a  $20,2 \pm 11,7$  %), el % de masa libre de grasa ( $87,0 \pm 7,3$  % frente a  $81,2 \pm 10,0$  %) y el % de masa muscular ( $54,5 \pm 5,8$  % frente a  $49,4 \pm 7,3$  %) después de la intervención. Sin embargo, el WBC permaneció sin cambios. En contraste, el SIII ( $253,3 \pm 172,7$  frente a  $353,5 \pm 119,9$ ) y la NLR ( $1,2 \pm 0,4$  frente a  $1,5 \pm 0,35$ ) aumentaron. La masa muscular se asoció con el recuento de linfocitos ( $0,457$ ,  $p < 0,05$ ). Varios parámetros de composición corporal, como FFM ( $0,460$ ,  $p < 0,01$ ), MM ( $0,657$ ,  $p < 0,01$ ), SMM ( $0,710$ ,  $p < 0,01$ ) y ASMM ( $0,744$ ,  $p < 0,01$ ), se asociaron con el recuento de plaquetas. El SIII se asoció con FFM ( $0,345$ ,  $p < 0,05$ ), MM ( $0,381$ ,  $p < 0,05$ ) y ASMM ( $0,411$ ,  $p < 0,05$ ). No se detectó asociación entre peso/IMC y WBC. El análisis de correlación indicó que los aspectos de la composición corporal, más que la antropometría clásica, estaban relacionados con las tendencias del recuento de glóbulos blancos. Por lo tanto, combinar la evaluación nutricional avanzada con métodos tradicionales podría mejorar el monitoreo del tratamiento de los trastornos alimentarios.

#### **P-182. Asociaciones entre conducta alimentaria y síntomas de salud mental en universitarios**

Silvana Trinidad Trunce Morales, Rocío Paulina Sanmartín Santibáñez  
Departamento de Salud. Universidad de Los Lagos. Osorno, Chile

**Introducción:** los problemas de salud mental en estudiantes universitarios han aumentado, mostrando mayores niveles de ansiedad, estrés y depresión asociados a conductas alimentarias de riesgo.

**Objetivos:** analizar los niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con la conducta alimentaria y la autopercepción de la imagen corporal en estudiantes universitarios.

**Material y métodos:** estudio transversal con 802 estudiantes de una universidad pública del sur de Chile. Los participantes completaron un cuestionario online en donde se utilizó la escala DASS-21 para medir depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios chilenos, y una encuesta de hábitos alimentarios validada. La imagen corporal se evaluó mediante siluetas corporales de Stunkard. Se empleó el *software* estadístico SPSS v. 25.

**Resultados:** el 54,1 % de los estudiantes presentaron malnutrición por exceso, la cual se asoció significativamente con síntomas de salud mental ( $p < 0,050$ ). El no consumo de verduras y el hábito de no desayunar se correlacionaron con síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente, mientras que el consumo de *snacks* se vinculó con mayores niveles de estrés ( $p < 0,050$ ). La autopercepción de la imagen corporal mostró una concordancia moderada con el índice de masa corporal autoreportado.

**Conclusiones:** nuestro análisis reveló que el no consumo de verduras y el hábito de no desayunar se correlacionaron con mayores niveles de depresión y ansiedad, respectivamente, mientras que el consumo de *snacks* se vinculó con mayores síntomas de estrés. Finalmente, el test de siluetas de Stunkard demostró ser una herramienta válida para la evaluación del índice de masa corporal autoreportada.

## **ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO**

### **P-183. Guía dietético-nutricional para el tratamiento de personas con fenilcetonuria: tabla de composición de alimentos regulares y especiales bajos en proteína: PKU base**

Dolores García Arenas<sup>1</sup>, Sara Achebak El Khadiri,<sup>2</sup> Paulina Leszczynska<sup>2</sup>, Arantza Ruiz de las Heras de la Hera<sup>2</sup>, Sara de las Heras Delgado<sup>2</sup>, Roser Martí Cid<sup>2</sup>, Nancy Babio Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. <sup>2</sup>Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universitat Rovira i Virgili. Reus, Tarragona

**Introducción:** la alimentación es clave en el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU). Los alimentos bajos en fenilalanina, los alimentos especiales bajos en proteínas (AEBP) y los sustitutos proteicos son esenciales para su manejo nutricional. Sin embargo, no existe una base de datos exhaustiva de estos productos en España.

**Objetivos:** este trabajo tiene como finalidad describir el enfoque dietético-nutricional para personas con PKU y desarrollar una base de datos de composición de alimentos que incluya AEBP y sustitutos proteicos a base de aminoácidos o glicomacropéptidos.

**Material y métodos:** se realizó una revisión narrativa y recopilación de información nutricional de alimentos regulares y AEBP. Se incluyó información de 13 marcas de AEBP y 6 de fórmulas especiales de aminoácidos, obtenida del etiquetado nutricional obligatorio y fichas técnicas proporcionadas por algunas empresas. También se incorporó la información de alimentos bajos en proteínas de las tablas Veggie Base y Celiac Base.

**Resultados:** el documento se estructura en dos partes: una guía dietético-nutricional para PKU y la Tabla de composición de alimentos convencionales y AEBP: PKU base. Se elaboró un ejemplo de una dieta equilibrada utilizando la plataforma e-Diet Base<sup>®</sup>. La PKU base incluye información nutricional de 208 AEBP y 49 fórmulas especiales de aminoácidos, además de 280 y 665 productos extraídos de las tablas Veggie Base y Celiac Base, respectivamente. En total, la PKU base contiene datos nutricionales de 1153 productos.

**Conclusión:** la creación de una tabla de composición de alimentos que incluya AEBP y sustitutos proteicos es una herramienta esencial para las y los dietistas-nutricionista y otros profesionales sanitarios interesados en el tema, permitiendo la elaboración de dietas saludables e individualizadas para personas con PKU y optimizando su manejo dietético-nutricional.

### **P-184. Evaluación de la composición corporal y fuerza en personas adultas con errores innatos del metabolismo**

Sonsoles Botella Martínez, Ana Zugasti Murillo, Amelia Marí Sanchís, Henry Rendon Barragán, Ana Hernández Moreno, Miguel Martí Martínez, Joaquín de Carlos Artajo, Xabier Ayarza Marien, Maite Yeregui Balda, Miren Compains Layana

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona

**Introducción:** el tratamiento dietético es fundamental en el manejo de los errores innatos del metabolismo (EIM). Sin embargo, las restricciones de determinados grupos de alimentos en la dieta, podrían incrementar el riesgo de sobrepeso y/o alteraciones funcionales.

**Objetivos:** evaluar el estado nutricional y funcional de adultos con EIM mediante el estudio de la composición corporal y dinamometría.

**Material y métodos:** estudio trasversal que incluyó 15 pacientes con EIM (9 con fenilcetonuria, 2 con glucogenosis de tipo V, 1 con homocisteinuria clásica, 1 con ornitinemia, 1 con acidemia propiónica y 1 con Intolerancia hereditaria a la fructosa). A todos ellos se les realizó estudio de composición corporal con impedanciometría (modelo InBody 770®), fuerza de agarre mediante dinamometría (modelo JAMAR®) y valoración de sarcopenia según los criterios EWGSOP2.

**Resultados:** la edad media fue de 39 + 14,6 años; el 73,3 % mujeres; con peso medio 77,8 + 21,7 kg e IMC de 28,5 + 8 kg/m<sup>2</sup> (según el cual el 33,3 % con obesidad; 26,6 % con sobrepeso); perímetro abdomen 96 + 21 cm y de cadera 110 + 15 cm. Comorbilidades asociadas: prediabetes (20 %); dislipemia (20 %); HTA (13 %); osteoporosis (6,6 %); osteopenia (6,6 %); sarcopenia (0 %). La fuerza de agarre media fue de 27,8 + 8 kg (solo 1 persona con fuerza disminuida de 13 kg). En cuanto al estudio BIA la media de % grasa 36 % + 11,5 % (según % de grasa el 73,3 % con obesidad); MME 26,5 + 5,8 kg; IMME 7 + 1,2 kg/m<sup>2</sup>; AEC/ACT 0,382 + 0,01; ángulo de fase 5,1 + 0,8; masa celular 31,3 + 6,4 kg; área grasa visceral 144,3 + 71 cm<sup>2</sup>. El IMC fue significativamente mayor en PKU clásica frente a otros EIM (37,6 + 10 frente a 23,9 + 3,3;  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** los pacientes con EIM tienen un riesgo incrementado de sobrepeso y obesidad. El IMC infraestima la obesidad en estas personas ya que el estudio mediante BIA muestra una grasa corporal en rango de obesidad significativamente mayor a lo estimado por IMC. En esta muestra, los pacientes con PKU clásica tienen una mayor prevalencia de obesidad frente a otros EIM analizados.

### P-185. Análisis de composición corporal en pacientes con fenilcetonuria

Pilar Masdeu López-Cerón<sup>1</sup>, María Argente Pla<sup>1</sup>, Agustín Ramos Pro<sup>1</sup>, Olga Seguí Cotano<sup>1</sup>, Patricia Correcher Medina<sup>2</sup>, María Carmen Pastor Romero<sup>1</sup>, Andrea Micó Gacía<sup>1</sup>, Eva Gascó Santana<sup>1</sup>, Ángela Durá de Miguel<sup>1</sup>, Sílvia Martín Sanchis<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición y de <sup>2</sup>Pediatría. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

**Introducción:** la fenilcetonuria (PKU) es un error innato del metabolismo de la fenilalanina que precisa como tratamiento es una dieta pobre en fenilalanina: restringida en proteínas naturales de alto valor biológico y con aporte libre de grasas o hidratos de carbono, por lo que se aprecia mayor prevalencia de obesidad respecto a la población general.

**Objetivos:** describir parámetros de composición corporal y de dinamometría en pacientes con PKU y analizar la posible relación con el grado de control de enfermedad.

**Material y métodos:** estudio longitudinal, retrospectivo y unicéntrico de 26 pacientes con PKU adultos. Se recogieron variables clínicas, analíticas y se realizó una bioimpedancia y dinamometría. Se definió buen control cuando la fenilalanina era menor de 600 μmol/l (10 mg/dl). Los resultados se muestran como mediana (RIQ25-75) y media (DE).

**Resultados:** se incluyeron 26 pacientes (50 % hombres) de 32,8 (8,3) años. Entre los hombres, 5 pacientes presentaban buen control (38,5 %), al igual que con las mujeres (5 pacientes, 38,5 %). El 67 % de los hombres realizan una media de 90 minutos de ejercicio aeróbico semanal y las mujeres el 75 % realizan 60 min (Tablas I y II).

**Conclusiones:** se observa que hombres con mayores niveles de fenilalanina asocian una peor composición corporal con una mejor masa musculoesquelética. Es necesario ampliar el tamaño muestral para corroborar estos resultados.

Tabla I. Análisis descriptivo

	Hombres (n = 13)	Mujeres (n = 13)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26 (24,4-29,4)	24,2 (23,1-33,2)
Ángulo de fase (°)	6,2 (0,7)	5,3 (0,62)
MME (kg)	29,7 (26,1-34,8)	22,2 (22-22,4)
MG (kg)	22,8 (21,1-24,4)	19,5 (14,9-25,3)
MG (%)	28,9 (26,4-31,1)	32,1 (26,4-38,6)
Masa celular total (kg)	34,8 (30,9-40,3)	26,5 (26,3-26,8)
Dinamometría (kg)	30,3 (18-39,3)	16,1 (12-22,3)
Fenilalanina (umol/L)	582,3 (454,9)	580,1 (622,5)
Fenilalanina (mg/dL)	8,9 (6,4)	8,9 (7,7)
Ingesta proteica (gr/ kg)	0,96 (0,32)	1,19 (0,33)

Tabla II. Correlación entre los niveles de fenilalanina y parámetros de composición corporal

	Grado de correlación en hombres	Significación (p)	Grado de correlación en mujeres	Significación (p)
Ángulo de fase	-0,243	0,52	-0,800	0,2
Masa musculoesquelética	-0,750	0,02	0,400	0,6
Masa grasa	0,283	0,46	0,400	0,6
Masa celular total	-0,750	0,02	0,400	0,6



## DISFAGIA

### P-186. Prevalencia y reversibilidad de la disfagia orofaríngea en ancianos frágiles ingresados en un servicio de medicina interna

Cecilia Vanessa Cabrejo Gavidia<sup>1</sup>, Eulalia Villegas Bruguera<sup>2</sup>, Alba Aguado Jodar<sup>3</sup>, Anna Vila Martin<sup>4</sup>, Míriam Torres Moreno<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Dietética, Endocrinología y Nutrición y Servicios de <sup>2</sup>Hospitalización a Domicilio y de <sup>3</sup>Epidemiología. Hospital Dos de Maig. Barcelona. <sup>4</sup>Grupo de Investigación M3o (Metodología, Métodos, Modelos y Resultados de las Ciencias de la Salud y Sociales). Facultad de Ciencias de la Salud y del Bienestar. Universitat de Vic-Universitat Central y de Cataluña. Barcelona. <sup>5</sup>Grupo de Investigación M3o (Metodología, Métodos, Modelos y Resultados de las Ciencias de la Salud y Sociales). Facultad de Ciencias de la Salud y del Bienestar. Universitat de Vic-Universitat Central y de Cataluña. Vic, Barcelona

**Introducción:** la disfagia orofaríngea (DO) afecta acerca del 50 % de ancianos frágiles ingresados y se asocia a desnutrición, menor calidad de vida, y un alto riesgo de infecciones respiratorias por broncoaspiración. Actualmente se desconoce el grado de reversibilidad o mejoría de la DO al alta.

**Objetivos:** estudiar la prevalencia de DO en ancianos hospitalizados para adaptar la intervención nutricional (IN) y mejorar la calidad de vida en esta población.

**Material y métodos:** estudio longitudinal, prospectivo en ancianos > 75 años, ingresados en Medicina Interna, durante 6 meses. Se estudió la DO (MECV-V), estado nutricional (MNA), al ingreso (t0) y alta (t1). Cuando se detectaba la DO se establecía una adaptación de la dieta individualizada, y se reevaluaba en t1.

**Resultados:** 106 pacientes, 61,3 % mujeres, edad promedio 87,4 años (DE 6,096). El 52 % padecía demencia y el 53 % ingresó por infección respiratoria. La prevalencia de DO en t0 fue 68 % (72 pacientes), al t1 la DO había revertido en 14 pacientes (20 % de DO en t0) y mejoró en 32 pacientes (45 % de DO en t0), por lo que el 65 % de la DO detectada al t0 revertió o mejoró al t1 ( $p = 0,021$ ).

#### Conclusiones:

1. La prevalencia de DO en ancianos frágiles hospitalizados es muy alta, e incluso superior a la indicada en la literatura científica.
2. La valoración de la DO en estos pacientes al t0 es útil para adaptar las medidas dietéticas y evitar complicaciones como la broncoaspiración.
3. La revaloración al t1 confirma la mejoría de la DO en un % alto de los pacientes, que no deberán someterse a medidas antidisfagia crónicamente.

### P-187. ¿Cómo rinden los purés espesos en términos de seguridad y eficacia en pacientes hospitalizados con alteraciones de la deglución?

Kovan Mohammed Ismael<sup>1,2</sup>, Mireia Bolívar-Prados<sup>2,3</sup>, Laura Laguna<sup>1</sup>, Adrián Núñez Lara<sup>2,3</sup>, Paula Viñas<sup>2</sup>, Marta Cera<sup>2</sup>, Pere Clavé<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Institute of Agrochemistry and Food Technology (IATA, CSIC). Paterna, València. <sup>2</sup>Gastrointestinal Physiology Laboratory. Hospital de Mataró.

Universitat Autònoma de Barcelona. Mataró, Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (Ciberehd). Barcelona

**Introducción:** el efecto terapéutico y las propiedades reológicas óptimas de los purés espesos para pacientes hospitalizados con disfagia orofaríngea (DO) no han sido claramente establecidos.

**Objetivos:** cuantificar las propiedades reológicas de 6 purés espesos (Textura C, BDA); determinar la biomecánica del procesamiento oral y su efecto en las propiedades reológicas; y evaluar la seguridad y eficacia al tragar estos purés en pacientes con DO.

**Material y métodos:** se administraron 30 g de 6 purés espesos a 20 pacientes con DO ( $84 \pm 7,2$  años). El procesamiento oral se evaluó mediante electromiografía. Las propiedades reológicas y texturales se analizaron antes y después del procesamiento oral usando un reómetro y un texturómetro. La seguridad y eficacia de la deglución se evaluaron mediante el Método de Exploración e Volumen-Viscosidad (MECV-V)

**Resultados:** todos los purés cumplieron con los estándares de Texture C BDA. La viscosidad basal al corte (50s-1) fue de 1200-2200 mPa-s; fuerza máxima, 0,47-0,67 N; cohesividad, 0,73-0,82; y adhesividad, 0,77-1,1 N-s. El procesamiento oral redujo la viscosidad al corte y la fuerza máxima sin alterar la cohesividad. Para preparar el bolo listo para deglutir se necesitaron 17-20 ciclos de masticación (CM) y 15-22 s con una frecuencia de 0,98-1,44 CM/s. Los purés fueron significativamente más seguros de tragar (98-100 %) en comparación con líquidos delgados (87 %,  $p < 0,001$ ) y líquidos de néctar (250 mPa-s; 94 %,  $p < 0,008$ ). La prevalencia de residuos orales aumentó al 28 % y los residuos faríngeos al 21 %. La palatabilidad mostró un 40-60 % de aceptación en todos los platos.

**Conclusiones:** este estudio demuestra que los purés espesos con una viscosidad de 1200-2200 mPa-s son un tratamiento seguro y eficaz como soporte nutricional para la mayoría de los pacientes hospitalizados mayores con disfagia orofaríngea.

### P-188. Relación de la ecografía muscular con pruebas de evaluación de disfagia (método de exploración clínica volumen-viscosidad [MECV-V] y videoendoscopia) en el paciente con esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

Eva López Andrés<sup>1</sup>, Olatz Izaola<sup>1</sup>, Alberto Rodríguez Tirador<sup>1</sup>, María Ángeles de Castro Lozano<sup>1</sup>, Paloma Pérez López<sup>1</sup>, Mario Alfredo Saavedra Vásquez<sup>2</sup>, Isabel Pérez Mellén<sup>1</sup>, María Jesús Villameriel Galván<sup>1</sup>, Daniel de Luis<sup>2</sup>, Juan José López Gómez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Universidad de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>Facultad de Medicina. Instituto de Endocrinología y Nutrición. Valladolid

**Introducción:** la disfagia es frecuente en el paciente con ELA, lo que supone un riesgo nutricional.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio es relacionar la cantidad muscular medida mediante ecografía, con la disfagia evaluada

con el MECV-V y la videoendoscopia de la deglución (VED) en pacientes con ELA.

**Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio observacional transversal con 46 pacientes diagnosticados con ELA en seguimiento en la consulta de nutrición clínica. Se realizó valoración nutricional con ecografía muscular del recto anterior del cuádriceps (RA) y del vasto intermedio (VI) de la pierna dominante. Se determinó el grosor muscular (eje Y\_RA) (cm) y el área muscular (AMRA) (cm<sup>2</sup>) del RA y la suma del grosor de RA+VI (eje Y\_RA + VI), y estos datos se compararon con los resultados de las pruebas diagnósticas de disfagia, que incluyeron el MECV-V y VED.

**Resultados:** la edad media de los pacientes fue de 68,3 (9,78) años, 45 % pacientes eran mujeres y IMC 26,38 (4,17) kg/m<sup>2</sup>. De los MECV-V realizados un 26,2 % dieron positivos en seguridad, 42,9 % positivos en eficacia y 23,8 % positivos en ambos. Se realizaron 31 VED: 54,8 % negativas o deglución funcional, y 45,2 % positivas en disfagia. Se observaron diferencias significativas en la cantidad muscular en función de la positividad del test realizado (Tabla I;  $p < 0,05$ ). En el análisis multivariante ajustado por edad y sexo se observó que eje Y\_RA + VI fue un factor protector independiente de positividad en la VED (OR = 0,06; IC 95 %, 0,01-0,65;  $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** en los pacientes con ELA la cantidad muscular determinada a través de parámetros ecográficos en el VI y en el RA es menor en aquellos con una disfagia determinada por pruebas habituales. La cantidad muscular determinada por ecografía es un factor protector de desarrollo de disfagia.

#### P-189. Fuerza de agarre como herramienta de cribado de disfagia orofaríngea en pacientes hospitalizados mayores de 65 años

Enrique Marín Bernard<sup>1</sup>, María Dolores Ruiz López<sup>2</sup>, Basilio Gómez Pozo<sup>3</sup>, Reyes Artacho Martín Lagos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Nutrición Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Departamento de Bromatología y Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. <sup>3</sup>Unidad de Investigación del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud. Granada

**Introducción:** la disfagia orofaríngea (DOF) se asocia con desnutrición, deshidratación, neumonía por aspiración y aumento de la mortalidad. Su identificación temprana es crucial para implementar intervenciones adecuadas. La fuerza de agarre (FA), podría ayudar a identificarla.

**Objetivos:** analizar la relación entre la FA y la DOF.

**Material y métodos:** estudio observacional transversal en pacientes hospitalizados mayores de 65 años. DOF: método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). FA: dinamometría (dinamómetro KERN MAP 80K1). Análisis estadístico: comparación de FA entre pacientes con y sin DOF (prueba *t* de Student), correlación entre FA y DOF (Spearman) y evaluación de la FA como herramienta discriminativa mediante curvas ROC. Comisión de Ética de Investigación de la UGR (149/CEIH/2016).

**Resultados y conclusión:** 161 pacientes (84 mujeres y 77 hombres). El 48,8 % de las mujeres y 51,9 % de los hombres presentaron DOF. La FA media en mujeres con DOF fue 7,361 ± 5,39 kg y sin DOF 14,756 ± 6,55 kg ( $p < 0,001$ ). En hombres con DOF, la FA media fue 14,448 ± 5,86 kg y sin DOF 21,454 ± 6,37 kg ( $p < 0,001$ ). Esto confirma que la FA es significativamente menor en pacientes con DOF, independientemente del sexo.

#### P-190. Características clínicas de pacientes evaluados en la Unidad de Disfagia del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona. Un estudio observacional retrospectivo y descriptivo

Carme Martí Mezcuca, Carles Espinós Arnau, Núria Ibarrola Jurado, Alba Guasch Sintés, Fiorella Lipari, María Esther Solano Fraile, Roxana Jhaneth Zavala Arauco, Cristina Franco Borràs, Ana Megía Colet

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

**Introducción:** la disfagia es un síntoma muy prevalente que se manifiesta como la dificultad o molestia al formar o movillizar el bolo alimentario. Su no detección, puede llevar a complicaciones graves como la desnutrición, neumonía por aspiración e incluso la muerte.

**Objetivos:** analizar las características clínicas de los pacientes derivados al comité multidisciplinar de disfagia orofaríngea del Hospital Universitari Joan XXIII, para poder valorar la efectividad de las intervenciones realizadas

**Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en 152 pacientes durante un año. Se analizaron variables demográficas, clínicas y nutricionales, y se aplicó como método diagnóstico la fibroendoscopia de la deglución (FESS) para evaluar la seguridad y eficacia.

**Resultados:** se analizaron los datos de 152 pacientes, 54,6 % hombres y 45,34 % mujeres, con edades clasificadas

Tabla I.

	AM (cm <sup>2</sup> )		Eje Y_RA (cm)		Eje Y_RA + VI (cm)	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
MECV_V Seguridad	2,80 (1,06)	3,66 (1,38)	0,97 (0,29)	1,23 (0,36)	1,91 (0,62)	2,47 (0,64)
MECV_V Eficacia	2,92 (1,09)	3,78 (1,41)	1,04 (0,34)	1,23 (0,36)	2,03 (0,69)	2,53 (0,59)
MECV_V Completo	2,28 (1,12)	3,62 (1,63)	0,98 (0,31)	1,21 (0,36)	1,92 (0,66)	2,45 (0,64)
VED	2,76 (1,18)	4 (1,44)	0,90 (0,22)	1,34 (0,39)	1,87 (0,60)	2,67 (0,60)

en grupos de < 50 años (16,4 %), entre 50-59 años (44,7 %) y  $\geq$  70 años (38,8 %). En relación a la vía de alimentación el 90,1 % de los pacientes seguían una alimentación oral, el 6,0 % se alimentaban a través de una SNG y un 3,9 % a través de sonda de gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) o gastrostomía radiológica percutánea (PRG). Según la valoración con FEES, el 71 % de los pacientes valorados tenían alteración en la seguridad o en la eficacia en una o varias texturas (néctar 46,7 %, líquida 88,2 %, pudín 56,6 % y sólida 61,2 %). El 49,3 % de los pacientes fueron derivados a la unidad de nutrición para adaptación de textura y valoración nutricional. De estos el 88,2 % requirieron el uso de espesante y el 61,2 % adaptación de textura a fácil deglución. En relación al estado nutricional, el 21,1 % de los pacientes presentaron desnutrición moderada/severa según criterios GLIM.

**Conclusiones:** el trabajo multidisciplinar permite identificar y actuar de forma precoz en el tratamiento dietético y nutricional de los pacientes con disfagia orofaríngea.

#### **P-191. Disfagia posextubación en el paciente crítico: alteración de eficacia nutricional y seguridad deglutoria**

Lourdes Raya Rojas, Nazaret Flecha Morales, María de las Olas Cerezo Arias  
*Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz*

**Introducción:** la evaluación clínica de la disfagia posextubación (posexlOT) en el paciente crítico detecta signos de alarma definitorios de alteración de la seguridad (tos, desaturación, cambio del tono de voz y residuo faríngeo) y alteración de la eficacia de la deglución (degluciones fraccionadas y mal sellado labial). Su detección y abordaje precoces mediante protocolo favorecen un adecuado tratamiento médico nutricional (TMN), rehabilitación de la disfagia y reducción de complicaciones.

**Objetivos:** el objetivo principal del estudio es analizar la relación entre disfagia posexlOT y dificultad para nutrición oral, lo cual conlleva pérdida de la eficacia de la deglución. El objetivo secundario es analizar la relación entre disfagia y alteración de la seguridad de deglución, representada como neumonía aspirativa.

**Material y métodos:** se elabora un estudio a partir de una muestra de treinta y cuatro pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente a los cuales se evalúa la disfagia mediante el método de exploración clínica de Volumen-Viscosidad (MECV-V), cumpliendo las condiciones que éste requiere. Se realiza un análisis inferencial de contraste de hipótesis utilizando SPSS.

**Resultados y conclusión:** de los pacientes con disfagia posexlOT solo 15,4 % inician nutrición oral eficaz. Se aprecia significación estadística en cuanto a correlación entre ambas variables ( $X^2 = 15,63$ ,  $p < 0,001$ ; prueba exacta de Fisher  $p = 0,027$ ) y desde un punto de vista porcentual, ya que el porcentaje de los casos de nutrición oral es mayor para individuos sin disfagia (85 % frente a 15,4 %). Por otro lado, se aprecia correlación entre las variables disfagia y neumonía aspirativa ( $X^2 = 5,87$ ,  $p = 0,015$ ). El porcentaje de casos que presentan

disfagia es mayor para los individuos con neumonía aspirativa (66,7 frente a 23,8 %), comportándose como factor de riesgo ( $OR = 6,4$ ). El protocolo disfagia zero en el paciente crítico implementará la seguridad y eficacia de la deglución, minimizando el aumento de morbimortalidad e incidencia de deshidratación, neumonía aspirativa y fracaso del TMN derivados de la disfagia.

#### **P-192. Valoración nutricional en pacientes hospitalizados con deterioro cognitivo y disfagia**

Mario Alfredo Saavedra Vásquez, Juan José López Gómez, Olatz Izaola, María Jesús Villameriel Galván, Isabel Pérez Mellén, Eva López Andrés, Rebeca Jiménez Sahagún, Paloma Pérez López, Emilia Gómez Hoyos, Daniel de Luis Román

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid*

**Introducción:** la disfagia se presenta con frecuencia en pacientes con deterioro cognitivo lo que eleva el riesgo nutricional, especialmente durante un ingreso hospitalario, lo que afecta negativamente la evolución de la enfermedad.

**Objetivos:** describir las características demográficas de pacientes ingresados con deterioro cognitivo y disfagia, así como valoración nutricional y como afecta el pronóstico de la enfermedad.

**Material y métodos:** se realiza un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el que se incluyen a pacientes ingresados con deterioro cognitivo (demencia 79 %, ictus 11,6 %, ELA 1,4 % y otros 8 %) en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid en los que se solicitó dieta de disfagia, desde abril del 2015 a febrero del 2022. Se recogen variables demográficas, antropométricas (IMC y circunferencia de pantorrilla [CP]), estancia hospitalaria y mortalidad. Se calcula el índice masa muscular esquelética apendicular (ASMI) mediante la fórmula:  $-10,427 + (CP [cm] \times 0,768) - (edad [años] \times 0,029) + (sexo \times 7,523) / (talla [cm] \times talla [cm])$  e EAT-10.

**Resultados:** se incluyen 1391 pacientes (60,7 % mujeres). La mediana de edad fue 87(RIQ9) años e IMC fue 22,2 (RIQ4,5)  $kg/m^2$ . La CP media fue 28,5 (DE 3,5) cm en varones y 27,9 (DE 3,9) cm en mujeres. El ASMI medio fue 6 (DE 1,1)  $kg/m^2$  en varones (83,2 %  $< 7 kg/m^2$ ) y 3,5 (DE 1,2)  $kg/m^2$  en mujeres (94,1 %  $< 5,5 kg/m^2$ ). La mediana de estancia hospitalaria es 8,5(RIQ7,3) días. El 15,8 % de pacientes fallecieron durante el ingreso. Se encuentra correlación negativa entre ASMI y edad ( $p = -0,27$ ;  $p < 0,01$ ) y correlación positiva entre ASMI y estancia hospitalaria ( $p = 0,12$ ;  $p < 0,01$ ). Hay correlación negativa entre puntaje EAT-10 con ASMI ( $R = -0,95$ ;  $p = 0,03$ ) y CP ( $R = -0,13$ ;  $p < 0,01$ ), más no con días de ingreso ( $R = -0,02$ ;  $p = 0,64$ ). No hay diferencias significativas entre los fallecidos y los que no en ASMI (4,6 [DE 1,7]  $kg/m^2$  frente a 4,5 [DE 1,7]  $kg/m^2$  [ $p = 0,69$ ]) ni en EAT-10 (17,4 [DE 8,2] frente a 15,7 [DE 7,7] [ $p = 0,06$ ]).

**Conclusión:** los pacientes con deterioro cognitivo y disfagia tienen alto riesgo nutricional. Nuestro estudio demostró que, aunque presenten IMC en normopeso, la gran mayoría presenta baja masa muscular, sobretodo en mujeres.

### P-193. Situación clínica de pacientes en seguimiento en la unidad de disfagia (UD) de un hospital de cuarto nivel

Adriana Sofía Sánchez Velasco, Lourdes María Tolentino Martínez, Clara Romera Pérez, Ana Isabel Sánchez Marcos, Estefanía Lorenzo García, María Pilar Giraldo Sánchez, Ana Herrero Ruiz, Rosa Ana Iglesias López, Heather Stacey Villanueva Alvarado, María Teresa Mories Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca

**Introducción:** el principal objetivo de la UD es el abordaje clínico-nutricional multidisciplinar de los pacientes con este diagnóstico.

**Objetivos:** describir las características clínicas y del tratamiento médico-nutricional de los pacientes portadores de sonda de gastrostomía percutánea (PEG) seguidos en la UD del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) durante 2024.

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron variables demográficas y antropométricas, tipo de fórmula de nutrición enteral (NE) prescrita y complicaciones asociadas a la PEG.

**Resultados y conclusión:** en 2024 mantienen seguimiento en la UD 49 pacientes (59 % varones) con edad promedio  $69,69 \pm 18,84$  años. Las principales causas de disfagia fueron enfermedad cerebrovascular (26,53 %) y tumores de cabeza y cuello (24,48 %). El 81,6 % portaban PEG tipo sonda y el 18,6 % botón. El tiempo promedio desde la colocación de la primera PEG es  $3,06 \pm 3,4$  años, el 32,65 % tuvieron la primera puesta en 2024. Tras la colocación de PEG, las principales complicaciones inmediatas fueron sangrado de pared (4,08 %), hemorragia digestiva alta (2,04 %) y hemoperitoneo (2,04 %), a largo plazo broncoaspiración (22,4 %), granuloma (18,36 %), infección local (6,12 %), síndrome de *buried-bumper* (4,08 %) (Tablas I y II). El aporte promedio de calorías y proteínas es de  $26,94 \pm 11,4$  kcal/kg y  $1,38 \pm 0,65$  g/kg, respectivamente. El 14,28 % de los pacientes mantiene dieta mixta con aporte por vía oral adicional y el 4,08 % logró suspender la NE por mejoría. El 65 %

de los pacientes presenta criterios de sarcopenia a pesar de que la NE cubra sus requerimientos nutricionales, recalcando la necesidad de asociar actividad física para conservar la masa muscular. Las principales complicaciones asociadas a la colocación de PEG suelen ser tardías, siendo las más frecuentes broncoaspiración y granuloma.

### P-194. Impacto de la disfagia orofaríngea en estudiantes con pluridiscapacidad de la Escuela de Educación Especial l'Arboç de la Fundació Maresme

Paula Viñas Beumala, Alberto Martín Martínez, Elisabet Lavado, Elena Vega, Pere Clavé

Laboratorio de Fisiología Digestiva. Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona

**Introducción:** un estudio realizado en 2019 encontró una prevalencia del 100 % de disfagia orofaríngea (DO), 89,3 % de malnutrición crónica, 21,4 % de malnutrición aguda y 70 % de deshidratación en estudiantes con discapacidad neurológica y parálisis cerebral.

**Objetivos:** describir las características clínicas, deglutorias y nutricionales de los estudiantes con pluridiscapacidad en la escuela de Educación Especial l'Arboç de la Fundació Maresme como parte del Programa PASCE-CSdM-FM.

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal. Se recopiló datos sociodemográficos y clínicos, junto con los niveles de discapacidad física (Sistema de Clasificación de Función Motora Gruesa [GMFCS]), función deglutoria (Sistema de Clasificación de Habilidad para Comer y Beber [EDACS]), capacidad masticatoria (Escala de Rendimiento Masticatorio Karaduman) y el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). Se realizó una valoración nutricional mediante antropometría y registros de ingesta.

**Resultados:** se incluyeron 23 estudiantes de  $11,4 \pm 5,0$  años. El 70 % presentaba DO con un 52 % y 70 % de alteraciones de la seguridad y eficacia, respectivamente. Todos los estudiantes

Tabla I. Medidas antropométricas

Peso (kg)	Talla (m)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Circunferencia de pantorrilla (cm)	ASMI*(kg/m <sup>2</sup> )		Sarcopenia % <sup>†</sup>
				Varones	Mujeres	
60 ± 14,20	1,64 ± 0,10	22,75 ± 4,34	30,57 ± 4,12	6,74 ± 1,19	3,97 ± 1,21	65

\*ASMI: índice masa muscular esquelética apendicular estimada mediante la fórmula  $[-10,427 + (CP \text{ (cm)} \times 0,768) - (\text{edad (años)} \times 0,029) + ((\text{sexo}) \times 7,5239) / (\text{talla(m)}^2)]$ . <sup>†</sup>Sarcopenia según criterios EWGSOP2:  $< 7,0 \text{ kg/m}^2 = \text{varones}$  y  $< 5,5 \text{ kg/m}^2 = \text{mujeres}$ .

Tabla II. Tipos de fórmula de NE

	Hipercalórica-hiperproteica	Hipercalórica-normoproteica	Normocalórica-hiperproteica	Normocalórica-normoproteica
Total	37	1	3	4
Con fibra	30	0	2	3

presentaron dificultades masticatorias: 9 % leve (nivel 1 Karaduman), 23 % moderada (nivel 2), 41 % severa (nivel 3) y el 27 % no podían ni masticar ni morder (nivel 4). El 44 % requirió el uso de espesantes (9 % viscosidad media y 35 % alta) y el 100 % adaptación textural de la dieta (61 % textura C o puré y 39 % textura E o chafable con el tenedor). Los niveles más altos del GMFCS se correlacionaron con mayores problemas de seguridad en la deglución. El 48 % presentó malnutrición aguda y el 78 % crónica (índice de Waterlow). No se registró ninguna infección respiratoria durante el último año.

**Conclusiones:** la DO y la malnutrición son altamente prevalentes en niños con pluridiscapacidad en entornos de educación especial, por lo que son esenciales intervenciones multimodales basadas en el manejo de la viscosidad de los fluidos, textura de la dieta y soporte nutricional adecuados.

### **P-195. Elaboración de un cuestionario para la evaluación nutricional e intervención instrumental de la disfagia**

Tania Zazo Ribas, Miguel Fombuena Moreno, M.<sup>a</sup> Carmen Badia Picazo, Magnolia Nieto Marcos, M.<sup>a</sup> Pilar García Gasco, Laura Sanz Dopateo, Silvia Navarro Artigado, Olga Viana Martín, Esther Sanchís Verdeguer

*Hospital Dr. Moliner. Serra, València*

**Introducción:** la disfagia orofaríngea es la dificultad para tragar alimentos sólidos y/o líquidos en una o más fases del proceso de deglución. Entre las complicaciones que provoca se encuentran las infecciones respiratorias, alteraciones nutricionales como es la desnutrición y/o deshidratación. La disfagia sarcopénica está asociada a la pérdida de musculatura deglutoria.

**Objetivos:** a) describir las características deglutorias y nutricionales de los pacientes adultos con disfagia orofaríngea; b) evaluar el impacto de un tratamiento rehabilitador logopédico, y c) identificar las mejoras significativas de ambas intervenciones.

**Material y métodos:** estudio preliminar, observacional, prospectivo, longitudinal con 25 pacientes adultos pluripatológicos y crónicos complejos con disfagia orofaríngea. Se realizó valoración nutricional con parámetros clínicos, antropométricos, bioimpedancia, dinamometría y pruebas instrumentales FEES aplicando las escalas de evaluación logopédica. Los resultados se muestran en porcentajes, compilados a partir de un cuestionario ramificado abierto creado en Microsoft Forms 365.

**Resultados:** véase tabla I.

**Conclusión:** la disfagia y la desnutrición se diagnostican con frecuencia en el paciente pluripatológico y crónico complejo. Utilizar técnicas instrumentales en valoraciones de la disfagia y técnicas avanzadas en valoraciones nutricionales aportan precisión en las respectivas actuaciones conjuntas del equipo multidisciplinar con las consiguientes mejoras de la atención sanitaria.

**Tabla I.**

<b>Cribado nutricional MST (ASPEN)</b>		
Riesgo de desnutrición	19 (76 %)	
<b>Criterios GLIM</b>		
Moderada	8(32 %)	
Severa	9(36 %)	
<b>CONUT</b>	<b>Ingreso</b>	<b>Seguimiento</b>
Sin desnutrición	24 %	44 %
Prealbúmina normal	68,8 %	81,3 %
<b>Circunferencia braquial</b>		
Desnutrición severa	40 %	24 %
<b>Circunferencia pantorrilla</b>		
Sarcopenia severa	56 %	40 %
<b>IMME</b>		
Hombres < 7	52 %	52 %
Mujeres < 5,5	4 %	0 %
Ratio AEC/ACT 0,36-0,39	24 %	40 %
<b>Ángulo de fase</b>		
Hombres < 6	72 %	72 %
Mujeres 5,5	20 %	12 %
<b>Residuo vallécula</b>		
Severo	48 %	4 %
<b>Residuo senos piriformes</b>		
Severo	48 %	4,2 %
Penetración	48 %	4 %
<b>Aspiraciones</b>		
Predeglutoria	60 %	8 %
Posdeglutoria	4 %	0 %
Retraso reflejo deglutorio	92 %	72 %
Control del bolus	36 %	91,7 %
Degluciones fraccionadas	96 %	84 %
Aspiraciones silentes	32 %	4 %
Adecuado aclaramiento	44 %	91,7 %
<b>Indicaciones</b>		
Flexión anterior	24 %	20 %
Maniobra supraglótica	24 %	28 %

## **OTROS**

### **P-196. Eficacia y seguridad de SADI-S como tratamiento de personas con obesidad severa**

Ángela Alonso Echarte, Ana Zugasti Murillo, Sonsoles Botella Martínez, Henry Rendón Barragán, Miguel Martí Martínez, Amelia Marí Sanchís, Ana Hernández Moreno, Joaquín de Carlos Artajo, Xabier Ayarza Marien, Maite Yeregui Balda

*Hospital Universitario de Navarra. Pamplona*

**Introducción:** el SADI-S consiste en una gastrectomía vertical con una anastomosis duodeno-ileal y un asa común-alimentaria de 250-300 cm.

**Objetivos:** nuestro objetivo fue evaluar los resultados en pacientes sometidos a SADI-S en nuestro centro entre 2020 y 2024.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo, con parámetros antropométricos (Inbody 770), funcionales (dinamometría Jamar) y nutricionales previos a la cirugía y a los 3, 6 y 12 meses. El análisis estadístico se realizó mediante el *software* SPSS 22.0.

**Resultados:** 40 pacientes (mujeres 77,5 %), 46,1 ± 10,5 años, IMC medio 53,4 ± 8 kg/m<sup>2</sup>. Veintiseis SADI-S en dos tiempos y 14 en un tiempo. En todos ellos se prescribió polivitamínico y calcio-vitamina D tras la cirugía. *Pérdida de peso:* a los 3 meses: 40,8 ± 19,1 kg (26,9 ± 9,7 %). A los 6 meses: 45,5 ± 14,2 kg (36 ± 15,7 %). A los 12 meses: 53,4 ± 20 kg (36,6 ± 9,1 %). Un 52,5 % más del 30 % de peso. Diferencia significativa ( $p < 0,05$ ) por sexo a los 3 meses (varones 55,3 ± 13,5 kg y mujeres 34,7 ± 17,9 kg) y a los 6 (varones 55,6 ± 11,4 kg y mujeres 40,5 ± 13,1 kg), no así a los 12 meses (varones 62,4 ± 17,4 kg y mujeres 50,4 ± 20,3 kg). No diferencias significativas por edad (mayores y menores 45 años) a los 3 (> 45: 38,1 ± 18,8, < 45: 45 ± 19,5) ni a los 6 meses (> 45: 41,6 ± 12,5, < 45: 50 ± 15,7), pero sí a los 12 meses (> 45: 45,6 ± 18, < 45: 61,2 ± 19,4). *Obesidad sarcopénica:* 5 % a los 3 meses, 5 % a los 6 meses y 2,5 % al año. No diferencias significativas por edad y sexo. *Déficits nutricionales:* 37,5 % (todas mujeres): 22,5 % ferropenia, 12,5 % déficit de vitamina D, 7,5 % déficit de B<sub>12</sub>, 5 % déficit de Zn y 5 % déficit de vitamina A.

#### Conclusiones:

1. Hemos comprobado que el SADI-S es una técnica segura y eficaz en resultados de % de pérdida de peso y de mantenimiento de funcionalidad.
2. Nos planteamos cambiar el polivitamínico, al menos en mujeres, por otro con mayor aporte de hierro, vitamina B<sub>12</sub> y zinc.

### P-197. Efecto de un año de intervención farmacológica y de estilo de vida sobre los niveles de klotho, factores de crecimiento y variables antropométricas en pacientes con obesidad

Diana Ariadel Cobo<sup>1</sup>, Brisamar Estébanez González<sup>2</sup>, Elena González Arnaiz<sup>1</sup>, María José Cuevas González<sup>2</sup>, Pilar García Pérez<sup>1</sup>, Diana García Sastre<sup>1</sup>, María D. Ballesteros Pomar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>2</sup>Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. León

**Introducción:** los niveles de klotho y factores de crecimiento (FGF19, FGF21, FGF23) desempeñan un papel clave en la regulación metabólica y funcionalidad muscular en pacientes con obesidad, quienes presentan niveles bajos de klotho.

**Objetivos:** evaluar los cambios en los niveles de klotho, FGF19, FGF21, FGF23 y las variables antropométricas en pacientes con obesidad tras un año de tratamiento con fármacos para la obesidad o mediante dieta y ejercicio.

**Material y métodos:** se realizó un estudio longitudinal de un año con 26 pacientes con obesidad tras un año de tratamiento (análogos de GLP-1) y/o dieta hipocalórica y ejercicio. Se analizaron variables clínicas, datos antropométricos, levantamiento de la silla, prueba TUG y composición corporal mediante bioimpedancia (BIA, TANITA MC780MA). La función muscular se evaluó con dinamometría manual JAMAR y plataforma de fuerza TANITA BM-220. Se midieron niveles plasmáticos de klotho (alfa, beta y total) y factores de crecimiento (FGF19, FGF21 y FGF23) medido por *Western blot*.

**Resultados:** se observaron reducciones significativas en peso, IMC, grasa corporal, masa magra y levantamiento de la silla, sin cambios en parámetros de ángulo de fase, resistencia, reactancia, prueba TUG y fuerza de las piernas. Los niveles de klotho plasmático (124,44 ± 437,53 frente a 81,71 ± 220,36 pg/ml,  $p = 0,339$ ), beta-klotho (0,99 ± 0,99 frente a 0,89 ± 1,02,  $p = 0,231$ ) y alfa-klotho (0,98 ± 1,73 frente a 0,79 ± 1,06,  $p = 0,227$ ) no mostraron diferencias significativas. FGF19 y FGF23 permanecieron estables, mientras que FGF21 aumentó significativamente ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** el tratamiento combinado de dieta, ejercicio y fármacos para la obesidad mostró un impacto positivo en la pérdida de peso y la funcionalidad muscular. Sin embargo, no se observaron cambios significativos en los niveles de Klotho ni en la mayoría de los factores de crecimiento evaluados, excepto FGF21. Se requieren más estudios para confirmar estos hallazgos.

### P-198. Desnutrición hospitalaria: optimizando el cuidado a través del tratamiento médico nutricional

María Antequera González, Carmen Dameto Pons, María Casado Rodríguez, Diana Ariadel Cobo, Ana Urioste Fondo, Elena González Arnaiz, María García Duque, 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 constituye un desafío clínico de gran relevancia, ya que influye significativamente en el pronóstico de los pacientes, prolongando la estancia hospitalaria y aumentando las complicaciones.

**Objetivos:** analizar las características de las interconsultas recibidas a la Unidad de nutrición clínica y dietética, evaluando la procedencia de las solicitudes, el perfil clínico-nutricional de los pacientes, las modalidades de tratamiento nutricional utilizadas y las principales patologías atendidas.

**Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo, realizado durante 2023 en una unidad de nutrición clínica. Se incluyeron 926 pacientes. Se recogieron datos sobre edad, sexo, especialidad solicitante, días de seguimiento, diagnóstico nutricional, tipo de soporte nutricional (nutrición parenteral, enteral y suplementación oral) y patología de base.

**Resultados y conclusión:** la edad media fue de 70,4 años (DE 16,2), con una distribución por sexos de 59,6 % hombres

y 40,4 % mujeres. La media de días de seguimiento por el servicio de nutrición fue de 9,6 días (DE 12,1). Las interconsultas provinieron principalmente del servicio de cirugía general (18,4 %), hematología (17,6 %), medicina interna (13,5 %) y digestivo (11,6 %). El soporte nutricional se distribuyó en suplementación oral, 58,6 % (media 8,6 días; DE 14,1), nutrición enteral: 20,7 % (media 10,6 días; DE 11,8), nutrición parenteral 15,1 % (media 11,4 días; DE 10,7). El diagnóstico nutricional más frecuente fue riesgo de desnutrición (38,0 %), seguido de desnutrición calórico-proteica grave (33,6 %). Las patologías con mayor prevalencia correspondieron a cirugía general (23,2 %), seguidas de patologías médicas hematológicas (18,0 %), neurológicas (14,8 %), neumológicas (12,1 %) y digestiva (10,9 %). Las interconsultas a la Unidad de nutrición evidencian la importancia de detectar y abordar la desnutrición hospitalaria. La implementación de un tratamiento médico nutricional, a través de nutrición enteral, parenteral o suplementación oral, resulta esencial para optimizar el estado nutricional y mejorar el pronóstico clínico de los pacientes durante su hospitalización.

#### P-199. Impacto del tratamiento radioterápico en el estado nutricional y composición corporal de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Datos preliminares

Atocha Bielza González, Cristina Cuerda Compés, Beatriz Rodríguez Herrera, Tamara Hernández Hernández, M.<sup>a</sup> Luisa Carrascal Fabián, Cristina Velasco Gimeno, Clara Serrano Moreno, Miguel Cambor Álvarez, Irene Bretón Lesmes, Marta Motilla de la Cámara

Servicio de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**Introducción:** los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (CCC) son una población de alto riesgo nutricional debido en su mayor parte a la localización del tumor y a los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos aplicados.

**Objetivos:** evaluar cambios en el estado nutricional de los pacientes con CCC antes y después de la radioterapia (RT).

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo de pacientes con CCC valorados en la consulta de nutrición al inicio y a las 2 semanas de finalizar la RT. Se recogieron datos de desnutrición (criterios GLIM), bioimpedancia (BIA), ecografía nutricional, dinamometría y EAT-10 test y se analizaron mediante SPSS 26.0, expresados en mediana (rango intercuartílico).

**Resultados:** 10 pacientes (60 % hombres), 62 años (12,85) recibieron 30 sesiones (3,0) de RT. No se encontraron cambios en la composición corporal ni en la dinamometría (Tabla I). La puntuación en el EAT-10 aumentó de 1,5 a 14,0;  $p = 0,02$ . La prevalencia de desnutrición se muestra en la figura 1.

**Conclusiones:** la prevalencia de la desnutrición en pacientes con CCC es muy elevada. El deterioro nutricional se ve influido, entre otros factores, por la aparición de mucositis, tal y cómo se intuye con el empeoramiento del EAT-10 test. Se prevé encontrar cambios en la composición corporal y fuerza prensil con una muestra más amplia.

Tabla I. BIA, ecografía nutricional y dinamometría

	Previo RT	Tras RT
Masa grasa (%)	22,3 (12,85)	24,7 (11,98)
Masa libre de grasa (%)	72,3 (28,3)	73,3 (13,2)
Ángulo de fase (°)	4,95 (1,45)	4,8 (2,25)
Dinamometría media (kg)	30,35 (17,9)	28,85 (16,1)
Eje Y (ecografía muscular) (mm)	10,5 (2,2)	9,8 (4,3)
Área (ecografía muscular) (cm <sup>2</sup> )	2,9 (1,0)	2,6 (1,5)
Tejido adiposo preperitoneal (ecografía abdominal) (mm)	5,85 (4,9)	5,6 (6,7)

Mediana (RIQ).  $p > 0,05$ .

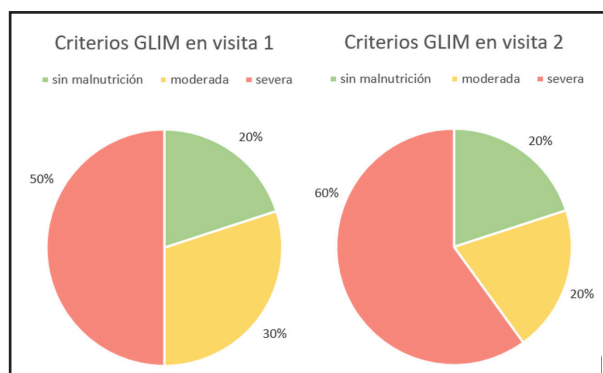


Figura 1. Prevalencia de desnutrición. Criterios GLIM.

#### P-200. Valoración morfofuncional tras cirugía bariátrica

Manuel Blanca Padilla, María José Jiménez Jiménez, Bothayna Oulad Ahmed, Mercedes Vázquez Gutiérrez, Patricia Tomás García, Pedro Mezquita Raya

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

**Introducción:** la obesidad es una enfermedad multifactorial, crónica y compleja. La valoración morfofuncional permite determinar los cambios en la composición corporal de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

**Objetivos:** conocer los cambios en la composición corporal y el estado funcional de los pacientes intervenidos de gastrectomía vertical (GV) y *bypass* gástrico de una sola anastomosis (BAGUA) en seguimiento en la consulta de Nutrición de Almería.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de GV y BAGUA en seguimiento en la consulta de Nutrición, que tengan realizado, al menos, una bioimpedancia vectorial en 2024. Entre las variables se recogió la evolución ponderal, el sexo, la edad, la dinamometría, el ángulo de fase, la masa grasa, la masa libre de grasa y el índice BCM/h.

**Resultados:** se incluyeron 86 pacientes (72,09 % eran mujeres). Presentaron un peso máximo medio de 134,99 kg, un peso mínimo medio de 78,76 kg y un peso en el momento de realización de la bioimpedancia vectorial medio de 81,98 kg. En la valoración morfofuncional, se obtuvo un valor medio de 31,59 kg en la dinamometría, un ángulo de fase promedio de 4,98 grados, masa grasa de 28,87 kg, masa libre de grasa de 53,61 kg y un índice BCM/h de 9,65 kg/m<sup>2</sup>.

**Conclusiones:** los resultados promedios de la valoración morfofuncional tras una intervención de cirugía bariátrica indican que la acelerada reducción de peso puede ocasionar pérdidas importantes de la masa magra, y con ello de la masa celular activa. Un abordaje nutricional que incluya el incremento en la ingesta proteica y la práctica de ejercicio físico de fuerza pre y poscirugía podría preservar este compartimiento. No obstante, no disponemos de bioimpedancia vectorial previa a la intervención, por lo que no se puede interpretar el efecto de la cirugía en nuestro estudio.

### **P-201. Prevalencia de comorbilidades en obesidad grado 2-3 según la presencia de baja masa muscular relativa**

Ángela Bono Velilla, Alicia Rizo Gellida, Sara Franch Salvador, Esther Serisuelo Meneu, Rubén González Alou, Iciar Castro-Vega, María Chiva Martínez, Agustín Ángel Merchante Alfaro

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Castellón. Castelló de la Plana*

**Introducción:** la obesidad de grado 2-3 se asocia con una alta prevalencia de comorbilidades. La presencia de baja masa muscular relativa (BMM), entendida como masa muscular esquelética ajustada al peso (SMM/peso) < 37 % (hombres) y < 27,6 % (mujeres), en estos pacientes podría influir en el perfil clínico y en la carga de comorbilidades.

**Objetivos:** analizar y comparar la prevalencia de comorbilidades en pacientes con obesidad según la presencia de BMM.

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en la consulta monográfica de obesidad durante 2024. Variables: edad, índice de masa corporal (IMC), ángulo de fase, SMM/peso. La bioimpedanciometría utilizada fue TANITA MC-780MA. Se evaluó la prevalencia de comorbilidades incluyendo enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, esteatosis hepática (EH), apnea obstructiva del sueño (SAOS), problemas osteoarticulares y distrés psicológico. Se utilizaron métodos no paramétricos para el análisis estadístico.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron dos grupos de pacientes: masa muscular conservada ( $n = 30$ ; todas mujeres) y con BMM ( $n = 27$ ; 12 mujeres). Datos expresados en mediana y rango intercuartílico (RI). Edad: 50 años (RI: 39-56,5) y 47 (RI: 36-52) respectivamente. IMC (kg/m<sup>2</sup>): 42,15 (RI: 40,2-45,6)

frente a 45,0 (RI: 42.1-52.6). AF (°): 5.75 (RI: 5,20-6,03) frente a 5,70 (RI: 4,80-6,60). El grupo con BMM mostró diferencias significativas en la prevalencia de SAOS (96,3 % frente a 73,3 %;  $p = 0,027$ ) y EH (85,2 % frente a 46,7 %;  $p = 0,002$ ), siendo significativamente mayor en pacientes con BMM. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia del resto de comorbilidades entre los grupos. La presencia de BMM en pacientes con obesidad grado 2-3 se asocia con una mayor prevalencia de SAOS y EH, lo que sugiere un impacto relevante en el perfil clínico de estos pacientes. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar la composición corporal en la atención integral de la obesidad severa.

### **P-202. Impacto sobre composición corporal y fuerza muscular en población pakistani con obesidad tras un programa de ejercicio físico y alimentación saludable adaptado cultural y lingüísticamente**

Paula Campo del Campo<sup>1</sup>, María Teresa Julián Alagarda<sup>1</sup>, Saba Mohamed Bibi<sup>2</sup>, Sandra Granados Huerga<sup>1</sup>, Clara Joaquín Ortiz<sup>1</sup>, Laura Ferrer Estopiñán<sup>1</sup>, Cristina Vaque Crusellas<sup>2</sup>, Nuria Alonso Pedrol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Germans Trias y Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>2</sup>Universidad de Vic-Universidad Central de Catalunya. Vic, Barcelona

**Introducción:** la población pakistani, muy numerosa en Cataluña, presenta mayor prevalencia de enfermedades metabólicas y riesgo cardiovascular que la población local.

**Objetivos:** evaluar el impacto de un programa de alimentación y ejercicio físico adaptado cultural y lingüísticamente sobre parámetros morfofuncionales en población pakistani con obesidad.

**Material y métodos:** estudio randomizado controlado aleatorizando a pacientes en 2 grupos: intervención (6 talleres grupales alimentación saludable y 6 ejercicio físico) / control (1 sesión teórica consejos dietéticos y 1 ejercicio físico) ambas adaptadas culturalmente. Se realizó antropometría, dinamometría, impedanciometría y ecografía nutricional antes y 6 meses tras la intervención.

**Resultados:** 60 pacientes, edad  $42 \pm 9$  años, 83 % mujeres, IMC  $35,6 \pm 5,5$  kg/m<sup>2</sup>. No hubo diferencias basales entre los 2 grupos respecto IMC, sexo ni nivel socioeconómico, aunque el grupo control eran más jóvenes ( $39 \pm 8,8$  frente a  $44,4 \pm 8,7$  años). En el total de la muestra, a los 6 meses hubo una disminución de IMC ( $36,5 \pm 6$  frente a  $35,4 \pm 6$  kg/m<sup>2</sup>;  $p < 0,001$ ), de circunferencia cintura (CC) ( $107,4 \pm 10,7$  frente a  $100,8 \pm 13,8$  cm;  $p = 0,001$ ), de masa grasa (MG) ( $42,9 \pm 13,2$  frente a  $40,4 \pm 13$  kg;  $p = 0,024$ ) y aumento del IMME ( $8,7 \pm 0,9$  frente a  $8,9 \pm 0,9$  kg/m<sup>2</sup>). En la tabla se muestran las diferencias por grupo (Tabla I; pág. siguiente).

**Conclusión:** una intervención dietética y de ejercicio físico adaptada cultural y lingüísticamente, tanto intensiva como no, produce un efecto beneficioso en la composición corporal de pacientes de origen pakistani.



Tabla I.

		Basal	6 meses	p
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Intervención	35,3 ± 4,5	34,4 ± 4	0,011
	Control	37,9 ± 7,2	36,4 ± 7,5	0,018
CC (cm)	Intervención	107,7 ± 9,1	106,9 ± 9,3	ns
	Control	105,2 ± 11,7	94,4 ± 15,1	< 0,001
Dinamometría (kg)	Intervención	26,3 ± 10,9	22,4 ± 6,4	ns
	Control	27,3 ± 7	28,2 ± 7,2	ns
MG (kg)	Intervención	39,6 ± 8	38,1 ± 8	ns
	Control	45,6 ± 16	42,1 ± 16,4	ns
IMME (kg/m <sup>2</sup> )	Intervención	8,7 ± 0,5	8,8 ± 0,4	ns
	Control	8,8 ± 1,1	9 ± 1,2	ns
Ángulo de fase°	Intervención	7 ± 0,6	6,7 ± 0,8	ns
	Control	7,1 ± 0,7	7 ± 0,7	ns
Tejido adiposo (TA) subcutáneo (cm)	Intervención	3,5 ± 1,1	3,4 ± 0,9	ns
	Control	3,4 ± 0,6	3,2 ± 0,6	ns
TA preperitoneal (cm)	Intervención	1 ± 0,5	1,1 ± 0,4	ns
	Control	0,9 ± 0,6	1,2 ± 0,6	ns
Área recto femoral anterior (cm <sup>2</sup> )	Intervención	4,2 ± 2,2	5,1 ± 1,7	ns
	Control	4 ± 2	4,4 ± 1	ns

### P-203. Impacto del uso de sonda nasoyeyunal de dos lúmenes en síntomas gastrointestinales de pacientes con cáncer gástrico del Instituto Nacional de Cancerología de México

Dana Aline Pérez Camargo, Erika Thalía Copca Mendoza, Kenia Martínez Muñoz

Departamento de Nutrición. Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México, Mexico

**Introducción:** el cáncer gástrico (CG) tiene alta tasa de mortalidad (7,7 %) ya que la mayoría de casos se diagnostican en etapas avanzadas presentando síntomas de impacto nutricional como: disfagia, saciedad temprana, náuseas, vómito, obstrucción maligna, etc; teniendo un impacto negativo en la calidad de vida, pronóstico desfavorable, opciones de tratamiento limitadas y donde los cuidados paliativos (CP) son fundamentales. El uso de una Sonda Nasoyeyunal (SNY) de dos lúmenes en pacientes con CG podría favorecer al control de síntomas mejorando la tolerancia a la alimentación enteral.

**Objetivos:** describir el impacto del uso de SNY doble lumen en el control de síntomas gastrointestinales en pacientes con cáncer gástrico avanzado.

**Material y métodos:** se incluyeron 25 pacientes con CG etapa IV portadores de SNY doble propósito, atendidos en la unidad de CP. Se evaluaron los síntomas gastrointestinales mediante la escala ESAS, al momento de la colocación de la sonda y 3 semanas posterior a la colocación de la SNY.

**Resultados y conclusión:** de los 25 pacientes incluidos en el estudio, se comparó la escala de síntomas (ESAS), antes

y después de la colocación de la sonda nasoyeyunal de dos lúmenes, donde se observó que las náuseas tuvieron una mejoría estadísticamente significativa una vez que se colocó la sonda nasoyeyunal de dos lúmenes ( $p = 0,007$ ), de igual forma que el síntoma de depresión ( $p = < 0,001$ ), disnea ( $p = < 0,001$ ), e insomnio ( $p = 0,004$ ). El uso de la SNY de dos lúmenes puede ser considerado parte del tratamiento con el fin de coadyuvar síntomas de impacto nutricional en pacientes con cáncer gástrico avanzado, lo cual puede permitir mejorar la tolerancia a nutrición enteral.

### P-204. Valoración morfofuncional en el diagnóstico de pacientes con cáncer hematológico

Lara Dalla Rovere<sup>1,2</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>1</sup>, Cristina Herola Cobos<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>3</sup>, Carmen Hardy Añón<sup>1</sup>, Rahinatu Awol Tanko<sup>1</sup>, María Agustín Hernández Sánchez<sup>4</sup>, Estefanía González del Saz<sup>4</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quironsalud Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Universidad de Málaga. Málaga. <sup>3</sup>Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Hematología. Hospital Quironsalud Málaga. Málaga. <sup>5</sup>Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una complicación común en pacientes con cáncer hematológico, afectando la respuesta al tratamiento y la calidad de vida. Métodos tradicionales como el IMC y la pérdida de peso

son insuficientes para captar las alteraciones complejas en la composición corporal y funcionalidad. Técnicas como la bioimpedancia eléctrica (BIVA), la ecografía nutricional y la dinamometría de fuerza manual (HGS) proporcionan una evaluación más precisa e integral del estado nutricional.

**Objetivos:** explorar la utilidad de técnicas avanzadas de valoración morfofuncional para diagnosticar DRE en pacientes hematológicos y analizar su correlación con indicadores clínicos y funcionales.

**Material y métodos:** se realizó un estudio prospectivo en 61 pacientes con cáncer hematológico (linfoma, leucemia y mieloma) en primera línea de quimioterapia en el Hospital QuirónSalud Málaga (2023-24). Se midió el ángulo de fase (PhA) y la masa corporal celular (BCM) mediante BIVA (Akern® Nutrilab), el área de sección transversal del recto femoral (RF-CSA) con ecografía (Mindray® Z60), y la fuerza manual con dinamómetro (Jammarm®). Las correlaciones se calcularon con el coeficiente rho de Spearman.

**Resultados y conclusión:** el 52,5 % de los pacientes presentó DRE según los criterios GLIM (32,8 % moderada, 19,7 % grave). Los pacientes desnutridos mostraron valores significativamente menores de PhA (4,99° frente a 5,39°), RF-CSA (3,7 cm² frente a 4,5 cm²) y HGS (23,5 kg frente a 30 kg;  $p < 0,001$ ). Además, se hallaron correlaciones positivas entre RF-CSA y PhA ( $\rho = 0,50, p < 0,001$ ), BCM ( $\rho = 0,70, p < 0,001$ ) y Nutriscore ( $\rho = 0,70, p < 0,001$ ). El tejido adiposo medido por ecografía también mostró relación significativa con los índices de masa grasa calculados por BIVA (FM, FFMI;  $p < 0,001$ ). La incorporación de técnicas morfofuncionales permite detectar y cuantificar alteraciones nutricionales en pacientes hematológicos con mayor precisión que los métodos convencionales. Estas herramientas son clave para un abordaje nutricional integral y personalizado.

**P-205. Bioimpedancia vectorial, medición de composición corporal en el paciente diabético**

Ana de Gracia Valero, María Jiménez Aceituno, Ana Segarra Balao

UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

**Introducción:** el mal control metabólico en la diabetes supone un factor de riesgo para desarrollar complicaciones; la sarcopenia es una de ellas. Para su evaluación, se emplean escalas, ecografía muscular, dinamometría y bioimpedancia vectorial (BIVA), cuyos valores probablemente se vean influenciados por el tipo de diabetes del paciente.

**Objetivos:** analizar los resultados de la BIVA según el tipo de diabetes.

**Material y métodos:** se realiza un estudio longitudinal prospectivo incluyendo pacientes diabéticos tipo 1, tipo 2, pancreatopriva (3c) y LADA del Hospital Universitario de Jaén y San Juan de la Cruz, registrándose datos demográficos, antropométricos, analíticos y resultados de la BIVA.

**Resultados:** se analizaron 45 pacientes, 26 hombres y 19 mujeres; edad media  $57 \pm 13,9$  años. El 15,6 % con diabetes tipo LADA, 60 % tipo 1, 17,8 % tipo 2 y 6,7 % diabetes 3c. Hemoglobina glicosilada media de  $8,33 \pm 1,61$  %. Respecto a su antropometría, valores medios de dinamometría  $29,46 \pm 10,31$  kg, IMC de  $27,89 \pm 3,98$  y perímetro de cintura  $96,04 \pm 15,97$  cm. El 33,3 % con obesidad. El 53,3 % realizaban ejercicio y el 22,2 % eran sedentarios. Treinta y dos sufrían dislipemia y 13 hipertensión arterial. En las tablas I y II se muestran los resultados analíticos.

**Conclusiones:** en nuestra muestra, existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la media de reactividad en pacientes tipo 1 respecto a tipo 2, y en tipo 2 respecto a diabetes 3c. Mostramos los resultados preliminares de un estudio en marcha.

Tabla I.

Tipo de diabetes		Rz	Xc	PhA	FFMI	FM	ASMMI	BCM	SMI
Tipo 1	M	519,42	55,41	6,13	19,23	19,43	7,37	29,16	12,61
	DE	68,93	11,36	1,20	2,34	7,66	0,94	6,74	16,81
LADA	M	473,90	48,48	5,76	20,54	19,32	8,75	30,32	11,16
	DE	165,96	17,89	0,54	4,41	11,24	4,02	7,88	6,40
Tipo 2	M	434,57	42,31	5,57	21,16	28,52	7,62	28,83	9,27
	DE	73,24	8,46	0,66	1,12	8,69	0,87	5,07	0,75
Pancreatopriva	M	520,23	62,53	6,90	19,69	23,30	6,42	30,33	8,80
	DE	95,85	9,76	0,75	3,30	12,91	3,68	8,54	2,57

Tabla II.

Tipo de diabetes		XC
Tipo 1	M	55,41
	DE	11,36
Tipo 2	M	42,31
	DE	8,46
Pancreatopriva	M	62,56
	DE	9,76

0,007

0,014

### P-206. Desnutrición en los distintos servicios del Hospital General Universitario de Ciudad Real

José Manuel de Toro Ruiz, Ignacio González Maroto, Laura Morales Bruque, Rocío Iniesta Pacheco, Álvaro García Manzanares Vázquez de Agredos, Belen Fernández de Bobadilla, Pedro Rozas Moreno, Jesús Moreno Fernández, Manuel Delgado del Rey, Javier Gargallo Vaamonde

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

**Introducción:** la desnutrición es un problema de elevada prevalencia a nivel hospitalario como evidenció el estudio PRED-yCES<sup>®</sup>, provocando complicaciones y *exitus*.

**Objetivos:** calcular la prevalencia de desnutrición según el servicio y motivo de ingreso, y ver la asociación de complicaciones y/o muerte en el HGU de Ciudad Real.

**Material y métodos:** estudio aleatorizado, multicéntrico, prospectivo, observacional, descriptivo y transversal en mayores de 18 años, con ingreso mayor de 72 horas en el HGU Ciudad Real, del 01/04/2022 al 15/10/2022. Los días de reclutamiento fueron asignados de forma aleatoria. La selección de pacientes se realizó enumerando el listado de ingresados de las últimas 48 horas y reclutando mediante tablas de aleatorización. Se realizó cribado nutricional NRS-2002<sup>®</sup> en primeras 48 horas del ingreso, considerado > 3 como riesgo de desnutrición.

**Resultados y conclusión:** se reclutaron 103 pacientes: 61,2 % tenían más de 70 años y un 53,4 % eran mujeres. Durante una estancia media de 7 días, un 35,9 % presentaban riesgo de desnutrición al ingreso, las patologías más frecuentes de ingreso fueron las patologías infecciosas (35 %), enfermedades cardiovasculares (16 %), enfermedades gastrointestinales (14 %), y neoplasias (8 %). Los pacientes en riesgo de desnutrición predominaban en los servicios de Medicina Interna (28,16 %), Geriátrica (17,48 %), Digestivo (12,62 %) y Cardiología (8,74 %). Un 14,56 % (15 pacientes) tuvieron alguna complicación, fallecieron un 2,91 % (3,  $p < 0,01$ ). Existían más complicaciones en pacientes con patología infecciosa con un 3,88 % (n4), cirugía mayor con un 2,9 % (3), enfermedades cardiovasculares 1,9 % (2) y gastrointestinales 1,9 % (2). Podemos concluir que, en nuestro centro, el riesgo de desnutrición se asocia a la edad, siendo más prevalente en los servicios de Medicina Interna y Geriátrica, y predominando en patologías infecciosas, cardiovasculares y digestivas. Con un riesgo aumentado de complicaciones y/o *exitus*. Siendo recomendables incrementar las medidas de *screening* y crear protocolos de actuación.

### P-207. Evaluación de la cantidad y calidad muscular mediante ecografía asistida por inteligencia artificial, ¿influye el estado inflamatorio en el paciente sin patología oncológica?

Lucía Estévez Asensio<sup>1,2</sup>, Juan José López Gómez<sup>1,2</sup>, Emilia Gómez Hoyos<sup>1,2</sup>, Olatz Izaola<sup>1,2</sup>, David Primo<sup>1,2</sup>, Ángela Cebriá<sup>3</sup>, Eduardo Jorge Godoy<sup>3</sup>, Paloma Pérez López<sup>1,2</sup>, Jaime González Gutiérrez<sup>1,2</sup>, Daniel de Luis<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>3</sup>Dawako Medtech. València

**Introducción:** uno de los principales factores de riesgo de desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es la inflamación, uno de los factores etiológicos de los criterios GLIM. La ecografía muscular puede ayudar en la evaluación de la inflamación en la DRE.

**Objetivos:** evaluar la influencia del estado proinflamatorio sobre la cantidad y calidad muscular determinadas mediante ecografía asistida por inteligencia artificial (IA) en pacientes sin patología oncológica.

**Material y métodos:** estudio observacional transversal de pacientes no oncológicos en riesgo de desnutrición. Se registraron variables clínicas, analíticas y de composición corporal (ecografía del recto anterior del cuádriceps [RA]). Se comparó en función del punto de corte de PCR 10 mg/L (pacientes con moderada y severa inflamación frente al resto). Procesamiento y análisis de imágenes asistido por IA (PIIXMED<sup>®</sup>, Dawako Med-Tech), determinando cantidad (grosor [cm] y área RA [cm<sup>2</sup>]) y el índice de calidad muscular (analizado como porcentaje de composición respecto al total del músculo) (MiT: porcentaje de masa muscular; FATi: porcentaje de grasa intramuscular).

**Resultados:** se incluyeron 182 pacientes, 71,4 % mujeres, con diagnósticos de desnutrición (85,7 %) y/o sarcopenia (29,7 %). Un 28,6 % padecían enfermedades cardiopulmonares. La mediana del área muscular fue de 2,95 (1,18) cm<sup>2</sup>, siendo los porcentajes medios de grasa muscular y masa muscular 40 (5) % y 46 (8) %, respectivamente. La mediana de PCR fue 3,73 (1-14,37) mg / L (PCR >3 = 35,7 %; PCR > 10 = 22 %). En la tabla I se presenta un análisis comparativo de ambos grupos, en función del punto de corte 10 mg/L.

Tabla I.

	PCR < 10 mg / L (142 [78 %])	PCR > 10 mg / L (40 [22 %])	p
Sexo (H/M) %	27,5/72,5	25/75	0,47
Edad (años)	57,89 (18,63)	63,3 (15,99)	0,11
Área muscular (cm <sup>2</sup> )	3,06 (1,15)	2,46 (1,04)	0,01
Grosor muscular (cm)	0,99 (0,31)	0,84 (0,28)	0,01
MiT (%)	46 (9)	43 (8)	0,04
Fati (%)	39 (5)	41 (8)	0,04
Dinamometría (kg)	20,49 (9,75)	18,20 (6,98)	0,18

La PCR > 10 fue un factor de riesgo independiente de baja calidad muscular (Mi) (OR = 2,55; IC 95 %: 1,09-5,93; p = 0,03) y de baja cantidad muscular (área) (OR = 2,03; IC95 %: 1,11-3,73; p = 0,02).

**Conclusiones:** el estado proinflamatorio moderado y severo impacta negativamente y de forma significativa en la cantidad y calidad de la masa muscular del paciente no oncológico con DRE.

### P-208. Eficacia de la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Central de Asturias: un análisis retrospectivo de cinco años

Judit Fernández García<sup>1</sup>, Claudia Lozano Aida<sup>2</sup>, Inés Masid Sánchez<sup>1</sup>, Diego Rivas Otero<sup>1</sup>, Ceferino Martínez Faedo<sup>1</sup>, Lorena Suárez Gutiérrez<sup>1</sup>, Edelmiro Menéndez Torre<sup>2</sup>, Elías Delgado Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

**Introducción:** la cirugía bariátrica es un tratamiento efectivo para la obesidad severa y sus comorbilidades. Este estudio analiza los resultados de la cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Central de Asturias durante los últimos cinco años, evaluando los cambios en índice de masa corporal, peso y otras variables clínicas relevantes.

**Objetivos:** determinar el impacto de la cirugía bariátrica en la reducción de peso y el IMC, así como su relación con factores como edad, género y comorbilidades.

**Material y métodos:** se analizaron datos retrospectivos de pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre 2019 y 2024 en el Hospital Universitario Central de Asturias. Las medidas incluyeron índice de masa corporal y peso en diferentes momentos (prequirúrgico, 1 mes, 6 meses, 1, 3 y 5 años posoperatorios). Se empleó ANOVA para medidas repetidas para evaluar cambios significativos, y se realizaron análisis *post hoc* para identificar diferencias específicas.

**Resultados:** se incluyeron 400 pacientes (65 % mujeres, 35 % hombres, edad media de  $45 \pm 10$  años). El índice de masa corporal promedio prequirúrgico fue de  $45,2 \pm 5,3$  kg/m<sup>2</sup>, reduciéndose a  $29,5 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup> a los 5 años ( $p < 0,001$ ). Los hombres mostraron mayores reducciones iniciales de peso, pero las mujeres mantuvieron una mayor pérdida a largo plazo. La presencia de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2 influyó significativamente en la trayectoria de pérdida de peso ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** la cirugía bariátrica realizada en el hospital central de Asturias durante los últimos cinco años demuestra ser eficaz en la reducción significativa y sostenida del peso y el índice de masa corporal, con variaciones según género y comorbilidades. Estos hallazgos respaldan la importancia de un enfoque personalizado para optimizar los resultados a largo plazo.

### P-209. Estudio descriptivo de la obesidad sarcopénica en una población del sureste asiático residente en Cataluña

Paula Campo del Campo<sup>1</sup>, Laura Ferrer Estopiñán<sup>1</sup>, María Teresa Julián Alagarda<sup>1</sup>, Saba Mohamed Bibi<sup>2</sup>, Sandra Granados Huerga<sup>1</sup>, Clara Joaquín Ortiz<sup>1</sup>, Cristina Vaque Crusellas<sup>2</sup>, Nuria Alonso Pedrol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Germans Trias y Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>2</sup>Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya. Vic, Barcelona

**Introducción:** la obesidad sarcopénica se conoce como un exceso de grasa junto a una pérdida de masa y función muscular, con graves repercusiones metabólicas y funcionales. En población sudasiática, la combinación de factores genéticos, culturales y ambientales podría aumentar su riesgo, subrayando la necesidad de estrategias específicas para su prevención y tratamiento.

**Objetivos:** describir los parámetros relacionados con la obesidad sarcopénica en adultos originarios de Pakistán residentes en Cataluña.

**Material y métodos:** estudio observacional descriptivo en pacientes obesos originarios de Pakistán, en el que se evaluaron parámetros antropométricos, fuerza de prensión manual (FPM) con dinamometría y composición corporal mediante impedanciometría. La presencia de obesidad sarcopénica se definió utilizando criterios acordes a la población de origen: IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, FPM: hombres  $< 27,5$  kg y mujeres  $< 18$  kg y masa musculoesquelética corregida por peso (MME/ kg): hombres  $< 42,9$  kg y mujeres  $< 35,6$  kg.

**Resultados y conclusión:** se incluyeron 60 participantes (edad  $42 \pm 9$  años, 83 % mujeres, IMC  $35,6 \pm 5,5$  kg/m<sup>2</sup>). El 16,6 % presentó una FPM reducida, el 28,3 % un perímetro de pantorrilla inferior al rango normal ajustado por IMC y el 43,5 % valores de MME/kg por debajo de los límites establecidos. Un 15 % de los participantes cumplió los criterios para obesidad sarcopénica, siendo exclusivamente mujeres, sin diferencias respecto a la edad. Ningún hombre presentó niveles de FPM ni de MME/kg bajos. Las mujeres pakistaníes residentes en Catalunya presentan una prevalencia significativa de obesidad sarcopénica. Estos hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias preventivas dirigidas a esta población.

### P-210. Innovación en nutrición clínica: implementación de la valoración morfofuncional para el diagnóstico y pronóstico nutricional en práctica clínica

Cristina García García<sup>1</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>, Francisco José Tinahones Madueño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** la desnutrición relacionada con la enfermedad es frecuente, pero subdiagnosticada y subtratada, y se asocia con un aumento de complicaciones y mortalidad. No existe consenso global sobre su evaluación debido a la diversidad de parámetros disponibles. Se propone la implementación de la "Valoración Morfofuncional" en práctica clínica habitual como un enfoque integral para mejorar el diagnóstico y el pronóstico.

**Objetivos:** implementar la valoración morfofuncional en la práctica clínica, analizar la evidencia científica de las técnicas clásicas y emergentes, evaluar su factibilidad y utilidad como herramienta pronóstica de complicaciones y mortalidad con un grupo de expertos, formar a profesionales sanitarios y generar evidencia para consolidar y estandarizar este método.

**Material y métodos:** se realizó una revisión narrativa de parámetros nutricionales clásicos y emergentes, un consenso de expertos mediante revisión sistemática (metodología GRADE y estudio Delphi), la elaboración de un manual científico teórico-práctico para formar a los profesionales sanitarios, y un estudio prospectivo en pacientes con cáncer (AnyVIDA) para evaluar diversas técnicas y estudiar su factibilidad a nivel hospitalario, como la bioimpedancia vectorial (ángulo de fase) y la ecografía nutricional.

**Resultados y conclusión:** la valoración morfofuncional es un concepto que integra mediciones nutricionales, morfológicas y funcionales, demostrando utilidad pronóstica en mortalidad y complicaciones mediante el consenso de expertos. En el estudio AnyVIDA (Real Word Evidence) en pacientes con cáncer, el ángulo de fase y el área del recto femoral se asociaron significativamente con la supervivencia. La valoración morfofuncional supone una innovación en el ámbito de la nutrición clínica, con una aceptación favorable por parte de expertos y el respaldo de sociedades científicas como SENPE. Para consolidar su aplicación, es fundamental capacitar a los profesionales sanitarios y realizar estudios que validen los puntos de corte en distintas patologías. Esto permitirá ofrecer un enfoque personalizado y establecer clústeres de pacientes que faciliten la implementación de terapias específicas según sus necesidades.

**P-211. Fuerza muscular específica en desnutrición relacionada con la enfermedad y la obesidad**

Diana García Sastre, Carmen Dameto Pons, María Casado Rodríguez, Diana Ariadel Cobo, María D. Ballesteros Pomar, Elena González Arnaiz, María Antequera González, Javier Castañón Alonso

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. León

**Introducción:** la valoración de la fuerza y masa muscular es un marcador 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, lo que se ha denominado fuerza muscular específica (FME)

**Objetivos:** describir fuerza, FME y funcionalidad muscular y su relación con composición corporal, de varios grupos de pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE), obesidad (OB) y osteoporosis(OP), comparados con población general.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo realizado entre 2020 y 2022, con pacientes mayores de 18 años, con DRE, OB y OP comparados con un grupo control (C) de individuos sanos, jóvenes, en medidas de bioimpedancia (BIA, TANITA MC-780MA®); dinamometría (DIN JAMAR®) en mano dominante; fuerza muscular en piernas(F), equilibrio (E) y velocidad de incorporación (V) en piernas (TanitaBM220, T220®); y test *Timed Up and Go*. Los valores de dinamometría se han estandarizado por la masa muscular esquelética apendicular (MMA). Se realizó un análisis descriptivo mediante *software* R versión 4.1.3 de Windows.

**Resultados:** 100 pacientes, 22 % hombres. Si utilizamos parámetros relativos a la masa muscular y no absolutos, los datos de DIN/MMA para cada grupo se observan en la tabla I. La F en OB es similar que en OP (1,15 frente a 1,12), ambos por debajo del valor de C (1,44  $p < 0,001$ ). La (V) en OB es muy inferior que en DRE en comparación con C (6,78 OB frente a 8,86 DRE frente a 12,04 C,  $p < 0,001$ ). La(E) en OB es similar a DRE (49,17 frente a 44,92,  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** distintas situaciones clínicas obtienen diferentes parámetros relativos en relación función y MM, por lo que se debería de hablar de fuerza muscular específica para establecer nuevos criterios clínicos de clasificación. TanitaBM220 es una prueba innovadora que pueda cambiar el paradigma en FME (Tabla I).

Tabla I. Resultados de fuerza muscular específica en desnutrición relacionada con la enfermedad y la obesidad

Grupos	n	Edad M	MM M	MMAB M	F	V	E	DIN	DIN/ MMA	AF M	P
OP	25	73,35 (DT 11,64)	34,46 (DT 4,19)	14,5 (DT 1,74)	1,12 (DT 0,09)	6,91 (DT 2,02)	40,6 (DT 14,48)	17,78 (DT 5,01)	5,27 (DT 1,25)	5 (DT 0,93)	< 0,001
OB	24	40,78 (DT 8,37)	65,06 (DT 7,16)	28,38 (DT 4,59)	1,15 (DT 0,09)	6,78 (DT 1,89)	49,17 (DT 11,31)	24,43 (DT 7,89)	3,57 (DT 1,05)	6 (DT 0,53)	< 0,001
DRE	24	54,82 (DT 27,87)	41,18 (DT 7,03)	16,95 (DT 3,25)	1,27 (DT 0,18)	8,86 (DT 3,23)	44,92 (DT 9,98)	20,97 (DT 5,71)	5,65 (DT 1,71)	5,07 (DT 0,81)	< 0,001
C	27	28,84 (DT 1,55)	46,06 (DT 8,46)	20,26 (DT 4,71)	1,44 (DT 0,13)	12,04 (DT 1,93)	54 (DT 6,82)	32,31 (DT 10,28)	6,93 (DT 0,98)	6,02 (DT 0,8)	< 0,001

OP: osteoporosis; OB: personas con obesidad; DRE: desnutrición relacionada con la enfermedad; C: control; n: número inclusión por grupos; Edad M: edad media; MM M: masa muscular media; MMAB M: media de la masa muscular apendicular esquelética del brazo; F: fuerza muscular piernas medida con TanitaBM220; V: velocidad de incorporación medida con TanitaBM220; E: estabilidad medida con TanitaBM220; DIN: dinamometría media; DIN/ MMA: dinamometría / masa muscular apendicular esquelética del brazo; AF M: ángulo de fase medio.

### P-212. Diferencias en la composición corporal entre pacientes con obesidad mórbida previo a cirugía bariátrica y controles sanos con características similares

Lourdes Garrido Sánchez<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, Ana Sánchez García<sup>1</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IBIMA. Málaga. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** la obesidad mórbida es una enfermedad crónica y multifactorial que afecta significativamente la calidad de vida y está asociada a numerosas comorbilidades. En pacientes con obesidad severa, la cirugía bariátrica es una intervención efectiva para reducir el exceso de peso y mejorar parámetros metabólicos, funcionales y de composición corporal, facilitando la recuperación y el mantenimiento de la salud a largo plazo.

**Objetivos:** comparar los parámetros de composición corporal, funcionalidad muscular y estado metabólico entre pacientes con obesidad mórbida y controles sanos con características simila-

res, con el fin de identificar las alteraciones específicas asociadas a la obesidad severa.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional para comparar parámetros morfofuncionales entre pacientes con obesidad mórbida y un grupo control sano con características similares. La composición corporal fue evaluada mediante bioimpedancia vectorial (BIVA) y ecografía nutricional para medir masa muscular, distribución grasa y calidad del tejido. La funcionalidad muscular se analizó a través de pruebas funcionales, incluyendo fuerza de prensión manual (HGS) y Test funcionales como *up and go* (TUG). Los datos obtenidos fueron procesados y analizados utilizando herramientas estadísticas para identificar diferencias significativas entre los grupos.

**Resultados y conclusión:** la muestra incluye dos grupos comparables: pacientes con obesidad (38,9 % mujeres, 12,1 % hombres) y un grupo control (35,6 % mujeres, 13,4 % hombres). La edad media es similar (46,4 ± 9,99 años en obesidad y 46,6 ± 15,6 años en el control), al igual que la talla (165,81 ± 8,85 cm y 168,03 ± 7,93 cm), garantizando la comparabilidad para el análisis (Tabla I).

Tabla I. Variables morfofuncionales

Variable	Grupo 1 (media ± DE)	Grupo 2 (media ± DE)	Prueba	p
Edad	46,39 ± 9,99	46,57 ± 15,58	t de Student	0,935
Peso	132,92 ± 26,67	75,24 ± 13,19	U Mann-Whitney	< 0,001
Talla	165,81 ± 8,85	168,03 ± 7,93	t de Student	0,110
IMC	47,97 ± 7,57	26,41 ± 4,08	U Mann-Whitney	< 0,001
PhA	5,63 ± 0,63	6,27 ± 0,78	t de Student	< 0,001
SPhA	-0,02 ± 0,48	-0,17 ± 0,73	t de Student	0,152
Rz	424,25 ± 54,07	566,39 ± 87,08	t de Student	< 0,001
Xc	41,21 ± 7,73	61,51 ± 8,02	U Mann-Whitney	< 0,001
FFM	65,81 ± 12,35	51,27 ± 9,65	U Mann-Whitney	< 0,001
BCM	34,12 ± 7,40	28,31 ± 6,67	U Mann-Whitney	< 0,001
FM	67,08 ± 20,00	23,13 ± 7,64	U Mann-Whitney	< 0,001
NAK	0,83 ± 0,09	0,93 ± 0,10	t de Student	< 0,001
BCMI	12,26 ± 1,84	9,99 ± 1,82	t de Student	< 0,001
Hydration	75,38 ± 2,94	72,91 ± 0,74	U Mann-Whitney	< 0,001
Nutrition	977,33 ± 224,62	823,27 ± 187,19	U Mann-Whitney	< 0,001
ASMMI	10,25 ± 1,50	8,29 ± 2,88	U Mann-Whitney	< 0,001
FMI	24,28 ± 6,67	18,12 ± 2,39	U Mann-Whitney	< 0,001
CP	48,64 ± 6,71	37,01 ± 3,65	t de Student	< 0,001
Área recto femoral	5,24 ± 1,32	4,68 ± 1,42	U Mann-Whitney	0,006
Circunferencia	9,29 ± 1,16	9,13 ± 1,04	t de Student	0,396
Eje X	3,35 ± 0,58	3,46 ± 0,50	t de Student	0,246
Eje Y	1,82 ± 0,53	1,54 ± 0,38	U Mann-Whitney	< 0,001
Adiposo subcutáneo de la pierna	2,66 ± 0,97	1,88 ± 0,46	U Mann-Whitney	< 0,001
Contracción del eje Y	2,06 ± 0,46	1,19 ± 0,52	t de Student	< 0,001

(Continúa en página siguiente)

**Tabla I (cont.). Variables morfofuncionales**

Variable	Grupo 1 (media ± DE)	Grupo 2 (media ± DE)	Prueba	p
Tejido adiposo abdomen total	4,08 ± 1,22	1,87 ± 0,72	U Mann-Whitney	< 0,001
Tejido adiposo abdomen superficial	2,20 ± 0,78	0,85 ± 0,37	U Mann-Whitney	< 0,001
Tejido adiposo abdomen preperitoneal	1,02 ± 0,43	0,69 ± 0,41	U Mann-Whitney	< 0,001
Dinamometría	33,83 ± 11,13	35,43 ± 12,76	t de Student	0,438
BCM/kg	26,08 ± 4,34	37,72 ± 5,79	t de Student	< 0,001
FM/kg	49,95 ± 6,93	30,70 ± 7,44	U Mann-Whitney	< 0,001
SMM/kg	8,14 ± 1,24	11,14 ± 1,61	U Mann-Whitney	< 0,001
Dinamometría/kg	25,78 ± 7,65	46,64 ± 13,09	t de Student	< 0,001

**Conclusion:** la obesidad severa se asocia con mayor masa grasa total y regional, menor ángulo de fase (PhA) y fuerza relativa, lo que refleja deterioro funcional. Aunque la masa magra absoluta es superior, su proporción respecto al peso es desfavorable. Esto resalta la necesidad de evaluar parámetros morfofuncionales más allá del IMC para entender los riesgos metabólicos y funcionales.

**P-213. Impacto de las actividades grupales nutricionales en atención primaria**

Andrea González Contijoch<sup>1</sup>, Anna Parellada Roura<sup>2</sup>, Neus Carrilero Carrio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centre d'Atenció Primària Vila Olímpica. Barcelona. <sup>2</sup>Centre d'Atenció Primària Larrard. Barcelona

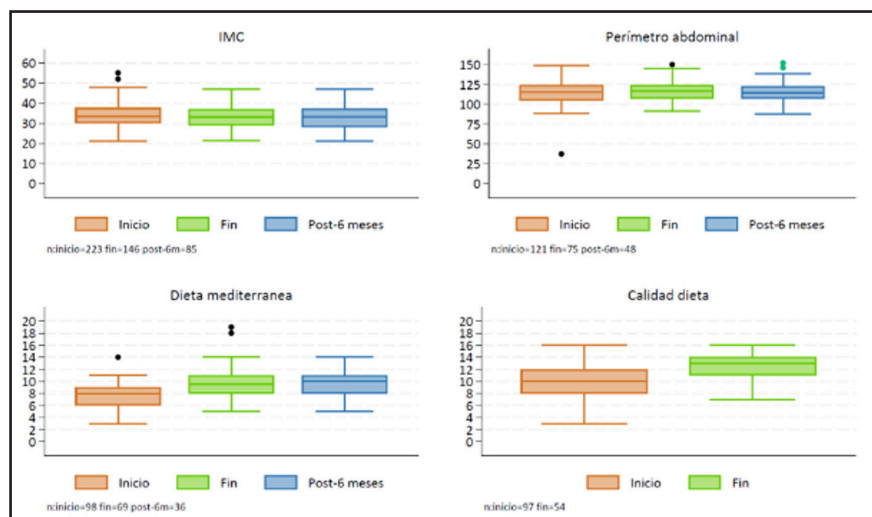
**Introducción:** desde el año 2022, los equipos de atención primaria en Cataluña cuentan con nutricionistas para realización de intervenciones dirigidas a la mejora de hábitos alimentarios de la población. La educación grupal en salud es una intervención educativa que promueve cambios de hábitos a través de un número de sesiones programadas dirigidas a un grupo con necesidades similares. En los centros de atención primaria del Parc Sanitari Pere Virgili, se realizan talleres de nutrición para mejorar el estilo de vida de las personas que conviven con obesidad y factores

de riesgo cardiovascular. Están lideradas por nutricionistas y participan fisioterapeutas y psicólogos. Constan de 4 a 6 sesiones, depende del centro y tipología de paciente, y se realizan actividades educacionales para mejorar hábitos.

**Objetivos:** evaluar el impacto de las actividades grupales de nutrición en AP con indicadores de salud (IMC y perímetro abdominal) y educación nutricional (cuestionarios de adherencia a la dieta mediterránea y calidad de la dieta).

**Material y métodos:** se realizará un estudio cuasiexperimental pre- y pos- para determinar el impacto en IMC, perímetro abdominal, dieta mediterránea y calidad de dieta. Se realizarán valoraciones con cuestionarios validados (adherencia a la dieta mediterránea y calidad de la dieta) en tres momentos: inicio, final y 6 meses. Se realizará un análisis de contraste de medidas apareadas entre los valores.

**Resultados y conclusión:** durante dos años han participado 219 personas. El IMC se ha reducido significativamente (33,98 [DS 5,69] en inicio a 33,05 [DS 5,52] fin  $p = 0,0067$ ). Han mejorado significativamente el conocimiento de la dieta mediterránea (7,80 [SD 2,02] inicio, 9,82 [SD 2,63],  $p = 0,001$ ) y la calidad de la dieta (10,03 [SD 2,93] inicio, 12,37 [SD 2,25]  $p = 0,001$ ). Las actividades grupales son efectivas para mejorar indicadores en salud relacionados con la obesidad y sus efectos se mantienen en el tiempo, aunque su magnitud es limitada (Fig. 1).



**Figura 1.**

### P-214. La circunferencia de la pantorrilla y el ayuno como parte de la valoración nutricional en pacientes hospitalizados con soporte nutricional parenteral como predictores de mortalidad

Gema González Fernández<sup>1</sup>, Pablo Lozano-Martínez<sup>1</sup>, Clara Fernández Rivera<sup>1</sup>, Alba Gil Pascual<sup>1</sup>, Elena Pérez Galende<sup>2</sup>, Julia Ocón Bretón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Pedro. Logroño

**Introducción:** la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) afecta a numerosos pacientes hospitalizados y contribuye al aumento de la morbilidad, la estancia hospitalaria y la mortalidad. Esta puede precipitarse por numerosos factores como las barreras a la ingesta, que pueden derivar en ayuno de días de duración, o la reducción de la masa muscular reflejándose en una circunferencia de la pantorrilla (CP) reducida.

**Objetivos:** estudiar el valor pronóstico tanto de la circunferencia de la pantorrilla como del tiempo de ayuno para predecir mortalidad en nuestros pacientes.

**Material y métodos:** estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, descriptivo y analítico basado en una muestra de pacientes ingresados en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa entre enero de 2022 y septiembre de 2023.

**Resultados:** muestra de 123 pacientes con una edad media de  $69,83 \pm 13,3$  años, identificándose normopeso en el 44 % de ellos según el índice de masa corporal (IMC). La media de la circunferencia de la pantorrilla fue de  $30,90 \pm 3,78$  cm y la mediana de esta misma ajustada por IMC de  $30,50 \pm 5,00$  cm. Según los criterios GLIM el 88,6 % de los pacientes se encontraban desnutridos en el momento de la valoración, presentando el 68,9 % un ayuno  $\leq 5$  días y el 31,1 % un ayuno  $> 5$  días. Al final del seguimiento habían fallecido el 33,3 % de los pacientes, siendo únicamente predictores significativos de mortalidad la circunferencia de la pantorrilla (HR 0,91; IC 95 %, 0,83-0,99;  $p = 0,039$ ) y el tiempo de ayuno mayor a 5 días (HR 2,12; IC 95 %, 1,08-4,16;  $p = 0,028$ ).

**Conclusiones:** los hallazgos sugieren el empleo de ambas variables para detectar con rapidez a los pacientes con alto riesgo de mortalidad que podrían beneficiarse de una atención más específica para mejorar su pronóstico.

### P-215. Fórmulas peptídicas frente a específicas para diabetes en pacientes con diabetes secundaria a pancreatomectomía: variabilidad y control glucémico

Carlos González Gallego<sup>1</sup>, Clara Joaquín Ortiz<sup>1</sup>, Isabel Cots Seignot<sup>2</sup>, José Manuel Sánchez-Migallón Montull<sup>2</sup>, María José Sendrós Maroño<sup>2</sup>, Laura Ferrer Estopiñán<sup>1</sup>, Eva Martínez López<sup>1</sup>, Montserrat Aluja Vallverdu<sup>1</sup>, Natalia López de la Fuente<sup>1</sup>, Analía Ramos Rodas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>2</sup>Institut Català d'Oncologia. Badalona, Barcelona

**Introducción:** no existen estudios que valoren el efecto de los suplementos nutricionales orales (SNO) sobre el control glucémico en pacientes con DM tipo 3C.

**Objetivos:** el objetivo del estudio fue valorar el control y la variabilidad glucémica (VG) en pacientes con DM secundaria a cirugía pancreática que requerían SNO en función del tipo de fórmula nutricional empleada.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo en pacientes ambulatorios con DM secundaria a pancreatomectomía con monitorización continua de glucosa y tratamiento con insulina que precisaban SNO. Se compararon aquellos que recibían una fórmula peptídica normocalórica normoproteica (FP) (400 kcal; 18 g proteínas) frente a fórmula polimérica específica para diabetes hipercalórica e hiperproteica (FED) (600 kcal/día; 30 g proteínas). Se analizaron el control y VG en función del SNO utilizado.

**Resultados:** 18 pacientes, 11 hombres (61 %), edad  $68,6 \pm 9,7$  años, IMC  $23,8 \pm 4,3$  kg/m<sup>2</sup>, 10 recibían una FP (55,5 %) y 8 una FED (44,5 %) (Tabla I).

**Conclusiones:** se observó un control glucémico aceptable y una baja VG en nuestros pacientes con DM3c por cirugía pancreática que recibían tanto FP como FED. Los pacientes con FED

Tabla I. Datos del control glicémico y dosis de insulina según tipo de SNO

	Total	FP	FED	p
PT/DPC	12/6	7 (58 %) / 3 (50 %)	5/3	ns
Dosis total insulina diaria (UI)	30, $\pm$ 17,8	20,7 $\pm$ 7,2	42,12 $\pm$ 17,82	ns
Dosis insulina/kg (UI/kg)	0,42 $\pm$ 0,15	0,36 $\pm$ 0,11	0,48 $\pm$ 0,16	ns
Glucemia media (mg/dl)	188,77 $\pm$ 40,07	184,8 $\pm$ 46,01	193,65 $\pm$ 33,58	ns
Coefficiente variabilidad (%)	35,07 $\pm$ 4,78	35,18 $\pm$ 5,27	34,95 $\pm$ 4,43	ns
GMI (%)	7,87 $\pm$ 0,93	7,7 $\pm$ 1,09	8,05 $\pm$ 0,71	ns
Hipoglucemias (%)*	2 (0,5-4)	0	0,12 (0-1)	ns
Hiperoglucemias (%)*	27 (23-32)	25 (20- 29)	31 (22-41)	ns
Tiempo en rango (%)	52,22 $\pm$ 20,16	57,4 $\pm$ 17,73	45,75 $\pm$ 22,28	ns

\*Mediana (p25-p75). DPC: duodenopancreatomectomía cefálica. PT: pancreatomectomía total.



precisaron más dosis de insulina/ kg peso y presentaron menor tiempo en rango, aunque las diferencias no fueron significativas. Serían necesarios estudios randomizados controlados para evaluar el efecto de dichos SNO sobre el control glucémico.

### **P-216. Relación entre las técnicas de evaluación morfofuncional y la sarcopenia en pacientes con cáncer de pulmón (Proyecto VALONC)**

María González-Pacheco<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, María Teresa Zarco-Martín<sup>3</sup>, María del Carmen Galindo-Gallardo<sup>4</sup>, María del Carmen Roque Cuéllar<sup>5</sup>, Ana Sanz-Sanz<sup>6</sup>, María Luisa Fernández-Soto<sup>3</sup>, Juana María Rabat-Restrepo<sup>4</sup>, Silvia García-Rey<sup>5</sup>, Aura D. Herrera-Martínez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>4</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>6</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Introducción:** el cáncer de pulmón (CP), caracterizado por su alta mortalidad y frecuentemente diagnosticado en etapas avanzadas, se asocia con malnutrición, sarcopenia y caquexia, lo que agrava el pronóstico y dificulta el tratamiento. Herramientas como BIVA, ecografía nutricional, dinamometría y pruebas funcionales permiten evaluar el estado nutricional y planificar intervenciones más efectivas.

**Objetivos:** evaluar la correlación de las diferentes técnicas de valoración morfofuncional (BIVA, ecografía nutricional y test funcionales) con el estado de sarcopenia en pacientes diagnosticados de CP.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo multicéntrico nacional de pacientes con CP evaluados con técnicas de valoración morfofuncional (bioimpedancia vectorial BIVA (akern® Nutrilab), ecografía nutricional NU (Mindray® Z60) y dinamometría HGS (Jammart) previo a cirugía o tratamiento oncológico (RT-QT).

**Resultados:** cohorte de 251 pacientes (70,5 % hombres;  $\pm$  67 años). El 19 % presenta sarcopenia y el 26,7 % presarcopenia con un 14,8 % de escala ECOG 2-3. Se encontraron correlaciones positivas entre el BCM con el área muscular ( $r = 0,608$ ,  $p < 0,001$ ) y dinamometría de mano ( $r = 0,707$ ,  $p < 0,001$ ), además de entre el área muscular con dinamometría de mano ( $r = 0,503$ ,  $p < 0,001$ ). La sarcopenia presentó correlaciones negativas con BCM ( $r = -0,495$ ,  $p < 0,001$ ), área muscular ( $r = -0,338$ ,  $p < 0,001$ ) y dinamometría de mano ( $r = -0,575$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** la sarcopenia se relaciona con la disminución de la masa corporal magra y el área muscular evaluada mediante ecografía nutricional y dinamometría. Se destaca la importancia de evaluar la masa y función muscular mediante diversas técnicas morfofuncionales (BIVA, ecografía nutricional y test funcionales) para identificar y gestionar la sarcopenia en pacientes con cáncer de pulmón.

### **P-217. Nutrition Day (Nday) en un hospital monográfico oncohematológico**

Carla Gras Guiteras<sup>1</sup>, Ana Regina González-Tampán<sup>1</sup>, Inmaculada Peiró<sup>1,2</sup>, Marta Bellver<sup>1</sup>, Maryam Choulli<sup>1,2</sup>, Lorena Arribas<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Unitat Funcional de Nutrició Clínica. Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>2</sup>Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

**Introducción:** la desnutrición es una condición prevalente en pacientes hospitalizados con cáncer, tanto por la enfermedad como por los tratamientos y complicaciones. Con la intención de mejorar las políticas hospitalarias para abordarla y prevenirla, se fundó la iniciativa nDay.

**Objetivos:** analizar si las estrategias implementadas en nuestro hospital son efectivas para detectar y tratar la desnutrición. Además, evaluar los factores contribuyentes al deterioro nutricional de los pacientes.

**Material y métodos:** estudio transversal realizado en nuestro centro el 14/11/24 dentro de la iniciativa nDay. Se utilizaron los cuestionarios validados para recoger información demográfica y nutricional del paciente.

**Resultados:** se incluyeron 46 pacientes (26 del servicio de oncología [ONC] y 20 de hematología [HEM]), con una mediana de edad de 68 (RIC: 59-73) años en ONC y 51 (RIC: 42,5-61) en HEM, mayoritariamente hombres (76,92 % en ONC y 60 % en HEM). De ONC, un 53,85 % (14/26) habían sido previamente identificados como desnutridos, y 12 de ellos recibían soporte nutricional (SN) el día del estudio. De HEM, el 45 % (9/20) habían sido diagnosticados de desnutrición, de los cuales 8 recibían SN. El 61,54 % de los pacientes de ONC y el 85 % de HEM refirieron haber perdido peso los últimos 3 meses, con una pérdida mediana de 12 (RIC: 5-17) kg y 8 (RIC: 4-10,5) kg en ONC y HEM, respectivamente. Se identificó una ingesta  $\leq 50$  % en 9/26 pacientes de ONC por anorexia como motivo principal y en 8/20 de HEM mayoritariamente por aversión a la dieta hospitalaria.

#### **Conclusiones:**

1. La mayoría de pacientes previamente identificados como desnutridos recibían SN el día del estudio. No obstante, un porcentaje de pacientes con pérdida de peso referida no fue detectado con las estrategias implementadas en nuestro centro.
2. Parte de los pacientes realizaba ingestas incompletas debido a factores modificables relacionados con la dieta hospitalaria.

### **P-218. Prevalencia de déficits de micronutrientes en pacientes con obesidad hospitalizados**

Lara Dalla Rovere<sup>1,2</sup>, Carmen Hardy Añón<sup>1</sup>, Cristina Herola Cobos<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>1</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quironsalud Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Universidad de Málaga. Málaga

**Introducción:** los pacientes con obesidad ingresados en el hospital presentan un riesgo elevado de malnutrición, frecuen-

temente infraestimado por las herramientas tradicionales de cribado. Los déficits de vitaminas y minerales pueden exacerbar complicaciones clínicas, afectando la recuperación y prolongando la estancia hospitalaria. Este estudio evalúa la prevalencia de déficits de micronutrientes y su impacto en el estado funcional y clínico.

**Objetivos:** determinar la prevalencia de déficits de micronutrientes en pacientes con obesidad hospitalizados y evaluar su relación con la composición corporal, funcionalidad y parámetros clínicos.

**Material y métodos:** se incluyeron 55 pacientes con obesidad (IMC  $\geq 30$ ) ingresados en el Hospital QuirónSalud Málaga. Se realizaron evaluaciones de composición corporal (bioimpedancia con ángulo de fase), fuerza muscular (dinamometría) y analítica completa para medir vitaminas (A, D, K, complejo B, E, C) y minerales (hierro, zinc, magnesio, selenio.).

**Resultados:** de los 55 pacientes (42 % mujeres, edad media  $58 \pm 13$  años, IMC medio  $31 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup>), el 31 % presentaron malnutrición según GLIM. Una pequeña parte de los pacientes tenían síndrome metabólico (15 %); diabetes (3 %); dislipemia (14 %) o hipertensión (26 %). El 74 % de los pacientes presentó déficits de al menos dos micronutrientes, siendo los más prevalentes: vitamina D (35 %), hierro (15 %) vitamina C (11 %), zinc (8 %) y vitamina B<sub>1</sub> (5 %). Los déficits no se correlacionaron con valores bajos de ángulo de fase ni de dinamometría.

**Conclusiones:** la malnutrición por déficit de micronutrientes es altamente prevalente en pacientes con obesidad hospitalizados, afectando al 74 % de los individuos, con déficits predominantes de vitamina D, hierro y vitamina C. A pesar de esta alta prevalencia, no se observó una correlación significativa entre estos déficits y parámetros como el ángulo de fase o la fuerza de prensión manual. Estos hallazgos destacan la necesidad de incorporar la evaluación sistemática de micronutrientes en pacientes con obesidad hospitalizados, independientemente de los resultados obtenidos mediante herramientas morfofuncionales.

### P-219. Grado de satisfacción con el tratamiento recibido en pacientes ambulatorios con una fórmula nutricional de sabor neutro 2.0

Olatz Izaola<sup>1</sup>, Juan José López Gómez<sup>1</sup>, Verónica Ortiz Ainaga<sup>2</sup>, David Primo<sup>1</sup>, Isabel Pérez Mellén<sup>1</sup>, Eva López Andrés<sup>1</sup>, Alberto Rodríguez Tirador<sup>1</sup>, María Ángeles de Castro Lozano<sup>1</sup>, Daniel Rico Bagues<sup>3</sup>, Daniel de Luis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Centro de Salud Tórtola. Valladolid. <sup>3</sup>Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Universidad de Valladolid. Valladolid

**Introducción:** la cumplimentación a largo de plazo de la toma de los suplementos nutricionales orales (SON) es baja, debido a la fatiga con respecto al sabor y la sustitución de algunas tomas de alimentos naturales. Las incorporaciones de un SON con un sabor neutro 2.0 puede mejorar la adherencia a la toma de SON.

**Objetivos:** evaluar la adherencia y grado de satisfacción con el SON sabor neutro 2.0 en pacientes ambulatorios con desnutrición.

**Material y métodos:** se reclutaron un total de 40 pacientes ambulatorios con desnutrición. A todos ellos se les realizó una valoración nutricional basal y a los 3 meses, con la escala de satisfacción CRES-4 (Fig. 1).

#### ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO (CRES-4)

En general, ¿qué tan satisfecho está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
2. Regular, tenía altibajos
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente a las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
2. Regular, tengo mis altibajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

Figura 1.

**Resultados:** la edad media fue de  $69,8 \pm 19,6$  años ( $41,9$  %V/ $58,1$  %M). Un 52 % de los pacientes presentaron IMC  $< 20$  kg/m<sup>2</sup>. El peso inicial fue de  $51,9 \pm 10,7$  kg frente a los 3 meses de  $53,5 \pm 10,6$  k. Un 56 % de los pacientes presentaron ganancia de peso durante el tratamiento. En cuanto a los resultados de la CRES-4. Respecto a la pregunta ¿qué tan satisfecho está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó? 68 % estaban bastante o muy satisfechos. A la pregunta de: ¿en qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevo a consultar? 48 % mejoraron algo o mucho las cosas. Tercera pregunta: ¿cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento? 64 % regular o tenía mis altibajos. Y la última pregunta: ¿cuál es su estado emocional general en este momento? 68 % se encontraban bastante o muy bien.

**Conclusión:** los pacientes ambulatorios con desnutrición tratados con SON sabor neutro 2.0 presentaron una mejoría en cuanto al peso y respecto a la escala de satisfacción CRES-4.

### P-220. Diabetes *mellitus* y sarcopenia: papel de la ecografía nutricional

María Jiménez Aceituno, Ana de Gracia Valero, Ana Segarra Balao

UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

**Introducción:** la diabetes se relaciona con un deterioro precoz y acelerado de la masa muscular lo que conlleva una disminución de la fuerza y funcionalidad, afectando la calidad de vida de los pacientes. La ecografía nutricional es muy útil para evaluar los distintos compartimentos corporales.

**Objetivos:** evaluar la masa muscular y grasa abdominal mediante ecografía, analizar su relación con el control glucémico.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo. Se incluyen pacientes > 18 años con diabetes *mellitus* tipo 1, tipo 2, LADA y pancreopriva. Se realiza ecografía de recto femoral determinando área muscular, circunferencia, ejes y ecografía abdominal para valorar la grasa abdominal y visceral.

**Resultados:** se incluyeron 45 pacientes. Edad media de  $57 \pm 13,9$  años. Hombres 57,8 %. Mujeres 42,2 % Distribución según el tipo de diabetes: el 60 % de tipo 1, el 15,6 % diabetes LADA, el 17,8 % tipo 2 y el 6,7 % diabetes pancreopriva. HbA1c promedio  $8,3 \pm 1,61$ . Aunque no se han demostrado diferencias estadísticamente significativas dado el tamaño muestral reducido, se observa mayor área muscular y circunferencia en diabetes pancreopriva y en tipo 1 con respecto a diabetes de tipo 2 (Tabla I).

**Conclusiones:** presentamos los datos preliminares de un estudio en marcha, se observa variabilidad en la composición muscular y adiposa según el subtipo de diabetes, puede tener implicaciones clínicas en el manejo.

### P-221. Lipoproteínas, glicoproteínas y evolución clínica en pacientes tratados con nutrición parenteral

Elísabet Leiva Badosa<sup>1</sup>, Marta Canedo Castelo<sup>1</sup>, Núria Amigó Grau<sup>2</sup>, Leticia Garrido Sánchez<sup>1</sup>, Pol Torné Charlez<sup>2</sup>, Fernández Álvarez Mònica<sup>1</sup>, Mònica Miró Martín<sup>3</sup>, Alberto Lamiel Membrilla<sup>1</sup>, Nerea Lucas Irazo<sup>1</sup>, Josep Llop Talaveron<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. <sup>2</sup>Biosfer Teslab. Reus, Tarragona. <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

**Introducción:** se ha demostrado una mejora de la respuesta inflamatoria medida con glicoproteínas (Glyc) así como el control

de la hipertrigliceridemia (HTG) después de la administración de nutrición parenteral (NP) con omega 3.

**Objetivos:** establecer la relación de medidores inflamatorios y las diferentes fracciones lipídicas con la evolución clínica de los pacientes con NP.

**Material y métodos:** se trata de un subestudio de un ensayo clínico doble-ciego prospectivo. En pacientes adultos hospitalizados con NP y HTG (> 3 mmol/L), después de la administración de 0,8 g/kg/día de emulsión lipídica intravenosa (ELIV) se aleatorizaron 1:1:1 en 0,5 g/kg/día oliva/soja, 0,8 g/kg/día aceite de pescado: oliva/soja 50:50 o 0,8 g/kg/día aceite de pescado. Se recogieron las siguientes variables: demográficas, inflamatorias (interleucina 10 [IL-10], IL-6, factor de necrosis tumoral, GlycA, GlycB y GlycF), triglicéridos (TG), lipoproteínas y sus fracciones, clínicas (infección, duración de la NP y mortalidad). Análisis estadístico: los datos se expresan como mediana y rango intercuartil (RIQ). Regresión multivariante lineal para describir los días con NP. Regresión multivariante logística para describir las variables mortalidad e infección.

**Resultados:** 27 pacientes, 59,2 % mujeres, 66,1 (IQR: 12,6) años, IMC 28 (IQR: 7) kg/m<sup>2</sup>, 12 (IQR: 7) días de NP, 40,7 % infección y 25,9 % *exitus*. La duración de NP se ha asociado de forma significativa con la cantidad de TG en las HDL ( $b: 5,9 \pm 1,5$ ;  $p: 0,00342$ ), la cantidad de TG y colesterol en las LDL ( $-283,6 \pm 86,5$ ,  $p: 0,00955$ ) y la alteración en la proporción de partículas pequeñas en las HDL ( $-189,7 \pm 52,3$ ,  $p: 0,00551$ ). La mortalidad no se correlaciona con ninguna variable estudiada. Un incremento de GlyA se correlacionó con un mayor riesgo de infección (OR 23,5,  $p = 0,0355$ ).

**Conclusión:** la GlyA podría un buen indicador de riesgo de infección, aunque se requieren estudios con muestras superiores.

### P-222. Relación entre el grosor de la grasa preperitoneal y los parámetros metabólicos

Juan Antonio Leandro Hernández, José María Recio Córdoba, Lourdes María Tolentino Martínez, Rosa Ana Iglesias López, Ana Herrero Ruiz, Adriana Sofía Sánchez Velasco, Paula de Jesús Martín Marfil, Clara Romero Pérez, Ximena Carolina Vivas Vaca, María Teresa Mories Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca

**Introducción:** el grosor de la grasa preperitoneal (GPP) es un indicador clave de la distribución de grasa abdominal, aso-

Tabla I.

	DM tipo 1	DM tipo 2	DM LADA	DM pancreopriva	p
Eje X (cm)	4,00 ± 1,05	3,01 ± 0,76	3,44 ± 0,54	3,70 ± 0,52	0,051
Eje Y (cm)	1,54 ± 0,39	2,94 ± 5,13	1,49 ± 0,37	1,59 ± 0,56	0,370
Área (cm)	5,54 ± 2,91	3,20 ± 1,56	4,25 ± 1,45	6,01 ± 2,68	0,071
Circunferencia (cm)	15,40 ± 19,92	7,52 ± 1,84	31,53 ± 38,66	9,55 ± 2,28	0,065
Grasa preperitoneal (cm)	0,61 ± 0,37	0,45 ± 0,16	0,65 ± 0,27	0,55 ± 0,29	0,532

ciada con el riesgo cardiometabólico, aunque su relación con parámetros metabólicos específicos no está completamente definida. Este estudio evaluó la relación entre la grasa preperitoneal y diversos parámetros metabólicos en pacientes con obesidad.

**Objetivos:** evaluar la relación entre la grasa preperitoneal y diferentes parámetros metabólicos en una muestra de pacientes con obesidad.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional y transversal en 31 pacientes seleccionados aleatoriamente que acudieron a consultas externas de Endocrinología para pérdida de peso. Los criterios de inclusión fueron: IMC entre 30 y 41 kg/m<sup>2</sup>, edad entre 18 y 65 años, y pertenencia a la etnia caucásica. Se excluyeron pacientes con insuficiencia cardíaca (clases III-IV), insuficiencia respiratoria crónica, cáncer activo o en remisión menor de 5 años, trastornos de la conducta alimentaria, patología psiquiátrica, diabetes *mellitus*, obesidad secundaria, abuso de sustancias, o tratamiento con fármacos que afectaran peso o marcadores inflamatorios. Se midió la GGPP mediante ecografía nutricional y se registraron parámetros antropométricos y analíticos. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** coeficientes de correlación de Spearman entre la grasa preperitoneal y los diferentes parámetros metabólicos: HOMA:  $\rho = 0,2040$  ( $p = 0,2709$ ) IMC:  $\rho = 0,1741$  ( $p = 0,3490$ ). Perímetro de cintura:  $\rho = 0,3206$  ( $p = 0,0786$ ). Triglicéridos:  $\rho = 0,0136$  ( $p = 0,9420$ ). Colesterol-HDL:  $\rho = -0,1843$  ( $p = 0,3210$ ) Colesterol-LDL:  $\rho = 0,0598$  ( $p = 0,492$ ). Colesterol total:  $\rho = 0,0631$  ( $p = 0,7358$ ) (Fig. 1).

**Conclusión:** no se observó una correlación significativa entre GPP y los parámetros metabólicos evaluados. Estos resultados sugieren que estudios con mayor tamaño muestral o diseño longitudinal podrían aclarar mejor su papel en la insulinoresistencia y el riesgo cardiometabólico en obesidad.

### P-223. Impacto de la cirugía bariátrica en la albuminuria: prevalencia y relación con la edad, el sexo, el tipo de cirugía y la enfermedad renal crónica

Claudia Lozano Aída<sup>1,2</sup>, Inés Masid Sánchez<sup>2</sup>, Judit Fernández García<sup>3</sup>, Elsa Villa Fernández<sup>1</sup>, Diego Rivas Otero<sup>2</sup>, Raquel Rodríguez Uría<sup>4</sup>, Rosario Fernández García Salazar<sup>2</sup>, Lorena Suárez Gutiérrez<sup>1,2</sup>, Ceferino Martínez Faedo<sup>1,2</sup>, Edelmiro Menéndez Torre<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grupo Endo. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>3</sup>Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. <sup>4</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

**Introducción:** la albuminuria es un marcador de daño renal asociada con la obesidad. La cirugía bariátrica es una intervención efectiva para la pérdida ponderal y la mejora de las comorbilidades asociadas.

**Objetivos:** valorar la prevalencia de albuminuria pre- y postde la cirugía bariátrica, analizando su asociación con edad, el sexo y el tipo de cirugía. Se buscó determinar el porcentaje de pacientes con albuminuria positiva que presentaban además enfermedad renal crónica (ERC).

**Material y métodos:** se analizaron datos de 62 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre 2019 y 2023. Se evaluó la albuminuria en los períodos pre y posquirúrgico. Se registraron variables demográficas y clínicas, tipo de cirugía, presencia de ERC y fármacos que pueden modificar la albuminuria. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y test bivariantes para evaluar asociaciones y diferencias.

**Resultados:** la prevalencia de albuminuria prequirúrgica fue del 19,4 %, reduciéndose al 6,5 % tras la cirugía bariátrica ( $p = 0,021$ ). No hubo diferencias significativas por edad ( $p = 0,056$ ), ni sexo ( $p = 0,591$ ), ni entre el tipo de cirugía y la albuminuria en los períodos prequirúrgico ( $p = 0,190$ ) o posquirúrgico ( $p = 0,300$ ). Por otro lado, de los pacientes con albuminuria positiva, el 55,6 % presenta-

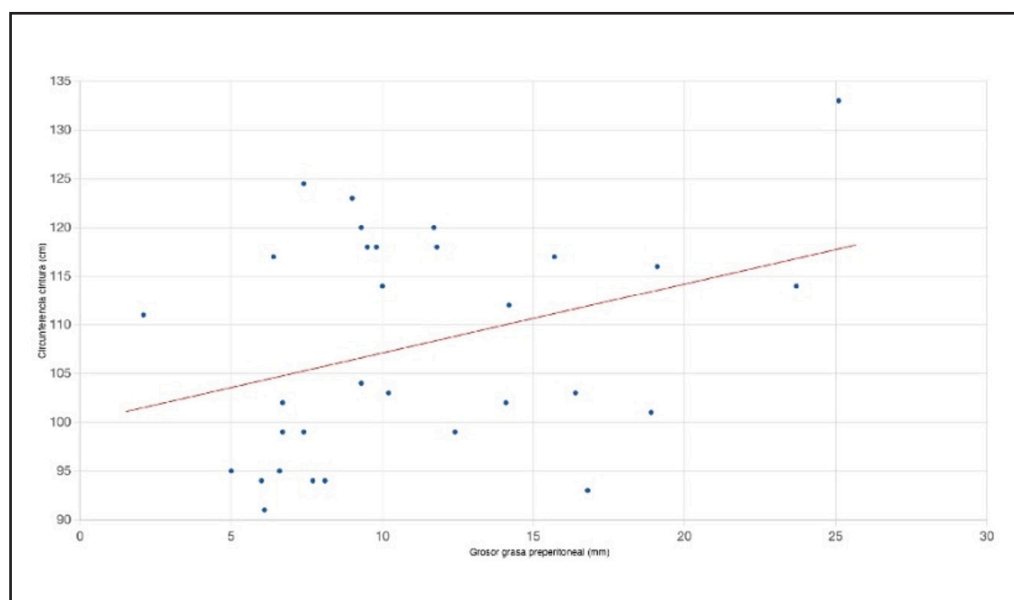


Figura 1.

ban ya ERC ( $p = 0,010$ ), mientras que, en el período posquirúrgico, el 33,3 % mantuvo esta condición ( $p = 0,008$ ). Se observó que los pacientes ya en tratamiento con IECA y ARA2 tenía menor prevalencia de albuminuria prequirúrgica ( $p = 0,008$ ), no encontrando diferencias significativas en el caso de iSGLT2 y arGLP1.

**Conclusión:** la cirugía bariátrica reduce de manera significativa la prevalencia de albuminuria. La albuminuria prequirúrgica parece estar relacionada con la edad y la presencia de ERC, mientras que no se observaron asociaciones con el sexo ni el tipo de cirugía. Sin embargo, es preciso confirmar estos datos en un estudio con un tamaño muestral mayor.

#### **P-224. Impacto antropométrico y en la calidad de vida tras cirugía bariátrica en pacientes con obesidad monogénica: análisis de una cohorte con mutaciones genéticas**

Cristian Jesús Lucena Morales<sup>1</sup>, Andrés López Rodríguez<sup>2</sup>, Laura Larrán Escandón<sup>1</sup>, Jesús Domínguez Riscart<sup>3</sup>, Isabel María Mateo Gavira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>2</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz. Cádiz. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

**Introducción:** se han identificado más de 130 genes vinculados al desarrollo de la obesidad monogénica, que frecuentemente provocan hiperfagia y obesidad temprana.

**Objetivos:** analizar la evolución de parámetros antropométricos y variables clínicas en una cohorte de pacientes con genética positiva para obesidad, un año después de someterse a cirugía bariátrica.

**Material y métodos:** se realizó un estudio transversal descriptivo en pacientes con obesidad grado 3 o superior y resultados positivos en estudios genéticos, atendidos en la consulta especializada de cirugía bariátrica del Hospital Puerta del Mar. Para ello, se utilizó un panel genético basado en secuenciación del exoma completo de 80 genes, incluyendo análisis de variación del número de copias.

**Resultados:** participaron 52 pacientes (79,6 % mujeres, mediana de edad de 49,46 años). La obesidad comenzó a los 11,5 años (6-23,5) y el 71,1 % tenía antecedentes familiares de obesidad. El 75 % se sometió a gastrectomía vertical y el 25 % restante a un *bypass* gástrico. El peso promedio prequirúrgico era de  $109,52 \pm 16,56$  kg (IMC  $41,19 \pm 4,95$  kg/m<sup>2</sup>), mientras que al año fue de  $81,05 \pm 13,45$  kg (IMC  $30,49 \pm 4,47$ ). El porcentaje promedio de sobrepeso perdido fue  $58,47 \pm 20,06$  %, el de peso total perdido  $25,79 \pm 8,16$  %, y el de exceso de IMC perdido  $69,39 \pm 26,16$  %. En el cuestionario HQ-CT para hiperfagia, la mediana de puntuación fue de 13 (9,75-16). En la escala BAROS, la media fue de  $5 \pm 2,52$ , con resultados: excelentes el 27,8 % de los casos, muy buenos el 27,8 %, buenos el 27,8 %, regulares el 5,6 % y fallo del tratamiento el 11,1 %.

**Conclusión:** la cirugía bariátrica puede ser eficaz para la pérdida de peso a corto plazo en pacientes con obesidad grado 3 y alteraciones genéticas relacionadas. Sería relevante comparar estos hallazgos con pacientes sin alteraciones genéticas y con aquellos tratados mediante terapias dirigidas, como el uso de setmelanotida en alteraciones de la vía MC4R.

#### **P-225. Evolución clínica y metabólica en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel**

Inés Masid Sánchez<sup>1</sup>, Judit Fernández García<sup>2</sup>, Claudia Lozano Aída<sup>1,2</sup>, Elsa Villa Fernández<sup>2</sup>, Diego Rivas Otero<sup>1,2</sup>, María Moreno Gijón<sup>2,3</sup>, Lourdes María Sanz Álvarez<sup>2,3</sup>, Lorena Suárez Gutiérrez<sup>1,2</sup>, Ceferino Martínez Faedo<sup>1,2</sup>, Edelmiro Menéndez Torre<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Instituto de Investigación del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

**Introducción:** la cirugía bariátrica surgió en la década de 1950 y ha evolucionado hasta convertirse en una opción terapéutica clave para el tratamiento de la obesidad.

**Objetivos:** evaluar la evolución del peso y de las comorbilidades relacionadas con la obesidad en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, y analizar los factores asociados a mejores resultados.

**Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en una muestra de 256 pacientes (176 mujeres, edad media 46,2 años, rango 18-64) intervenidos de cirugía bariátrica en un hospital de tercer nivel entre 2019 y 2023 (73 % *bypass* gástrico, 27 % gastrectomía vertical). Se recopilaron datos demográficos, parámetros antropométricos y comorbilidades asociadas a la obesidad, antes y después de la intervención.

**Resultados:** el porcentaje de pérdida de peso a los seis meses de la cirugía fue del 26,2 % y al año del 32,3 %, observándose una mayor disminución en los pacientes sometidos a *bypass*, sin variaciones significativas según la edad. La pérdida de peso al mes fue superior en los varones, sin diferencias a los seis meses ni al año en función del sexo. En el 77 % de los pacientes se alcanzó la remisión de la diabetes tipo 2, siendo más frecuente en aquellos de edad avanzada, sexo varón y sometidos a *bypass*. La normalización de la dislipemia se logró en el 56,12 %, con diferencias significativas asociadas al sexo varón, sin variaciones en función de edad o técnica quirúrgica. La remisión de la hipertensión arterial se logró en el 52,63 %, sin evidenciarse diferencias relacionadas con la edad, sexo o tipo de intervención.

**Conclusiones:** la cirugía bariátrica es un tratamiento eficaz para el manejo de la obesidad, logrando una reducción significativa del peso y una mejoría de las comorbilidades asociadas.

#### **P-226. Asociación entre parámetros sanguíneos, indicadores de desnutrición y factores funcionales en pacientes con diálisis peritoneal**

Olga Masot Ariño<sup>1,2</sup>, Elena Fernández Labadía<sup>1,3</sup>, Álvaro Lera Arce<sup>3</sup>, Silvia Marco Agullo<sup>3</sup>, Xènia Moliné Fustà<sup>3</sup>, Ana Usón Nuño<sup>3</sup>, Concepción Labadía Arenas<sup>4</sup>, Teresa Botigué<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de Lleida. Lleida. <sup>2</sup>Grupo de Investigación en Educación para la Salud, Enfermería, Sostenibilidad e Innovación (GREISI). Instituto de Investigación Biomédica de Lleida. Lleida. <sup>3</sup>Servicios de Nefrología y de Quirófano. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

**Introducción:** la salud de los pacientes en diálisis peritoneal (DP) depende de diversos factores, siendo una nutrición adecuada y la independencia funcional esenciales para su bienestar. Por este motivo, es crucial establecer si el nivel de dependencia puede influir en su estado nutricional.

**Objetivos:** analizar la asociación entre proteínas totales, albúmina y prealbúmina en sangre con parámetros funcionales en pacientes en DP atendidos en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

**Material y métodos:** estudio descriptivo transversal. En el análisis de las variables sanguíneas se consideró alterado según las recomendaciones en pacientes renales: proteínas totales ( $< 6,60$  o  $> 8,70$  g/dL), albúmina ( $< 3,8$  g/dL) y prealbúmina ( $< 0,3$  g/dL). A su vez, se estudiaron variables relacionadas con la capacidad funcional. Los análisis fueron descriptivos y bivariados (no paramétricos) y se realizaron con SPSS v24. El nivel de significación aceptado fue de 95 %. Este estudio ha sido aprobado por el CEIm del hospital.

**Resultados:** la muestra fue de 46 individuos, el 60,9 % eran hombres y la media de edad fue de 64,6 años ( $\pm 17,5$ ). Entre el 70 y el 80 % tenían al menos uno de los parámetros nutricionales alterados. Ningún factor se asoció a una alteración proteica. La alteración en albúmina se asoció con peor capacidad funcional (índice de Barthel;  $p = 0,047$ ) y con ser dependiente en el aprendizaje de la técnica DP ( $p = 0,36$ ). Por último, la alteración de prealbúmina se relacionó estadísticamente con tener más edad ( $p < 0,01$ ) y ser dependiente para las ABVD y AIVD (índice de Barthel y escala de Lawton y Brody;  $p = 0,013$  y  $p = 0,025$ , respectivamente).

**Conclusión:** los resultados obtenidos reflejan que la capacidad funcional tiene un impacto en las alteraciones de los parámetros sanguíneos en la DP. Por lo tanto, el cribado nutricional en los pacientes en DP será vital para identificar de manera precoz el riesgo nutricional que tienen.

### **P-227. Análisis de la actividad del dietista-nutricionista en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete**

Marta Milla Tobarra<sup>1</sup>, Paloma Sánchez Sáez<sup>1</sup>, María Llanos García Arce<sup>2</sup>, Sara Celaya Cifuentes<sup>3</sup>, Marina Jara Vidal<sup>1</sup>, Marta Gallach Martínez<sup>1</sup>, Noel Roig Marín<sup>1</sup>, Cristina Delicado Hernández<sup>1</sup>, María Rosario Sánchez Rama<sup>1</sup>, José Joaquín Alfaro Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>2</sup>Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario. Servicio de Endocrinología y Nutrición y <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

**Introducción:** los dietistas-nutricionistas (DN), son profesionales sanitarios capacitados para llevar a cabo valoración y educación nutricional, investigación y docencia. Su presencia en hospitales, conlleva una mejora en la eficacia y calidad de la intervención nutricional. En nuestro centro existen cuatro DN, tres vinculadas al Servicio de Endocrinología-Nutrición y Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) y una vinculada al Servicio de Pediatría. En la actualidad, en el SESCAM, los DN, están contratados como "personal técnico de grado medio", ya que, hasta ahora, no existía la categoría profesional.

**Objetivos:** describir la actividad asistencial de los DN del CHUA durante el período comprendido entre octubre de 2023 y octubre de 2024.

**Material y métodos:** estudio transversal retrospectivo donde se detalla la actividad de los DN en el CHUA. Se describe la actividad asistencial en consultas de Dietética-Nutrición (primeras, sucesivas, telefónicas y grupales), y en planta de hospitalización (pacientes atendidos y total de intervenciones, entendiéndose por intervención cada día que se atiende a un paciente).

**Resultados:** en planta de hospitalización se realizaron 4019 intervenciones en 700 pacientes. En especialidades médicas 2605, siendo el servicio con más demanda Medicina Interna; en especialidades quirúrgicas 1189 de ellas, con Cirugía General a la cabeza. En Pediatría y UCI pediátrica, hubo 139 intervenciones y en psiquiatría y UTCA 86. Con respecto a la actividad en consultas externas, se atendieron 1131 primeras consultas, 1876 sucesivas y 409 telefónicas. Además, se realizó intervención grupal (obesidad y TCA) en 96 pacientes.

**Conclusiones:** los DN tienen una elevada actividad asistencial tanto en planta como en consulta, lo que junto con la actividad en el ámbito de la prevención, gestión, docencia e investigación justifican la existencia de la categoría profesional de DN, su consideración como personal sanitario y su presencia tanto en ámbito ambulatorio como hospitalización.

### **P-228. Evaluación del estado nutricional en pacientes con obesidad sarcopénica al ingreso hospitalario**

Lara Dalla Rovere<sup>1,2</sup>, Mariano Molina<sup>3</sup>, Carmen Hardy Añón<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>1</sup>, Cristina Herola Cobos<sup>1</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Quirónsalud Málaga. Málaga. <sup>2</sup>Universidad de Málaga. Málaga. <sup>3</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid

**Introducción:** la detección de malnutrición en pacientes hospitalizados con obesidad puede ser un desafío debido a que las herramientas tradicionales de cribado, como el índice de masa corporal (IMC), no siempre reflejan el estado nutricional real. Esto puede llevar a una subestimación de la desnutrición, especialmente en pacientes con obesidad sarcopénica. Métodos avanzados, como la bioimpedancia eléctrica (BIA) y la dinamometría, permiten evaluar parámetros como la masa celular corporal y la fuerza muscular, proporcionando una visión más completa del estado nutricional y funcional de estos pacientes.

**Objetivos:** analizar la prevalencia de malnutrición en pacientes con obesidad sarcopénica al ingreso hospitalario y evaluar la utilidad de herramientas avanzadas como la bioimpedancia y la dinamometría en la práctica clínica.

**Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 307 pacientes ingresados en el Hospital QuirónSalud Málaga (2022-2023). Se utilizó una evaluación nutricional completa (MUST, Valoración Global Subjetiva [VSG] y criterios GLIM), complementada con BIA (Akern Nutrilab®) y dinamometría de prensión manual (Jamar®). Los datos se analizaron en función de la presencia de malnutrición y obesidad sarcopénica (OS).

**Resultados y conclusión:** de los 307 pacientes (54,1 % hombres, edad media  $63,2 \pm 15,4$  años, IMC medio  $34 \pm 3,7$  kg/m<sup>2</sup>), el 36 % presentaron malnutrición según GLIM (26 % moderada, 10 % grave) y el 27,5 % cumplían criterios de OS. Los pacientes con malnutrición mostraron menor PhA ( $5,2^\circ$  frente a  $5,9^\circ$ ,  $p < 0,05$ ). En OS, la masa celular corporal (BCM) y la fuerza muscular (HGS) fueron significativamente menores, especialmente en mujeres (BCM:  $24,0 \pm 5,8$  frente a  $32,6 \pm 2,5$  kg; HGS:  $15,8 \pm 4,9$  frente a  $29,5 \pm 5,3$  kg;  $p < 0,01$ ). La malnutrición y la obesidad sarcopénica son condiciones frecuentes y subdiagnosticadas en pacientes hospitalizados con obesidad. Técnicas como la bioimpedancia y la dinamometría son herramientas complementarias valiosas que permiten identificar alteraciones nutricionales y funcionales no detectadas por métodos convencionales, mejorando el abordaje clínico de esta población.

**P-229. ¿Qué parámetro morfofuncional tiene más interés a la hora de determinar la mortalidad en pacientes con nutrición parenteral durante el ingreso hospitalario?**

Natalia Montero M.<sup>1</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, Álvaro Vidal Suárez<sup>2</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, María del Mar Amaya Campos<sup>2</sup>, M.<sup>a</sup> Ángeles Martín Fontalba<sup>2</sup>, Patricia Guirado Peláez<sup>2</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>2</sup>UGC 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 dado el contexto y las indicaciones de la misma, así como sus complicaciones, por lo que el riesgo de mortalidad aumenta. Tener técnicas que nos permitan detectar el riesgo de mortalidad en ellos resulta de interés a nivel clínico.

**Objetivos:** obtener puntos de corte de ángulo de fase, ángulo de fase estandarizado (SPHa) y dinamometría 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<sup>®</sup>) y dinamometría (Jamar<sup>®</sup>).

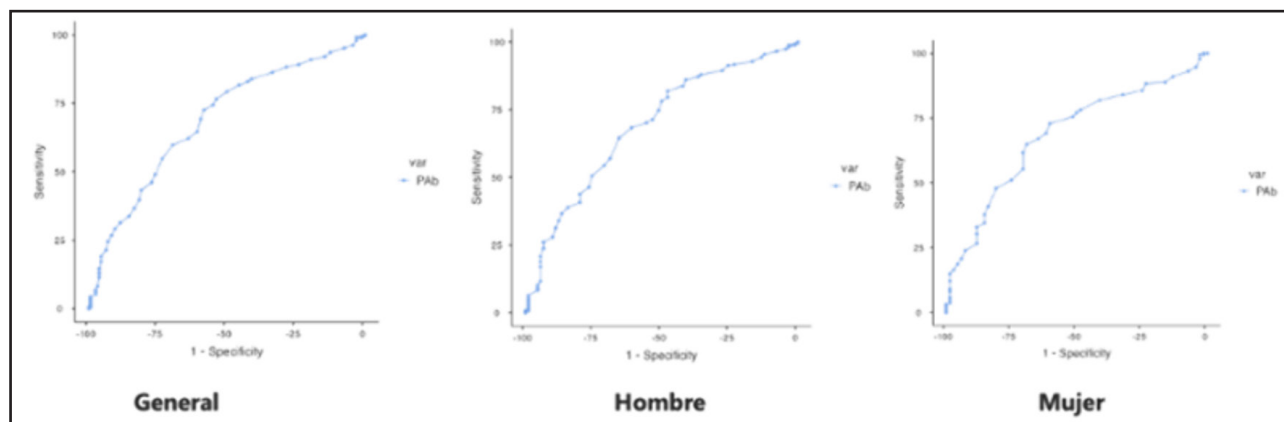
**Resultados:** en un análisis de 614 pacientes (257 mujeres y 357 hombres) con edad media de  $63,9 \pm 14,6$  años, se evaluaron parámetros de estado nutricional y composición corporal. Los pacientes vivos presentaron mejor estado nutricional, mayor peso, mejor ángulo de fase ( $4,89$  frente a  $4,17$ ), mayor masa celular corporal ( $24,7$  frente a  $20,8$  kg), mayor fuerza muscular ( $19,0$  frente a  $14,6$  kg) y menor estancia hospitalaria ( $26,8$  frente a  $30,9$  días) en comparación con los fallecidos (Tablas I y II) (Figs. 1 y 2; pág. siguiente). El análisis de supervivencia mostró que valores alterados en dinamometría (HR: 2,83, IC 95 %: 1,98-4,04) y PAb ajustado por sexo (HR: 3,10, IC 95 %: 2,12-4,53) aumentan significativamente el riesgo de mortalidad ( $p < 0,001$ ). A 12 meses, la supervivencia fue del 85,8 % y 79,4 % en pacientes con valores normales de PAb y dinamometría, frente al 57,3 % y 56,7 % en valores alterados, respectivamente.

**Tabla I. Descriptiva por supervivencia**

Variable	Media vivo (SD)	Media muerto (SD)	Valor ppp
PAb	4,89 (1,15)	4,17 (1,03)	< 0,001
SPA_b	-1,01 (1,43)	-1,64 (1,35)	< 0,001
Hydration_b	76,38 (5,14)	77,99 (6,07)	0,001
NAKb	1,34 (0,43)	1,59 (0,59)	< 0,001
BCM	24,74 (7,23)	20,83 (7,02)	< 0,001
Nutrition_b	737,40 (204,50)	623,17 (202,43)	< 0,001
Estancia	26,79 (21,70)	30,90 (28,72)	0,063
Dinamometría	18,97 (10,47)	14,59 (9,87)	< 0,001

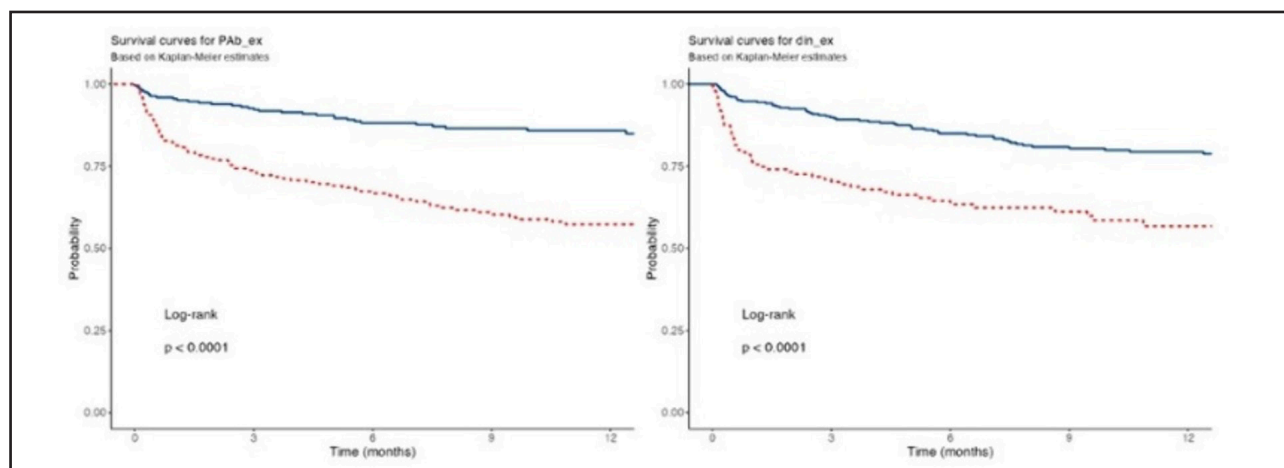
**Tabla II. Puntos de corte diferentes de parámetros morfofuncionales**

Parámetro	Sexo	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	AUC
PAb	Mujeres	4,3	64,89	69,12	0,685
PAb	Hombres	4,8	64,53	65,56	0,690
SPA_b	Mujeres	-1,0	52,13	70,59	0,624
SPA_b	Hombres	-1,93	76,32	46,67	0,635
Dinamometría	Mujeres	6,5	88,52	29,41	0,604
Dinamometría	Hombres	17,15	69,80	56,18	0,640



**Figura 1.**

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



**Figura 2.**

Kaplan Meier Pha y dinamometría de mortalidad ajustada por sexo.

**Conclusiones:** el ángulo de fase es el parámetro más relevante para predecir la mortalidad en pacientes con NPT, seguido de la dinamometría. Ambos reflejan una asociación significativa con el riesgo de mortalidad, destacando su utilidad clínica. Los pacientes con valores normales de estos parámetros tienen mejores tasas de supervivencia, consolidando su importancia como herramientas pronósticas.

### P-230. Ecografía nutricional: hacia valores de referencia poblacionales

Carolina Moreno-Torres Taboada<sup>1</sup>, María García Olivares<sup>2</sup>, Rocío Fernández Jiménez<sup>2</sup>, Isabel María Vegas Aguilar<sup>2</sup>, Marina Padial<sup>3</sup>, Nuria Porras<sup>2</sup>, María Novo Rodríguez<sup>4</sup>, Silvia García-Rey<sup>5</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>, Gabriel Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición y <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. <sup>4</sup>UGC de Endocrinología

y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. <sup>5</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Introducción:** la ecografía nutricional (EN) es un nuevo concepto para evaluar la composición corporal. La ecogenicidad del músculo refleja el estado nutricional y proporciona información funcional. Además, permite conocer la grasa subcutánea a nivel del cuádriceps y abdominal. No obstante, no existen valores de normalidad en población española.

**Objetivos:** a) determinar valores de referencia en población general aparentemente sana de la EN; y b) analizar la correlación entre EN, bioimpedanciometría (BIA), medidas antropométricas y dinamometría de mano (HGS).

**Material y métodos:** estudio multicéntrico desarrollado en los centros de transfusión de Málaga, Sevilla y Granada. Se incluyeron donantes de sangre aparentemente sanos, con IMC entre 18,5 y 35 kg/m<sup>2</sup>. Las mediciones incluyeron: antropometría, dinamometría JAMAR®, BIA (Akern®) y EN.



**Resultados:** participaron 1475 sujetos, 55,3 % varones. El 30,8 % con edades entre 18 y 30 años, el 26,3 % entre 31 y 45 años, el 32,6 % entre 46 y 60 años y el 10,3 % mayor a 60 años. Media  $\pm$  DE de EN (mujeres, hombres): grasa total abdominal 1,85  $\pm$  0,89 cm, 1,7  $\pm$  0,8cm, grasa superficial 0,9  $\pm$  0,48 cm, 0,78  $\pm$  0,38 cm, grasa visceral 0,6  $\pm$  0,32 cm, 0,75  $\pm$  0,38 cm, grasa superficial al cuádriceps 1,37  $\pm$  0,46 cm, 0,74  $\pm$  0,37 cm, área muscular 4,75  $\pm$  1,34 cm<sup>2</sup>, 6,89  $\pm$  1,79 cm<sup>2</sup>, eje Y 1,55  $\pm$  0,34

cm, 1,91  $\pm$  0,4 cm, eje Y en contracción 1,97  $\pm$  0,41 cm, 2,46  $\pm$  0,47 cm. Destacan correlaciones significativas entre dinamometría y área muscular (R 0,548), dinamometría y eje Y en contracción (R 0,517), BIA (BCM y ASMM) y área muscular (R 0,623-0,634), BIA (BCM y ASMM) y eje Y sin y con contracción (R 0,514-0,566), BIA (FM) y grasa (abdominal total y superficial y superficial al cuádriceps) (R 0,577-0,657). En la tabla I se adjuntan los percentiles de las mediciones de EN por grupos según edad y sexo.

**Tabla I.**

Ecografía nutricional - Grasa											
	Sexo	Edad	n	Perdidos	Percentiles						
					5 <sup>th</sup>	10 <sup>th</sup>	25 <sup>th</sup>	50 <sup>th</sup>	75 <sup>th</sup>	90 <sup>th</sup>	95 <sup>th</sup>
T-SAT	Mujeres	18 a 30 años	227	0	0,593	0,730	1,045	1,490	2,130	2,584	2,83
		31-45 años	177	1	0,660	0,824	1,160	1,640	2,230	2,756	3,00
		46-60 años	178	1	0,719	0,941	1,258	1,975	2,590	3,361	3,74
		> 60 años	74	0	1,189	1,416	1,752	2,420	3,143	3,489	4,16
	Hombres	18 a 30 años	226	0	0,340	0,445	0,800	1,260	1,935	2,560	3,10
		31-45 años	210	0	0,529	0,670	1,123	1,705	2,147	2,715	2,89
		46-60 años	299	1	0,830	1,048	1,365	1,810	2,360	2,924	3,23
		> 60 años	78	0	0,845	0,921	1,208	1,635	2,245	2,720	2,88
S-SAT	Mujeres	18 a 30 años	227	0	0,246	0,336	0,460	0,700	1,025	1,318	1,56
		31-45 años	177	1	0,260	0,340	0,550	0,790	1,190	1,460	1,56
		46-60 años	178	1	0,368	0,547	0,625	0,915	1,235	1,639	2,07
		> 60 años	74	0	0,412	0,505	0,752	1,055	1,527	1,730	1,87
	Hombres	18 a 30 años	225	1	0,154	0,214	0,390	0,620	0,940	1,236	1,37
		31-45 años	210	0	0,244	0,340	0,480	0,760	1,048	1,311	1,46
		46-60 años	299	1	0,399	0,488	0,600	0,820	1,070	1,310	1,48
		> 60 años	78	0	0,341	0,384	0,505	0,685	0,968	1,360	1,42
VAT	Mujeres	18 a 30 años	227	0	0,200	0,266	0,380	0,530	0,720	0,988	1,14
		31-45 años	178	0	0,199	0,240	0,343	0,490	0,745	1,043	1,24
		46-60 años	177	2	0,180	0,240	0,360	0,550	0,730	1,034	1,18
		> 60 años	74	0	0,246	0,320	0,463	0,685	0,867	1,094	1,24
	Hombres	18 a 30 años	226	0	0,220	0,300	0,463	0,660	0,918	1,230	1,47
		31-45 años	210	0	0,270	0,330	0,470	0,670	0,978	1,223	1,54
		46-60 años	297	3	0,298	0,340	0,520	0,740	1,020	1,310	1,42
		> 60 años	78	0	0,249	0,317	0,420	0,595	0,827	1,095	1,40
L_SAT	Mujeres	18 a 30 años	227	0	0,726	0,856	1,055	1,270	1,545	1,938	2,19
		31-45 años	175	3	0,671	0,854	1,100	1,340	1,565	1,816	2,03
		46-60 años	179	0	0,789	0,858	1,050	1,300	1,660	2,110	2,30
		> 60 años	74	0	0,746	0,940	1,105	1,420	1,835	2,094	2,25
	Hombres	18 a 30 años	226	0	0,250	0,315	0,465	0,670	0,960	1,310	1,61
		31-45 años	208	2	0,300	0,357	0,490	0,680	0,930	1,166	1,33
		46-60 años	297	3	0,290	0,350	0,520	0,680	0,860	1,094	1,37
		> 60 años	78	0	0,295	0,367	0,463	0,630	0,768	1,019	1,28

(Continúa en página siguiente)

Tabla I (cont.).

Ecografía nutricional – Músculo											
	Sexo	Edad	n	Perdidos	Percentiles						
					5 <sup>th</sup>	10 <sup>th</sup>	25 <sup>th</sup>	50 <sup>th</sup>	75 <sup>th</sup>	90 <sup>th</sup>	95 <sup>th</sup>
RF-CSA	Mujeres	18 a 30 años	227	0	3,159	3,590	4,16	5,07	6,03	6,96	7,61
		31-45 años	178	0	3,159	3,560	3,96	4,80	5,79	6,75	7,37
		46-60 años	179	0	2,733	2,934	3,63	4,26	5,09	5,80	6,27
		> 60 años	74	0	2,253	2,860	3,25	3,74	4,25	4,98	5,67
	Hombres	18 a 30 años	226	0	4,813	5,250	6,14	7,37	8,71	10,07	11,00
		31-45 años	209	1	4,474	4,492	6,24	7,18	8,41	9,74	10,52
		46-60 años	298	2	4,361	4,771	5,36	6,29	7,21	8,08	9,06
		> 60 años	78	0	3,535	4,261	4,79	5,48	6,65	7,62	8,19
RF-CIR	Mujeres	18 a 30 años	198	29	7,427	8,086	8,57	9,49	10,32	11,04	11,58
		31-45 años	162	16	7,488	7,853	8,56	9,44	10,33	11,06	11,47
		46-60 años	152	27	7,196	7,534	8,20	9,14	9,86	10,41	10,54
		> 60 años	66	8	6,635	7,005	7,95	8,55	9,28	9,69	10,34
	Hombres	18 a 30 años	185	41	9,350	9,682	10,39	11,18	11,97	12,83	13,37
		31-45 años	186	24	9,092	9,575	10,45	11,18	11,91	12,70	13,30
		46-60 años	276	24	9,005	9,430	10,04	10,71	11,29	11,96	12,39
		> 60 años	73	5	8,700	9,026	9,49	10,15	11,03	11,61	12,27
RF-Xaxis	Mujeres	18 a 30 años	227	0	2,546	2,746	3,23	3,59	3,99	4,19	4,41
		31-45 años	178	0	2,842	2,918	3,18	3,58	3,96	4,28	4,48
		46-60 años	179	0	2,712	2,914	3,17	3,55	3,84	4,12	4,23
		> 60 años	74	0	2,546	2,889	3,12	3,32	3,75	4,04	4,19
	Hombres	18 a 30 años	226	0	3,435	6,365	3,87	4,20	4,44	4,88	5,10
		31-45 años	208	2	3,376	3,541	3,85	4,13	4,39	4,60	5,03
		46-60 años	299	1	3,328	3,460	3,83	4,11	4,32	4,51	4,73
		> 60 años	78	0	3,065	3,337	3,63	4,00	4,22	4,50	4,82
FR-Yaxis	Mujeres	18 a 30 años	227	0	1,153	1,280	1,47	1,68	1,89	2,16	2,28
		31-45 años	177	1	1,146	1,226	1,40	1,61	1,84	1,97	2,06
		46-60 años	179	0	1,004	1,060	1,18	1,43	1,62	1,80	1,98
		> 60 años	74	0	0,893	0,975	1,04	1,21	1,41	1,65	1,82
	Hombres	18 a 30 años	226	0	1,502	1,595	1,82	2,02	2,31	2,58	2,71
		31-45 años	208	2	1,324	1,507	1,73	1,97	2,27	2,52	2,67
		46-60 años	299	1	1,270	1,380	1,55	1,79	2,00	2,23	2,38
		> 60 años	78	0	1,134	1,190	1,40	1,64	1,86	2,07	2,13
FR-Yaxis Contrac	Mujeres	18 a 30 años	201	26	1,500	1,690	1,89	2,11	2,40	2,63	2,80
		31-45 años	165	13	1,468	1,594	1,77	1,97	2,24	2,50	2,61
		46-60 años	160	19	1,253	1,439	1,62	1,83	2,06	2,26	2,40
		> 60 años	71	3	1,170	1,210	1,37	1,58	1,85	2,13	2,31
	Hombres	18 a 30 años	200	26	1,829	2,050	2,27	2,61	2,87	3,19	3,30
		31-45 años	180	30	1,879	1,999	2,24	2,58	2,91	3,19	3,38
		46-60 años	259	41	1,710	1,810	2,06	2,35	2,62	2,92	3,03
		> 60 años	75	3	1,409	1,569	1,81	2,15	2,45	2,69	2,78

**Conclusión:** la EN ha demostrado buena correlación con otras técnicas de valoración morfofuncional mostrando potencial para estandarizar parámetros poblacionales. A pesar de la variabilidad interobservador, es una técnica prometedora que requiere validación continua para su implementación clínica.

### **P-231. Valoración nutricional y morfofuncional en pacientes con nutrición parenteral tricameral**

Luis Ignacio Navas Vela, María García Olivares, Rosario Vallejo Mora, Patricia Suárez Pérez, Carmen Gallego Fernández, Montserrat Gonzalo Marín, María Isabel Liébana Barranco, Francisco José Sánchez Torralvo, María José Tapia Guerrero, Gabriel Olveira

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** la valoración morfofuncional es clave en la evaluación nutricional, formando parte de los criterios GLIM para la desnutrición.

**Objetivos:** describir la prevalencia de desnutrición con diferentes parámetros morfofuncionales en pacientes hospitalizados con nutrición parenteral tricameral y analizar correlaciones y asociaciones estadísticas.

**Material y métodos:** estudio descriptivo-analítico transversal en pacientes hospitalizados no críticos con nutrición parenteral tricameral (Finomel®). Se realizó antropometría, bioimpedanciometría y dinamometría. Se identificó desnutrición según valoración subjetiva global (VSG) y criterios GLIM. Se consideró como criterio de baja masa muscular la presencia de al menos uno de los siguientes: FFMI < 17 kg/m<sup>2</sup> hombres y < 15 kg/m<sup>2</sup> en mujeres, ASMM < 21.4 kg en hombres y < 14,1 kg en mujeres, ASMI < 7 kg/m<sup>2</sup> hombres en < 5 kg/m<sup>2</sup> mujeres o circunferencia de pantorrilla < 33 cm en hombres y < 32 cm en mujeres.

**Resultados:** en 175 pacientes (45,7 % mujeres, edad media: 64,9 años), el 77,6 % tenía desnutrición según VSG (30 % moderada, 47,6 % grave) y el 79,2 % según GLIM (43,5 % moderada, 35,7 % grave). El 62,1 % sufrió pérdida de peso relevante, 19,5 % presentó IMC bajo, y 67,2 % tuvo masa muscular baja (26,5 % FFMI, 47,1 % ASM, 49,3 % ASMI, 44,4 % pantorrilla). Un 42,6 % presentó dinamometría por debajo del percentil 5 (59 % hombres, 21,3 % mujeres;  $p < 0,001$ ). La concordancia VSG-GLIM fue del 69 % ( $\kappa = 0,525$ ,  $p < 0,001$ ). Correlaciones relevantes ( $r > 0,5$ ,  $p < 0,05$ ):

- IMC con circunferencias de pantorrilla y braquial y con parámetros de masa grasa y muscular medidos por bioimpedanciometría.
- Circunferencia de pantorrilla con circunferencia braquial y con parámetros de masa muscular medidos por bioimpedanciometría.
- Dinamometría de mano con ángulo de fase y parámetros de masa muscular medidos por bioimpedanciometría.

**Conclusión:** la prevalencia de desnutrición con ambas clasificaciones fue elevada y la concordancia moderada. La asociación entre parámetros morfofuncionales refuerza su uso combinado en la valoración nutricional.

### **P-232. Valoración de la fragilidad con diferentes herramientas diagnósticas en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada**

Ángel Nogueira Pérez<sup>1</sup>, Gloria Antón Pérez<sup>1</sup>, Guillermina Barril Cuadrado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología. Avericum. Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>Fundación Investigaciones Biomédicas. Madrid

**Introducción:** la fragilidad es un síndrome cuyo riesgo aumenta conforme progresa la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Existen diferentes herramientas para valorar la fragilidad, aunque actualmente los criterios de fragilidad de Fried son el Gold Standar, existen otras escalas para determinarla, incluso pueden utilizarse tests de capacidad funcional como Test Short Physical Performance Battery (SPPB).

**Objetivos:** valorar la prevalencia de fragilidad en un grupo de pacientes con ERCA utilizando diferentes herramientas diagnósticas.

**Material y métodos:** se evaluó la fragilidad en 106 pacientes, con ERCA con la plataforma de valoración Tanita BM220®, con el test SPPB, y con los criterios de Fried.

**Resultados:** un 64 % fueron hombres, X edad: 70,32 ± 13,28 años (hombres 75,62 ± 9,12 años frente a mujeres: 63,25 ± 14,97 años; [ $p = 0,012$ ]). Al valorar la fragilidad con las diferentes herramienta, encontramos que con: 1. Los criterios de Fried: un 55 % eran frágiles. Se calculó mediante curva ROC un punto de corte para definir fragilidad con el test SPPB, obteniendo: ABC: 0,816 (0,728-0,903),  $p < 0,005$ , y como punto de corte 10 puntos. 2. Test SPPB un 41 % presentaban una puntuación < 10 (limitaciones-severas-moderadas o leves). 3. Con plataforma Tanita BM220®, un 60,7 % fuerza baja, 29,5 % velocidad lenta y un 50,8 % eran inestables. La media de edad fue de 75,93 ± 11,27 años en frágiles y de 63,85 ± 12,79 en no frágiles ( $p = 0,013$ ; criterios de Fried). Al comparar los resultados de la plataforma en pacientes frágiles encontramos: 1. Fuerza: un 53,2 % presentaron fuerza baja, un 42,6 % ligeramente baja, un 4,3 % fuerza normal y ninguno ligeramente alta o alta. 2. Velocidad: un 38,3 % presentaron velocidad baja, un 40,4 % ligeramente baja, un 17 % normal y un 4,3 % ligeramente alta, ninguno alta. 3. Equilibrio: un 83 % fueron inestables, un 6,4 % estables y un 10,6 % inestables. Obteniendo resultados similares al comparar la plataforma con SPPB.

**Conclusión:** cualquiera de las 3 herramientas son útiles para valorar la fragilidad. Lo ideal sería utilizarlas en conjunto, ya que cada una va a aportar información que puede ayudar a determinar los puntos a mejorar en cada paciente.

### **P-233. Cribado nutricional por ecografía en pacientes en hemodiálisis**

Eva Plaza Lara<sup>1</sup>, Álvaro Ossorio Anaya<sup>2</sup>, Rosa Gómez Gómez<sup>2</sup>, Ramiro Palma Barrio<sup>2</sup>, Marta Alonso Mozo<sup>2</sup>, Esther Romero Ramírez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Nefrología. Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz

**Introducción:** la valoración nutricional de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis (HD) está limitada por el perfil de paciente con inflamación crónica, alteraciones metabólicas y hormonales intrínsecas y variabilidad de volemia.

**Objetivos:** analizar el papel de la ecografía en la valoración nutricional de pacientes en HD.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo de pacientes en HD de nuestro centro en junio de 2023 y junio de 2024. Incluimos pacientes > 18 años en HD desde al menos 3 meses antes, sin ingresos el último mes ni reingresos el último semestre. Excluimos aquellos con seguimiento < 3 meses, cirugía reciente, amputados, encamados, con nutrición parenteral y/o trastornos de conducta alimentaria. Recogimos variables clínicas y sociodemográficas y trimestralmente parámetros analíticos, antropométricos, de bioimpedancia y ecográficos [longitud del músculo recto femoral (LRF) y vasto interno (LVI) del cuádriceps y área transversal del recto femoral (ARF)]. Realizamos un análisis descriptivo y comparamos la evolución de las variables.

**Resultados y conclusión:** incluimos 29 pacientes, con 4 salidas precoces por *exitus*. De los 25 restantes, el 60 % eran varones y la edad media  $67,9 \pm 11,7$ . La mediana de de seguimiento fue 12 meses. Las principales variables sociodemográficas, clínicas y analíticas al inicio del estudio aparecen en la tabla I.

**Tabla I.**

Hombre, n (%)	15 (60)
Edad, media (DE)	67,9 (11,7)
Diabetes mellitus, n (%)	11 (44)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	9 (36)
Peso (kg), media (DE)	76,06 (13,15)
IMC, media (DE)	28,3 (4,47)
Albumina (g/dl), media (DE)	3,76 (0,48)
Prealbumina (mg/dl), media (DE)	24,7 (10,6)
Ferritina (ng/ml), media (DE)*	470 (1,87)
Índice de saturación de transferrina (%), media (DE)*	29,9 (1,51)
Colesterol total (mg/dl), media (DE)	128 (26,8)
Hemoglobina (g/dl), media (DE)	11,7 (1,47)
TCPS (mm), media (DE)	31,2 (11,3)
AMMB (mm <sup>2</sup> ), media (DE)*	30,6 (11,5)
Longitud recto femoral derecho (cm), media (DE)	9,8 (2,86)
Área recto femoral derecho (cm <sup>2</sup> ), media (DE)	3,28 (1,11)
Longitud vasto interno derecho (cm), media (DE)	9,5 (2,64)
Longitud recto femoral izquierdo (cm), media (DE)	9,7 (3)
Área recto femoral izquierdo (cm <sup>2</sup> ), media (DE)	3,31 (1,05)
Longitud vasto interno izquierdo (cm), media (DE)	8,6 (2,51)

\*Transformación logarítmica de medias geométricas. DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal; TCPS: pliegue cutáneo del tríceps; AMMB: área medica muscular del brazo.

Al año, se observaron disminuciones del pliegue cutáneo del tríceps (TCPS) del 33 % ( $p < 0,001$ ), del área media muscular del brazo (AMMB) del 77,8 % ( $p < 0,001$ ), en la LRF derecho del 10,5 % ( $p = 0,024$ ) e izquierdo del 11,2 % ( $p < 0,001$ ), en la LVI derecho del 14 % ( $p = 0,003$ ) y del ARF izquierdo del 12,7 % ( $p = 0,012$ ), sin diferencias estadísticamente significativas en el resto de parámetros antropométricos medidos, ninguno analítico ni de bioimpedancia. En nuestra experiencia, a pesar de la estabilidad del peso, bioimpedancia y parámetros analíticos clásicos en evaluación nutricional, en una cohorte de pacientes en HD observamos a lo largo de un año una disminución significativa de masa muscular medida por ecografía, técnica útil en esta evaluación.

### P-234. Análisis de la gastrostomía percutánea de alimentación y sus complicaciones en un hospital de segundo nivel

María Pasarón Fernández, Raquel Carbonell Hernández, Guillén Octavio Puente Barbé, Laura Nozal García, María Riestra Fernández, María del Pilar Monge Rafael, Lucía Díaz Naya, Lucía Lázaro Martín, Carlos Alonso Felgueroso, Silvia González Martínez

*Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias*

**Introducción:** la gastrostomía percutánea de soporte nutricional se coloca vía endoscópica (PEG) o radiológica (PRG). Aunque ambas técnicas son frecuentes en nuestro medio, son habituales las consultas por incidencias tras el procedimiento.

**Objetivos:** el objetivo de este estudio es evaluar si existen diferencias entre las dos técnicas y la relación entre el estado nutricional, la supervivencia y la aparición de complicaciones.

**Material y métodos:** estudio observacional y retrospectivo en el Hospital de Cabueñes de las personas portadoras de gastrostomía entre 2019 y 2023. Las variables recogidas son: edad, sexo, motivo de colocación, técnica, estado nutricional, complicaciones, posibilidad de retirada, fecha de colocación y de fallecimiento.

**Resultados y conclusión:** se colocaron 120 gastrostomías, el 66,7 % PEG y el 33,3 % PRG. La mayoría hombres (75,8 %) con edad media de 68,8 (12,2) años. La disfagia mecánica fue el principal motivo (49,2 %), seguido de la disfagia neurológica (30 %) y la profiláctica (15,8 %). Se objetivó desnutrición severa en el 50,8 % y moderada en el 25 %. El 29,2 % presentó al menos una complicación: la más frecuente la infección periestomal (25,8 %), salida accidental de la sonda (22,5 %) y el granuloma (20,8 %). Las personas con PRG presentaron un 69 % más de riesgo de complicaciones, siendo estadísticamente significativo ( $p 0,02$ ). No se vieron diferencias entre el estado nutricional y la supervivencia, pero sí un menor riesgo de complicaciones en personas con adecuado estado nutricional, sin ser estadísticamente significativo ( $p 0,33$ ). La mediana de supervivencia global se estima en 1,1 años. El 7,5 % de los pacientes fallecieron antes del mes tras su colocación. En nuestro medio, la aparición de complicaciones es frecuente, sobre todo en las colocadas vía radiológica, destacando la infección periestomal. Un adecuado estado nutricional podría disminuir el riesgo de complicaciones,

pero el tamaño muestral reducido puede limitar la potencia estadística. Dada la mortalidad objetivada a corto plazo, habría que revisar las indicaciones de su colocación.

### **P-235. Micronutrientes en insuficiencia cardíaca**

Laura Rambla Aguilar, Isabel Huguet Moreno, Vanessa Triviño Yanuzzi, Luyi Zeng Zhang, M.<sup>a</sup> Mar García González, Natalia Salvador Peiró, Mikaela Zubillaga Gómez, Alberto García Piorno, Cristina Sevillano Collantes

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

**Introducción:** a día de hoy sabemos que alrededor de un 20 % de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), presentan desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE). Se han descrito deficiencias de micronutrientes como selenio, tiamina (B1), piridoxina (B6), hierro sérico y vitamina D en estos pacientes, algunas de ellas incluso se han llegado a relacionar con el pronóstico de la enfermedad.

**Objetivos:** conocer la prevalencia de déficit de micronutrientes en pacientes con insuficiencia cardíaca.

**Material y métodos:** estudio transversal en el que se analizaron los datos de 32 pacientes de nuestro centro con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

**Resultados y conclusión:** la muestra presentó una media de 81,4 kg de peso, 167,9 cm de altura y un IMC de 29,1 kg/m<sup>2</sup>. La edad promedio fue de 63,3 años. El perímetro de pantorrilla corregido por IMC (PPc) promedio fue de 31,3 cm estando disminuido en el 90 % de los pacientes. Se obtuvo una prealbúmina promedio de 24,9 y una RBP de 5,4. El FEVI promedio fue de 38,7 % y el proBNP de 844 pg/ml. Se observó una deficiencia de selenio en el 9,3 % de los pacientes, así como una deficiencia de piridoxina (B6) en el 34 %. Ninguno presentó una deficiencia de tiamina (B<sub>1</sub>). Un 78 % presentó una deficiencia de vitamina D y un 40,6 % de los pacientes presentó deficiencia de hierro. Teniendo en cuenta que los valores séricos de la mayoría de micronutrientes se pueden ver infraestimados por el grado de inflamación, solo un 28 % de los pacientes presentó una PCR por encima del límite superior de normalidad. Un 63,2 % de aquellos pacientes con deficiencias obtuvo niveles de inflamación normales. Acorde con los resultados obtenidos y la evidencia disponible acerca del cribado de micronutrientes en pacientes con IC, destacamos la importancia de la detección precoz de dichas deficiencias con el objetivo de suplementarlas y con ello mejorar el pronóstico de la enfermedad.

### **P-236. Intervención interdisciplinar en la promoción de un estilo de vida saludable en pacientes con obesidad y sedentarismo: ensayo controlado aleatorizado**

Ivet Ribot<sup>1</sup>, Marta Prats<sup>2</sup>, Oriol Barceló-Peiró<sup>2</sup>, Montserrat Puig-Llobet<sup>3</sup>, Cristina Vilalta-Sererols<sup>4</sup>, Bárbara Fontecha-Valero<sup>4</sup>, Mati Heras-Ojeda<sup>5</sup>, Zaida Agüera<sup>3</sup>, Teresa Lluch-Canut<sup>3</sup>, María Carmen Moreno Arroyo<sup>3</sup>

*Unidades de <sup>1</sup>Nutrició i Dietètica y de <sup>2</sup>Medicina Esportiva. Hospital Cerdanya. Puigcerdà, Girona. <sup>3</sup>Universitat de Barcelona. Barcelona. <sup>4</sup>Centre de Primària Cerdanya. Puigcerdà, Girona. <sup>5</sup>Consell Esportiu Cerdanya. Puigcerdà, Girona.*

**Introducción:** estudio multimodal para abordar la obesidad, intervención basada en 3 estrategias principales: promoción de hábitos de alimentación saludables, prescripción de actividad física, y la gestión del bienestar emocional a través de la Salud Mental Positiva.

**Objetivos:** evaluar la eficacia de un programa de salud interdisciplinar “Cerdanya en forma” con los objetivos específicos de: observar condición física; niveles de adherencia a la dieta mediterránea; salud mental positiva y describir los cambios metabólicos.

**Material y métodos:** se empleó un modelo pretest, posttest en un diseño de ensayo clínico, comparando un grupo intervención (GI) con grupo control (GC). La intervención tuvo una duración de 9 meses. De manera aleatoria entraron 30 personas en GC y 30 en GI. Los criterios de inclusión fueron adultos (18-75 años), con obesidad leve-moderada, sedentarios o poco activos y que aceptaran participación.

**Resultados:** los resultados revelaron mejoras significativas en nivel de actividad física y adherencia a la dieta mediterránea a favor del GI, donde el 89,4 % ( $n = 17$ ) de los participantes pasaron de ser poco activos/sedentarios a ser activos. Asimismo, la adherencia a la dieta mediterránea mejoró con un aumento medio de 2,2 puntos en la escala (media: 10,5; IC 95 %, 9,1-11,09). Además, se observaron reducciones significativas de la grasa corporal (media: -2,5 kg; IC 95 %, -3,56 – -1,44) y de la masa grasa libre (media: -3,38 kg; IC 95 %, -4,34 – -2,41), junto con una disminución de niveles de colesterol (196 frente a 182 mg/dL), lo que sugiere una disminución del riesgo cardiovascular y metabólico.

**Conclusiones:** la intervención multimodal fue eficaz para mejorar el estilo de vida de las personas con obesidad y reducir su riesgo cardiovascular y metabólico. La intervención se valoró como una estrategia integral y complementaria en la atención de la obesidad. Estos resultados ponen de relieve la importancia de abordar esta afección desde múltiples perspectivas para garantizar unos resultados sanitarios óptimos.

### **P-237. Riesgo de desnutrición al diagnóstico de cáncer en pacientes con y sin tratamiento con SGLT2 (ISGLT2)**

Diego Rivas Otero, Inés Masid Sánchez, Guillermo Ramos Ruiz, Pablo Agüera Cabal, Raymond Agustín Sánchez Acosta, Judit Fernández García, Tomás González Vidal, Claudia Lozano Aida, Edelmiro Menéndez Torre

*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

**Introducción:** en el tratamiento de la diabetes *mellitus* de tipo 2 se emplean diversos fármacos orales que, además de su efecto hipoglucemiante, pueden producir disminución del peso. Entre ellos se encuentran los iSGLT2.

**Objetivos:** analizar si hay un mayor riesgo de desnutrición en pacientes que se diagnostican de cáncer y reciben iSGLT2 frente a aquellos que no los reciben.

**Material y métodos:** se diseñó un estudio de cohortes retrospectivo. Los pacientes que acudieron a primera consulta de Oncología Médica entre el 1/10/2022 y el 28/02/2023 fueron incluidos en el estudio si tenían entre 40 y 79 años y datos para realizar un seguimiento hasta su fallecimiento o por un año. Se excluyeron pacientes con tumores in situ, sincrónicos, con tumores hematológicos o incluidos en ensayos clínicos doble o triple ciego. Se reclutaron un total de 526 pacientes y se establecieron dos grupos en función de si recibían o no tratamiento con iSGLT2 al diagnóstico del mismo. Se recogieron variables relacionadas con las características del paciente, del cáncer y datos sobre marcadores de estado nutricional (índice de masa corporal [IMC], niveles de albúmina sérica al diagnóstico). En los pacientes que sobrevivieron al menos tres meses se realizó una nueva determinación de IMC y se analizó el porcentaje del IMC inicial presente tres meses tras diagnosticarse el cáncer.

**Resultados:** los pacientes a tratamiento con iSGLT2 tenían, de forma no significativa, mayor IMC al diagnóstico del cáncer que los pacientes sin este tratamiento. Los niveles de albúmina sérica al diagnóstico fueron similares en ambos grupos. A los tres meses, los pacientes que recibían iSGLT2 al diagnóstico no presentaron mayor pérdida de peso que aquellos pacientes que no los recibían.

**Conclusión:** el tratamiento con iSGLT2 no parece ser un factor de riesgo para la desnutrición al diagnóstico del cáncer.

### P-238. Adherencia al patrón de dieta mediterránea en pacientes con diabetes gestacional y su impacto clínico, metabólico y obstétrico

Marta Sánchez Ibáñez<sup>1,2</sup>, Esther Delgado García<sup>1,2</sup>, Rebeca Jiménez Sahagún<sup>1,2</sup>, Gonzalo Díaz Soto<sup>1,2</sup>, Ana Collantes Matallana<sup>2</sup>, Sofía del Amo Simón<sup>2</sup>, María de la O Nieto de la Marca<sup>1,2</sup>, María Ángeles de Castro Lozano<sup>1,2</sup>, Juan José López Gómez<sup>1,2</sup>, Daniel de Luis Román<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina. Instituto de Endocrinología y Nutrición de Valladolid. Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid

**Introducción:** la diabetes gestacional (DG) es una complicación de la gestación. Las recomendaciones dietéticas son la base para su control. El patrón de dieta mediterránea (PDM) es una de las pautas que las puede proponer.

**Objetivos:** evaluar la adherencia al PDM-modificado (excluye consumo de alcohol, no aplicable en embarazadas) tras intervención dietética y analizar su relación con variables clínicas, metabólicas y obstétricas.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo y prospectivo en 57 mujeres atendidas en la consulta de endocrinología con DG entre mayo de 2019 y octubre de 2024. Se evaluó la adherencia al PDM mediante cuestionario adaptado (punto de corte  $\geq 7$ ). Análisis estadístico realizado con SPSS v28.

**Resultados:** la edad media era 36,02 (4,49) años, las principales comorbilidades fueron: 28 (50 %) obesidad pregestacional

y 22 (39,3 %) DG previa. Las pacientes fueron atendidas por primera vez en la consulta en la semana 25,44 (12,81) con peso pregestacional de 77,67 (16,77) kg con un incremento ponderal en la gestación de 6,03 (6,26) kg La puntuación PDM-modificado fue 6 (4-79 puntos y tras educación nutricional de 7 (7-8) puntos. Respecto al metabolismo hidrocarbonado, el test de O'Sullivan se realizó en 13,97(6,9) semanas, con valor glucemia a la hora 189 (33,06) mg/dl. Se inició tratamiento con insulina en la semana 29,43 (6,73) y la dosis final de insulina fue 20 (26,56) unidades/día. En relación con resultados obstétricos, el parto se produjo en la semana 38,3 (1,19) y el peso medio de la descendencia fue 3179 (430) gramos. Se objetivaron 6 (10,7 %) complicaciones obstétricas y 2 (3,5 %) fetales. Se compararon variables obstétricas y metabólicas en función de PDM-M (punto de corte  $\geq 7$ ), observando una asociación significativa entre la adherencia a Predimed y la menor probabilidad de complicaciones maternas durante el parto ( $p = 0,033$ ).

**Conclusión:** la intervención educativa mejora la adherencia al PDM modificado, lo que podría asociarse con beneficios metabólicos y obstétricos.

### P-239. Evaluación de desnutrición y sarcopenia en pacientes hospitalizados y su relación con probabilidad de *exitus*

María Sánchez-Prieto Castillo, Ana Segarra Balao, Inmaculada Prior Sánchez

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 diagnóstico e intervención.

**Objetivos:** a) conocer las características epidemiológicas y antropométricas de nuestra muestra, y b) observar si existe relación entre antropometría, valores analíticos y/o parámetros de bioimpedanciometría y eventos (reingreso y/o *exitus*).

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo. Se analizó una muestra de 303 pacientes valorados por el servicio de Nutrición durante su ingreso hospitalario. Se realizó una valoración nutricional mediante historia clínica, exploración física, analítica, dinamometría y bioimpedanciometría. Se tomaron los criterios de sarcopenia según EWGSOP2. Análisis estadístico con programa SPSS.

**Resultados y conclusión:**  $n = 303$  pacientes, 59,4 % hombres. Edad media 64,65 años. El 69,3 % de nuestra muestra presentaba DRE según criterios GLIM y el 26,1 % sarcopenia. Los pacientes con Sarcopenia presentan un HRA = 1,965 veces más riesgo de fallecer que los pacientes sin sarcopenia, siendo este aumento del riesgo estadísticamente significativo,  $p = 0,013$ . Estos resultados son en presencia de las otras variables. La presencia de sarcopenia evaluada mediante técnicas de valoración de composición corporal se asocia a mayor mortalidad durante la estancia hospitalaria.

### P-240. Asociación entre los niveles de vitamina D al alta, complicaciones intrahospitalarias y prevalencia de obesidad en pacientes poscríticos tras ingreso en UCI por neumonía COVID-19

Víctor José Simón Frapolli<sup>1</sup>, Teresa Campos Varela<sup>2</sup>, Irene García Gómez<sup>1</sup>, Rocio Fernández Jiménez<sup>3</sup>, Álvaro Vidal Suárez<sup>3</sup>, José Manuel García-Almeida<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Introducción:** la vitamina D además de ser clave en el metabolismo óseo, es crucial para la regulación inmunitaria, función que ha demostrado ser crítica durante la pandemia por COVID-19. Su déficit en pacientes hospitalizados se asocia en algunas series con mayor gravedad de la enfermedad, incluyendo complicaciones graves, mayor necesidad de cuidados intensivos y mayor mortalidad. Además, la deficiencia de vitamina D está relacionada con la diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 y la obesidad.

**Objetivos:** determinar si existen diferencias en la prevalencia de DM, obesidad (definida según IMC y porcentaje de masa grasa [FM %]) y obesidad sarcopénica, complicaciones intrahospitalarias y necesidad de terapias agresivas durante el ingreso

en UCI en una cohorte de pacientes poscríticos por COVID-19, según niveles de vitamina D al alta.

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo que incluyó a 93 pacientes que superaron ingreso en UCI por neumonía severa por COVID-19. A las 2-3 semanas del alta, se evaluaron datos clínicos, analíticos y valoración morfofuncional mediante bioimpedanciometría y dinamometría. Los pacientes fueron clasificados según niveles de vitamina D: déficit ( $\leq 20$  ng/ml), insuficiencia (20,01-29,99 ng/ml) y suficiencia ( $\geq 30$  ng/ml) y las diferencias en variables se analizaron en función de dichas categorías (Tabla I).

**Resultados y conclusión:** al analizar los resultados obtenidos en función de las categorías de vitamina D, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de obesidad sarcopénica (mayor en los subgrupos de déficit e insuficiencia frente a suficiencia de vitamina D) y en días de estancia hospitalaria (mayor en subgrupo de deficiencia frente a suficiencia de vitamina D). Cuando se realizó el test de comparaciones múltiples, se observaron diferencias también en días de estancia en UCI y en días de ventilación mecánica invasiva, siendo mayores en el grupo de déficit frente a suficiencia de vitamina D. No se observaron diferencias en prevalencia de DM ni de obesidad.

Tabla I.

	Todos (n = 93)	Vitamina D $\leq 20$ ng/ml (n = 34)	Vitamina D 20,01-29,99 ng/ml (n = 28)	Vitamina D $\geq 30$ ng/ml (n = 31)	p
<b>Variables demográficas</b>					
Edad (años)	62 $\pm$ 12	67 $\pm$ 10	67 $\pm$ 11	57 $\pm$ 12	0,32
Varones (%)	71 (75)	25 (73)	23 (82)	23 (74)	0,86
Diabetes <i>mellitus</i> (%)	29 (31)	10 (29)	12 (43)	8 (26)	0,53
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	31 $\pm$ 7,1	34 $\pm$ 8,6	30 $\pm$ 7,1	29 $\pm$ 6,2	0,20
Obesidad según IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> (%)	44 (47)	17 (35)	17 (61)	10 (32)	0,23
Grado 1 (30-34,99 kg/m <sup>2</sup> )	24 (25)	10 (31)	10 (36)	4 (13)	
Grado 2 (35-39,99 kg/m <sup>2</sup> )	10 (11)	2 (6)	5 (18)	3 (10)	
Grado 3 (40-49,99 kg/m <sup>2</sup> )	10 (11)	5 (15)	2 (7)	3 (10)	
Obesidad según FM $\geq 30$ % (hombres) o $\geq 40$ % (mujeres)	45 (48)	20 (59)	15 (53)	10 (32)	0,10
Obesidad sarcopénica	34 (36)	16 (47)	12 (43) <sup>a</sup>	6 (2)	0,04
<b>Complicaciones</b>					
Estancia en UCI (días)	25 $\pm$ 9,5	33 $\pm$ 9,8	19 $\pm$ 9,4	21 $\pm$ 8,7	0,09
Estancia hospitalaria (días)	49 $\pm$ 32	85 $\pm$ 36	50 $\pm$ 24	33 $\pm$ 28	0,04
Ventilación mecánica invasiva (días)	28 $\pm$ 14	36 $\pm$ 14	23 $\pm$ 14	14 $\pm$ 11	0,84
Maniobras prono (n)	2,5 $\pm$ 2,4	2,6 $\pm$ 1,3	2,6 $\pm$ 1,3	2,4 $\pm$ 1,2	0,34
Oxigenoterapia al alta (%)	41(44)	7(56)	19(57)	15(48)	0,40
Rehabilitación (%)	84(89)	32(94)	25(89)	26(84)	0,15
Escala de Barthel	92 $\pm$ 7,4	96 $\pm$ 8,5	90 $\pm$ 11	98 $\pm$ 5,6	0,38

### **P-241. Asociación del estado nutricional y la morbimortalidad intrahospitalaria en pacientes no críticos que reciben nutrición parenteral**

María José Vallejo Herrera<sup>1</sup>, Belen del Arco Romualdo<sup>1</sup>, María José Tapia Guerrero<sup>1</sup>, Alejandro García Puche<sup>1</sup>, Raquel Saldaña Soria<sup>2</sup>, Carmen Bautista Recio<sup>1</sup>, Natalia Colomo Rodríguez<sup>1</sup>, Francisco Ruiz Lanzas<sup>1</sup>, Rosario Vallejo Mora<sup>1</sup>, Gabriel Oliveira Fuster<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición y <sup>2</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

**Introducción:** relación entre NP, estado nutricional y morbimortalidad.

**Objetivos:** valorar la asociación entre estado nutricional determinado con diferentes herramientas con los resultados clínicos (mortalidad intrahospitalaria, estancia media, complicaciones infecciosas) en pacientes que reciben Nutrición Parenteral no críticos

**Material y métodos:** estudio observacional prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel a los que se iniciaba FINOMEL (marzo-noviembre 2024). Recogimos variables generales, valoración global subjetiva y criterios GLIM; bioimpedanciometría, dinamometría, circunferencia pantorrilla y datos analíticos. BIA se usó para: ángulo fase, masa celular corporal, masa grasa, masa libre grasa, índice masa libre grasa (FFMI) e índice masa esquelética apendicular (ASMM). Puntos corte ESPEN: FFMI bajo: < 15 kg/m<sup>2</sup> mujeres, < 17 kg/m<sup>2</sup> varones. ASMM bajo: < 14,1 kg mujeres, < 21,4 kg varones. ASMI bajo: < 5,7 kg/m<sup>2</sup> mujeres, < 7 kg/m<sup>2</sup> varones.

**Resultados:** se incluyeron 175 sujetos, 54,3 % hombres, edad 64,9 ± 13,7 años. El 61 % ingresados en Cirugía General. La estancia hospitalaria fue 25 ± 21,4 días. Durante el ingreso, presentaron complicaciones infecciosas 72 pacientes (41,4 %) y fallecieron 27 pacientes (15,5 %). Los fallecidos presentaron de forma significativa con respecto a los no fallecidos: mayor % hombres (77,8 frente a 50,3), mayor edad (69 ± 11 frente a 64 ± 14 años), menor IMC (22,8 ± 3,9 frente a 25,2 ± 5,3), mayor % ingreso patología oncológica (74 frente a 53,7), mayor duración NP (14 ± 9 frente a 9,8 ± 8), mayor % complicaciones infecciosas (74 frente a 35,4), menor colesterol (112 ± 30 frente a 136 ± 49), menor índice masa libre grasa FMI (6 ± 2,7 frente a 7,9 ± 3,4), mayor % desnutrición grave VSG (76 frente a 43) y GLIM (60 frente a 31,7). En criterios GLIM fenotípicos mayor % IMC bajo (38,5 frente a 16,2), baja masa esquelética apendicular (76,5 frente a 43,2) y bajo índice masa muscular esquelética apendicular (76,5 frente a 44,9).

**Conclusiones:** las personas con peor estado nutricional independientemente de la herramienta empleada presentaron mayor mortalidad y complicaciones intrahospitalarias.

### **P242. Caracterización antropométrica y clínica de población infantil y adulta kenia**

María Jesús Vega Bello<sup>1</sup>, Sandra Carrera Juliá<sup>1</sup>, Paula Clemente Martínez<sup>1</sup>, Jaime Díaz Buedo<sup>1</sup>, Isabel Pardo Trull<sup>1</sup>, María Ángeles Navarro Moreno<sup>2</sup>, María Luz Moreno Sancho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de València San Vicente Mártir. València. <sup>2</sup>Universidad Católica de València San Vicente Mártir. Torrent, València

**Introducción:** el número de personas que pasan hambre y necesitan ayuda humanitaria en Kenia creció de 3,5 millones a 4,4 millones en 2022. De ellas, 800 000 estaban al borde de la hambruna. Se calcula que 970 000 niños y niñas menores de cinco años y 142 000 mujeres embarazadas y lactantes estaban desnutridos. La desnutrición es una enfermedad altamente frecuente en África, la cual produce afectación a nivel clínico, antropométrico y de composición corporal.

**Objetivos:** caracterizar clínica y antropométricamente a los habitantes de distintos poblados situados en Kenia para posteriormente darles unas directrices y consejos que mejoren su nutrición y con ello su salud y estilo de vida.

**Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre población infantil y adulta de distintos poblados del área de Magarini en Kilifi, Kenia. Se registraron signos clínicos característicos de la desnutrición (pelo, uñas, manchas en la piel, etc). Se realizó una valoración antropométrica mediante el método ISAK, además de un análisis de la composición corporal con el Biodi Expert ZM<sup>®</sup>.

**Resultados y conclusión:** la muestra estuvo formada por 41 niños, 38 niñas, 41 hombres y 112 mujeres. Existieron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre los síntomas de desnutrición que presentaban los niños y niñas y los hombres y mujeres. En los niños predominó la piel y el pelo seco. En las niñas predominó la barriga hinchada. En los hombres era frecuente la piel y el pelo seco mientras que en las mujeres destacaron las manchas en la cara y en el cuerpo. Toda la población (infantil y adulta) presentó normopeso y adecuado nivel de hidratación por lo que la sintomatología mencionada previamente podría deberse a un aporte insuficiente de vitaminas y minerales y a una falta de alimentación variada.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y METABOLISMO

**SENPE**

[www.senpe.com](http://www.senpe.com)