



ÁREA TEMÁTICA

ENFERMERÍA Y DIETÉTICA

**XXIII CONGRESO NACIONAL**

Valencia, 13 - 16 de mayo de 2008

### TERAPIA DE GRUPO A PACIENTES EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Mellado Pastor C<sup>1</sup>, Abilés V<sup>1</sup>, Alonso Zuloeta B<sup>2</sup>, Moreno Torres R<sup>1</sup>, Pérez de la Cruz A<sup>1</sup>, García Navarro A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HU Virgen de Las Nieves. Granada. <sup>2</sup>Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

**Introducción y objetivos:** Pacientes pendientes de Cirugía Bariátrica (CB), acceden a un Programa de Terapia Grupal (TG) coordinado por Enfermera y Psicóloga, buscando una sinergia terapéutica. Se trata de convertir a cada paciente en agente activo de su proceso.

**Metodología:** Se desarrollan doce sesiones, cada tres meses, con intervenciones, evaluadas mediante indicadores de resultados, utilizando escala de Lickert, antes y después de TG.

**Resultados:** Tres grupos (26 pacientes).

**Diagnóstico:** Desequilibrio nutricional por exceso.

**Intervenciones:** Asesoramiento nutricional (5.246); Reafirmación de cambio autodirigido (4.470); Modificación de la conducta (4.360).

**Criterios de resultados:** Control de impulsos (1.405); Conducta de cumplimiento (1.601); Control de peso (1.612).

	Nunca		Raramente		En ocasiones		Con frecuencia		Siempre	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1.405	59,53	0,79	16,66	–	15,87	28,57	6,35	34,92	1,59	35,72
1.601	36,11	–	32,41	–	18,52	13,89	9,26	19,44	3,70	66,67
1.612	53,47	0,69	26,39	2,08	7,64	26,39	6,25	36,11	6,25	34,73

**Diagnóstico:** Baja autoestima situacional.

**Intervenciones:** Aumentar el afrontamiento (5.230); Reestructuración cognitiva (4.700); Potenciación de la autoestima (5.400); Potenciación de la imagen corporal (5.220).

**Criterios de resultados:** Autoestima (1.205); Adaptación psicosocial (1.305); Toma de decisiones (0906).

	Nunca		Raramente		En ocasiones		Con frecuencia		Siempre	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1.205	23,16	3,70	15,74	10,18	28,24	21,30	14,81	20,37	18,05	44,44
1.305	37,30	2,38	30,95	8,73	19,84	27,78	9,53	32,54	2,38	28,57
0906	16,57	–	46,40	0,92	12,03	2,77	21,30	33,33	3,70	62,98

**Diagnóstico:** Ansiedad.

**Intervenciones:** Disminución de la ansiedad (5.820); Dar esperanza (5.310).

**Criterios de resultados:** Autocontrol de ansiedad (1.402); Superación de problemas (1.302).

	Nunca		Raramente		En ocasiones		Con frecuencia		Siempre	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1.402	75,00	11,11	–	11,11	2,78	34,72	12,50	15,28	9,72	27,78
1.302	72,23	1,85	14,81	9,27	6,48	27,78	6,48	28,70	–	32,40

**Diagnóstico:** Aislamiento social.

**Intervenciones:** Potenciación de la conciencia de sí mismo (5.390); Y de la socialización (5.100).

**Criterios de resultados:** Nivel de depresión (1.208); Habilidades de interacción social (1.502).

	Nunca		Raramente		En ocasiones		Con frecuencia		Siempre	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1.208	11,91	0,79	14,28	5,95	6,75	11,11	11,11	16,67	55,95	65,48
1.502	21,74	6,06	44,40	4,04	20,20	17,21	9,09	29,80	5,55	42,89

**Conclusiones:** Este abordaje terapéutico complementa y enriquece el Programa de CB, consiguiendo en cada paciente, los cambios necesarios para acceder a la cirugía, en áreas de conocimiento, conducta, actitudes e incorporación de recursos.

### ¿LA PÉRDIDA DE PESO PRE-CIRUGÍA BARIÁTRICA PROPORCIONA UN MEJOR RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?

Salleras Compte N, Pibernat Tornabell A, Pons Porta N, Pérez Asencio D, Recasens Sala M, Mauri Rosa S  
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

**Introducción:** En nuestro hospital, antes de la indicación de cirugía bariátrica (CB), los pacientes con obesidad mórbida siguen un mismo protocolo de actuación que consta de educación alimentaria y pauta de dieta equilibrada, realización de ejercicio físico y, si se requiere tratamiento farmacológico. Hablamos de éxito quirúrgico cuando los pacientes consiguen un porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) > 50% y un Índice de Masa Corporal (IMC) < 35 kg/m<sup>2</sup>.

**Objetivo:** Determinar si el porcentaje de peso perdido (PPP) = 5% pre-CB en pacientes candidatos a by-pass gástrico, proporciona un mejor resultado del tratamiento quirúrgico.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio prospectivo de cohortes con 133 pacientes intervenidos de CB entre 1995 y 2005 con un mínimo de 2 años de seguimiento. Se diferencian dos grupos de pacientes equiparables estadísticamente en todas las variables estudiadas (edad, sexo, comorbilidades) excepto con el IMC. El primer grupo está formado por aquellos pacientes que su PPP < 5% pre-CB y el segundo grupo por aquellos que el PPP = 5%.

El cribado pre-quirúrgico incluye evaluación dietética, antropometría, impedanciometría, estudio de comorbilidades y evaluación psicológica. El seguimiento post-quirúrgico se basa en la evaluación de la pérdida de peso, refuerzo de pautas alimentarias, control de comorbilidades y perfil nutricional al 1, 3, 6, 9, 12, 18 m y a los 2 años, siendo después anual.

**Análisis estadístico (SPSS 8.0):** comparación entre variables cuantitativas realizado mediante *t*-Student y variables cualitativas mediante Chi-Square, con significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** 133 pacientes (13,4% varones y 86,6% mujeres) intervenidos de by-pass gástrico, de edad media  $44,52 \pm 9,91$  años y IMC medio de  $45,83 \pm 5,23$  kg/m<sup>2</sup>.

Resultados a los 2 años de CB	PPP < 5% n = 94 (70,7%)	PPP = 5% n = 39 (29,3%)	p
Excelente	63,8%	59%	0,372
Bueno	28,7%	25,6%	
Malo	7,4%	15,4%	

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que el PPP = 5% pre-CB no proporciona un mejor resultado del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, creemos que la adquisición de unos hábitos alimentarios correctos previos a la cirugía de la obesidad es importante para el mantenimiento del peso perdido después de dicha cirugía, pero se tendría que evaluar mediante estudios a más largo plazo.

### RENUTRICIÓN PRECOZ EN PACIENTES CIRRÓTICOS, NO ENCEFALOPÁTICOS

Herranz López M<sup>a\*</sup>, Xandri Graupera JM<sup>a\*\*\*</sup>, Cuenca Sánchez JR<sup>\*\*\*</sup>, Sastre Gómez AM<sup>a\*</sup>, Ferrer Gómez M<sup>\*\*\*</sup>

\*Diplomada en Nutrición y Dietética, \*\*D.U.E, \*\*\*Médico Especialista Endocrinología y Nutrición. Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

**Introducción:** Los pacientes con cirrosis hepática constituyen uno de los colectivos con mayor prevalencia de desnutrición, debido a su estado de hipercatabolismo y a la disminución de la ingesta, que hace que sus requerimientos energético-proteicos sean difíciles de cubrir. Una intervención sistemática e individualizada podría contribuir a mejorar y/o mantener una normo-nutrición.

**Objetivos:** Comprobar la efectividad de una renutrición precoz en pacientes diagnosticados de cirrosis hepática, con desnutrición leve/moderada mediante la evolución del estado nutricional.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de 29 pacientes, diagnosticados de cirrosis hepática no encefalopáticos, entre marzo de 2006 y noviembre de 2007, a los que se realizó valoración nutricional mediante programa informático (CONUT), MNA, peso, IMC, pliegue tricipital (PT), circunferencia braquial (CB), circunferencia de la pantorrilla (PT). Determinación de Proteínas totales (PT), Albúmina, Colesterol Total, Linfocitos Totales. Cálculo de requerimientos (Harris-Benedict, Fac. Act., Fac. de agresión), Valoración de ingesta (Recuerdo de 24 h). En función de los resultados se realizó intervención nutricional con: modificación de la dieta oral más suplementación hiperproteica o dieta rica en aar.

**Resultados:** Se trataron un total de 29 pacientes, la duración de la intervención nutricional fue de 19,17 días de media de tratamiento. Pacientes tratados con suplementos hiperproteicos 23 (79%), suplementados con dieta rica en aar 6 (21%). IMC 25,6 ± (17/36) (no valorable por ascitis y/o edemas). Durante el estudio fallecen dos pacientes.

	Valoración Nutricional al inicio	Valoración Nutricional al final
Desnutrición leve	38%	75%
Desnutrición moderada	62%	25%

	Parámetros bioquímicos al inicio	Parámetros bioquímicos al final
Albúmina	3,08	3,69
Proteínas totales	6,35	7,12
Colesterol	118,35	114,1
Linfocitos	1,09	1,22

**Conclusiones:** Una renutrición precoz a través de un sistema individualizado en este tipo de pacientes nos ha permitido bien mejorar el estado nutricional.

## IMPLEMENTACIÓN DE CUIDADOS EN UN AGUÍA CLÍNICA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB) EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Mellado Pastor C<sup>1</sup>, Abilés V<sup>1</sup>, Alonso Zuloeta B<sup>2</sup>, Pérez de la Cruz A<sup>1</sup>, García Navarro A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HU Virgen de Las Nieves. Granada . <sup>2</sup>Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

**Introducción y objetivos:** Para garantizar el éxito de la CB a largo plazo, es preciso conseguir una modificación conductual de los pacientes, candidatos a ésta.

Este trabajo tiene como objetivo, desarrollar una Terapia de Grupo (TG) orientada a conseguir una modificación de conducta en pacientes con OM, previa a la cirugía, generando, una información precisa y relevante para el cirujano.

**Metodología:** Se desarrolla un Modelo de Cuidados específico para éstos pacientes, utilizando para su valoración, los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, con los cinco diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) más prevalentes en ésta población (Desequilibrio Nutricional por exceso, Intolerancia a la actividad, Autoestima, Ansiedad y Aislamiento Social), estableciendo unos criterios de resultados NOC (Nursing Outcome Classification) para cada uno de ellos con sus indicadores y relacionados con éstos, se desarrollan las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) en doce sesiones de Terapia de Grupo (NIC 5450) coordinadamente con una intervención psicológica mantenida.

Los resultados se analizaron a través del ANOVA bivariado y la correlación de Spearman. Los datos se expresan como medias  $\pm$  DS y frecuencias. Se aceptó un error del 5%.

**Resultados:** Se han evaluado 26 pacientes (de tres grupos) con OM, en programa de CB (27% hombres, 73% mujeres), IMC  $49 \pm 7$  y edad media de  $39 \pm 9$ .

Todos los criterios de resultados estudiados se diferenciaron significativamente entre el antes y el después de la TG ( $P < 0,05$ ). Se observó que: la mayoría de los pacientes cumplieron la pauta nutricional, aprendieron a controlar su peso y sus impulsos. Asimismo fueron más independientes, aunque algunos continuaron necesitando ayuda. Mejoraron su autoestima, asumiendo sus propias decisiones, así como un nuevo estilo de vida. También controlaron la ansiedad lo que les permitió superar problemas y revirtieron su aislamiento social, ya que mejoraron de su depresión, adquiriendo mejores habilidades de interacción social.

El peso perdido durante la TG ha sido de 7% ( $8,5 \pm 7$  kg) lo que se asocia significativamente con la mejora de la autoestima y la depresión ( $r = 0,43$ ,  $p = 0,029$ ;  $r = 0,51$ ,  $p = 0,008$  respectivamente).

**Conclusiones:** Un informe de resultados describiendo las modificaciones logradas con la TG en éstos pacientes, es enviado al cirujano, desde la UNCD resultando un aspecto fundamental en la selección de los pacientes candidatos a la intervención quirúrgica.

Este trabajo ha sido realizado con el apoyo de Vegenat.

## INCORPORACIÓN DE LA NUEVA EMULSIÓN LIPÍDICA SMOFLIPID® EN LA COMPOSICIÓN HABITUAL DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL (NP) INDICADA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS NO CRÍTICOS

Zurita Rosa L, Castillo R, Dassen C, Loria V, Lourenço T, García N, Gómez Candela V

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** En el soporte nutricional parenteral (NP) existen emulsiones de última generación (SMOFLIPID®) que mezclan numerosos tipos de ácidos grasos con finalidad inmunomoduladora, además de su función energética.

**Objetivo:** La Comisión de Nutrición de nuestro hospital, decidió utilizar SMOFLIPID® como primera elección en la composición de nuestras NP. Nos proponemos revisar sus indicaciones, condiciones de uso y seguimiento de su soporte nutricional durante el año 2006.

**Metodo:** Estudio retrospectivo descriptivo con datos de la historia clínica de pacientes con NP > 5 días, excluidos los procedentes de áreas de críticos.

**Resultados:** Se pautó NPT a 214 pacientes con una edad media de 59 años (50,5% mujeres y 49,5% hombres), la duración media fue 11 días.

En un 88% se indicó SMOFLIPID®, en un 10,5% mezclas físicas de LCT/MCT y en el 1,4% con predominio de omega-9. El 55% de los casos la indicación guardó relación con una enfermedad tumoral (mayoritariamente cánceres digestivos). Existe un conjunto heterogéneo de patologías digestivas (peritonitis, diverticulitis, estenosis, etc.) con incidencias menores al 4% en cada caso. El 56% de los casos el soporte NPT fue postoperatorio. Más del 80% presentan malnutrición según la Valoración Global Subjetiva, moderada en el 34% y severa en el 14%.

En un 69% de los casos el estrés metabólico fue moderado y en un 20% alto. La albúmina media inicial fue de 2,7 mg/dl y 3,2 mg/dl al final.

La principal causa de retirada de NP fue el inicio de la tolerancia oral (56%) o enteral (6%). Tras la necesidad de una reintervención quirúrgica (16%) o la retirada de la vía central por infección del catéter (3%). El índice pre-exitus/exitus fue del 15%.

### Conclusiones:

- El paciente oncológico, portador de un tumor digestivo con estrés moderado-alto, es el paciente que de forma más habitual requiere NPT fuera de las unidades críticos en adultos.
- Los efectos beneficiosos asociados de este tipo de emulsión descritos en la literatura, encajan muy bien con las necesidades de este perfil de pacientes.
- La buena tolerancia clínica y bioquímica, corroboran la decisión tomada al elegir este tipo de emulsión.
- En este momento estamos estudiando su efecto sobre la respuesta inflamatoria.

## MALNUTRICIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

*Lecha Benet M, Ribot Doménech I, Miguel E, Vila Ballester LL*

Hospital Dos De Maig. Barcelona.

**Introducción:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene una incidencia elevada, creciente y con un elevado coste socio-sanitario. La prevalencia de malnutrición (MN) es alta en esta enfermedad, desde un 19% hasta un 74% cuando el paciente está hospitalizado o en fases de agudización.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de malnutrición en pacientes con EPOC ingresados o en dispensario y analizar su posible asociación con distintas variables.

**Material y método:** Estudio observacional prospectivo. Muestra de 52 pacientes ingresados o en consultas externas, des de abril a noviembre del 2007. Todos los pacientes han sido valorados según el protocolo de evaluación nutricional Chang que incluye: edad, sexo, peso actual, peso habitual, pliegue tricípital, circunferencia braquial, albúmina, linfocitos, también IMC y % de Pérdida de peso. Se registraron: reingresos, días de ingreso, complicaciones durante el ingreso. Se analizaron los datos con el programa spss, la comparación de variables cualitativas se ha realizado por el método de Mann Witney.

**Resultados:** De todos los pacientes, el 73% estaban hospitalizados y el 27% en dispensario, 98% Hombres y 2% Mujeres. Edad mediana de 76,5 años (47-88), mediana de peso: 68 kg (40-134), mediana de IMC: 25,1 (16,6-39), mediana de % Pérdida de Peso: 3,5% (0-19,6), mediana de pliegue tricípital: 11 mm (4-27), mediana de Circunferencia Braquial: 27 cm (20-42), mediana Albúmina: 3,3 g/dl (2,2-4,5), mediana de linfocitos: 1.021 mm<sup>3</sup> (350-5.190), media de reingresos: 0,67 (SD 1,18) Diagnósticos Nutricionales: 30,7% Normal y 69,2% MN, de éstos: MN Proteica: 74,9%, MN Calórica: 13,8% y MN Mixta: 11%. La edad fue mayor en el grupo malnutrido (78 vs 71 p < 0,05).

En este grupo se observó una mayor estancia hospitalaria (8,25 vs 6,3) aunque, sin significación estadística.

Se encontraron diferencias en cuanto a mayor pérdida de peso: (4,2% vs 0,5% p < 0,05) y menor valor de albúmina (3 mg/dl vs 3,6 mg/dl p < 0,05) en pacientes hospitalizados. De los pacientes hospitalizados, el 73,6% estaban malnutridos, siendo éstos los que presentaron alguna complicación durante el ingreso (10,7% vs 0%) NS.

**Conclusiones:** Alta incidencia de malnutrición, sobre todo proteica, en el paciente con EPOC, agravándose con la edad. Lo que justifica la valoración e intervención nutricional en éste tipo de pacientes.

Hay una tendencia a mayor estancia hospitalaria en pacientes MN por tanto un aumento en los costes añadidos a los de la propia enfermedad.

Presentan más pérdida de peso y menores valores de albúmina en plasma los pacientes hospitalizados.

## DISTRIBUCIÓN DE LOS COMPARTIMENTOS CORPORALES EN ADOLESCENTES OBESOS EN TRATAMIENTO CON DIETA HIPOCALÓRICA

*Giribés Veiga M, Seguro Gurrutxaga H, Perez-Portabella Maristany C, Planas Vilà M*

Hospital General de la Vall D'Hebrón. Barcelona.

**Introducción:** El aumento de la obesidad en adolescentes en los últimos años en los países desarrollados es bien conocido. El incremento de las comorbilidades que ello comporta es alarmante. La Impedancia Bioeléctrica (BIA) es una de las herramientas que permite valorar la eficacia del tratamiento nutricional.

**Objetivos:** Estudiar los cambios en la composición corporal tras diez meses de tratamiento dietético con dieta hipocalórica y ejercicio físico moderado.

**Metodología:** Estudio observacional e intervencional en un grupo de adolescentes obesos visitados en Consulta Externa de la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Se realizó el estudio de la composición corporal por medio de Impedancia Bioeléctrica (impediómetro: Bodystat 1500) al inicio y a los 10 meses de tratamiento. Los pacientes recibieron consejo dietético y se les pautó dieta hipocalórica equilibrada, (dieta ajustada a su metabolismo basal). El gasto energético fue calculado mediante la fórmula de Harris-Benedict (peso actual). Se recomendó realizar actividad física moderada (caminar a paso ligero durante al menos 1 hora/día).

**Variables:** Sexo, edad, IMC, composición corporal; Índice de masa libre de grasa (FFMI), masa libre de grasa (FFM) y masa grasa (FM). Empleamos el programa SPSS 12.0 para el análisis estadístico (Estudio del Intervalo de confianza 95% para las medias).

**Resultados:** Se estudiaron 26 pacientes durante 10 meses (24 hembras y 2 varones) con una edad media de 13,7 (rango: 10-16) años. Todos ellos presentaban una desviación del peso corporal de 2 sigmas sobre la media.

Variables	Basal (media)	10 m (media)	Desv. Std.	Int.Confianza 95%
IMC	30,8	30,7	1.84389	0.72284- 0.76669
Talla	155	158	3.45343	3.77948- 0.98975
Peso	75,63	77,25	5.14867	3.69882-0.46036
FFMI	16,5	16,8	2.11352	1.22213- 0.48521
FFM	53,4	54,5	6.75230	3.79270-1.66193
FM	46,4	44,7	8.78085	1.79666-5.29666

El IMC se mantuvo estable a lo largo de los 10 meses. El FFM y el FFMI presenta una tendencia al aumento mientras que FM tendió a disminuir. El peso aumento una media de 1,62 kg a lo largo del estudio.

**Conclusión:** Tras diez meses de tratamiento nutricional con dieta hipocalórica observamos un discreto aumento de la masa libre de grasa (FFM y FFMI) y un aumento significativo del crecimiento frente al mantenimiento del peso y de la grasa corporal (FM).



## CONTROL GLUCÉMICO EN EL PACIENTE CRÍTICO. ¿CÓMO DETERMINAR LAS GLUCEMIAS?

Espinosa Serrano EM<sup>a</sup>, Díaz Castellano L, Rodrigo Frontelo R, Sanz Fuentes S, López Martínez J  
Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

**Objetivos:** La necesidad de mantener un estricto control glucémico en el paciente crítico obliga a utilizar protocolos basados en la realización de múltiples determinaciones analíticas, lo que aumenta la sangría de los pacientes y la carga de trabajo del personal. Ésto puede verse modificado según los métodos de determinación y extracción de las muestras. La glucemia puede determinarse en el laboratorio, o con el glucómetro.

El origen de las muestras puede ser:

- Capilar: no se desecha sangre pero irroga molestias al paciente.
- A través de catéteres (arteriales o venosos): supone menores molestias pero mayores pérdidas sanguíneas.

El presente estudio pretende conocer las diferencias existentes entre el método de determinación "OPTIUM XCEED" (glucómetro) versus "ANALIZADOR ROCHE HITACHI, TEST GLUCOSA GOD-PAP" (laboratorio), así como las diferencias en las glucemias según el lugar de extracción (sangre capilar, arterial o venosa).

**Material y método:** Estudio prospectivo realizado en pacientes críticos adultos. En una primera fase se determinó sobre la misma muestra de sangre las glucemias en el laboratorio y con el glucómetro. En una segunda fase se compararon con el glucómetro glucemias arterial, venosa y capilar obtenidas simultáneamente del mismo paciente. **Métodos estadísticos:** T-Test de datos emparejados y Anova.

**Resultados:** Se recogen medias y desviación estándar de los valores de glucemia en mg/dl de los siguientes grupos estudiados; así como la significación estadística de las diferencias encontradas.

	Hitachi	Optium Xceed	Arterial	Venosa	Capilar
Medias	117,5	160,68	158,37	170,5	144,5
D.st	27,6	46	7,07	34,64	46
P	0,0005556			No significativa	

Los valores obtenidos en las muestras remitidas al laboratorio fueron superiores en un 2,8% de media a los obtenidos con el glucómetro; en algún caso estas diferencias alcanzaron el 37%.

**Conclusiones:**

- Existen diferencias significativas entre glucemias obtenidas en el laboratorio por medio del hitachi y las determinaciones realizadas con el glucómetro, por lo que consideramos que ambos métodos no deben ser utilizados de forma secuencial en el protocolo de control glucémico estricto.
- No existen diferencias significativas entre glucemias de origen arterial, venoso y capilar determinadas con el glucómetro, por lo tanto las muestras pueden ser obtenidas indistintamente según el grado de monitorización del paciente.

## ¿SE CUMPLE EL CÓDIGO DE DIETAS?: UN ESTUDIO SOBRE CONTROL DE CALIDAD DE LA COCINA HOSPITALARIA

Olveira Fuster G, Porras N, Tapia Guerrero M<sup>a</sup>J, Fernández Tenreiro MC, González Molero I, Oliva L, Vicente I, Muñoz A

Hospital Carlos Haya. Málaga.

**Objetivos:** Valorar si se cumple lo estipulado en el código de dietas hospitalario en cuanto a calidad y cantidad de los alimentos servidos en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se solicitaron a la cocina central, de forma aleatoria a la hora del almuerzo, 45 bandejas de comida para un paciente ficticio (variando continuamente de planta y de código) para que el personal de cocina no estuviera alertado. Se valoró la temperatura de los platos de la bandeja, la adecuación al código, la percepción subjetiva de la presentación y se pesaron con una balanza los alimentos servidos una vez separados los distintos ingredientes. Posteriormente se contabilizaron las calorías y macronutrientes servidos (mediante programa Dietstat) y se compararon respecto a lo estipulado en el código.

**Resultados:** Se ajustaron al código de dietas los primeros, segundos, guarniciones, postres y pan en un 64%, 60%, 72%, 60% y 98%, respectivamente. Se consideraron modificaciones sustanciales (platos claramente diferentes) respecto a lo previsto en el código en el 50%, 33%, 50%, 0% y 0%, respectivamente, de los platos no ajustados al código. La puntuación media de la presentación de los platos una vez abierta la bandeja fue (entre 0 y 10): 8,1 global, 8,4 primeros, 7,5 segundos, 6,6 guarniciones, 8,3 postres y 9,7% para el pan. La temperatura media de los platos calientes fue: para los primeros de 54<sup>o</sup> y 51<sup>o</sup> para los segundos. Observamos unas diferencias medias entre los datos observados, respecto de los teóricos (con significación estadística —test de Wilcoxon—): de -151 kcal para las calorías, de -5,8 gramos de grasa, de -13,8 gramos de H de C y de -14,7 gramos de proteínas. Mediante test de Bland-Altman observamos que existieron mayores discrepancias (teórico/medido) en aquellos almuerzos con mayor contenido calórico.

**Conclusiones:** Aunque la puntuación global de los platos es adecuada en cuanto a presentación, se producen frecuentes modificaciones en los platos servidos, respecto a los programados, siendo éstos importantes en aproximadamente el 20% de los casos. La temperatura de los platos es ligeramente inferior a la recomendada. La desviación media en cuanto a calorías, H de C y grasas no fue clínicamente importante siendo mayor (aprox un 25% menos) para las proteínas y para almuerzos con mayor contenido calórico.

## INFLUENCIA DE UNA DIETA CON PRODUCTOS MODIFICADOS DE TEXTURA EN PACIENTES ANCIANOS AMBULATORIOS

Izaola Jáuregui O<sup>1</sup>, De Luis Román D<sup>1</sup>, Prieto R<sup>2</sup>, Mateo M<sup>a</sup>L<sup>1</sup>, Cabezas G<sup>1</sup>, Conde-Vicente R<sup>1</sup>, González-Sagrado M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Río Hortega. Valladolid. <sup>2</sup>SVO de Geriatria. Área de Salud de Valladolid.

**Fundamentos:** Las dificultades para deglutir alimentos y bebidas son un problema en la vida de muchas personas, constituyendo un claro detrimento en su calidad de vida, sobre todo en pacientes ancianos. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar en pacientes ancianos ambulatorios con disfagia la influencia en variables nutricionales bioquímicas y antropométricas, así como en la calidad de vida de una dieta comercial modificada de textura lista para su uso incluida en la dieta oral de estos pacientes.

**Material y métodos:** Estudiamos un total de 29 pacientes en la Consulta de Nutrición con disfagia y una edad superior a 70 años. Los pacientes recibieron una dieta modificada de textura y suplementada con un producto listo para su uso (1.633 kcal, 59,9 g proteínas (16%), 52,1 g Lípidos (29%), 231,7 g Hidratos de carbono (57%), 11,1 g de Fibra, 82 mg Colesterol). Antes de iniciar la dieta y a los 3 meses de seguimiento a los pacientes se les realizó una analítica, una valoración antropométrica (pliegue tricipital, circunferencia muscular del brazo, circunferencia del brazo, peso, talla, índice de masa corporal), impedanciometría tetrapolar, una encuesta nutricional de 3 días, así como el cuestionario de calidad de vida SF36.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 29 pacientes con una distribución por sexo de (18 Mujeres y 11 varones), con una edad media de 79,5 + 8,59 años. Un total de 25,7% presentaban un tumor de vía digestiva alta, un 24% demencia y un 41,3% otras alteraciones neurológicas. Se detectó una mejoría significativa en el peso, masa magra y masa grasa de los pacientes tratados, con un aumento significativo de los niveles de proteínas totales, transferrina, albúmina y linfocitos. Las ingestas calórica, proteica, grasa y de hidratos de carbono aumentaron significativamente en términos absolutos. La ingesta calórica corregida por kg de peso mejoró significativamente (26,1 + 5,7 cal/kg vs 28,9 + 4,5 cal/kg; p < 0,05). Se detectó una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación media del test de calidad de vida SF 36 (94,7 + 15 puntos vs 99,3 + 10 puntos; p < 0,05).

**Conclusión:** Nuestro trabajo muestra como la utilización de productos nutricionales modificados de textura y listos para su uso produce un incremento en la ingesta de esos pacientes con mejoría en parámetros bioquímicos y antropométricos y de la calidad de vida.

## EVOLUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

Frías L, Velasco Gimeno C, García-Peris P

H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Los pacientes críticos presentan con frecuencia complicaciones gastrointestinales asociadas a la administración de nutrición enteral (NE), que pueden limitar la aplicación de este soporte nutricional.

**Objetivo:** Estudiar la evolución de las complicaciones gastrointestinales asociadas a la NE en los pacientes críticos desde 2002 hasta 2007.

**Material y métodos:** Se han revisado los pacientes ingresados en Unidades Críticas (UVI, UCP, REA) que habían recibido NE desde enero de 2002 hasta noviembre de 2007. Los pacientes recibían la NE mediante bombas de perfusión.

Se han recogido datos de edad, sexo, complicaciones y nº días con NE. Los datos cuantitativos están expresados como media (DS).

**Resultados:** El número de pacientes y los datos sociodemográficos se muestran en la tabla I.

**Tabla I**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
n	304	386	406	412	276	392
Sexo % (F/M)	34,9/65,1	37,4/62,6	36/64	33,7/66,3	36,6/63,4	35,5/64,5
Edad	62,4 (15,3)	64,4 (16,8)	59,8 (17)	60,2 (16,7)	58,2 (17,2)	59,8 (17,7)

La mayoría de los pacientes no presentaban complicaciones asociadas a la NE. Las complicaciones más frecuentes fueron: diarrea, vómitos y residuo gástrico (tabla II).

**Tabla II**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº días NE	13,8 (18,2)	15,1 (18,5)	11,5 (13,6)	11,3 (13,7)	13,2 (16,4)	12,4 (15,8)
Ninguna %	54,9	59,3	54,4	51,7	61,6	67,1
Diarrea %	7,6	8,1	11,3	7,8	6,9	5,6
Vómitos %	13,2	12,1	8,9	12,4	12,3	10,7
Residuo %	18,4	17,6	22,4	24,5	15,9	12,8

No hemos encontrado diferencias en las complicaciones entre los pacientes de la UVI y los de la UCP y de la REA.

**Conclusiones:**

- 1) Las complicaciones gastrointestinales asociadas a la NE han disminuido ya que existe un mejor manejo de la NE por parte del personal de enfermería de estas Unidades.
- 2) La NE fue administrada con bombas de perfusión lo que podría disminuir la presencia de complicaciones gastrointestinales.
- 3) La formación y la relación del personal de enfermería de estas unidades con nuestra Unidad es efectiva y constante.

## INTEGRACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DE NUTRICIONES PARENTERALES

*Pérez Labaña F<sup>1</sup>, Juan Sanz A<sup>1</sup>, Saiz Lozoya E<sup>1</sup>, García Chirona M<sup>1</sup>, López-Montenegro Soria M<sup>2</sup>A<sup>1</sup>, Jiménez Torres NV<sup>1, 2</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>2</sup>Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Universidad de Valencia.

**Objetivos:** Analizar la utilización y calidad microbiológica de las Nutriciones Parenterales Totales (NPT) por tipo de pacientes, servicio y mes.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, de nueve meses de duración (enero-septiembre 2007) realizado en un hospital universitario de tercer nivel de 563 camas.

La elaboración de las NPT se realiza por paciente y día, por personal de enfermería, en la Unidad de Terapia Intravenosa centralizada del servicio de farmacia, bajo condiciones de asepsia y esterilidad (clase 100).

Se recogieron las variables NPT, pacientes con NPT, servicio y mes a través del Nutridata<sup>®</sup>; se calculó el indicador relación NPT/paciente como criterio diferenciador.

Para evaluar la calidad microbiológica de las NPT se realizó un estudio aleatorio de 12 muestras de las NPT, elaboradas durante el mes de julio.

**Resultados:** En el periodo de estudio se prepararon 2684 NPT para 474 pacientes: la media NPT/pacientes fue  $5,7 \pm 0,7$ . La distribución de las NPT por servicio fue: Reanimación (31,1%), Cuidados intensivos (20,2%), Cirugía (18,4%), Medicina interna (10,8%), Oncología (6,4%), Hospitalización Domiciliaria (6%), Medicina digestiva (2,4%), y otros (4,4%).

La distribución de las NPT por meses fue: enero (7,5%), febrero (12,2%), marzo (11,6%), abril (8,1%), mayo (11,6%), junio (11,9%), julio (11,7%), agosto (13,6%) y septiembre (11,8%).

La relación media NPT/paciente fue: Hospitalización domiciliaria (16,1), Medicina interna (10,4), Nefrología (7,8), Urología (6,5), Cirugía (6,4), Oncología (6,1), Medicina Digestiva (5,8), Cuidados Intensivos (5,3), Ginecología (4,8), Reanimación (4,2), Cirugía vascular y Traumatología (4).

El resultado del estudio microbiológico de las NPT fue negativo en el 100% de las muestras analizadas.

### Conclusiones:

- El 53% de NPT preparadas corresponden a servicios quirúrgicos y el 47% a médicos, con un valor de la relación NPT/paciente de 4,9 y 8,6 respectivamente.
- La media mensual obtenida de elaboración de NPT es  $298,2 \pm 53,5$ , manteniéndose por encima el mes de agosto (366), y por debajo los meses de enero (202) y abril (216).
- Se evidencia la calidad técnica en la preparación y se garantiza la calidad microbiológica del producto final.

**NUTRICIÓN ENTERAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL SEVERO OCHOA**Púa Blanco M<sup>ª</sup>I, Herranz Antolín S, Pérez Pelayo M, Del Olmo García D

Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

**Objetivos:**

- Describir las características de los pacientes que reciben tratamiento con nutrición enteral total (NET), en el hospital Severo Ochoa.
- Comparar el estado nutricional basal y tras soporte nutricional (SN) con NET.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo mediante revisión de historias clínicas.**Criterio de inclusión:** Todos los pacientes que reciben NET en nuestro hospital.**Período de estudio:** Abril 2006-Diciembre 07.**Análisis estadístico:** SPSS 10.0. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje; las variables cuantitativas se expresan en media y desviación estándar (DE). Se utilizó una *t* Student para variables apareadas; una *p* < 0,05 se consideró estadísticamente significativa.**Resultados:** n = 196 pacientes. Edad: 73,2 años (DE 17,2). Sexo: M 52%. Días de soporte nutricional 16,1 (DE 18,7). Causa de ingreso: patología respiratoria infecciosa 35,1%; causa neurológica 27,1%; cirugía ORL (incluida patología neoplásica): 16,5%; patología digestiva no neoplásica 8%; otras 13,3%.**Tabla I: Parámetros antropométricos**

	Basal	Tras SN	p
Índice de masa corporal (IMC)	23,9 (DE 6,9)	22,7 (DE 4,7)	NS
Pliegue tricéptico (PT) (%)	70,3 (DE 35,7)	83 (DE 41)	NS
Circunferencia muscular braquial (CMB) (%)	89 (DE 31,2)	94,3 (DE 26,3)	NS

**Tabla II: Diagnóstico Nutricional**

		Leve	Moderada	Severa
Normonutrido	28,5			
Desnutrición calórica	–	3,6	6,6	7,3
Desnutrición proteica	–	9,5	6,6	1,5
Desnutrición mixta	–	8	18,2	10,2

Nutrición enteral domiciliaria: 37,2%.

Exitus: 31%.

**Conclusiones:**

- La patología respiratoria es la causa fundamental de inicio de NET.
- El diagnóstico nutricional más frecuente en nuestro hospital es la desnutrición mixta moderada, similar a la descrita en la literatura.
- No existen diferencias estadísticamente significativas en parámetros antropométricos tras el SN si bien se observa una mejoría del porcentaje de PT y de la CMB.

## POSTRE TERAPÉUTICO. ACEPTACIÓN EN EL PACIENTE INGRESADO

Villar Fernández B<sup>1</sup>, Penacho Lázaro M<sup>2</sup> de los A<sup>1</sup>, Mateo Lázaro M<sup>2</sup> L<sup>2</sup>, Castro Senra J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. <sup>2</sup>Hospital Obispo Polanco. Teruel.

**Introducción:** El colectivo de ancianos está considerado como uno de los grupos más heterogéneos y vulnerables de la población para sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales.

Hoy consideramos el agua como un verdadero nutriente, especialmente en las personas mayores, a cuyo estado de hidratación hay que prestar atención. Es fundamental realizar un seguimiento nutricional de estos pacientes para evitar los riesgos de deshidratación que pueden conducirles a graves problemas de salud.

En el hombre adulto la pérdida de un 10% del agua del organismo determina trastornos evidentes, y si alcanza el 20% puede causar la muerte.

Siendo conocedores de ésta importancia y la dificultad de aportarla en pacientes con disfagia, desde hace 3 años suplementamos nuestras dietas especiales con Resource Gelificante (RG) con el fin de aportar líquidos y proteínas de una manera tolerable.

**Objetivo:** Valorar la tolerancia y el grado de aceptación de RG. En pacientes ingresados.

**Material y métodos:** Estudio de corte de dos días. Se entrevistaron pacientes en nuestro centro, tanto de especialidades médicas como quirúrgicas. Se registró el tipo de dieta, si llevaba o no RG y el grado de aceptación. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el SPSS 11.0.

**Resultados:** Se encuestaron un total de 274 pacientes con una edad media de  $69 \pm 17$  años.

Se aportó RG a 120 pacientes (44%), de los cuales 79 % (95 pacientes) mostraron su aceptación, frente al 21% que lo rechazaron (18 pacientes por no agradecerles el sabor y 12 por falta de apetito).

Comprobamos como se realizó la distribución del postre en las distintas dietas hospitalarias y observamos que el 30% se pautó a los pacientes con dieta blanda y 48% a los pacientes con triturado, es decir, a los pacientes con dificultad en la masticación y/o deglución.

**Conclusiones:** Encontramos un alto porcentaje de aceptación del RG (79%), mientras que sólo un 15% lo rechazan. Creemos que debido al alto grado de aceptación este postre puede ser de ayuda en el control de hidratación y nutrición especialmente, en aquellos pacientes que presentan disfagia y tienen que tomar dieta triturada y que en nuestro estudio representan el 21% del total.

## PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

*Molina Sevilla V, García Molina P, Martínez Costa C, Brines Solanes J, Molina Merino A, Martínez Rodríguez L*  
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Valencia.

**Objetivo:** Plantear la sistemática de extracción y conservación de la leche materna (LM) para preservarla al máximo de la contaminación microbiológica sin someterla a pasteurización.

**Material y métodos:** El proceso es el siguiente:

1. Extracción (en el lactario). Previo lavado de manos y una vez limpia la areola y pezón con solución antiséptica, comienza la extracción controlando la presión de aspiración. Se emplea el sacaleches automático (Medela®). Se aconseja que la duración sea de cinco minutos en cada pecho los primeros días y después hasta diez minutos.
2. **Conservación:** La leche obtenida se almacena en un recipiente estéril y se coloca etiqueta identificativa, que incluye la fecha y hora de extracción, depositándolo posteriormente en la nevera del lactario. En menos de treinta minutos el personal de cocina dietética recoge el recipiente transportándolo a la zona estéril, donde se toma la primera muestra para cultivo microbiológico y se reparte el contenido en frascos de 50 a 100 ml con congelación inmediata.
3. Descongelación:
  - Cuando el lactante comienza la alimentación se calcula el volumen diario que va a ingerir y se sacan del congelador los recipientes destinados a cada día situándolos en el frigorífico (12 horas antes si se puede). Si se requiere disponer antes de la leche, se puede descongelar por convección (baño maría). Posteriormente, en ambos casos, se tomará la segunda muestra para cultivo microbiológico.
  - La leche descongelada en nevera se puede conservar en la misma hasta 24 horas (como máximo 48 horas). La descongelada por convección se conservará el tiempo que dure la toma (máximo 24 horas en el frigorífico).
  - Para una misma toma se pueden mezclar leches recogidas de distintas extracciones.

**Resultados:** Desde febrero del 2005 hasta la actualidad han participado en este método de conservación 210 madres. Hemos constatado que las muestras no se han contaminado (análisis microbiológicos negativos) y que se ha podido dispensar la totalidad de la leche materna a todos los niños lactantes, tanto en su estancia hospitalaria como al alta de las diferentes unidades del Servicio de Pediatría.

**Conclusiones:** 1) La conservación de LM por el método expuesto no conlleva la contaminación de la misma. Al evitar la pasteurización reducimos la pérdida de elementos nutritivos y antiinfecciosos. 2) La colaboración interdisciplinar del personal sanitario implicado, junto a la formación de la madre en la realización de la técnica de extracción y manipulación de la LM, asegura el éxito de su conservación y posterior consumo.

## EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ALERGIA ALIMENTARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Zaballa Alaguero M<sup>a</sup> C, Álvarez Castaño J, Errekalde Linaza I, Barriuso Oza O, Anguiano Martínez A, Arrizabalaga Abasolo JJ

Hospital Txagorritxu, Unidad de Nutrición y Dietética, Vitoria-Gasteiz.

*Introducción:* La actuación más eficaz para proteger la salud de las personas que presentan alergia alimentaria (AA) es la prevención, eliminando de su plan de comidas el alérgeno responsable.

*Objetivo:* Evaluar los resultados de la aplicación del "Programa para la prevención de la alergia alimentaria en el Hospital", que contempla actuaciones en todo el proceso de solicitud y suministro de dietas para pacientes con AA.

*Material y métodos:* Estudio observacional transversal prospectivo. Entre el 01/02/2007 (fecha de implementación del Programa) y el 30/11/2007 se recogieron, entre otras, las siguientes variables de todos los pacientes hospitalizados a quienes les fue prescrito un plan de comidas para la prevención de AA: edad, tipo de AA e incidencias durante el proceso de solicitud y suministro de dietas.

*Resultados:* A 287 de los 21.359 pacientes hospitalizados les fue prescrito un plan de comidas para prevención de AA (1,3%). El 0,6% de ellos fueron menores de 1 año de edad, el 9,4% tuvo una edad comprendida entre 1 y 14 años y el 1% más de 14 años. Fue preciso controlar 517 ítems alimentarios (véase Tabla: Tipos de AA según su frecuencia), siendo necesario un plan de comidas con la exclusión de dos o más alérgenos en el 50% de los casos.

Tipos de alergia alimentaria	n	%
Frutas	129	25,0
Leche y derivados	86	16,6
Pescados y crustáceos	74	14,3
Carne de vacuno	72	13,9
Frutos secos	35	6,8
Anisakis	31	6,0
Huevos y productos a base de huevos	30	5,8
Verduras y hortalizas	26	5,0
Legumbres	20	3,9
Aves	6	1,2
Carne de cerdo y derivados	4	0,8
Cereales y productos derivados	4	0,8
<b>Total</b>	<b>517</b>	<b>100</b>

Durante el proceso de solicitud y suministro de dietas se produjeron incidencias graves que afectaron a 8 de los pacientes con AA (2,8%). En 7 de ellos (87,5%) ocurrió por la omisión del dato "alergia a ..." en la solicitud inicial efectuada desde las Áreas Asistenciales, mientras que el caso restante se debió a un error puntual de la Sección de Dietética en una de las comidas.

*Conclusiones:* El momento y punto más críticos del "Programa para la prevención de la alergia alimentaria en el Hospital", que contempla actuaciones en todo el proceso de solicitud y suministro de dietas para pacientes con AA, resultó ser la solicitud inicial del plan de comidas en las Áreas Asistenciales (87,5% de las incidencias graves).



### VALORACIÓN DE LA DIETA POR EL PACIENTE, OFERTADA EN EL HOSPITAL, COMPARADA CON LA SEGUIDA EN EL DOMICILIO

Carrión Ortuño A<sup>1</sup>, Lillo Fos P<sup>1</sup>, Morales M<sup>2</sup>, Escorihuela Corella S<sup>1</sup>, Donat Martínez C<sup>1</sup>, Gimeno N<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. <sup>2</sup>Fundación Investigación HU Dr. Peset, UV CIVER-ESP. Valencia.

**Objetivo:** Conocer la aceptación de la dieta prescrita, por los pacientes durante su estancia hospitalaria, en referencia a la dieta domiciliaria.

**Material y método:** Se ha diseñado una encuesta "add hoc", de 42 ítems. Durante el mes de mayo de 2007, contestando 159 pacientes, dejando algunos ítems en blanco. Introducido en base de datos, codificando las variables y reagrupando, en caso necesario, realizando control de calidad de respuestas. Se ha realizado un análisis descriptivo univariante en primera etapa, y análisis bivariante en segunda etapa, relacionándose la aceptación de la dieta con el resto de variables estudiadas. Frecuencia absoluta, frecuencia relativa, media, mediana, desviación estándar. Comprobando mediante pruebas chi<sub>2</sub> y anova, al 95% de confianza.

**Resultados:** Población mayoritariamente española (93,3%, p < 0,05), predominio femenino (58,8%, p > 0,05). Contestó el paciente (63%), familiar (10%) y ambos (17%, p < 0,05). Días de ingreso del 30% entre 1 a 3 días, 50% de 4/9 días, 16% de 10/19 días y 4% de 20/60 días, p < 0,05. El 59,1% habían reingresado. Valoran comer mal en el hospital 2,4%, regular 30,1% y bien 67,5%, p < 0,05. Consideraban la dieta en anteriores ingresos peor 19,2%, igual 67,3% y mejor 13,5%, p < 0,05. En casa comían regular 10%, bien 90% y ninguno mal, p < 0,05. Del 10% que comían regular en casa, en el hospital ninguno comía mal, 38% regular y 62% bien. Mientras que los que comían bien en casa, en el hospital comían mal sólo 3%, regular 29% y bien 68%, p < 0,05.

**Conclusiones:**

- 1) Los encuestados tenían conocimiento de la dieta hospitalaria, dado 70% estaban > 3 días ingresados y en el 59,1% reingresaron.
- 2) Podemos valorar positivo que:
  1. Sólo el 2,4% manifestaron comer "mal" en el hospital.
  2. Frente al 13,5% se manifiestan haber comido mejor en anteriores ingresos, el 19,2% opina que era peor. Indican mejoría en la alimentación hospitalaria el 5,7%.
  3. Del 10% que comía regular casa, el 62% come bien en el hospital.
  4. Encontramos relación entre los pacientes que comían mal en casa y siguen comiendo mal en el hospital.

### ADHERENCIAS A LA PAUTA DE NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Molinos MR, Romero C, Ortiz D, Vázquez C, Ribas M, Chicharro L, Pérez-Portabella C, Planas M

Unitat de Suport Nutricional. Hospital Universitari Vall D'Hebrón. Barcelona.

**Objetivo:** estudiar el grado de adherencia a la pauta de NE.

**Material y métodos:** estudio observacional y retrospectivo en pacientes con NE, 389 episodios en 75 pacientes.

**Resultados:** en el 33% de los episodios se constato incumplimiento de la pauta.

**Conclusiones:** un 10% de incumplimientos por intolerancia digestiva, un 14% por exploraciones y el resto fue una dieta mixta.