

ENFERMERÍA/DIETÉTICA

PÓSTERS

P1 Estado nutricional en una serie de pacientes ingresados en un centro sociosanitario

Amigó Correig P¹, Cebada Ferrer Á¹, Díaz Crombie O¹, Gotor Olabarria A¹, Martínez Ripoll R¹, Qanneta Qanneta R¹
¹Hospital Sociosanitario Francolí.

Objetivo: Analizar la situación nutricional del enfermo hospitalizado al ingreso mediante el test mininutricional assessment (MNA), valorando la correlación del test con la presencia de úlceras por presión (UPP), parámetros antropométricos y analíticos (albúmina y prealbúmina).

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado a un total de 127 pacientes ingresados en un centro sociosanitario durante el primer trimestre del año 2011. A todos se les ha realizado al ingreso el MNA y una analítica sanguínea para determinar las concentraciones de albúmina y prealbúmina. Se ha realizado el análisis estadístico descriptivo y comparativo mediante el test Chi cuadrado con el programa SPSS vs. 11.5 para Windows.

Resultados: El 58,3% de los pacientes son mujeres y la edad media es de $77,1 \pm 10,4$ años. Según el MNA el 29,1% de la población evaluada presenta malnutrición y el 61,4% está en riesgo. Cuando se correlacionan las tres categorías de MNA (bien nutrido, en riesgo y malnutrición) con la presencia de UPP, parámetros antropométricos y analíticos, observamos que el 18,9% del grupo malnutrido presentan UPP, el índice de masa corporal (IMC) del mismo grupo es de $22,9 \pm 5,9$ kg/m² y la diferencia entre peso habitual y peso actual es de $8,7 \pm 8,1$ kg, siendo estos parámetros significativos entre grupos: $p = 0,04$; $p = 0,005$ y $p = 0,01$ respectivamente. En el parámetro analítico: albúmina se observa una tendencia estadística entre grupos ($p = 0,07$). Existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de UPP con concentraciones bajas de albúmina ($p = 0,01$) y la diferencia de peso ($p = 0,03$).

Conclusiones: Debido a la elevada prevalencia de malnutrición y riesgo de malnutrición de los pacientes de nuestro centro, es importante protocolizar un cribado nutricional al ingreso para detectar todos los casos susceptibles de beneficiarse de una intervención nutricional, disminuyendo complicaciones asociadas y estancias hospitalarias.

P2 Protocolo bioseguridad ambiental e higiene en la elaboración de nutriciones parenterales

Rincón ÁA¹, Conde García M²C¹, López Pérez B¹, Rincón AA², Jerez Fernández E¹, García-Manzanares Vázquez de Agredos Á (socio SENPE)¹, Perales Parra E¹, Rodrigo Rodríguez L¹

¹Servicio Farmacia. Hospital General La Mancha Centro Alcazar De San Juan. Ciudad Real. ²Centro de Salud Atención Primaria Villarrubia de los Ojos. Ciudad Real.

Introducción: Las nutriciones parenterales (NP) son preparaciones estériles, constituidas por una mezcla de aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos, electrolitos y micronutrientes, elaboradas en el Servicio de Farmacia, destinadas a aportar todos los nutrientes esenciales por vía intravenosa en aquellos enfermos que no pueden o no deben comer. Son un medio fácilmente contaminable debido a la riqueza en sustancias nutritivas. Para evitar todos estos problemas es necesario que la elaboración de NP se realice siguiendo unas normas de trabajo de obligado cumplimiento en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH).

Objetivo: Establecer unas condiciones higiénicas tanto ambientales como en la elaboración de las NP.

Material y métodos: Se plantearon unas normas de higiene y limpieza que afecta a todos los trabajadores:

- La CFLH siempre estará funcionando a ½ rendimiento y con la luz ultravioleta (UV) encendida. Al comenzar a trabajar se cambiará a pleno rendimiento y luz UV apagada.
- Higiene-indumentaria del trabajador: Quitarse joyas y relojes, lavado quirúrgico de antebrazos y manos, colocación de gorro, mascarilla, bata y guantes estériles.
- No comer ni beber y hablar lo menos posible.
- Limpieza con alcohol 70^o: la superficie de CFLH antes y después de elaborar una NP, los productos (sueros, ampollas,...) que introduzcamos en la cabina, las superficies a pinchar y los derrames.
- Ocupar 1/3 de la superficie de trabajo y trabajar al menos 15 cm dentro de CFLH. Evitar manipulaciones bruscas y trabajar con la puerta de la habitación cerrada.
- Colocar material fungible en campo estéril dentro de la CFLH.
- Limpieza tipo A (zonas de alto riesgo) por servicio de limpieza de la habitación antes y al finalizar el turno de trabajo en CFLH.
- Limpieza en profundidad de arrastre de CFLH al finalizar el turno de trabajo con alcohol 70^o.
- Control microbiológico.

Resultados: Los lunes se extrae una muestra de la bolsa de NP que lleve más tiempo preparada y se solicita estu-

dio de microorganismos aerobios, anaerobios y hongos. Durante el periodo de estudio (enero 2010 octubre 2011) se recogieron 52 muestras siendo el 100% estériles. Medicina Preventiva toma muestras mensuales para estudio de esterilidad de la zona y CFLH con resultados dentro de los límites establecidos.

Conclusiones: La elaboración de NP en Farmacia y en base a este procedimiento, garantiza una seguridad referente a contaminación microbiológica.

P3 Estudio de supervivencia de los pacientes con demencia avanzada que reciben nutrición enteral por sonda

Avilés Parra V¹, Pérez-Portabella C¹, Seguro Gurrutxaga H¹, Tirado Esteban A¹, Cárdenas Lagranja G¹, Puiggròs Llop C¹, García Barrasa N¹, Burgos Peláez R¹

¹Hospital Universitario Vall D'Hebron. Barcelona.

Introducción: La demencia es una patología con prevalencia creciente en pacientes de edad avanzada. Son frecuentes la pérdida de peso involuntaria, la disfagia y la negativa a la ingesta oral, por lo que la desnutrición es frecuente. La instauración de Nutrición Enteral (NE) por sonda es una decisión controvertida que compete a familiares y profesionales, que no ha demostrado que mejore la supervivencia. En la actualidad la selección de los pacientes candidatos a NE por sonda se realiza de forma muy individualizada priorizando la calidad de vida del paciente y cuidador, contraindicándola en demencias terminales (recomendaciones ESPEN).

Objetivos: Evaluar la supervivencia de los pacientes con demencia avanzada que reciben NE por sonda nasogástrica o gastrostomía y evaluar posibles variables implicadas en la misma.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo pacientes con demencia avanzada que han iniciado NE por sonda en los últimos 5 años.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes con una edad de 85,9 a. (58-100), el 90% mujeres con un IMC medio de 23,2 (15-30). La vía de acceso fue Sonda nasogástrica (SNG) en 25 pacientes (78,1%) y gastrostomía (PEG) en 7 pacientes (21,9%). El tiempo medio de tratamiento fue de 641,68 ± 821 días en pacientes con SNG (5-2.850) El tiempo medio de tratamiento fue de 773,4 ± 914 días (178-2.382) con PEG. Durante el periodo de seguimiento han fallecido 22 pacientes (62,5%) y el resto están activos. El tiempo medio de supervivencia ha sido de 685,60 días (5-2.382).

Conclusiones: un elevado porcentaje de pacientes con demencia avanzada que iniciaron la NE por sonda tienen una supervivencia superior a 180 días. Probablemente la

adecuada selección de los pacientes contribuye a la eficacia del tratamiento. Deben reevaluarse los criterios para indicar la PEG a los pacientes con demencia avanzada de forma individual.

P4 Herramientas para la identificación y selección de personas mayores con riesgo de desnutrición a nivel comunitario

Botigüé Satorra T¹, Jürschik Giménez P¹, Nuin Orrio C¹, Escobar Bravo M¹, Lavedán Santamaría A¹, Viladrosa Montoy M²

¹Universidad de Lleida. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Objetivo: Analizar si las escalas Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) y Determine your nutritional Health Checklist (DETERMINE) son adecuadas como herramienta de cribado nutricional para la población mayor de 75 años que vive en la comunidad.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo y transversal. Los datos fueron recogidos de la encuesta "Fragilidad en las personas mayores de Lleida" (encuesta FRALLE). El análisis de validez de criterio se realizó mediante indicadores de desnutrición: parámetros antropométricos (% peso perdido, IMC y la circunferencia braquial) y distintas escalas de valoración geriátrica (Pfeiffer, CES-D, Índice de Katz y Índice de Lawton&Brody). Para el análisis estadístico se utilizó la correlación de Pearson, aceptándose un nivel de significación de $p < 0,05$.

Resultados: La muestra total estudiada fue de 640 individuos. La prevalencia de riesgo de desnutrición según el MNA-SF, el MUST y el DETERMINE fue del 21,3%, 13% y el 36,2%, respectivamente. El MNA-SF se correlacionó de manera significativa con todas las escalas de valoración geriátrica y la mayoría de parámetros antropométricos. El MUST se correlacionó significativamente con todos los indicadores de desnutrición y el DETERMINE solo lo hizo las escalas de valoración geriátrica (tabla I).

Tabla I. Correlación entre las escalas de cribado nutricional y los indicadores de desnutrición

| | Escalas de cribado nutricional | | |
|-------------------------|--------------------------------|---------|-----------|
| | MNA-SF | Must | Determine |
| | r | r | r |
| % peso perdido | -0,25** | 0,71** | 0,21 |
| IMC | 0,17** | -0,21** | -0,05 |
| Circunferencia braquial | 0,16 | -0,17** | -0,07 |
| Test de Pfeiffer | -0,30** | 0,10* | 0,22** |
| CES-D | -0,35** | 0,14* | 0,26** |
| Índice de Katz | 0,34** | -0,13* | -0,23** |
| Índice de Lawton&Brody | 0,29** | -0,12* | -0,28** |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Conclusiones: La SENPE (Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral) recomienda la utilización de métodos de cribado para la detección de riesgo nutricional y que éstos sean los más adecuados en cada centro. Este estudio presenta el primer acercamiento hacia la confirmación de cual de las tres escalas es la más adecuada para el cribado nutricional en la población de estudio. Análisis posteriores de tipo longitudinal, a través de la encuesta FRALLE, permitirán un estudio más consolidado de validación.

P5 Asociación entre los síntomas depresivos y el estado nutricional en las personas de edad avanzada

Botigué Satorra T¹, Jürschik Giménez P¹, Nuin Orrio C¹, Escobar Bravo MÁ¹, Lavedán Santamaria A¹, Viladrosa Montoy M²

¹Universidad de Lleida. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Objetivo: Analizar si la presencia de sintomatología depresiva influye en el riesgo de desnutrición en personas mayores de 75 años de la comunidad.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal descriptivo. La fuente de datos fue la encuesta realizada para el estudio de Fragilidad en Lleida (Encuesta FRALLE). El riesgo de desnutrición se midió con el Mini Nutricional Assessment Short Form (MNA-SF) y los síntomas depresivos con The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Para analizar la asociación entre dichos factores se construyeron diferentes modelos de regresión logística introduciendo por pasos variables de control en el siguiente orden: el modelo 1 se construyó solamente con la variable síntomas depresivos, en el modelo 2 se añadieron variables sociodemográficas y, finalmente, en el modelo 3 se introdujeron variables de estado de salud.

Resultados: La muestra total estudiada fue de 640 individuos. La prevalencia de riesgo de desnutrición fue del 21,3%. La variable síntomas depresivos obtuvo resultados estadísticamente significativos de asociación con el riesgo nutricional en los tres modelos construidos. Así, las personas mayores que presentaron síntomas depresivos tenían un mayor riesgo de desnutrición, incluso después de ajustar por los factores sociodemográficos y por los de estado de salud, aumentando 3 veces más el riesgo de posibilidades de padecer desnutrición (tabla I).

Conclusiones: Según el modelo de regresión logística empleado en el análisis, los factores independientemente asociados al riesgo de desnutrición fueron además de los síntomas depresivos, el ser mujer y la discapacidad para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Tabla I.

| | OR | IC 95% |
|-------------------------------------------------|------|-------------|
| <i>Modelo 1</i> | | |
| Síntomas depresivos | 3,83 | 2,37-6,17** |
| <i>Modelo 2</i> | | |
| Síntomas depresivos | 3,50 | 2,12-5,77** |
| Sexo | 1,83 | 1,03-3,26* |
| Edad | 2,21 | 1,27-3,86** |
| Nivel de estudios | 1,11 | 0,67-1,83 |
| Estado civil | 1,04 | 0,61-1,77 |
| <i>Modelo 3</i> | | |
| Síntomas depresivos | 3,18 | 1,90-5,31** |
| Sexo | 2,00 | 1,11-3,62* |
| Edad | 1,80 | 0,98-3,32 |
| Nivel de estudios | 1,11 | 0,67-1,85 |
| Estado civil | 1,09 | 0,63-1,88 |
| Comorbilidad (Índice de Charlson) | 1,42 | 0,78-2,60 |
| Estado cognitivo (Test de Pfeiffer) | 1,34 | 0,55-3,22 |
| Discapacidad básica (Índice Katz) | 0,65 | 0,33-1,29 |
| Discapacidad instrumental (Índice Lawton&Brody) | 2,10 | 1,15-3,84* |

*p < 0,05; **p < 0,01.

P6 Evaluación por el método volumen-viscosidad en pacientes con sospecha de disfagia en un hospital de tercer nivel.

Caracena Catellanos N¹, Muñoz Darias C¹, Oliva García JG¹, Acevedo Rodríguez C¹, Jiménez Paulete M¹, Pereyra-García Castro FM²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Antecedentes: La disfagia orofaríngea es un síntoma muy prevalente que puede deberse a múltiples procesos patológicos. Puede causar desnutrición/deshidratación hasta en un tercio de los pacientes que la padecen y está relacionada con mayor discapacidad, estancia hospitalaria prolongada y mayor mortalidad, por tanto se hace necesario realizar métodos de screening que ayuden a una detección precoz que permita poner en marcha tratamientos eficaces para evitar complicaciones tanto nutricionales como respiratorias. Un test que se ha mostrado muy útil en la clínica es el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) desarrollado por el doctor Pere Clavé.

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia de disfagia en base a la anamnesis aislada y al MECV-V; 2) valorar las características específicas de la disfagia en nuestra muestra de pacientes.

Material y métodos: Se realizaron, por enfermera entrenada, 40 evaluaciones con el método MECV-V a pacientes con sospecha clínica de disfagia procedentes de consultas externas y hospitalización, en el periodo de

tiempo comprendido desde diciembre/2009 y junio/2011. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, patología, resultados de la encuesta clínica, resultados del test MECV-V. Se realizó la encuesta clínica y posteriormente se utilizó una jeringa de alimentación para la administración de 3 volúmenes crecientes de 5, 10 y 20 ml en 3 viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudding). El test se detuvo si aparecía uno de los tres signos de alteración de seguridad de la deglución. La valoración se dividió en alteración en la eficacia (residuo faríngeo, residuo oral, deglución fraccionada y trastorno del sello labial) y en la seguridad (tos, cambio de voz y desaturación de oxígeno en saturímetro > 3%).

Resultados: Edad: 68,8 ± 11,6 años; 60% hombres. Patologías: demencia (28,9%), ictus (18,4%), tumores de cabeza y cuello (15,8%), enfermedades musculares (13,2%), Parkinson (10,5%), otros (13,2%). La prevalencia de disfagia con el MEV-V fue del 90% (frente al 45% detectada utilizando sólo la anamnesis). Destaca la alta prevalencia de trastornos de eficacia —47,5%— y de los mixtos (seguridad y eficacia) —32,5%— y una baja frecuencia de trastornos aislados de seguridad —10%—.

Conclusiones: 1) La prevalencia de disfagia se incrementa un 100% (45% vs 90%) cuando el diagnóstico se establece en base a criterios clínicos objetivos (MECV-V) respecto a la anamnesis aislada. 2) Los trastornos de eficacia de la deglución son los más frecuentes en nuestra muestra (47,5%).

P7 Estado nutricional de los pacientes adultos afectados de Fibrosis Quística (FQ) previo al Trasplante Bipulmonar (TBP)

Cárdenas Lagranja G¹, Seguro Gurrutxaga H¹, López Gómez JA¹, Pérez-Portabella C¹, Álvarez A², De Gracia X², Burgos Peláez R¹
¹Hospital Universitario Vall D'hebron. Unidad Soporte Nutricional. ²Hospital Universitario Vall D'hebron. Servicio Neumología.

Introducción: Los pacientes adultos afectados de FQ evolucionada que presentan insuficiencia respiratoria severa irreversible son candidatos a trasplante bipulmonar. El estado nutricional previo al trasplante tiene implicaciones pronósticas evolutivas. La precaria situación respiratoria y la falta de adherencia al tratamiento nutricional dificultan la mejoría del estado nutricional.

Objetivo: Evaluar estado nutricional y adecuación de suplementación con vitaminas liposolubles en nuestra cohorte de pacientes afectados de FQ sometidos a TBP previo al inicio de una consulta monográfica de Nutrición en paciente adulto con FQ.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (1999-2010) del estado nutricional previo al TBP. Variables: IMC, albú-

mina proteínas totales, niveles plasmáticos de vitaminas A, E, D, tiempo de protrombina, existencia de suplementación nutricional y características, días estancia UCI, días estancia hospitalaria y mortalidad post-trasplante. Se definió como suplementación vitamínica completa aquella que contenía las vitaminas A, E y D según Consenso Europeo FQ.

Resultados: 18 pacientes (10 mujeres); 11 diagnosticados en período neonatal. Edad media en el momento TBP de 24 ± 6,47 años (18-37). La mayoría (80%) presentaba insuficiencia pancreática exocrina, la mitad además insuficiencia pancreática endocrina. Estado nutricional previo TBP: 66% de los pacientes presentaba desnutrición calórica moderada-severa (IMC < 18,2 rango 15-17,6). El 100% presentaba desnutrición proteica (albúmina 2,88 ± 0,26, prot totales 6,50 ± 0,79), de los cuales el 40% fue moderada. Soporte nutricional pre-TBP: sólo el 22% de pacientes cumplían suplementación nutricional oral, la mayoría fórmulas poliméricas hipercalóricas e hiperproteicas. Tratamiento vitamínico: 88% de pacientes seguían tratamiento con vitaminas, pero sólo la mitad de ellos seguían suplementación completa (A+E+D). Sólo se dispone de niveles plasmáticos de vitaminas previas al trasplante en 50% de pacientes. Se apreció déficit vitamina A en 57% de pacientes, déficit vitamina D en 88%, déficit vitamina E en 66% y tiempo protrombina bajo en 15%. Estancia media UCI fueron 13 días y estancia media global 36 días. No hubo mortalidad postoperatoria inmediata.

Conclusión: Los pacientes afectados de FQ que precisan TBP se hallan en una situación nutricional comprometida. Debe evaluarse la adherencia al tratamiento nutricional y vitamínico. El manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinar y se hace necesaria la presencia de especialistas en nutrición para favorecer un óptimo estado nutricional de estos pacientes.

P8 SNAQ (simplified nutritional appetite questionnaire) en pacientes diagnosticados de cáncer esófago-gástrico: relación con otros parámetros nutricionales

Fontané Francia L, Villatoro Moreno M, Hernández Ribas E, Puig de Dou J, Parri Bonet A, Flores le Roux JA, Carrera Santalieu M^aJ
Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Del Mar. Barcelona.

Introducción: El SNAQ es un cuestionario específico sobre el apetito, que es cumplimentado de forma fácil y breve por el propio paciente. Aunque está demostrado que predice la pérdida de peso, se desconoce su relación con los indicadores del estado nutricional.

Objetivo: Analizar la relación entre el SNAQ y diferentes parámetros nutricionales, en pacientes con cáncer esó-

fago-gástrico, en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Material y metodología: Se estudiaron de forma prospectiva un total de 58 pacientes afectados de cáncer esófago-gástrico, desde enero de 2010 hasta noviembre de 2011. En el momento del diagnóstico, en todos ellos se realizó, de forma protocolizada, una valoración nutricional que incluía medidas antropométricas (peso actual y peso habitual), impedanciometría, dinamometría, determinación plasmática de la albúmina y realización de los cuestionarios SNAQ y VSG-GP (Valoración Subjetiva Global Generada por el Paciente).

Resultados: La edad media de los pacientes estudiados fue de $68,4 \pm 11,9$ años, el 62,1% eran hombres. El 19% fueron diagnosticados de cáncer esofágico y el 81% de cáncer gástrico. El 72,4% de los pacientes presenta alteración del estado nutricional según la VSG-GP (categorías B y C) y 65,5% muestran una puntuación en el SNAQ inferior o igual a 14.

| Criterios de desnutrición | Puntuación SNAQ | | p-valor | Concordancia |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|---------|--------------|
| | >14 (n = 21) | ≤14 (n = 37) | | |
| % pérdida de peso (>5% en 6 meses) | 11 | 28 | 0,150 | 0,19 |
| % pérdida de peso (>10% en 6 meses) | 6 | 15 | 0,476 | 0,08 |
| Ángulo de fase ($\leq 4^\circ$) | 2 | 2 | 0,499 | -0,03 |
| Fuerza muscular < tercil inferior | 18 | 36 | 1 | 0 |
| Albúmina (< 35 g/L) | 5 | 16 | 0,173 | 0,15 |
| Puntuación VSG-GP (≥ 9) | 5 | 29 | <0,001 | 0,49 |
| VSG-GP (B/C) | 9 | 33 | 0,001 | 0,44 |

Conclusiones: En nuestra experiencia, en pacientes diagnosticados de cáncer esófago-gástrico, el SNAQ tiene una concordancia aceptable con la VSG-GP, sin embargo, consideramos que sería necesario revalorar la utilidad con un mayor número de pacientes.

P9 Cambios en la adherencia a la Dieta Mediterránea, ingesta de Ácidos Grasos Trans en pacientes de un programa de Rehabilitación Cardíaca según la situación de tolerancia a la glucosa e índice de masa corporal, seguimiento a 12 meses

García Almeida JM¹, Ruiz Nava J¹, Gomez Pérez AM^{2*}, López Medina JA¹, Montiel Trujillo Á², Gómez González A², Martínez Alfaro B¹, Rioja Vázquez R¹, Roca Rodríguez M³M¹, Tinahones Madueño FJ¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición. H. Virgen de la Victoria. ²U. Rehabilitación cardíaca. H. Virgen de la Victoria.

Objetivos: Evaluar cambios antropométricos, en Adherencia a la Dieta Mediterránea (ADM), según tolerancia la

glucosa (diabéticos (DM), prediabéticos (PDM) y con tolerancia normal(TNG)) e IMC (normopeso (N), sobrepeso (S) y obesos (O)), tras un programa de rehabilitación cardiovascular (RC) con seguimiento a 12 meses.

Material y método: 44 pacientes (84% H y 16% M). 66% HTA y 78% dislipemias.

Clasificación:

A: DM (n = 14), PDM (n = 15) y TNG (n = 15).

B: N (n = 16), S (n = 18) y O (n = 10).

Análisis de datos de ADM, antropometría, al inicio (I), fin (II) y 12 meses (III).

Resultados:

Peso (kg):

DM: (I): $77,20 \pm 11,76$; (II): $76,52 \pm 14,42$; (III): $82,28 \pm 16,62$ *, PDM: (I): $90,80 \pm 14,0$; (II): $88,65 \pm 13,69$ *; (III): $90,75 \pm 14,15$ y NGT: (I): $80,52 \pm 14,15$; (II): $78,55 \pm 14,29$ *; (III): $80,1 \pm 15,33$.

N: (I): $62,4 \pm 9,33$; (II): $61,45 \pm 10,68$; (III): $64,90 \pm 11,88$, S: (I): $78,85 \pm 7,41$; (II): $77,15 \pm 7,62$ *; (III): $77,05 \pm 4,92$ y O: (I): $104,97 \pm 6,0$; (II): $102,43 \pm 6,20$; (III): $106,67 \pm 6,67$.

-ADM: DM: (I): $7,60 \pm 1,84$; (II): $10,0 \pm 1,16$ *; (III): $8,57 \pm 1,95$, PDM: (I): $8,69 \pm 2,53$; (II): $11,38 \pm 1,71$ *; (III): $10,33 \pm 1,84$ * y NG: (I): $7,89 \pm 3,06$; (II): $11,11 \pm 1,76$ *; (III): $9,93 \pm 1,94$ *.

N: (I): $9,25 \pm 1,49$; (II): $10,25 \pm 1,75$ *; (III): $9,80 \pm 1,40$, S: (I): $8,77 \pm 2,92$; (II): $11,38 \pm 1,56$ *; (III): $9,72 \pm 2,19$ * y O: (I): $6,55 \pm 1,70$; (II): $10,73 \pm 1,62$ *; (III): $9,44 \pm 2,22$ *.

-Ácidos Grasos Trans (AGT):

(I): $2,41 \pm 1,28$; (II): $0,27 \pm 0,11$ *; (III): $0,75 \pm 0,42$ *.

*($p < 0,05$).

Conclusiones: La intervención aumenta la ADM que se mantiene a los 12 meses excepto en DM. Se produce una reducción de AGT en todos los grupos de forma prolongada. Existe una pérdida de peso significativa en PRE y TNG, no así en lo DM. En todos los grupos los efectos desaparecen a los 12 meses. El IMC parece condicionar la respuesta de pérdida de peso.

P10 Consulta dietética en un Centro de Atención Primaria (CAP)

Giribés Veiga M, Sancho A, Seguro H, López JA, Avilés V, Lema B, Gómez A, Pérez-Portabella C, Burgos R

¹Hospital Universitario Vall D'Hebron.

La prevalencia de sobrepeso-obesidad y sus comorbilidades es muy elevada en la población general que acude al CAP. Se hace necesario integrar la figura del dietista en los equipos de atención primaria.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes que son derivados a la consulta del dietista en el CAP.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de pacientes derivados como primera visita a la consulta de dietética en un centro de asistencia primaria (enero-octubre 2011). Variables: sexo, edad, peso actual, talla, IMC, servicio que realiza la interconsulta, motivo de consulta, comorbilidades y actuación nutricional.

Resultados: Se incluyeron 64 pacientes (46 mujeres) con una edad de 55,8 años (r: 15-85) que acudieron a primera visita. Los pacientes fueron derivados del servicio de endocrinología en un 64%, servicio de neumología un 25%, de digestivo un 9,4% y 1,6% de nefrología. El motivo de consulta más frecuente fue sobrepeso-obesidad con o sin comorbilidades asociadas: HTA 26,6%, dislipemia 17,2% y problemas músculo-esqueléticos con un 15,6%. De los pacientes estudiados el 20,3% presentaban sobrepeso y el resto diferentes grados de obesidad. Presentaron un peso medio de 89,9 kg (IMC de $34,7 \pm 5,3$). Intervención nutricional: El objetivo estaba encaminado a la prevención, primaria o secundaria y a la educación nutricional. A todos los pacientes se les realiza una valoración nutricional en la que se recogen datos antropométricos, se calculan sus requerimientos energético-proteicos, se realiza un entrevista dietética: recuento de 24 h y frecuencia de consumo. Se dio consejo dietético encaminado a corregir las comorbilidades y se entregó una dieta hipocalórica personalizada con una reducción calórica de entre 10-20% de sus necesidades energéticas totales. Se recomendó realizar actividad física moderada.

Conclusión: Los pacientes que son remitidos a la consulta del dietista del CAP son pacientes de alto riesgo cardiovascular. Por tanto la presencia del dietista en las consultas del CAP se hace necesaria y su atención debe ir encaminada a la prevención y corrección de hábitos alimentarios.

P11 Estudio de la ingesta mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos en pacientes intervenidos mediante cirugía bariátrica a largo plazo

Higuera Pulgar I, Yagüe Lobo M¹, Bretón Lesmes I, Velasco Jimeno C, De la Cuerda Compes M²C, Cambor Álvarez M, García Peris P

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivo: Tras la cirugía bariátrica la alimentación es determinante en la evolución y pronóstico de éxito. Conocer la ingesta habitual a largo plazo, en función de la técnica quirúrgica, permitirá orientar la reeducación desde el inicio de la cirugía. Para lo que evaluaremos la ingesta de alimentos a largo plazo en un grupo de pacientes de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se estudiaron 47 pacientes en seguimiento ambulatorio en la unidad de nutrición: 6 varones (12,8%) y 41 mujeres (87,2%) con una edad media $48 \pm 9,8$ años. El IMC medio previo fue $53,2 \pm 7,6$ kg/m². 30 pacientes (63,8%) intervenidos mediante derivación biliopancreática (DBP) y 17 (36,2%) mediante bypass gástrico (BPG). El IMC medio al estudio es $35,1 \pm 5,7$ kg/m². El tiempo transcurrido desde la cirugía es $8,93 \pm 2,5$ años para DBP y $4,18 \pm 2,5$ años para BPG.

- Se administró un cuestionario de frecuencia de alimentos.
- Para el procesado estadístico se utilizó PASW Statistics 18.
- Las respuestas se compararon con las guías alimentarias específicas y entre grupos.

Resultados: Se encuentra un menor consumo al recomendado en el total de la muestra para legumbres (29,8%), frutas (17%), huevo (27,7%) y carne roja (31,9%). En la comparación entre técnicas quirúrgicas este menor consumo es mayor en BPG que en DBP (p En el caso de huevos encontramos un mayor consumo al recomendado en el 10,6% del total de la muestra, que corresponde a DBP, aunque no estadísticamente significativo).

Conclusiones:

- Actualmente solo existen publicadas recomendaciones alimentarias para BPG, sería interesante publicar recomendaciones específicas para otras técnicas.
- Es necesario prestar especial atención al consumo de legumbre, carne roja, huevo y fruta por ser los alimentos más controvertidos.
- El desarrollo de herramientas educativas fáciles de entender y seguir es esencial para optimizar resultados a largo plazo, por lo que abogamos por la presencia de Dietistas-Nutricionistas que apoyen al médico en esta labor educativa.

P12 Estudio preliminar del empleo de una fórmula hipocalórica comercial en pacientes con osteoartritis

Izaola Jauregui O¹, De Luis Román D¹, De la Fuente Salvador B¹, Cuellar Olmedo L¹, Terroba M²C¹, Martín T¹, Ventosa M¹, Cabezas G¹, Aller de la Fuente R², García Alonso MF¹

¹Hospital Universitario Río Hortega. ²Hospital Clínico Universitario.

Introducción: Algunos autores han propuesto retrasar el acto quirúrgico en los pacientes con osteoartritis para que disminuyan el peso y por tanto el riesgo quirúrgico de los pacientes. Por ello los protocolos dirigidos a la pérdida de peso prequirúrgico de estos pacientes son importantes.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es evaluar los parámetros antropométricos y bioquímicos antes y después de la intervención con una dieta Hipocalórica en pacientes con osteoartritis subsidiarios de cirugía protésica.

Material y métodos: Todos los pacientes incluidos en el estudio tuvieron un periodo estable de peso de dos semanas previas al inicio tratamiento dietético con dieta Hipocalórica con Optisource® Plus en comida y cena. (Optisource® plus aporta por 250 ml: 218,2 kcal; 17,55 g prot; 25 g CH; 4,5 g grasa y 3,75 g fibra). Antes de iniciar el tratamiento y a los tres meses se determinaron la ingesta dietética, el peso, masa grasa, masa magra, insulina, resistencia a la insulina (HOMA), colesterol total, LDL-Colesterol, HDL-Colesterol y triglicéridos.

Resultados: Se estudiaron un total de 30 pacientes (22 mujeres y 8 varones) con una edad media de 58,93 ± 13,37 años. En relación a las variables antropométricas se observó una disminución significativa del peso, del índice de masa corporal (IMC), del índice cintura-cadera y de la masa grasa (tabla I). En relación a las variables bioquímicas se observó mejoría significativa del colesterol, HDL y LDL; sin embargo no se observó mejoría significativa de los valores de triglicéridos, insulina y resistencia a la insulina (HOMA) (tabla II).

Tabla I. Valores antropométricos

| | Basal | 3 meses |
|----------------------------|----------------|----------------|
| Peso (kg) | 100,44 ± 20,38 | 92,08 ± 18,06* |
| IMC (kg/m ²) | 39,63 ± 5,98 | 36,25 ± 5,61* |
| Índice cintura-cadera (cm) | 0,92 ± 0,08 | 0,90 ± 0,01* |
| Masa grasa (kg) | 43,90 ± 9,92 | 38,26 ± 9,71* |

*Significativa p < 0,005.

Tabla II. Valores bioquímicos

| | Basal | 3 meses |
|-----------------------|----------------|-----------------|
| Colesterol (mg/dl) | 218,73 ± 38,19 | 194,43 ± 30,83* |
| HDL (mg/dl) | 54,28 ± 10,34 | 48,21 ± 9,63* |
| LDL (mg/dl) | 135,21 ± 36,71 | 117,67 ± 29,22* |
| Triglicéridos (mg/dl) | 139,73 ± 83,94 | 142,00 ± 76,01 |
| Insulina (mU/ml) | 13,41 ± 7,77 | 13,20 ± 14,73 |
| HOMA | 4,08 ± 3,84 | 3,60 ± 4,58 |

*Significativa p < 0,005.

Conclusiones: Los pacientes obesos con osteoartritis tratados con una fórmula Hipocalórica comercial durante tres meses mejoraron significativamente los valores antropométricos de peso, índice cintura-cadera y masa grasa. Así como de los valores bioquímicos de colesterol, HDL, LDL.

P13 Experiencia y necesidades formativas de los profesionales sanitarios en Andalucía sobre el manejo nutricional en personas mayores

Jiménez Galán R, García de Quiros JM, Irlés-Rocamora JA, Tome Fernandez-Ladreda M, Benito de Valle P, Bernal López E
Hospital Universitario de Valme

Objetivos: Conocer la experiencia de los profesionales sanitarios andaluces en el manejo nutricional de las personas mayores y describir la formación recibida, con la finalidad de planificar los cursos formativos a realizar en el futuro.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Entre 2009 y 2010 se realizó una encuesta a profesionales que acudieron a cursos formativos dirigidos a auxiliares, personal de enfermería, dietistas y otro personal de residencias y centros sanitarios de Andalucía. La encuesta constaba de 8 ítems agrupados en tres áreas: experiencia profesional, formación en nutrición y expectativas formativas.

Resultados: Participaron 588 profesionales sanitarios. La mayoría de los participantes fueron enfermeros (54%) y auxiliares de enfermería (35%). En cuanto a experiencia profesional ver tabla 1. Con respecto a la formación nutricional recibida el 46,73% habían recibido dos o más cursos o sesiones de formación, el 20,77% habían recibido uno, el 17,59% sólo los recibieron como parte de otros cursos de formación general y el 14,91% ninguno. Un 40,27% ha recibido adiestramiento práctico insuficiente para disfgia y el 26,85% no han recibido ninguno. El tipo de recurso de formación por internet conocidos fueron la Junta de Andalucía (35,47%) y otros (34,25%), mientras que un 30,27% no conocían ninguno. En cuanto a las expectativas de formación por áreas los temas mas solicitados fueron: valoración nutricional 37,27%, disfgia 22,88%, obesidad 21,63%, estreñimiento 16,80% y otros 1,43%.

Conclusiones: la mayoría de los profesionales reciben algún tipo de formación nutricional, pero la consideran insuficiente en algunos aspectos. Únicamente se aplica valoración nutricional sistemática en una minoría de centros. Las principales expectativas de formación son en el área valoración nutricional y atención a la disfgia.

Tabla I.

Tiempo trabajado con personas mayores:

> 5 años: 69,5%; 2-5 años: 15,3%; < 2 años: 11,39%; Ninguno 4,93%

Cuántos de sus pacientes tienen dificultades para la deglución:

Casi todos: 19,5%; El 50%: 47,4%; Sólo el 10%: 25,5%; Casi ninguno: 7,31%

Realiza valoración nutricional en su centro de trabajo:

Sí aleatoria: 45,89%; Sí de forma sistemática: 27,23%

No: 25,51%; No han trabajado con personas mayores: 1,37%

P14 Estudio del estado nutricional de personas mayores en atención primaria y residencias geriátricas de Cantabria

Jiménez Sanz M¹, EMPAC (Estado Nutricional de la Población Anciana en Cantabria)²

¹Hospital Universitario Marques de Valdecilla. ²Enfermeras de Atención Primaria y Residencias Geriátricas.

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar, por personal de enfermería, el IMC de mayores de 65 años de dos grupos: personas que acuden a consultas de atención primaria (AP) y personas institucionalizadas en residencias geriátricas (RG). Se valoraron 1.530 ancianos, por 46 enfermeras (27 en 11 Centros de AP, 19 en 8 RG). Los datos obtenidos se introdujeron en una hoja de registro ubicada en un servidor de Internet. La clasificación por grupos de IMC se ha basado en los criterios SEGG-SENPE para población anciana. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 11.5. El estudio duro 6 meses.

Resultados: De los 1.530 ancianos valorados 61% (933) mujeres, 39% (597) hombres. Valorados en consultas 961 (62,81%), el 55,46% (533) son mujeres con un IMC medio de 29 ± 5,8, el 44,53% (428) hombres con un IMC 28,1 ± 3,7 (p < 0,004). En residencias 569 (37,25%), el 70,29% (400) son mujeres con un IMC medio de 28,3 ± 5,5 y el 29,7% (169) varones con un IMC medio de 27,4 ± 5,2 (p > 0,05). Analizando los valores obtenidos según la clasificación SEGG-SENPE para ancianos observamos (tabla I) que en el rango peso insuficiente-desnutrición moderada está el 7,64% (117) de los ancianos valorados, el 35,09% (537) está normonutrido y el porcentaje global de obesidad de los valorados es del 57,32% (877).

Tabla I.

| Valoración nutricional | IMC | Consultas N = 961 (62,81%) | Residencias N = 570 (37,25%) |
|------------------------|-----------|-------------------------------|---------------------------------|
| Desnutrición moderada | 16-16,9 | 1 (0,10) | 6 (1,05) |
| Desnutrición leve | 17-18,4 | 4 (0,42) | 4 (0,70) |
| Peso insuficiente | 18,5-21,5 | 46 (4,79) | 56 (9,82) |
| Normopeso | 22-26,9 | 341 (35,48) | 196 (34,39) |
| Sobrepeso | 27-29,9 | 237 (24,66) | 122 (21,40) |
| Obesidad grado I | 30-34,9 | 250 (26,01) | 126 (22,11) |
| Obesidad grado II | 35-39,9 | 61 (6,35) | 48 (8,42) |
| Obesidad grado III | >= 40 | 21 (2,19) | 12 (2,11) |

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que el valor del IMC en mayores que acuden a consulta de AP o residentes en RG es similar. Por otra parte hay diferencias significativas en cuanto al IMC entre las mujeres y los hombres que acuden a consulta de AP.

P15 Las actividades de ocio y tiempo libre como efecto protector del riesgo de desnutrición en adultos mayores que viven a la comunidad

Jürschik Giménez P¹, Nuin Orrio C¹, Botigué Satorra T¹, Lavedán Santamaría A¹, Viladrosa Montoy M², Blanco Blanco J¹

¹Universidad de Lleida. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

Objetivos: Analizar la asociación entre las actividades de ocio y tiempo libre y el estado nutricional en la población mayor comunitaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. La población la constituyeron los individuos de 75 años o más, no institucionalizados, con tarjeta sanitaria y residentes en viviendas unifamiliares. Los datos fueron recogidos de la encuesta "Fragilidad en las personas mayores de Lleida" (encuesta FRALLE). Se recogieron variables sobre actividades de ocio y tiempo libre. El estado nutricional se midió con el test MNA-SF. El análisis bivariado se obtuvo a través del chi cuadrado. En el modelo de regresión logística se incluyeron aquellas variables que habían alcanzado significación estadística en dicho análisis.

Resultados: La muestra fue de 640 individuos, con una media de edad del 81,3% (DE: 5,0). El 81,3% eran hombres y 60,3% mujeres. El riesgo de desnutrición fue de 21,3%. En el análisis bivariante, el caminar (p < 0,001), el realizar deportes ligeros (p = 0,01) y/o moderados (p < 0,001), trabajos de casa ligeros (p < 0,001) y/o pesados (p = 0,003) y estar al cuidado del jardín o huerto al menos una vez a la semana, así como el acudir asiduamente a la plaza o lugar céntrico del barrio (p = 0,003), al hogar del pensionista y/o a la parroquia (p = 0,009) tenían un efecto protector de riesgo de desnutrición. No se encontró asociación significativa el realizar deportes vigorosos, trabajos de casa pesados y/o estar al cuidado de personas enfermas o de niños. En el modelo de regresión logística, el caminar (OR: 3,8) el trabajo de casa ligero (OR: 5,0) y los deportes moderados (OR: 2,7) fueron los únicos factores independientes de protección del riesgo de desnutrición (tabla I).

Conclusiones: La disminución de actividades puede poner a las personas mayores en riesgo de deficiencias nutricionales. La promoción del ocio y de la actividad física de una manera moderada es importante en la tercera edad ya que promueven el apetito consiguiéndose mejor los requisitos necesarios para un estado nutricional satisfactorio.

Tabla I. Regresión logística de las actividades de ocio y tiempo libre asociados al estado nutricional

| | Sig. | OR | IC 95% para OR | |
|--------------------------|--------|-----|----------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Caminar | <0,001 | 3,8 | 2,3 | 6,4 |
| Deportes moderados | 0,009 | 5,0 | 1,5 | 16,0 |
| Trabajos de casa ligeros | <0,001 | 2,7 | 1,7 | 4,2 |

P16 Evolución de los menús escolares planteados a lo largo del curso escolar y su adaptación a las normas del menú saludable: efectividad de un sistema de asesoría

Morán Fagundez L¹, Rivera Torres A¹, Irlés-Rocamora JA², García de Quirós JM³, González Sanchez M³E¹, López López G¹, Benito de Valle M³P², Bernal López E², Jiménez Galán R²

¹Sociedad Andaluza de Nutrición-Sancyd. Sevilla. ²Unidad de Nutrición y Dietética. Hospital Valme. Sevilla. ³Farmacia. Hospital Valme. Sevilla

Objetivos: Describir el grado de adaptación de los menús planteados por los catering a las normas establecidas para comedores colectivos de centros escolares y su evolución a lo largo del curso escolar. Identificar los aspectos susceptibles de mejora o los errores más frecuentes.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Ámbito: menús presentados, por 22 empresas de catering, a lo largo de los 10 meses del curso escolar (septiembre 2010 a junio 2011) en 8 provincias de Andalucía. La asesoría la realizan 4 dietistas nutricionistas que deben valorar cada menú mensual, destacando los aspectos a mejorar para que este sea aprobado. A cada menú se le aplica un sistema de valoración, que mide 19 aspectos asignándole a cada uno de ellos una puntuación de 0 a 2. Criterio de valoración NO APTO: puntuación < 18 y/o no cumple en alguno de los aspectos.

Resultados: Son evaluados 220 menús. El 57,3% no cumplía inicialmente los requisitos mínimos establecidos y requirió de modificaciones posteriores para su aprobación final. Las causas más frecuentes de menú no apto fueron: No alternancia de verduras frescas y cocinadas 32,7%, no ajuste de energía y macronutrientes 21%, no variedad en la oferta de alimentos ricos en HC 9,1%, inclusión de alimentos precocinados 7,7% y más de 1 ración de carne por semana 5,5%. La puntuación (tabla) aumento de modo significativo $p < 0,05$, a lo largo del curso. La tasa de menú apto aumento desde el 9,1% en el primer mes a 77,2% en el último mes del curso.

Conclusiones: A pesar de ser realizados por personal técnico son pocos los menús que cumplen los criterios de un menú saludable inicialmente, y son necesarios ajustes posteriores. Las causas más frecuente de menú no apto son la falta de alternancia de tipos de verduras y los desequilibrios en energía y macronutrientes recomendados.

Tabla.

| Mes | Puntuación del menú |
|------------------|---------------------|
| Sep | 13,18 ± 6,12 |
| Oct | 14,20 ± 6,12 |
| Nov | 16,00 ± 4,88 |
| Dic | 17,84 ± 1,78 |
| Ene | 16,61 ± 5,62 |
| Feb | 18,61 ± 1,29 |
| Mar | 18,52 ± 1,38 |
| Abr | 18,20 ± 1,55 |
| May | 18,79 ± 1,85 |
| Jun | 18,27 ± 4,21 |
| Promedio mensual | 17,02 ± 4,35 |

P17 Implantación de protocolo de valoración e intervención enfermera en los trastornos de la deglución en pacientes afectados de accidentes cerebro vasculares

Moreno Cejudo C, García Llorente M³J, Albornos Marugan C, Cruz Bravo M

¹Complejo Asistencial de Segovia.

Objetivos: Estimar la prevalencia de disfagia en pacientes afectados de ACV. Detectar grados de disfagia de paciente con ACV en las 48 h del diagnóstico. Determinar las estrategias terapéuticas más eficaces en cada caso para deglución segura y eficaz. Analizar posibles neumonías por aspiración en pacientes con diagnóstico de ACV durante el periodo del estudio.

Método y resultados: Estudio transversal y prospectivo de los pacientes que ingresaron en el Complejo Asistencial de Segovia con diagnóstico de ACV, Ictus y/o hemorragia cerebral, en la primera 48 h del ingreso y desde Mayo-Agosto 2011. Se estudiaron 88 pacientes; 41 mujeres y 47 hombres. Edad media 77,7 años ± 20. A 81 se les realizó un pretest de cribaje elaborado para este programa. 28 (34,5%) pacientes no presentaban ningún síntoma de alteración en la deglución. 53 pacientes (65,4%) tenían algún signo de disfagia y para definir el grado de afectación se aplicó el test Volumen-Viscosidad (MEC/V/V). De estos pacientes 37 pacientes tenían una alteración en la eficacia y la seguridad, 1 alteración solo en la eficacia; 8 solo en la seguridad; 1 salió negativo; 6 no pudieron realizarse por mala situación del paciente. De los pacientes con algún grado de disfagia a 43 se dieron y registraron instrucciones concretas para asegurar la eficacia y la seguridad en la deglución; a 3 recomendaciones de incremento sensorial; a 6 se les recomendó alimentación a través de sonda nasogástrica. Se analizaron los pacientes que habían presentado neumonía por aspiración como segundo diagnóstico en el periodo del estudio. Hubo 4 episodios, a estos pacientes no se les había realizado el test por la situación de gravedad que presentaban. A día de hoy solo permanece vivo un paciente que continúa con Sonda nasogástrica. De los demás pacientes del estudio ninguno hizo neumonías por aspiración.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la deglución son importantes en la recuperación tras un ACV en la fase aguda y previene complicaciones graves como la neumonía por aspiración. Los resultados sugieren la eficacia de la intervención precoz en el tratamiento de la disfagia en pacientes ACV.

P18 Estudio del estado nutricional en la residencia de mayores El Encinar de las Cruces

Muñoz Salvador LM^a

Residencia de mayores El Encinar de las Cruces.

Introducción: Numerosos estudios llevados a cabo hablan de la desnutrición como un verdadero problema de salud pública en los ancianos. Se estima que la prevalencia de desnutrición en la población anciana española que vive en su domicilio varía entre el 3 y el 5%, mientras que en los ancianos institucionalizados puede alcanzar cifras superiores al 30%. Los registros de alimentos de las personas mayores que viven en sus domicilios relatan una dieta monótona y el cálculo nutricional constata el aporte insuficiente de más de un nutriente, pese a que la ingesta energética sea suficiente o incluso excesiva. Es decir, estos ancianos siguen una dieta desequilibrada.

Objetivos: Establecer unos criterios de valoración nutricional utilizando un método que permita un screening rápido, hacer la correcta selección de la dieta o nutrición enteral de cada residente y realizar reevaluaciones periódicas, confirmando la efectividad del soporte nutricional.

Material y método: Estudio transversal sobre 69 residentes. Se utilizó para ello el test Mini Nutritional Assessment (MNA). Se tomaron medidas antropométricas: peso y talla, perímetro del brazo y perímetro de la pierna. También se toman datos de la circunferencia de la cintura y de la cadera, para calcular la relación cintura/cadera. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional.

Resultados: De la totalidad de personas estudiadas (69 residentes) 46 son mujeres (33,3%) y 23 hombres (66,67%) con edades comprendidas entre los 65 y 101 años de edad. Mediante el test Mini Nutritional Assessment se identificó a 2/69 (2%) residentes mal nutridos, y 5/69 (7%) en riesgo de malnutrición. El índice de masa corporal permitió identificar a 11/69 (15,9%) residentes con sobrepeso, a 10/69 (14,4%) con obesidad de grado I y a 1/69 (1,4%) con obesidad grado II. Ningún residente tuvo valores inferiores al percentil 5 ni en el pliegue tricípital y en la circunferencia muscular del brazo.

Conclusiones: El % de personas que padecen desnutrición en la residencia es del 2% frente al 30% del INE. La razón radica en la preocupación de la Residencia El Encinar de las Cruces por este tema, quien cuenta en su plantilla con una persona especialista en nutrición. La nutricionista interviene antes de que se instaure la desnutrición y cuando ingresan residentes que presentan evidentes signos de padecerla pone los medios para solventar el problema lo antes posible. |P-19

P19 La influencia de las relaciones sociales en el riesgo de desnutrición de las personas mayores que viven en la comunidad

Nuin Orrio C, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Lavedán Santamaría A, Escobar Bravo MÁ, Colell Brunet R
Universidad de Lleida.

Objetivos: Evaluar la influencia de las relaciones sociales en el riesgo de desnutrición en las personas mayores que viven en la ciudad de Lleida.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal cuya población fueron las personas mayores de 75 años que vivían en la comunidad. Los datos fueron recogidos de la encuesta de Fragilidad de Lleida (encuesta FRALLE). Las variables utilizadas para este estudio fueron: aspectos sociodemográficos, diferentes preguntas extraídas del cuestionario de Leganés sobre relaciones sociales (redes sociales y apoyo social) y riesgo de desnutrición que se valoró mediante el Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF). En el análisis descriptivo se utilizaron medias y frecuencias y en el analítico la prueba de t de Students.

Resultados: El total de la muestra fue de 640 individuos, con una media de edad del 81,3% de las cuales el 39,7% eran hombres y el 60,3% mujeres. El riesgo de desnutrición fue de 21,3%. Las personas con riesgo de desnutrición obtuvieron una puntuación media significativamente más baja en cuatro de los índices que componen las redes sociales: índice de vínculos familiares con contacto, índice de actividades comunitarias, índice de diversidad de la red (p < 0,001) e índice del rol del individuo en la vida de sus vínculos (p = 0,005). No se observaron diferencias significativas en el índice de apoyo emocional recibido (tabla I).

Conclusiones: Existe una fuerte relación entre redes sociales y el estado nutricional. Estos resultados sugieren la necesidad de una mayor comprensión de las funciones y características de las relaciones sociales, de cómo contribuyen a adoptar hábitos alimentarios que a su vez influyen en la desnutrición. Una de las posibles soluciones en este caso sería el poder involucrar a los cuidadores informales en la planificación de programas de intervención preventivos.

Tabla I. Índices de redes sociales relacionados con el estado nutricional

| Redes sociales | Estado nutricional | | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|--------|----------------------------|--------|
| | Sin riesgo de desnutrición | | Con riesgo de desnutrición | |
| | Media | DE | Media | DE |
| Índice vínculos familiares con contacto | 2,45 | (0,58) | 2,13 | (0,80) |
| Índice actividades comunitarias | 1,58 | (1,16) | 1,12 | (1,18) |
| Índice diversidad de la red | 4,95 | (1,33) | 4,18 | (1,55) |
| Índice apoyo emocional recibido | 2,79 | (0,54) | 2,71 | (0,65) |
| Índice rol del individuo en la vida de sus vínculos | 2,20 | (0,62) | 1,99 | (0,75) |

P20 Intervención nutricional en carcinomatosis peritoneal

Peñalva Arigita A, Lecha Benet M^a, López I, Torrejon S, Ribot I, Cots I, Barrios P, Vila LL
Hospital Moisses Broggi. Barcelona.

La carcinomatosis peritoneal, un estadio avanzado de algunas neoplasias normalmente de origen gastrointestinal o ginecológico, tiene un mal pronóstico y supervivencia (incluso < 12 meses). En los 80's Sugarbaker desarrolló una técnica de tratamiento multidisciplinar basada en cirugía citoreductiva y aplicación de quimioterapia local, a elevada temperatura (HIPEC) o no (EPIC). Dicha técnica, que aporta supervivencias de 3-5 años, se imparte en nuestro centro y el equipo de nutrición forma parte del protocolo de tratamiento.

Objetivo: Describir la intervención nutricional pre-post cirugía en estos pacientes. Estudio prospectivo y observacional de pacientes con CP ingresados para cirugía electiva durante 12 meses. Los pacientes son valorados en consulta externa (pre-post 1 mes) y durante hospitalización. Variables: sexo, edad, diagnóstico, peso, pérdida de peso, albúmina, VGS, cumplimiento suplementación oral con inmunonutrición (IN), días ingreso, días parenteral, días oral.

Resultados: N = 92; H: 33%; M: 65,6%; edad: 57,06 ± 12,71 [29-84]a. Diagnósticos cáncer primario: 44% colon, 22% ovario, 9,9% mesotelioma, 7,7% gástrico, 6,6% pseudomixoma, 9,8% otros. Cumplimiento IN: 71,7%. Evolución peso: (ver tabla) un 34,7% mantienen o ganan durante todo el proceso y un 45,5% durante el proceso de hospitalización. Evolución albúmina (mg/dl): visita-pre: 35,7 ± 10,9, alta: 23,7 ± 9,1, p < 0,05; visita post1: 34,3 ± 6,7, p = 0.00. VGS (ver tabla). Días con NP 11,02 ± 3,01 d. Días con NO: 6,02 ± 2,84 d.

Tabla.

| | Visita pre n = 82 | Ingreso n = 86 | Alta n = 65 | Visita post n = 73 |
|-----------|----------------------|-------------------|----------------|-----------------------|
| Peso (kg) | | | | |
| media | 68,4 ± 14,8 | 68,7 ± 15,2 | 65,2 ± 13,7 | 65,2 ± 14,5 |
| mediana | 65,4 | 66,5 | 63,8 | 62,0 |
| VGS: | n = 79 | n = 85 | n = 73 | n = 69 |
| A | 73,4% | 76,5% | 38,4% | 43,5% |
| B | 25,3% | 23,5% | 38,4% | 31,9% |
| C | 1,3% | | 23,3% | 24,6% |

Tabla.

| Evolución peso (%) | V.pre-ingreso n = 84 | Ingres-alta n = 66 | Alta-V.post n = 59 | V.post-V.pre n = 75 |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| Pérdida: > 1 kg | 9,5% | 54,5% | 62,7% | 65,3% |
| Mantenimiento: ± 1 | 72,6% | 34,9% | 28,8% | 24% |
| Ganancia: > 1 kg | 17,9% | 10,6% | 8,5% | 10,7% |

Conclusiones: Hay un deterioro evidente del estado nutricional dado la agresión del tratamiento. No obstante la intervención nutricional parece atenuar el impacto, en el peso, VGS, albúmina, durante el proceso. Aumentar la monitorización de estos pacientes tras el alta se recomienda para optimizar el estado nutricional.

P21 La conducta alimentaria predice los cambios ponderales en pacientes con obesidad mórbida intervenidos de cirugía bariátrica

Planella Farrugia C, Pons Portas N, Salleras Compte N, Pibernat Tomabell A, Mauri Roca S, Pérez Asensio D, Gifre Masblanc G, Fernández-Real Lemos JM
Hospital Josep Trueta. Girona.

Introducción: La obesidad mórbida es una enfermedad crónica que cada vez afecta a un mayor número de personas. Deben seguirse unas recomendaciones de hábitos higiénico-dietéticos saludables para que la cirugía bariátrica (CB) sea un éxito.

Objetivo: Valorar la influencia de los hábitos higiénico-dietéticos de los pacientes intervenidos de CB en nuestro centro, con la recuperación del peso a los 5 años de la cirugía.

Material y métodos: Pacientes intervenidos de CB seguidos en la Unidad de obesidad durante 5 años. Se ha valorado:

- Parámetros antropométricos y porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP).
- Hábitos higiénico-dietéticos (fraccionamiento, consumo de bebidas azucaradas y alcohol).
- Complicaciones de la CB (síndrome de dumping y vómitos).
- Trastornos de la conducta alimentaria (picador, atracones, entre otros).
- Pauta de ejercicio físico.

Análisis estadístico mediante SPSS v 19: comparación de medias (T student) y correlación bivariada entre variables cuantitativas (Pearson) con significación estadística p < 0,05.

Resultados: 49 pacientes intervenidos de CB (37 mujeres), edad ♂: 40,2 ± 6,6/♀: 48,2 ± 9,4 años, peso previo CB ♂: 136,5 ± 21,3/♀: 111,5 ± 12,7 kg, IMC previo CB ♂: 45,6 ± 6,7/♀: 43,7 ± 4,2 kg/m². Los pacientes a los 2 años de la CB presentan la mayor pérdida de peso con un 75,4% (PEPP) con un estancamiento de éste a los 3 años. A partir de los 3 años hay una recuperación progresiva de peso siendo el PEPP a los 5 años de 66,4%. El hecho de ser picador se relaciona de manera significativa (p < 0,0001) con el aumento de peso al tercer y cuarto año de la cirugía. Los hábitos higiénico-dietéticos, las complicaciones de la CB y la pauta de ejercicio físico estudiados no presentaron datos significativos relacionados con el aumento de peso.

Conclusiones: La conducta alimentaria en el paciente operado de CB tiene una gran importancia en la recuperación del peso a largo plazo (> 3 años). Es importante detectar cualquier trastorno de la conducta alimentaria previo a la cirugía para el éxito de ésta.

P22 Firmar un contrato terapéutico de compromiso puede contribuir a la pérdida de peso (resultados preliminares)

Ribot Domènech I, Lecha Benet M, Peñalva Arigita A, Cots Seignot I, Sansano Algueró A, López Cobos I, Torrejón Jaramillo S, Vila Ballester L

Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi.

Introducción: Es bien conocida la dificultad que entraña el tratamiento de la obesidad para conseguir y mantener el objetivo propuesto de pérdida de peso. Por ello se deben buscar estrategias que contribuyan a un mejor seguimiento del tratamiento dietético.

Objetivos: Observar el impacto de firmar un contrato terapéutico de compromiso al inicio del tratamiento dietético.

Métodos: Estudio de intervención prospectivo. N: 58 pacientes con obesidad seguidos durante 6 meses con un mínimo de 3 controles dietéticos. De manera aleatoria 20 pacientes firmaron un contrato terapéutico al iniciar el tratamiento dietético (grupo intervención, GI) y el resto no (grupo control, GC). Todos los pacientes han estado pesados con la misma báscula (romana SECA con peso máximo de 200 kg d = 50 g) y sin calzado. Las comparaciones de variables cuantitativas se han analizado por el método T-student o Mann-Whitney según los criterios de aplicación y las cualitativas por chi-cuadrado.

Resultados: 69% mujeres y 31% hombres. Mediana de edad de 56,5 años. El 84% de los pacientes consiguen perder peso. Media de peso inicial 103,4 kg (IMC de 40,4) y 98,8 kg (IMC de 38,7) a los 6 meses ($p < 0,05$). Los grupos GI y GC no mostraron diferencias significativas en la edad (54,16 vs 59,12 años), en la mediana de peso inicial (98,5 vs 100,1 kg), ni en la distribución de género (mujeres: 75% vs 65,8%) y tampoco en la presencia de alteraciones psicológicas conocidas. La media de la pérdida de peso entre ambos grupos no fue distinta (6,1 kg GI vs 3,8 kg GC), sin embargo el 100% del GI pierde peso frente a un 74% de los pacientes del GC ($p < 0,05$).

Conclusiones: Adquirir un compromiso terapéutico al inicio del tratamiento de la obesidad ayuda a la pérdida de peso, al menos en los primeros 6 meses.

P23 Importancia de la nutrición en la prevención de las diarreas asociadas a la radioterapia pélvica

Sánchez Sánchez E, Muñoz Guerrero M^aJ, Biedma Fernández JA

Hospital Punta Europa.

Introducción: La radioterapia afecta principalmente a las células que se dividen con rapidez, como las del revestimiento o las que conforman la mucosa del intestino grueso y delgado. Un número elevado de dichas células muere provocando una carencia de las mismas en las paredes del intestino, alterándose, consecuentemente, la función de éste. Es por ello que la radioterapia pélvica ocasiona enteritis aguda y con ello episodios de diarreas disminuyendo la calidad de vida del paciente, pudiendo producir complicaciones por la depleción de volumen y alteraciones electrolíticas.

Objetivo: Evaluar la importancia de iniciar una dieta levemente astringente para la prevención de las diarreas asociadas al tratamiento de Radioterapia pélvica.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo con una muestra de 71 pacientes sometidos a Radioterapia pélvica para cáncer de próstata. Se alcanza una dosis total sobre PTV de hasta 74-76 Gy. de esta 44-46 Gy se administraron sobre pelvis. El tratamiento radioterápico se administró en el Hospital Punta de Europa de Algeciras (Cádiz), durante el año 2011 (hasta el 07/12). La energía utilizada fueron fotones de 6 MV procedentes de Acelerador Línea. Todos los pacientes siguieron la misma pauta de prevención, beber 2 l/día de agua y restricciones alimentarias, tales como: leche, quesos, alimentos grasos, fritos, ni grasa para cocinar, verduras verdes y con hoja (lechuga, espinacas, etc), lentejas, garbanzos, judías secas, ni frutas ácidas (naranja, piña, etc), bebidas con gas, ni alcohólicas, etc. Se realiza un seguimiento semanal, para evaluar la presencia de diarreas. Para ello se utiliza la escala RTOG/EORTC para clasificar los diferentes grados.

Resultados: Los cuadros de diarreas aparecieron en 10 de los 71 pacientes (14,08%), 2 de ellos presentaban una toxicidad grado I RTOG (2,81%), 8 toxicidad grado II RTOG (11,26%). Dichos episodios desaparecen mediante tratamiento dietético estricto y farmacológico.

Conclusiones: Aunque la radioterapia produce en una gran totalidad de los pacientes, diarreas, se ha comprobado que seguir una dieta levemente astringente antes del inicio del tratamiento puede prevenir o disminuir su severidad.

P24 Evaluación del manejo dietético de la disfagia en los pacientes ingresados en la sala de neurociencias

Sánchez-Migallón Montull JM¹, Cachero Triadú M¹, Creus Macià M², Casanovas Cuellar C², Puig Piña R¹, Joaquim Ortiz C¹
¹Hospital Universitario Germans Trias I Pujol. Barcelona. ²Enfermería de Neurociencias. Hospital Universitario Germans Trias I Pujol. Barcelona.

Objetivos:

1. Analizar la prevalencia de disfagia y de riesgo nutricional en los pacientes ingresados en la sala de Neurociencias.
2. Evaluar la detección de la disfagia durante el ingreso y su registro en la documentación de enfermería.
3. Valorar la prescripción dietética en los documentos donde consta este tratamiento (prescripciones médicas, gráficas de enfermería y programa de petición de dietas).

Material y métodos: Se analizaron todos los pacientes ingresados el 20/01/2011 en la sala de Neurociencias, cuyo nivel de consciencia permitía el cribado de disfagia. Se valoró la disfagia mediante el Método de Exploración Clínica de la disfagia Volumen-Viscosidad (MECV-V) y el riesgo nutricional mediante el Nutritional Risk Screening (NRS-2002). Se registraron: peso, talla, cribado de disfagia y pauta dietética de los programas de documentos de enfermería, de la historia clínica, de prescripción facultativa y de petición de dietas.

Resultados: Se estudiaron 26 pacientes, 50% mujeres; edad: 63,5 ± 15,6 años. El peso constaba en un 42,3% de los pacientes y la talla en un 30,8%. El 46,2% de los pacientes presentaban disfagia según el MECV-V y el 65,4% riesgo de desnutrición. No se observaron diferencias en el riesgo nutricional entre los pacientes que presentaban disfagia y los que no la presentaban. La disfagia se había valorado previamente en el 66,9% de los pacientes estudiados (mediante el test del agua 30,8%, el MECV-V 7,7% y MECV-V más video-endoscopia posterior 15,4%). La disfagia estaba bien registrada en los documentos de enfermería en la mitad de los casos. Los facultativos habían reflejado la pauta dietética en el 53,8% de los pacientes que toleraban dieta vía oral y la modificación de la textura de la dieta, cuando era precisa, en un 35,7% de los casos. La textura indicada por los facultativos resultó correcta en un 33,3% de los casos. La dieta recogida en gráficas de enfermería era correcta en un 70,8% y la dieta solicitada al servicio de restauración en un 80,1% de los casos.

Conclusiones: La elevada prevalencia de disfagia y de riesgo nutricional en los pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos justifica su cribado sistemático. Se debería implementar el registro de peso y talla en los documentos de enfermería, así como la pauta dietética, incluyendo la textura, en las prescripciones facultativas. El elevado número de errores en la prescripción dietética obliga a plantearse la

idoneidad de reflejar dicho tratamiento en 3 documentos diferentes manejados por distintos profesionales.

P25 Uso del ultrasonido para la determinación de la densidad mineral ósea en estudiantes de la Diplomatura de Nutrición Humana y Dietética

Tristán Fernández JM¹, Lobo Támer G², Tristán Fernández A³, Tristán Tercedor R², Pérez de la Cruz A²

¹Universidad de Granada. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. ³Hospital Universitario San Cecilio.

Introducción: El calcáneo es una estructura ósea de alta actividad metabólica con respecto a la cortical del resto del esqueleto. Este hueso tiene una estructura trabecular muy alta (75-90%) lo que le imprime gran seguridad en los estudios por ello la medición de la densidad mineral ósea (DOM) en el calcáneo constituye un método idóneo para medir el riesgo de osteopenia y osteoporosis. Entre las ventajas de la densitometría ósea (DO) destaca su fiabilidad, facilidad de uso y determinación, inocuidad para el ser humano, carece de efectos secundarios.

Objetivos: Determinar mediante DO la DMO de un grupo de estudiantes. Valorar el estado nutricional mediante bioimpedancia eléctrica y antropometría.

Material y métodos: Se han incluido estudiantes de 3º curso de la Dipl. de NHyD. Nuestro análisis incluyó: Estudio de DMO: Medición del calcáneo por ultrasonido y obteniendo los siguientes parámetros: DMO (BUA), anchura del calcáneo, % esperado, T score y Z store. Estudio de composición corporal: Se valoró masa grasa y muscular, agua corporal, peso, talla, IMC. Antropometría: Se midió perímetros braquial, cintura, cadera y pliegues cutáneos tricipital, bicipital, abdominal, subescapular.

Resultados: El estudio se realizó en 215 estudiantes, el 77,7% eran mujeres, siendo la edad promedio de 22,9 ± 3,9 años. El 21,9% presentó osteopenia (2 de ellos varones) y el 1,4% osteoporosis. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre osteopenia e IMC y masa grasa (P < 0,001). Contrariamente a lo esperado se detectó más casos de osteopenia entre los menores de 25 años. El peso promedio en mujeres fue de 58,7 ± 1,6 kg y en varones de 71,8 ± 1,7 kg y el IMC de 22,1 ± 2,9 y 23,0 ± 2,4 kg/m², respectivamente. A continuación se presentan los resultados según nivel de mineralización ósea (MO) expresados en media y desviación estándar.

| Nivel MO | | Edad | Masa Grasa (kg) | Masa Magra (kg) | Agua (kg) | Zu | Tu | Peso (kg) | Talla (m) |
|--------------|----|------|-----------------|-----------------|-----------|-------|-------|-----------|-----------|
| Normal | X | 22,9 | 13,9 | 49,6 | 36,4 | 0,32 | 0,36 | 63,4 | 1,68 |
| | DE | 3,6 | 6,4 | 10,1 | 6,4 | 0,8 | 0,9 | 10,5 | 0,08 |
| Osteopenia | X | 22,5 | 12,3 | 43,7 | 32,1 | -1,22 | -1,3 | 55,8 | 1,62 |
| | DE | 3,4 | 4,8 | 8,4 | 4,1 | 0,5 | 0,5 | 9,3 | 0,067 |
| Osteoporosis | X | 29,7 | 13,1 | 41,2 | 30,2 | -1,84 | -2,15 | 54,3 | 1,64 |
| | DE | 15,0 | 6,4 | 1,9 | 1,4 | -0,05 | -0,03 | 0,72 | 0,09 |

Conclusiones: La osteopenia no es una patología subsidiaria de edades avanzadas, posiblemente ligada a la inactividad, hábitos alimentarios incorrectos. Proponemos para estudios posteriores determinar la actividad física y su conducta alimentaria, especialmente la ingesta de calcio y vitamina D.

P26 Valor pronóstico del IRN en pacientes críticos

Viña Pérez A, Nogales Mancera AI, López Martínez J, Camacho González M^aV

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Objetivos: El cálculo del IRN en el paciente crítico tiene como objetivos teóricos evaluar, de forma específica, el riesgo de morbimortalidad de la malnutrición, identificar y separar de forma individualizada las causas y consecuencias de la malnutrición y analizar el grupo de enfermos con mayor posibilidad de beneficiarse del soporte nutricional. Este estudio pretende (además de considerar el IRN como índice de estado nutricional) determinar la validez de su utilización como índice de riesgo al ingreso en pacientes críticos.

Material y métodos: Estudio prospectivo de cohortes en pacientes críticos adultos. Se valoraron: Variables antropométricas: peso, talla, IMC, edad, sexo. Variables bioquímicas: albúmina, prealbúmina, PCR Soporte nutricional: NPT, NE, Mixta Índice Naber para la determinación del IRN APACHE II. El trabajo se realizó a lo largo de dos años y medio y se recogieron los datos al ingreso, a las 48 horas y al 10^o día. El estudio estadístico se realizó comparando medias, desviación estándar y t-test de Student, coeficiente de regresión de Pearson.

Resultados: Se incluyeron 46 Pacientes con una edad comprendida entre 37 y 88 años y una mediana de 68. 24 Pacientes recibieron NPT, 16 NE y 6 N. Mixta. Mortalidad: 34,8% (16/46). Sin diferencia entre los distintos soportes nutricionales. APACHE II: 24 ± 9 ptos. La albúmina pasó de 2,5 ± 0,8 a 2,3 ± 0,7 g/dl, la prealbúmina de 11,9 ± 8,7 a 12,9 ± 7,5 mg/dl, la PCR de 167,6 ± 130,7 a 122,8 ± 133,6 mg/l, el IRN de 68,9 ± 21,5 a 63,7 ± 18,1, sin ser las variaciones significativas. Tampoco se apreciaron diferencias ligados al soporte nutricional. Los pacientes fallecidos mostraron mayor edad (p = 0,001), menor IRN al ingreso (p < 0,05), mayor APACHE II, tendencia a menor la albúmina basal y a menor IRN al 10^o día. Los valores de APACHE II y de IRN basal se correlacionaron linealmente.

Conclusiones: El IRN al ingreso del paciente en UCI resultó ser un buen parámetro pronóstico de mortalidad. En esta serie, fue superior al APACHE II con el que mantenía una buena correlación lineal. A lo largo del ingreso

en UCI fue perdiendo significación con independencia del soporte nutricional efectuado.

EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE NUTRICIÓN

COMUNICACIÓN ORAL

C1 Tasas de codificación de diagnósticos de desnutrición y procedimientos de soporte nutricional en un hospital general

Villalobos Gámez LJ^{1,3}, Del Río Mata J², González-Pérez C³, Martínez Reina A², Barranco Pérez J⁴, Lara Ramos CF³, García-Almeida JM¹

¹Equipo de Soporte Nutricional/UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ²Servicio de Documentación Clínica. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ³UGC de Farmacia Hospitalaria/Sección de Nutrición. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁴Servicio de Sistemas de Información. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Es sabido que la incidencia real de la desnutrición hospitalaria no concuerda con la registrada en CMBD. Su codificación, así como de los procedimientos terapéuticos para revertirla, inciden en el Índice de Complejidad (IC) y eficiencia del consumo de recursos del centro.

Objetivos: Describir las tasas de codificación de diagnósticos de desnutrición y procedimientos terapéuticos relacionados —según CIE-9— en nuestro hospital durante 2009 y 2010. Compararlas con las descritas para Andalucía durante el mismo periodo.

Tabla. Tasas de codificación

| % altas dadas | Andalucía | | Nuestro hospital | |
|--------------------------------------|-----------|---------|------------------|--------|
| | 2009 | 2010 | 2009 | 2010 |
| Año | 2009 | 2010 | 2009 | 2010 |
| Altas dadas | 558.819 | 543.994 | 20.805 | 20.555 |
| Diagnósticos (D) | 9,5 | 11,6 | 31,5 | 35,5 |
| Procedimientos (P)* | 21,2 | 21,4 | 46,8 | 51,5 |
| D + P | 3,5 | 4,6 | 24,7 | 26,8 |
| Alguno (D o P) | 26,8 | 28,4 | 53,6 | 60,2 |
| % Diagnósticos grado no especificado | 44,1 | 40,8 | 22,7 | 29 |

* No contabilizados los que recibieron Suplementos: 750 pacientes en 2009 y 1.125 en 2010.

Material y métodos: Plan de actuación conjunto entre UGC Endocrinología y Nutrición/Equipo de Soporte Nutricional, UGC Farmacia, Servicio de Documentación Clínica y Servicio de Sistemas de Información. Se utilizaron las siguientes herramientas de codificación: Informes de Alta y documentación de respuesta a Hojas de Consulta. Informe de Riesgo por Desnutrición (IRD) —programa INFORNUT®—. Analiza datos clínicos y ana-