

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-

líticos según "modificado" del acuerdo SENPE-SEDOM y nuestros propios algoritmos de orientación diagnóstica y terapéutica. Existe proyecto de mejora para su auto-codificación tras validación digital. Informe de Caso Nutricional al finalizar NPT —programa NUTRIDATA®— y Hojas de Tratamiento de pacientes en Unidades de Críticos. Codificados desde UGC Farmacia. Desarrollo informático local que, analizando los datos de prescripción volcados en la aplicación X-FARMA®, codifica todas las NPT, NP binarias ? 2000 ml, y NE ? 1000 kcal. Para el cálculo de las tasas de codificación se han utilizado los CMBD de nuestro centro y el global andaluz registrado en Servicio de Producto Sanitario del SAS. Se analizaron los códigos CIE-9 definidos en consenso SENPE-SEDOM.

Conclusiones: La coordinación inter-multidisciplinar del equipo, el carácter descentralizado de nuestro proceso, los acuerdos alcanzados y las herramientas utilizadas, mejoran las tasas de codificación hasta resultados muy por encima de la media andaluza; siendo tres veces superior en diagnósticos, dos en procedimientos y cinco en procedimientos vinculados a diagnósticos. Estos resultados contribuyen a ajustar al alza el IC hospitalario, con las repercusiones financieras consecuentes.

PÓSTERS

P27 Seguridad y efectividad en el tratamiento nutricional con nutrición parenteral

Arenas Villafranca JJ, Abilés J, Gómez Sánchez A, López Martín C, Garrido Siles M, Faus Felipe V
Hospital Costa Del Sol.

Introducción: La nutrición parenteral (NP) es un tratamiento de riesgo y requiere del abordaje de un equipo multidisciplinar que asegure la eficacia y seguridad de la misma mediante la detección y resolución de problemas. En nuestro hospital se ha creado un equipo de soporte nutricional con el propósito de diseñar un proceso seguro y eficiente. Las funciones del equipo incluyen: valoración nutricional de pacientes con indicación de NP, valoración criterios de indicación y retirada de la misma, monitorización diaria de balances hidroelectrolíticos, constantes vitales y manejo de las complicaciones mecánicas, metabólicas y hepáticas detectadas que están asociadas al empleo de NP.

Objetivos: Describir y analizar el proceso de soporte nutricional en cuanto a NP en un hospital de nivel 2 de 350 camas.

Metodología: Estudio retrospectivo durante 5 meses que incluyó a todos los pacientes en tratamiento con NP (excepto UCI, Hemodiálisis, Neonatología y Pediatría). Se recogieron datos relativos a la monitorización de la NP y al tratamiento de las complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (68% varones) con edad media de 58 ± 12 años. La mayor parte de las NP

pertencieron al servicio de Cirugía general (53%). El 28% de los pacientes tenía un buen estado nutricional, el 21% reveló desnutrición calórico-proteica moderada y el 9% severa. El 100% recibió aporte calórico-proteico adecuado a sus necesidades estimadas individualmente tras la valoración nutricional. Durante el periodo de estudio se realizaron 1050 NP (84% por vía central y 16% periférica). La duración media del tratamiento con NP fue de 15,25 días.

La tabla I detalla las complicaciones detectadas durante el seguimiento de la NP.

Tipo de complicaciones	% de pacientes
Alteraciones hepáticas relacionadas al uso de la NP	35%
Hiperglucemias (glucemia > 140 mg/dl)	24%
Hipertrigliceridemia (triglicéridos > 400 mg/dl)	5%
Alteraciones electrolíticas	16%
Complicaciones mecánicas de la vía	10%
Complicaciones infecciosas de la vía	9%

La tabla II muestra las diferentes intervenciones del equipo de soporte nutricional.

Intervenciones	% de pacientes
Ajuste de sueroterapia	80%
Modificación de la composición de la NP	16%
– Reducción de calorías no proteicas	4%
– Reducción del aporte lipídico	7%
– Eliminación de lípidos	5%
Administración cíclica de la NP	11%
Adición de insulina a la NP	40%
Prevención del síndrome de renutrición	61%
Ajuste de la composición electrolítica de la NP en casos de alteraciones	16%
Modificación de la osmolaridad	4%

Conclusiones: La participación del equipo de soporte nutricional ha permitido incrementar la calidad, seguridad y efectividad asociada al empleo de la NP.

P28 Evaluación de la gestión de Nutrición Parenteral Periférica: Centralización en Farmacia vs estoc en planta

Berlana Martín D¹, Brandariz Nuñez D¹, Pérez Ricart A¹, Chicharro Serrano L², Sabin Urkia P¹, Burgos Pelaez R², Martínez Cutillas J¹, Puiggros Llop C², Terradas Campanario S¹, Josep Monterde J¹

¹Servicio Farmacia. Hospital Universitario Vall Hebron. ²Unidad Soporte Nutricional. Hospital Universitario Vall Hebron.

Objetivos: Evaluar el impacto de centralizar la gestión y el seguimiento de Nutrición Parenteral (NP) desde el Servicio de Farmacia (SF) y la Unidad de Soporte Nutricional (USN) en un hospital universitario de tercer nivel.

Métodos: Estudio ambispectivo comparativo de utilización de NP periférica (NPP) dispensada desde estoc de planta o gestionada por el SF y la USN durante dos periodos de idéntica duración (60 días): uno previo a la centralización de NPP (con NPP estoc de planta) y el

otro posterior al mismo. Se registra edad, sexo, unidad de hospitalización, días de ingreso, días NPP, diagnóstico, indicación y para los pacientes con ≥ 5 días de NPP, parámetros analíticos: hemograma y bioquímica. Se definen dos complicaciones como indicadores de seguimiento en pacientes > 4 días de NPP: hiperglucemia (> 150 mg/dl) y hipertriglicéidemia (> 350 mg/dl). Para el estudio estadístico, se realiza análisis descriptivo, se construyen tablas de contingencia y se establecen diferencias con el test de ji-cuadrado.

Resultados:

- Primer periodo (con NPP estoc de planta):
 - NPP Total: 677 NP en 170 pacientes (duración media 4 ± 10 días, rango 1-18; NPP > 4 días: 57 pacientes).
 - NP centralizado: 112 seguimiento por USN y SF (1.183 NP).
- Segundo periodo (seguimiento SF y USN):
 - NPP total: 218 NP en 63 pacientes.
 - NPP > 4 días: 26 pacientes (122 NP, duración media 5 ± 3).
 - NP total: 1.305 NP en 128 pacientes.
- Episodios de hiperglicemia: Primer período 28,2% días de NP vs 24,5% días de NP (Segundo período) $p > 0,05$.
- Episodios de Hipertriglicemia: Primer período 2,9% días de NP vs 1,1% días de NP (Segundo período) $p > 0,05$.
- Diferencia número NP: primer período (677 + 1.183 = 1.860 NP), segundo período 1.305 NP.

Conclusiones: La centralización y seguimiento de NP, incluyendo NPP, dio lugar a un menor consumo de NPP que puede ser debido a una mejor adecuación a las indicaciones establecidas por las guías clínicas, propiciando un mejor control nutricional y menores costes.

P29 Diagnósticos y procedimientos nutricionales: ¿Información codificada completa y correctamente? ¿Como afecta a la asignación de GRD?

Cánovas Gaillemín B¹, Moreno Segura G¹, Luque Pazos A¹, Llamazares Iglesias O¹, Sastre Marcos J¹, Vicente Delgado A¹, Curiel Iglesias B², López López J¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Salud. ²Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Virgen de la Salud.

Objetivos: 1) Comprobar el registro del diagnóstico y procedimiento nutricional en los informes de alta de los pacientes evaluados por la Unidad de Nutrición. 2) Valorar cambios en el GRD de estos pacientes si se codificaran ambos.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo, partiendo de los informes al alta de los

pacientes valorados por la Unidad de Nutrición durante el año 2009 y se analizaron los registros del CMBD 2009 correspondientes a esos episodios (grupo A). Posteriormente se añadieron los diagnósticos y procedimientos nutricionales y se recodificaron con CIE-9-MC, versión del año 2008 (grupo B). Se procesaron los dos grupos con el Agrupador AP- GRD versión 23.0, de 3 M.

Resultados: Se incluyeron 162 pacientes, 59,5% varones y 40,5% mujeres, con edad media de $63,69 \pm 17$ DS. Un 12,5% estaban normnutridos o desnutridos levemente, un 45,9% con desnutrición moderada-severa, un 36,3% desnutrición proteica y un 4,8% obesidad. El 48,2% recibió soporte nutricional enteral, 50% parenteral, y un 2,3% ningún soporte o suplementos orales. El diagnóstico nutricional figuraba solo en el 9% de los informes quirúrgicos y el 22% de los médicos; el soporte nutricional se recogía en un 10% de los quirúrgicos y un 28,2% de los médicos. Tras la recodificación se incorporan al grupo B, 375 códigos (40,3% diagnósticos y el resto procedimientos). Los casos del grupo A se agrupan en 67 GRD. En el grupo B aparecen 10 nuevos de grupos con complicaciones mayores.

Conclusiones:

1. Tanto el diagnóstico como los procedimientos nutricionales están ausentes en la mayoría de los informes clínicos de los pacientes valorados por nuestro Servicio.
2. El registro de dichos datos permitiría codificar la desnutrición según la CIE 9MC, repercutiendo en el algoritmo de creación de GRD hacia la asignación de grupos con complicaciones mayores.
3. El registro de los diagnósticos y procedimientos nutricionales mejoraría la calidad de nuestros sistemas de información hospitalaria y permitiría ver la repercusión de nuestra actividad clínica sobre los resultados hospitalarios globales en términos de efectividad, eficacia o calidad

P30 Prevalencia de la desnutrición y supervivencia en el paciente oncológico ambulatorio

Espejo Gutiérrez de Tena E, León Botubol A, Villalba Moreno AM^a, Pérez Moreno M^aA, Cotrina Luque J, Acosta García HL
Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la desnutrición en pacientes oncológicos ambulatorios que acuden al hospital a administrarse tratamiento quimioterápico y su impacto en la supervivencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio trasversal de cribado y valoración nutricional mediante entrevista con el paciente en marzo de 2011. Se reclutaron los pacientes que acudieron durante una semana a administrarse tratamiento quimioterápico al hospital de día de oncología. El

método de cribado empleado fue el cuestionario MUST, test rápido y sencillo. A los pacientes con puntuación en el screening previo mayor o igual a 2 se les realizó el test de Valoración Global Subjetiva (VGS-GP) para confirmar el riesgo nutricional. El resto de variables recogidas a partir de la historia clínica fueron: peso, talla, diagnóstico, tratamiento quimioterápico, variables bioquímicas (albúmina sérica o proteínas totales, colesterol) y variables funcionales relevantes. A los 6 meses, se revisaron de nuevo las historias para registrar los casos de exitus. Se analizaron los resultados según puntuación MUST, IMC, % pérdida de peso riesgo de desnutrición (VGS-GP) y supervivencia.

Resultados: Se entrevistaron 91 pacientes. El 32,9% (30) obtuvieron una puntuación en el cuestionario MUST igual o mayor a 2 (riesgo nutricional), los cuales completaron la entrevista con el cuestionario VSG-GP para confirmar los casos. El resultado tras la entrevista VGS-GP fue: sin riesgo o desnutrición leve 68,1% (62); desnutrición moderada 11% (10); desnutrición grave 20,9% (19). La prevalencia de desnutrición fue de un 31,9% (29). La mortalidad a los 6 meses fue de un 16,1% (10) en pacientes con buen estado nutricional, de un 40% (4) para pacientes con desnutrición moderada y de un 26,3% (5) en pacientes con desnutrición grave. La prevalencia de desnutrición en pacientes mayores de 70 años fue de un 52,9% (9/17) y de los mayores de 60 años un 40% (16/40) presentaban desnutrición moderada o grave. El resto de variables analizadas no mostraron resultados relevantes.

Conclusiones: Se observa una alta prevalencia de desnutrición en pacientes oncológicos y un gran impacto en la mortalidad. Existe una relación importante entre la edad y el estado nutricional aumentando el riesgo de desnutrición en pacientes mayores de 70 años. Se debe realizar una detección precoz así como una intervención en casos de riesgo alto de desnutrición para mejorar la evolución y la calidad de vida de estos pacientes.

P31 La suplementación nutricional como contribución al ahorro económico hospitalario

Gómez Sánchez M^aB, García-Talavera Espín NV, Monedero Saiz T, Zomeño Ros AI, de San Eustaquio Tudanca F, Nicolás Hernández M, González Valverde M, Gómez Ramos M^aJ, Sánchez Álvarez C

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos:

- Conocer los GRDs de cada paciente y la estancia media de los diferentes grupos del estudio.
- Hallar el importe de cada GRD por la estancia media.
- Comparar el coste económico entre grupos

Material y métodos: Los programas de nutrición preoperatoria en pacientes con neoplasias del tracto digestivo empiezan a ser habituales en los Servicios de Cirugía

General. Los beneficios clínicos parecen evidentes pero los efectos a nivel económico-gerencial han sido poco estudiados. Se valoró nutricionalmente (método CONUT) a 85 pacientes antes de ser operados por cáncer gastrointestinal. Los pacientes que resultaron estar normonutridos (NN) recibieron consejo dietético. Los malnutridos se sometieron a una aleatorización: una parte también recibió consejo dietético (Grupo Desnutridos No Suplementados-DNS) y el resto, además de obtener consejo dietético, tomaron 7 días antes y después de la intervención 3 brik/día de nutrición enteral (NE) inmunomoduladora con arginina, omega-3 y antioxidantes (Grupo Desnutridos Suplementados-DS). Posteriormente el Servicio de Documentación de nuestro hospital averiguó el GRD y la estancia media de cada paciente y junto a los datos del Ministerio de Sanidad (estancia media de los GRDs [2010] y tarifas de los GRDs [V25,2008] se calculó el coste de cada GRD por estancia media en DS, DNS y NN, averiguando así el gasto económico en cada grupo.

Resultados: Los resultados muestran una reducción de la estancia media de 8 días en DS respecto a DNS. Teniendo en cuenta la estancia media de cada GRD y para un total de 11 tipologías de GRDs se obtuvo que el porcentaje de ahorro económico de los DS respecto a DNS fue de un 25,18%. Además, el grupo DNS (26 pacientes) supone un coste total por estancia de 525.708,03 €; si hubieran tomado la suplementación nutricional se podría haber generado un ahorro de 132.373,28 € (25,18%) según nuestros cálculos. El coste de 42 brik de NE que como máximo pudieron tomar cada paciente DS fue de 168€, que multiplicado por 26 (DNS) supone un coste total de 4.368 €. Por tanto, el tratamiento inmunomodulador de coste 4.368 € en 26 pacientes conseguiría un ahorro de 132.373,28 €, o lo que es lo mismo, 168 € de NE inmunomoduladora/paciente supone un ahorro de 5.091,28 €.

Conclusiones: La NE inmunomoduladora y el consejo dietético pre/post-intervención contribuyen a conseguir un ahorro importante en el coste sanitario sin mermar la calidad y el servicio asistencial, sino mejorándolo al conseguir una reducción de la estancia hospitalaria.

P32 Relación entre la alerta nutricional CONUT y la mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria y el peso del GRD, en el hospital Universitario de la Princesa

González-Madroño Giménez A, Rodríguez Salvanés FJ, Fernández Jiménez G, Mancha Álvarez-Estrada A, Díaz A, De Ulíbarri Pérez JI

Hospital Universitario de La Princesa.

Objetivos: Estudiar la relación que existe entre la Alerta Nutricional CONUT y la mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria y el peso del GRD, así como la capacidad del método para controlar la evolución.

Material y métodos: estudio retrospectivo en el que se analizan las bases de datos del CMBD correspondientes a los años 2006-2008, junto con las bases de datos de laboratorio, que incluyen los parámetros necesarios para realizar el CONUT (albúmina, colesterol y linfocitos), que asigna tres niveles de alerta nutricional (baja, moderada y alta). En los pacientes que tienen recogidos los parámetros anteriores, se realizan dos mediciones del CONUT, al ingreso y al alta. La relación entre la mortalidad y el CONUT se estudia mediante tablas de contingencia, la prueba del Chi Cuadrado y regresión logística. La relación entre el CONUT y tiempo de estancia en días y el peso del GRD se estudia mediante ANOVA y regresión lineal.

Resultados: De los 52.267 ingresados, el 49,5% (25.896) tenía registrados los parámetros mencionados al ingreso y el 23,7% (12.374) también al alta. El 62% de los pacientes tienen al ingreso una alerta nutricional baja, moderada el 29,1 % y alta el 8,9%. El 43,1% presentan una evolución negativa de su alerta nutricional. La tasa de mortalidad fue 3,7%, 10,8% y 22,4%, el peso medio del GRD (SD) fue 2,41 (3,13)/ 2,61 (3,01)/ 3,20 (3,60) y la duración de la estancia en días (SD) 13,2 (15,2)/ 15,5 (16,6)/19,9 (20,5) para los tres grados de alerta nutricional, respectivamente. Encontramos una mortalidad del 17,2% entre los pacientes con evolución negativa de la alerta nutricional frente al 2,5% de los que evolucionan positivamente. En todos los casos se observa un aumento significativo de las tasas/medias a medida que aumenta el grado de alerta CONUT ($p = 0,000$). Las Odds Ratio (IC95%) de mortalidad para la alerta moderada y alta frente a la alerta baja fueron 3,2 (2,8-3,5) y 7,6 (6,7-8,6) respectivamente. El riesgo aumenta a 8,24 (6,97-9,73) en aquellos con evolución negativa del CONUT. Los resultados de la regresión lineal para la estancia son: β valor = 2,9 ($p < 0,0001$), y para el peso del GRD: β valor = 0,32 ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Se constata una vez más que la mortalidad, tiempo de estancia y peso del GRD aumentan cuando empeora el estado nutricional controlado por este sistema, que permite detectar precozmente la desnutrición y seguir automáticamente su evolución.

P33 Concordancia entre 4 test de screening nutricional (VSG, NRI, NRS 2002 Y CONUT) en pacientes ingresados en el área de Cirugía General

Llamazares Iglesias O, Cánovas Gaillemín B, Moreno Segura G, del Val Zaballos F, Luque Pazos A, Peña Cortés V, Sastre Marcos J, López López J

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Toledo.

Objetivos: Conocer la prevalencia de desnutrición y las características de los pacientes al ingreso en el servicio de cirugía general. Valorar la concordancia de 4 test de

screening nutricional (Nutritional Risk Screening 2002, Valoración Subjetiva Global, Nutritional Risk Index y CONUT) en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 102 pacientes no intervenidos, valorados en los 7 primeros días de hospitalización en el servicio de Cirugía General. Se recogieron datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos necesarios para completar los test de screening, además del tiempo de ingreso, diagnóstico principal y comorbilidades. Se realizaron los 4 test a todos los pacientes. La valoración del estado nutricional se clasificó en desnutrición 1: normal-leve, 2: moderada, 3: severa.

Resultados: El 59,8% eran varones con edad media de $61,8 \pm 18,0$ años. El tiempo medio de ingreso fue de $13,2 \pm 10,6$ días. El 57,9% tenían pérdida de peso. Un 77,5% tuvieron alteraciones en la ingesta con una media de $12 \pm 29,7$ días. La dieta del 30,4% fue sólida en menor cantidad y 36,3% permanecieron en ayunas al menos 1 día. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue colecistitis aguda (29,5%). La prevalencia de desnutrición, considerando moderada y severa, se encuentra entre un 20,5% y 71,5% según el test utilizado. La concordancia entre los 4 test es leve ($\kappa: 0,18$ $p < 0,05$).

Conclusiones: Existe una gran diferencia en la prevalencia de desnutrición según el test utilizado debido a la escasa concordancia entre ellos. El test más discordante es el CONUT por lo que probablemente no debería utilizarse como test único de screening. La mejor correlación se encuentra entre NRS 2002 y VSG.

P34 Repercusión económica de la desnutrición hospitalaria y del soporte nutricional en el peso medio de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)

Lobo Tamer G, Pérez de la Cruz A, Navarro Espigares JL, Fernández Valdivia A, Luna López VE, Machado Ramírez M^aJ, Castillo García Y

Hospital Universitario Virgen de Las Nieves.

Introducción: Estudios previos revelan que la prevalencia de desnutrición en nuestro hospital es del 45,9%^{1,2}, la desnutrición no sólo contribuye a estancias prolongadas, mayor frecuencia de complicaciones, empeoramiento de la situación inicial, sino también un aumento de los gastos hospitalarios. Su codificación tiene una repercusión económica abrumadora, transformando el GRD a otro más complejo aumentando su peso medio y complejidad.

Material y métodos: Para este estudio se han incluido pacientes hospitalizados en el primer trimestre (año 2011) y que presentaran al momento del ingreso algún grado de desnutrición y/o que recibieran soporte nutri-

cional (SN), Para realizar el análisis se consideraron los datos de codificación obtenidos a partir del informe de alta médico, utilizando para ello el programa de Codificación del Hospital. Para re-codificar el GDR, utilizamos el Software GRDFinder® de 3M, en el cual se registraron todos los diagnósticos y procedimientos que genera la hospitalización, añadiendo el SN correspondiente (en procedimientos secundarios) además de la desnutrición (en diagnósticos secundarios), generando nuevamente su GRD y su peso GRD, a partir de ello se obtuvo el nuevo coste del GRD.

Resultados: Durante el 1º trimestre se ha realizado el SN de 192 pacientes ingresados en los distintos servicios hospitalarios, 96 pacientes recibieron nutrición enteral (Código CIE-9: 96,6), 86 nutrición parenteral (Código CIE-9: 99,15), 20 pacientes con SN mixto, 45 pacientes presentaron algún grado de desnutrición. A partir del análisis de los datos aportados por el Servicio de Codificación, se comprobó que solamente se registró el SN en 44 pacientes y la desnutrición en cinco de ellos. Nuestro análisis arrojó los siguientes resultados:

	Edad (años)	Estancia media (días)	Coste GRD1	Coste GRD2
NPT	56,8	21,9	28.491.31	39.017.15
NE	71,1	19,3	6.592.56	16.133.35
SN Mixto	68,9	30,9	56.560.28	100.549.70
Desnutrición	70,3	28,0	39.780.27	54.101.61

En promedio se pierden 4.200,36 € por paciente, trasladando esta información a todos los pacientes que nuestra Unidad asistió, las pérdidas ascienden a 403.234,23 € al trimestre, cifras realmente alarmantes desde el punto de vista económico.

Conclusiones: Lamentablemente diagnósticos como la desnutrición no siempre se codifican, a pesar de que se reconoce por su médico durante la hospitalización, tampoco se codifica el SP, esto repercute en la calidad de la información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos y por tanto en la complejidad del Centro Hospitalario.

P35 Proceso INFORNUT: rendimiento para la mejora de la accesibilidad del paciente desnutrido al soporte nutricional. Dos años de evaluación

Villalobos Gámez JL^{1,2}, Márquez-Fernández E¹, Rioja Vázquez R², Ruiz Nava J², Bernal Losada O³, Domínguez Rivas Y¹, García-Almeida JM²

¹UGC de Farmacia/Sección de Nutrición. ²Equipo de Soporte Nutricional/UGC de Endocrinología y Nutrición. ³Servicio de Sistemas de Información.

Introducción: La desnutrición hospitalaria es un problema frecuente entre los pacientes que están ingresa-

dos en un hospital. Como cifras más aceptadas se da que entre el 30-50% de los pacientes hospitalizados la presentan. Esta alta prevalencia justifica la necesidad de la utilización de herramientas de cribado y detección precoz de los pacientes en riesgo de desnutrición, seguido de una valoración encaminada a su diagnóstico y plan terapéutico.

Objetivos: Cuantificar el rendimiento de la aplicación del sistema INFORNUT –en sus diferentes fases– a los ingresos con estancia mayor a tres días, durante los años 2008 y 2010 en el Hospital Virgen de la Victoria.

Material y métodos: Para la comprensión de los datos describiremos brevemente el proceso y programa INFORNUT. La primera fase consta de un filtro nutricional analítico (FILNUT-Escala), una segunda fase de incorporación de datos clínicos a la aplicación informática por parte de la enfermera o médico responsable de cada paciente a través de la realización de un test MUST –modificado–, y la obtención del consiguiente Informe de Riesgo por Desnutrición (IRD) que asigna una orientación diagnóstica y terapéutica según algoritmos incorporados al programa.

Resultados:

Año	N.º ingresos (estancia >3 días)	Cribados FILNUT-Escala (%/n.º)	Alarma de riesgo medio/alto (%/n.º)	Valorados MUST-modificado IRD (%/n.º)
2008	12.000	31,0/3.720	48,4/1.800	58,3/1.050
2010	13.270	27,3/3.620	50,6/1.830	52,1/954

Conclusiones:

1. El proceso INFORNUT presenta dos puntos críticos que disminuyen su rendimiento en las fases sucesivas de cribado y valoración. Para su mejora continua se han adoptado dos medidas a implementar en 2012:

- Al generar el ingreso hospitalario en el programa de admisión DIRAYA se producirá –de forma automática, impresa o digital, una petición de analítica de cribado nutricional.
- Vincular a incentivos de productividad de enfermería la realización del test MUST –modificado– en respuesta a la alarma de riesgo FILNUT-Escala para la obtención del IRD según el programa INFORNUT ..

2. Aún con sus limitaciones el proceso ha facilitado el acceso al diagnóstico de la desnutrición o al conocimiento del riesgo de padecerla, así como a la prescripción de los procedimientos y/o suplementos para

remediarla, alcanzando a más de 3.500 pacientes anuales.

P36 Ingesta proteica y riesgo de fractura osteoporótica

Martínez Ramírez M^aJ¹, Delgado Martínez A², Arraiza Irigoyen C¹, Chamorro Quirós J¹, Salcedo Crespo S¹, Moreno Carazo A¹, Martínez González MA³, Delgado Rodríguez M⁴

¹Complejo Hospitalario. Jaén. ²Hospital San Agustín. Linares (Jaén). ³Universidad de Navarra. ⁴Universidad de Jaén.

La relación entre salud ósea e ingesta proteica es controvertida. La dieta hiperproteica se asocia con hipercalcemia que aumentaría el riesgo de fracturas osteoporóticas. Contrariamente estudios recientes muestran el beneficio de dietas hiperproteica favoreciendo la formación ósea mediante síntesis directa de proteínas de la matriz, el estímulo de factores de crecimiento (IGF-1), disminuyendo además la sarcopenia del anciano y riesgo de caídas.

Objetivos: Analizar si dietas normoproteicas se asocian con el riesgo de fractura osteoporótica.

Métodos: Estudio de casos y controles de base secundaria. Los casos (n = 167) son personas ≥ 65 años que sufrieron una fractura osteoporótica. Los controles (n = 167), personas ≥ 65 años que no sufrieron fractura, se seleccionaron emparejados con los casos 1-1 según edad y sexo. La valoración dietética se realizó mediante cuestionario de frecuencia de consumo.

Análisis estadístico: Test de diferencia de medias (covarianza). Análisis categórico, con análisis convencional de Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95%, con análisis de tendencia, ajustando mediante análisis multivariable. Se valoró la ingesta de proteínas agrupando en categorías: a) los que consumían dietas con un contenido proteico 15% (referencia), b) los que consumían dietas con un contenido proteico 20% (referencia).

Resultados: Ver tabla I.

Tabla I. Análisis categórico. Odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95%

Ingesta de proteínas	Casos n (%)	Controles n (%)	OR (IC 95%) ^a	OR (IC 95%) ^b
> 15%	98 (58,68)	125 (74,85)	1 (referencia)	1 (referencia)
< 15%	69 (41,32)	42 (25,15)	2,35 (1,39-3,96)	2,86 (1,10-7,43)
Trend			p = 0,001	p = 0,03
> 20%	52 (31,14)	73 (43,71)	1 (referencia)	1 (referencia)
< 20%	115 (68,86)	94 (56,29)	1,77 (1,10-2,85)	1,85 (0,84-4,09)
Trend			p = 0,017	p = 0,115

^aAnálisis ajustado por edad. ^bAnálisis multivariable.

Conclusiones: Las dietas hipoproteicas se asocian con aumento del riesgo de fractura. Es aconsejable aumentar el consumo proteico por encima del 20% del VCT para disminuir el riesgo de fractura.

P37 Composición corporal analizada por Impedancia Bioeléctrica en adultos sanos de 18 a 90 años

Mateo Lázaro M^aL¹, Prieto Tenreiro A², Pencaho Lázaro M^aA², Berisa Losantos F¹, Plaza Bayo A¹

¹Servicio de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ²Servicio de Endocrinología, Nutrición y Dietética. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Conocer la composición corporal (CC) es importante en la valoración nutricional. El objetivo del estudio es determinar los valores de normalidad de la CC analizada por impedancia bioeléctrica (IB), para población sana entre 18 a 90 años.

Material y métodos: Población sana que aceptan participar voluntariamente. Se tallan, pesan y se analiza la CC mediante IB y la fuerza de la mano (FM) con dinamómetro. Se determinan; índice de masa corporal (IMC) kg/m², % grasa corporal (GC), masa libre de grasa (MLG en kg), índice de MLG (MLG /talla²) IMLG y FM (Kg). Se confeccionan tablas para hombres y mujeres con los valores medios y los percentiles para las diferentes variables y grupos de edad y la relación entre la FM y la MLG.

Resultados: Se recogen 660 casos, 315 hombres y 345 mujeres con edades entre 18 a 90 años. Los valores medios para hombres y mujeres respectivamente han sido: IMC: 29/28, %GC: 28/35,5, IMLG: 21/18. No hay ningún caso en hombres con IMC < 20 y 21 (6,1%) en mujeres. El IMC ≥ 30 es del 40,3% en hombres y del 33,7% en mujeres. El IMLG bajo (< 15 en mujeres) es de 11% y 4% respectivamente. Con criterios de caquexia (IMC < 21 + IMLG bajo) 1 hombre y 11 mujeres. Con criterios de sarcopenia (IMC ≥ 21 + IMLG bajo) 2 hombres 5 mujeres y con criterios de semidesnutrición (IMC < 21 + IMLG normal) hay 10 hombres y 26 mujeres. Para el conjunto la caquexia aparece en el 1,8%, la sarcopenia en el 1% y la semidesnutrición en el 5,4%. Con la edad el IMC, el %GC y el IMLG se incrementan para los dos sexos y desciende a partir de los 70 años. La FM sigue una evolución similar a la MLG y encontramos relación significativa en todos los grupos de edad a excepción de las mujeres ancianas.

Conclusiones: El 8% de la población presenta algún tipo de desnutrición y el 40% son obesos. La MLG y la FM siguen una curva de ascenso hasta la edad de 70 años y existe relación significativa entre ambas variables, por lo que consideramos que la FM puede ser útil en la valoración de la reserva muscular.

P38 Algoritmo diagnóstico para la detección precoz de alteraciones del estado de vitamina B12 en ancianos institucionalizados

Palacios G¹, Sola R², Castillo MJ³, Pietrzik K⁴, González-Gross M¹

¹Departamento de Salud y Rendimiento Humano. Facultad de CC de la Actividad Física y del Deporte (INEF). Universidad Politécnica. Madrid. ²Departamento de Hematología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ³Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. ⁴Institut für Ernährungs-und Lebensmittelwissenschaften. Humanernährung. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität. Bonn (Alemania). ⁵Departamento de Salud y Rendimiento Humano. Facultad de CC de la Actividad Física y del Deporte (INEF), Universidad Politécnica. Madrid.

Objetivos: Entre la población mayor se ha puesto de manifiesto la existencia de una alta prevalencia de déficit de folato y/o vitamina B12. Un diagnóstico precoz es esencial con el fin de evitar el deterioro cognitivo del anciano afectado. La determinación de la vitamina B12 en suero no siempre refleja el estado real del estado de B12 del paciente. Por otro lado, la homocisteína y la holo-transcobalamina son marcadores que presentan problemas de sensibilidad y especificidad. Y el procedimiento para cuantificar el ácido metilmalónico no está disponible de rutina en todos los laboratorios. El objetivo de este estudio es establecer un algoritmo diagnóstico utilizando una combinación de los marcadores anteriormente citados en lugar de usar determinaciones individuales, con el fin de aumentar la eficacia diagnóstica para la detección de alteraciones del estado de vitamina B12.

Material y métodos: Se comparó la eficacia diagnóstica del folato sérico y eritrocitario, holotranscobalamina, homocisteína y ácido metil malónico frente a la deficiencia de vitamina B12 mediante un estudio de curvas ROC en una población (n = 218) de mayores institucionalizados (media de edad 80 años). Para categorizar los individuos en los grupos con o sin alteraciones del estado de B12 se utilizaron datos bioquímicos, hematológicos y morfológicos.

Resultados: La mejor especificidad la presentó la determinación del folato eritrocitario y la del ácido metilmalónico (100% para ambos), sin embargo sus sensibilidades fueron muy limitadas (17% y 53%, respectivamente). La mayor sensibilidad fue observada en el caso de la determinación de homocisteína (81%) y del folato sérico (74%). Cuando se combinaron estos marcadores utilizando un algoritmo o árbol de decisiones, iniciando el proceso diagnóstico con la determinación del folato sérico y eritrocitario, seguido de la determinación de holotranscobalamina y terminando con el ácido metilmalónico, se alcanzó una sensibilidad del 100% y una especificidad del 90%.

Conclusiones: El algoritmo diagnóstico propuesto en este estudio, con el objetivo de detectar precozmente las alteraciones en el estado de la vitamina B12 en ancianos, utilizando una combinación de marcadores, mejora la sensibilidad y especificidad con respecto a la determinación de marcadores individuales.

P39 Cribado, valoración, intervención y seguimiento nutricional en un servicio de digestivo

Pérez Pons JC¹, Endrina Martín F¹, Mayol Covas I¹, Bravo Sánchez C¹, Mercadal Orfila B²

¹Servicio Farmacia. Hospital Son Llatzer. Palma Mallorca. ²Servicio Farmacia. Hospital Mateu Orfila. Menorca.

Objetivos: Detección de oportunidades de mejora durante el soporte nutricional en pacientes ingresados en un servicio de digestivo.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo de 21 días en el que se cribó (NRS2002) al 100% de los pacientes durante las primeras 24-48 h del ingreso. Los que obtuvieron un cribado positivo se les realizó una valoración nutricional (MNA en ≥ 65 años y VGS en Las intervenciones nutricionales se registraron como recomendaciones dietéticas y/o necesidad de nutrición artificial.

Resultados: Se evaluaron 53 pacientes (36 hombres) con edad media de 59 ± 11 años (Rango = 26-92) y una estancia media de $6,5 \pm 3,4$ días (Rango = 1-22), con cribado positivo en el 34% (n = 18), de estos, a un 72,2% se les realizó el MNA (5 con riesgo de malnutrición, todos con edad > 75 años y 8 con malnutrición) y a un 27,8% la VGS (1 con malnutrición severa [estado C] y 4 moderadamente malnutridos [estado B]). Al 13,2% con cribado negativo previo se les realizó una reevaluación semanal, todos con resultado negativo, el resto (52,8%) se contabilizó como pérdidas debido a estancia hospitalaria. Los motivos de ingreso fueron: 19% coledocolitiasis, 17% hemorragia digestiva alta, 13% pancreatitis aguda, 11% hepatitis alcohólica, 7% hepatocarcinomas, 6% hepatitis víricas y 27% miscelánea. Se realizaron 16 intervenciones nutricionales: 9 recomendaciones dietéticas adaptadas a la patología y 7 con necesidad de nutrición artificial (3 con suplementos orales, 2 con nutrición parenteral total, 1 con nutrición parenteral binaria complementaria y 1 con nutrición enteral). En la aplicación del plan nutricional se observó un 100 % de adhesión, aunque en los pacientes con suplementos orales se detectó una baja e irregular administración de las tomas. A 38 pacientes se les realizó el test KIDMED con adherencia alta (79%), media (18%) y baja (3%).

Conclusiones: Se observó una elevada adhesión a la dieta mediterránea, no evidenciando coincidencia aparente entre esta y el riesgo nutricional. Se detectaron las

siguientes oportunidades de mejora: Intervención precoz en las primeras 24 h del cribado positivo. Educación nutricional durante el ingreso en > 75 años, garantizando un aporte mínimo con suplementos nutricionales. Concienciar al personal sanitario de la importancia de la nutrición durante el ingreso, incidiendo en la toma de los suplementos pautados.

P40 La insatisfacción corporal y la alteración de la imagen corporal como condicionantes de comportamientos alimentarios en población universitaria española con normopeso

Rodríguez Martín A¹, Wanden-Berghe C^{2,3}, Novalbos Ruiz JP¹, Martínez de Victoria E⁴, García González Á⁵, Alonso M⁶V⁶, Márquez S⁷, Vila A⁸, Tur P⁹, Jiménez Rodríguez A¹⁰

¹Universidad de Cádiz. ²Universidad CEU Cardenal Herrera. ³Hospital General Universitario de Alicante. ⁴Universidad de Granada. ⁵Universidad CEU San Pablo. ⁶Universidad de Vigo. ⁷Universidad de León. ⁸Universidad de Vic. ⁹Universitat de les Illes Balears. ¹⁰Universidad de Sevilla.

Objetivos: Valorar en estudiantes universitarios españoles con normopeso la relación entre autopercepción de su imagen corporal y grado de satisfacción con la misma y su influencia en la presencia de alteraciones del patrón alimentario, seguimiento de dietas, modificación de estilos de vida.

Material y métodos: Estudio transversal sobre 1.235 estudiantes universitarios de ciencias de la salud de 18-24 años adscritos a nueve universidades españolas. Diseño muestral de error fijo, estratificado según curso y facultad. Se recogió antropometría, hábitos alimentarios, estilos de vida, ingesta dietética, calidad de vida, satisfacción corporal.

Resultados: El 54% de las mujeres presenta una percepción adecuada de su peso, frente al 74% de varones. Consideran su peso excesivo el 25% de éstas y el 8% de los varones; éstos creen que su peso es insuficiente en un 15% frente al 2% en la mujer. Existe una diferencia significativa en la insatisfacción con su peso corporal entre mujer y hombre (40% frente al 18%). Este hecho se confirma con el BSQ, siendo la insatisfacción en las mujeres de un 42%, y en el varón de un 7%. Varones y mujeres presentan patrones diferentes; la mujer quiere estar más delgada y el hombre quiere incrementar su peso posiblemente a partir de mayor masa y volumen muscular. La frecuencia de dietas cuando existe insatisfacción con la imagen corporal afecta al 75% de los jóvenes. Los estudiantes con normopeso siguen una alimentación con un número de raciones inferiores al patrón alimentario aconsejado, predominando en la mujer el consumo de verduras, frutas, bebidas bajas en calorías y agua, y en el hombre carnes y pescados, legumbres,

cereales, grasas, alcohol y precocinados, y un alto consumo de suplementos proteicos (4,5% frente al 0,5% en la mujer). Mediante correlación de Spearman se observa como al aumentar la alteración de la percepción de la imagen corporal, se incrementa la valoración excesiva del joven con su peso corporal, mas en la mujer que en el hombre (72,7% frente al 61,5%), mayor seguimiento de dietas (57% frente al 45,5%) e incumplimiento de las raciones según el patrón alimentario aconsejado.

Conclusiones: Se requieren intervenciones que insistan en el fomento y promoción de hábitos alimentarios saludables, teniendo en cuenta como importantes condicionantes la percepción y satisfacción con la imagen corporal.

P41 Impacto de la implementación de un test de cribado de disfagia en un hospital general

Sagalés Torra M1, Cocho D1, Priegue M1, Núria Soler N1, Pilar Mas P1, Grupo de Trabajo de Disfagia 1, Grupo de Trabajo de Disfagia Aloy A, Bao P, Cobo M, Homs I, Melià S, Perez G, Pou M, Pujol G, Sabaté R, Serra J, Tantiñà S
Hospital General de Granollers.

Introducción: La disfagia conlleva una alta morbi-mortalidad, multiplicando por seis el riesgo de neumonía y por dos la mortalidad. Habitualmente se aplican test de despistaje en unidades especializadas como las Unidades de Ictus, pero no de forma generalizada en todo el hospital, a pesar de que la disfagia puede afectar a más del 40% de los pacientes hospitalizados.

Objetivos: Implementar un test de cribado de disfagia, realizado por enfermería, en un hospital general y evaluar su impacto en el diagnóstico de la disfagia.

Material y métodos: El estudio se realizó en un hospital de segundo nivel, con una población de referencia de 245.000 habitantes. En el año 2008 una comisión multidisciplinaria (enfermeras, logopeda, médico rehabilitador, neurólogo, geriatra, farmacéutico, otorrinolaringólogo y dietista) estableció las recomendaciones para identificar los grupos de riesgo, el protocolo diagnóstico y terapéutico a seguir en el caso de detectar un caso con disfagia. Se seleccionó el test 2 volúmenes/3 texturas por su alta fiabilidad y fácil aplicación a nivel hospitalario. Para la implementación del protocolo se realizaron sesiones informativas tanto a nivel hospitalario como en los diferentes servicios, dípticos informativos y sesiones de entrenamiento a enfermería. Se analizó retrospectivamente el número de pacientes con diagnóstico al alta de disfagia en el año 2008 (antes de la implementación del protocolo) y en el año 2011 (tras la implementación).

Resultados: En el año 2008 el diagnóstico de disfagia al alta hospitalaria constaba en 93 pacientes, 43 de los cuales entraron en el programa de nutrición enteral

domiciliaria para el suministro de módulos espesantes. En el año 2011 (hasta 15 de diciembre) el diagnóstico de disfagia al alta constaba en 258 pacientes, 226 de los cuales entraron en el programa de nutrición enteral domiciliaria para el suministro de módulos espesantes.

Conclusiones: La disfagia es una entidad infradiagnosticada e infratratada a nivel hospitalario. La implantación de un test de despistaje de disfagia en nuestro hospital ha permitido aumentar en más de un 200% el número de pacientes diagnosticados de disfagia. El diagnóstico precoz de disfagia favorece la adaptación de la dieta del paciente evitando complicaciones, que pueden ser graves como la broncoaspiración. Futuros estudios permitirán evaluar su influencia en la morbi-mortalidad hospitalaria].

P42 Protocolización de la prescripción de nutrición parenteral en un Servicio de Cirugía

Villa Rubio A, Gallego Galisteo M, Ávila Álvarez JR1, Roldán Morales JC, Campos Dávila E, Márquez Fernández E
Hospital Sas La Linea.

Objetivos: Evaluar el impacto de la instauración de un protocolo de prescripción de Nutrición Parenteral en un Servicio de Cirugía.

Material y métodos: El protocolo de prescripción de Nutrición Parenteral (NP) fue implantado en el Servicio de Cirugía en Septiembre de 2010. Para efectuar el cálculo y análisis de su impacto se procedió a comparar retrospectivamente el perfil de prescripción y consumo de NP antes (Junio de 2010) y después (Junio de 2011) de dicha implantación. Las variables medidas en ambos periodos incluyeron el número de nutriciones parenterales totales (NPT) y periféricas (NPP) prescritas, indicación terapéutica, duración de la NPP y coste asociado.

Resultados: En Junio de 2010 se prescribieron 24 NP (18 periféricas y 6 totales), constituyendo un consumo de 205 preparaciones nutricionales en dicho periodo. La indicaciones que con más frecuencia precisaron de soporte nutricional parenteral incluyeron: obstrucción intestinal en el 16,7% (4), cáncer de colón, pancreatitis aguda o diverticulitis en el 12,5% (3), desnutrición severa, colecistitis aguda, úlceras no gastrointestinales, alzheimer o complicaciones en el postoperatorio gástrico en el 8,3% (2) y perforación gastrointestinal, gangrena de fournier o absceso intrabdominal en el 4,2% (1). La duración media de las NPP instauradas fue de 11 días, contando el 55,5% (10) con una duración superior a 7 días, el 22,2% (4) entre 5-7 días y el 22,2% (4) inferior a 5 días. En Junio de 2011 se prescribieron 9 NP (7 periféricas y 2 totales), lo que supuso un consumo de 72 preparaciones nutricionales en dicho periodo. La indicación más frecuente fue obstrucción intestinal en el

44,4% (4) de los casos, seguido por desnutrición severa en el 33,3% (3) y por complicaciones en el postoperatorio gastrointestinal en el 22,2% (2). La duración media de las NPP fue de 7 días, contando el 22,2% (2) con una duración superior a 7 días, el 66,6% (6) entre 5-7 días y el 11,1% (1) inferior a 5 días. El coste del soporte nutricional parenteral en Junio de 2010 fue de 4.129,94 €, descendiendo a 1.143,62 € en el mes de Junio de 2011.

Conclusiones: La implantación del protocolo de prescripción de NP en el Servicio de Cirugía evidenció una modificación en el perfil de prescripción, observándose:

- La adecuación a las indicaciones clínicas del soporte nutricional parenteral (guías ESPEN Y ASPEN).
- Una reducción del 62,5% en el número de nuevas prescripciones.
- Una reducción del 72,3% del coste de preparaciones de NP/mes.

FARMACIA

COMUNICACIÓN ORAL

C2 Estabilidad fisicoquímica de la ceftriaxona intravenosa administrada en "Y" con la nutrición parenteral total y periférica en adultos

de Pourcq JT¹, Fonts Serra N¹, Garín Escrivá N¹, Cardenete Ornaque J¹, Pujol Vilmié MD², Petit D¹, Estalrich Latràs J³, Cardona Pera D¹, Mangues Bafalluy MA¹

¹Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. Barcelona. ²Departamento de Química Farmacéutica. Facultad de Farmacia. Barcelona. ³Departamento de Físico-Química. Facultad de Farmacia. Barcelona.

Objetivos: Estudiar la estabilidad fisicoquímica de ceftriaxona en la emulsión resultante al administrarse en "Y" con nutrición parenteral total (NPT) y nutrición parenteral periférica (NPP) formulada con tres fuentes lipídicas diferentes.

Material y métodos: Composición de la NPT: 14 g N2, 200 g glucosa, 70 g lípidos (Lipofundina MCT/LCT® 20%, Smoflipid® 20% o Clinoleic® 20%), electrolitos (K+: 36,3 mEq/L; Ca2+: 4,8mEq/L; Mg2+: 5,2 mEq/L; fosfato: 7,3 mmol/L; Na+: 20,3 mEq/L y acetato: 26 mEq/L), oligoelementos y vitaminas. Volumen final de 1.925 mL (velocidad: 80 mL/h) Composición de la NPP: 10 g N2, 100 g glucosa, 50 g lípidos (Lipofundina MCT/LCT® 20%), electrolitos (K+: 27,2 mEq/L; Ca2+: 3,6 mEq/L; Mg2+: 3,9 mEq/L; fosfato: 5,5 mmol/L; Na+: 15,6 mEq/L y acetato: 19,4 mEq/L), oligoelementos y vitaminas. Volumen final de 2575mL (velocidad: 107 mL/h) Se simulon condicio-