

se efectuó en todos los pacientes que ingresaron en el período de estudio. Aquellos con resultado positivo fueron valorados nutricionalmente y completaron un recordatorio de 24 h, revisado posteriormente por la Unidad de Nutrición. Tras la evaluación, se decidieron las modificaciones pertinentes: ajuste de dieta, cambio de dieta o soporte nutricional artificial (SNA). La valoración de la ingesta se repitió a los 7 días en los pacientes que continuaban hospitalizados.

**Resultados:** Se valoraron 22 pacientes (54,5% mujeres), con una edad media de 66,5 años (DE 16,1). Los motivos de ingreso más habituales fueron: estadificación, tratamiento o complicaciones de la enfermedad. El cribado fue positivo en 18,8% de los casos, y en todos ellos la dieta pauta era nutricionalmente suficiente; pero la ingesta no era completa (2 comían casi todo, 1 la mitad y 2 casi nada). En la valoración nutricional, todos mostraban desnutrición mixta moderada-grave. Los cambios terapéuticos requeridos comprendieron ajustes o cambio de dieta en 2 casos e inicio de SNA (suplementos orales) en los otros 2. Con la intervención se consiguió un aumento medio en la ingesta de 688,3 Kcal a los 7 días.

**Conclusiones:** La implantación de un método de cribado nutricional en Hematología permite detectar precozmente pacientes con malnutrición o riesgo. De esta manera se podrán instaurar medidas terapéuticas tempranas que eviten su deterioro y ayuden a mejorar su evolución en el ingreso.

## PEDIATRÍA

### PÓSTERS

#### **P110 Evaluación del Soporte Nutricional del Recién Nacido de Bajo Peso**

Cantudo Cuenca M<sup>D1</sup>, De León Gil A<sup>2</sup>, Caba Porras M<sup>A1</sup>, Alcalá Sanz A<sup>1</sup>, Gutiérrez Nicolás F<sup>2</sup>, González Carretero P<sup>2</sup>, Fraile Clemente C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario de Jaén. <sup>2</sup>Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria.

**Objetivos:** Describir las características del soporte nutricional de los recién nacidos pretérmino (RNP) de bajo peso y analizar si los aportes nutricionales cumplen con las recomendaciones establecidas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo del periodo enero-agosto 2011 de los RNP con peso inferior a 1.500 gramos en dos hospitales terciarios. Se recogieron los aportes de macronutrientes (g/kg/día) y calorías tanto por vía intravenosa: sueroterapia y nutrición parenteral (NP) como nutrición enteral (NE): leche materna, fórmu-

las prematuros, fortificantes, los días 1, 3, 5, 7, 14, 21 y 28 de vida. Los datos se compararon con las guías ESPGHAN 2005 y ASPEN 2005.

**Resultados:** Se registraron 31 pacientes (43 RNP y 12 exitus). La mayoría (93%) recibieron soporte nutricional el primer día (NP o NE), el 87% recibió NP exclusivamente, un paciente NE y al 22% se le administraron ambos. El 93% de los RNP inició tolerancia con NE antes del 5º día. Transcurrida una semana, la NE supuso un aporte calórico medio del 48%; sustituyendo progresivamente a la NP, esta solo se mantuvo en dos niños a día 28. El 58% de los niños alcanzó en la primera semana las 105 kcal/kg/día recomendadas (105-130 kcal/kg/día), el 75% a las 2 semanas y el 89% a los 28 días. El 81% alcanzó a la semana el aporte mínimo de carbohidratos (8,6 g/kg/día), sin ser suficiente para cubrir los requerimientos calóricos. Los aportes de glucosa el día primero fueron: 6,70 ± 1,67 (media ± desviación estándar); el 14: 12,78 ± 2,95; el 28: 13,78 ± 3,56. El 90% llegó al 3º día a los requerimientos proteicos (2,5-4 g/kg/día); pero a partir de la semana de vida disminuyó ese porcentaje; así el día 28 el aporte fue: 2,79 ± 0,75. Todos los pacientes cumplieron con los requerimientos de lípidos, teniendo en cuenta que estos varían en función de si la ingesta mayoritaria era NP (3-4 g/kg/día) o NE (5-7 g/kg/día).

**Conclusiones:** En los RNP, la nutrición se comienza de forma temprana combinando NP con inicio de NE en cantidad mínima tolerada para mantener el estímulo intestinal. Estabilizada la progresión de nutrientes en la primera semana, la mayor parte de los pacientes cumplen con las recomendaciones en cuanto a proteínas y lípidos, pero solo el 58% alcanzan las calorías mínimas. Cuando el soporte nutricional mayoritario es la NE, los requerimientos proteicos mínimos recomendados no se alcanzan.

#### **P111 Incidencia y tratamiento del quilotórax en pediatría**

Feal Cortizas B, Fernández Gabriel E, Seco Vilariño C, Yáñez Gómez P, Sánchez Rodríguez B, Martín Herranz I  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**Objetivos:** Analizar la incidencia, causas, tratamiento y consecuencias del quilotórax, en la población pediátrica en un hospital de nivel terciario.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Período: enero 2000-noviembre 2011. Criterios de inclusión: pacientes pediátricos con diagnóstico de quilotórax (episodios registrados en el Servicio de Codificación como "Trastornos no Infecciosos de Canales Linfáticos"). Fuente de datos: historia clínica informática y bases de datos del servicio de farmacia (dispensación a pacientes externos y nutrición parenteral). Datos recogidos: edad, sexo, diagnóstico, etiología, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Se diagnosticaron 36 pacientes, edad media: 6 meses, DE: 3,5 meses, rango: 1 día-4 años. Etiología: 1 congénito, 1 atresia esófago, 1 hernia diafragmática y 33 adquiridos, secundarios a rotura del conducto torácico tras cirugía cardíaca por cardiopatías congénitas complejas. Estancia media: 45 días, DE 40, rango 7-140 días.

- Tratamiento nutricional: en 20/33 pacientes se administró nutrición parenteral, con una duración media de 23,7 días, DE 17, rango 2-64 días. En 22/33 pacientes se administró dieta pobre en grasa y rica en ácidos grasos de cadena media (en nuestro hospital consiste en Monogen®, asociado en 10 pacientes a Duocal MCT). Duración media de esta dieta: 6 meses, DE: 5,9, rango: 1 mes-15 meses, con seguimiento al alta en la consulta de atención farmacéutica de pediatría durante una media de 3 meses.
- Tratamiento médico: todos los pacientes recibieron albúmina para corregir la hipoalbuminemia asociada. En 19/36 se administró octreotido, a dosis de 1-5 mcg/kg/h en perfusión continua intravenosa durante una media de 14 días (DE: 8,2; rango: 3-25 días), con escala de dosis y reducción progresiva. En un paciente fue necesario la administración de dosis elevadas con un máximo de 10 mcg/kg/h, durante 20 días. En 6/36 pacientes se realizó pleurodesis con tetraciclina intrapleurales y lidocaína (dosis: 50-130 mg, media: 4 dosis, rango 1-9 dosis).

En 25 pacientes se utilizaron medicamentos no autorizados en pediatría (19 octreótido y 6 tetraciclina intrapleurales). No hubo ningún caso de mortalidad.

**Conclusiones:** La incidencia de quilotórax en nuestra población es de 3,6 casos/año. La causa más frecuente es la lesión del conducto torácico durante la cirugía cardiorrástica. Las estrategias terapéuticas básicas consisten en soporte nutricional específico y octreótido en perfusión continua y, en casos persistentes, la pleurodesis con tetraciclina. La consecuencia principal es el incremento de la morbilidad con estancia en UCI prolongada, por requerir soporte respiratorio apropiado y adecuado manejo de posibles complicaciones como pérdidas hidroelectrolíticas, hipoalbuminemia o malnutrición.

### **P112 Relación entre el estado nutricional y la presencia de úlceras por presión en niños ingresados en un hospital de tercer nivel**

García-Molina P<sup>1</sup>, Balaguer-López E<sup>1</sup>, Tormos-Muñoz M<sup>3</sup>Á<sup>2</sup>, Martínez-Costa C<sup>3</sup>, Montal Á<sup>1</sup>, Nuñez F<sup>2</sup>, Khodoyar-Pardo P<sup>2</sup>, Ortí-Lucas R<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Facultad De Enfermería y podología. Universidad de Valencia. Departamento Enfermería. <sup>2</sup>Servicio Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>3</sup>Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. <sup>4</sup>Servicio Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**Objetivos:** Valorar la relación existente entre la presencia de úlceras por presión (UPP) y el estado de nutrición, el riesgo de desnutrición y el soporte nutricional recibido por los niños ingresados en el Servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel.

**Diseño y método:** Diseño observacional analítico transversal de una serie de dos prevalencias en dos periodos del año para controlar la variabilidad estacional (momentos de recogida el 9-12-2010 y 8-8-2011). Se estudió la presencia de UPP y se evaluó si existía relación con las variables: clasificación del estado nutricional (ZIMC Score) y riesgo de desnutrición (scores de Sermet-Gaudelús), mediante las pruebas de correlación de Spearman y el test de Tau-b de Kendall. Se calculó la Odds Ratio (OR) para determinar la razón de probabilidad de generar UPP ante determinados factores.

**Resultados:** La prevalencia general de UPP en el primer corte fue del 26% (57) y para el segundo corte del 12,5% (36). En ambos cortes el 51,4% (48) eran niños. De los niños con UPP el 81,3% (76) eran menores de 2 meses. El 36,8% (7) de los niños con UPP se encontraban en estado de malnutrición grave según Z Score IMC y el 10,5% (2) en estado de malnutrición. El 56,3% (11) de los niños con UPP, tenían un elevado riesgo de desnutrición según el Score Sermet-Gaudelús. Las UPP se relacionan de forma significativa con el riesgo de desnutrición ( $p = 0,023/p = 0,014$ ) y con la clasificación nutricional ( $p = 0,054/p = 0,045$ ). La razón de probabilidad de UPP ante: riesgo desnutrición score Sermet (OR 9,643  $p < 0,046$  IC 95% 1,079-86,21), nutrición oral (NO) (OR 0,111  $p 0,033$  IC 95% 0,015-0,841), nutrición enteral (NE) (OR 3,262,  $p = 0,028$ , IC 95% 1,134-9,389) y nutrición parenteral (NPT) (OR 6,360  $p < 0,008$  IC 95% 1,623- 24,922).

**Conclusiones:** En nuestro contexto el riesgo de desnutrición es buen predictor de la presencia de UPP. El inicio precoz de la NO es un factor protector. Se inicia la NPT una vez que ya existe alguna UPP. Deberían utilizarse escalas de riesgo de desnutrición para instaurar la NPT de forma precoz.

### **P113 Prescripción de nutrición parenteral en menores de 1500 g durante 5 años**

Gomis Muñoz P<sup>1</sup>, Bustos Lozano G<sup>2</sup>, Martínez Fernández-Llamazares C<sup>3</sup>, Rosa Pallás Alonso C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Neonatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** Un aporte precoz de nutrientes en las cantidades adecuadas es de vital importancia para los recién nacidos prematuros ya que disminuye el tiempo en alcanzar el peso esperado y en tolerar por vía enteral, disminuyendo la estancia hospitalaria. El objetivo este estudio es describir la prescripción de macronutrientes

en nutrición parenteral (NP) en la primera semana de vida de pacientes con menos de 1.500 g al nacimiento durante los años 2006-2010 en nuestro hospital excluyendo malformaciones graves.

**Material y métodos:** Se recogió el aporte de aminoácidos, glucosa, lípidos (g/kg/día) y calorías (kcal/kg/día) prescritos en la NP de la primera semana de vida de niños menores de 1.500 g y se comparó con las recomendaciones actuales.

**Resultados:** Se estudiaron la prescripción de 1899 en 2006-2010 que correspondían a la primera semana de vida de 360 pacientes con menos de 1.500 g. El contenido calórico aumentó desde una media de 41,83 kcal/kg/día (1,89 g/Kg/día de aminoácidos y 0,69 g/kg/día de lípidos) el primer día de vida hasta 80,61 kcal/kg/día (3,2 g/kg/día de aminoácidos y 2,4 g/kg/día de lípidos) el séptimo día. Cerca de un 70% de las prescripciones de los niños que tuvieron NP el primer día de vida llevaban lípidos. Pero cuando se considera todos los niños que tuvieron NP el cuarto día solo un 17% de dichos pacientes tuvieron aporte de lípidos el primer día de vida. Ninguna prescripción sobrepasaba 120 kcal/kg/día. Solamente un 17,9% de las del sexto día y 25,5% de las del séptimo día aportaban mas de 90 kcal/kg/día. En nuestro hospital no se preparan NP los domingos y festivos. El 30,1% y 56,9% de los niños que nacieron en día laborable recibieron NP el primer y segundo día de NP frente 11,6% y 38,8% de los nacidos en festivo o víspera de festivo.

**Conclusiones:** Un alto porcentaje de niños prematuros no recibe las cantidades recomendadas en la primera semana de vida en nuestro hospital

#### **P114 Ingreso motivacional como terapia en niños obesos de difícil manejo. Resultados preliminares**

Guillen Rey N<sup>1</sup>, Bonada A<sup>1</sup>, Cañamero C<sup>2</sup>, Mejias I<sup>1</sup>, Alegret C<sup>1</sup>, Feliu A<sup>2</sup>, Rabassa A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Nutrición. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. <sup>2</sup>Servicio Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

**Introducción:** Es conocido que el tratamiento de niños con obesidad, presenta muchos abandonos y a menudo es poco efectivo, sin embargo es importante la búsqueda de estrategias más eficaces a corto y a largo plazo.

**Objetivos:** Describir y analizar la eficacia de una nueva estrategia terapéutica: el Ingreso Motivacional como terapia para niños y adolescentes obesos de difícil manejo.

**Material y métodos:** Los pacientes incluidos en el estudio presentan obesidad (IMC > P95) y no responden a los programas convencionales de control de peso. Además tienen que estar dispuestos a realizar cambios y estar apoyados por la familia. Se realizó un programa multidis-

ciplinar donde intervinieron: un pediatra endocrinólogo, una dietista-nutricionista, un psiquiatra, un médico del deporte y un fisioterapeuta. El tratamiento contempla cuatro aspectos: dieta durante el ingreso, re-educación nutricional del niño y de su familia, soporte psicológico, e incremento de la actividad física. El programa consistió en permanecer ingresado en el hospital un mínimo de 1 semana, con permisos los fines de semana de 2-3 h/día y con unas pautas: dieta cualitativa equilibrada, educación nutricional intensiva y actividad física diaria programada, impartida en el servicio de rehabilitación. Los pacientes estuvieron controlados por un psiquiatra, que aplicó psicoterapia y en algunos casos farmacoterapia. Se valoraron el IMC al ingreso y alta hospitalaria, y a los 3 y 6 meses postingreso, así como la adherencia a la actividad física pautada a los 6 meses del ingreso.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 12 niños de edades comprendidas entre 11 y 17 años, con una estancia media de 8 días. Ningún niño abandonó el estudio durante el seguimiento en los resultados preliminares. Los 12 pacientes experimentaron una mejoría en la evolución de la curva de IMC durante el ingreso. A los tres meses postingreso, de los 12 pacientes seguidos, 11 (91,6%) experimentaron una mejoría en la evolución de la curva de IMC, y solo 1 (8,4%) paciente mantuvo su IMC. A los 6 meses, los 12 pacientes seguidos, mejoraron la evolución de la curva de IMC, respecto el alta. Los 12 (100%) pacientes analizados, practicaron actividad física 3 días por semana, tras los 6 meses del ingreso.

**Conclusiones:** El ingreso motivacional de niños obesos de difícil manejo, parece ser un tratamiento eficaz para la obesidad. Es preciso ampliar la muestra de los pacientes estudiados y comparar su eficacia con el tratamiento convencional en un futuro.

#### **P115 Importancia de la lactancia materna en la prevención de infecciones intestinales por norovirus**

Khodayar Pardo P<sup>1</sup>, Martínez-Costa C<sup>1</sup>, Núñez Gómez F<sup>2</sup>, Buesa J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Pediatría. Facultad De Medicina. Universidad De Valencia. Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>2</sup>Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Sección de Cardiología pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>3</sup>Departamento de Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**Objetivos:** Norovirus (NoV), causa frecuente de infección intestinal en la infancia, se une a carbohidratos del grupo de los antígenos histosanguíneos humanos (HBGAs) en saliva y enterocitos. La leche materna (LM) es rica en oligosacáridos codificados por los mismos genes que los HBGAs, las 1,2-fucosiltransferasas (FUT1/2). Su similitud

tud estructural podría explicar su competición por la unión de NoV a sus receptores. Nuestro objetivo es evaluar la capacidad protectora de la LM frente a las infecciones por NoV y la intervención de agentes de inmunidad específica e inespecífica en esta propiedad.

**Métodos:** Estudio longitudinal, prospectivo de muestras de calostro, leche de transición y madura, así como muestras de suero, procedentes de 111 madres de recién nacidos pretérmino y a término. En muestras de LM y suero, se analizó mediante ELISA la actividad bloqueante de la unión a saliva (FUT2 +/-) de partículas pseudovíricas (VLPs) de NoV GII.4 producidas en células de *Spodoptera frugiperda* (Sf9) por baculovirus recombinantes. Además, se cuantificó el contenido de IgA anti-NoV en LM e IgA e IgG anti-NoV en suero y se determinó el fenotipo secretor de la madre (FUT2) por PCR.

**Resultados:** Se analizaron 287 muestras de LM (calostro: 106, transición: 98 y madura: 83) y 71 muestras de suero de 111 madres. Todas las muestras de LM fueron capaces de bloquear la unión de VLPs a ambos tipos de saliva, si bien sólo un 90% de las muestras de suero. De las muestras de suero, un 56% contenían IgG y un 60% IgA anti-NoV, cifras muy inferiores al n.º de muestras de LM con propiedades inhibitorias, sugiriendo la implicación de otros factores. La LM de las madres secretoras (96 de 111 madres) mostró un mayor grado de inhibición. En estas muestras se detectó la unión de VLPs a proteínas de alto peso molecular (> 150 KDa) y a termolábiles de 33 y 65 KDa mediante Western blot.

**Conclusiones:** La mayoría de las muestras de LM fueron capaces de inhibir la unión de las VLPs de NoV GII.4 a saliva FUT2 +/- . La inmunidad específica no pudo explicar esto, debido al escaso contenido de IgG e IgA anti-NoV en las muestras de suero. Las madres secretoras mostraron una mayor capacidad bloqueante que las no secretoras y en sus muestras de LM se hallaron componentes con una gran afinidad a las VLPs de NoV.

#### **P116 Validación de un cuestionario estructurado de satisfacción para padres de niños portadores de gastrostomía**

Martínez Costa C<sup>1</sup>, Calderón Garrido C<sup>2</sup>, Pedrón Giner C<sup>3</sup>, Gómez López L<sup>4</sup>, Borraz Gracia S<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico. Universidad de Valencia. <sup>2</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Barcelona. <sup>3</sup>Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. <sup>4</sup>Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital San Joan de Dèu, Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Denia. Valencia.

**Objetivos:** El incremento de niños que precisan nutrición enteral domiciliaria (NED) hace necesario disponer de instrumentos que evalúen su impacto sobre el bienestar del paciente y de sus padres/cuidadores para conocer la

idoneidad de este tratamiento. El objetivo de este estudio ha sido analizar las propiedades psicométricas del SAGA-8 (cuestionario estructurado sobre satisfacción con la gastrostomía) en los padres/cuidadores de niños que precisan NED mediante gastrostomía.

**Material y métodos:** Se incluyeron 87 madres (cuidadoras principales) de niños con NED por gastrostomía. El 64% padecían enfermedades neurológicas, además de otras enfermedades crónicas. Se les realizó el cuestionario estructurado SAGA-8 que compuesto por 8 ítems que valoraban el grado de satisfacción con la gastrostomía. Simultáneamente se les aplicó el cuestionario Zarit para medir la sobrecarga psicológica de los cuidadores. Se analizó el poder discriminatorio de cada uno de los ítems. Se realizó un análisis exploratorio de los factores, de la consistencia interna y de la validez externa del cuestionario.

**Resultados:** Los 8 ítems del SAGA-8 aportaron informaciones complementarias. El análisis factorial exploratorio demostró que gran parte de la variabilidad de los ítems (54%) podía ser explicada por dos factores: el factor 1 (beneficio directo), que agrupó las variables relacionadas con el grado de satisfacción con la alimentación por gastrostomía y en el factor 2 (beneficio indirecto), que agrupó las variables relacionadas con la disminución del número de infecciones respiratorias, tiempo de alimentación y apoyo del centro hospitalario. Los resultados del índice de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) indicaron una excelente adecuación de la muestra al análisis factorial (KMO = 0,628). El cuestionario presentó una elevada consistencia interna (0,76). El análisis de validez externa confirmó que existe asociación entre el SAGA-8 y el Zarit lo que refuerza la sensibilidad del SAGA-8 para valorar la satisfacción de los cuidadores de estos pacientes.

**Conclusiones:** El cuestionario SAGA-8 presenta elevado poder discriminatorio para medir la satisfacción entre los cuidadores de niños alimentados por gastrostomía y evaluar factores relacionados con la calidad de vida del paciente y sus familiares.

#### **P117 Nutrición enteral domiciliaria en pacientes pediátricos: estudio descriptivo de diez años**

Martínez Zazo A<sup>1</sup>, Pedrón Giner C<sup>1</sup>, Cañedo Villarroya E<sup>1</sup>, Malillos González P<sup>2</sup>, Sesmero Lillo M<sup>3</sup>Á<sup>3</sup>, Calderón Garrido C<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. <sup>3</sup>Pediatría. Centro de Salud Ciudades. Getafe. Madrid. <sup>4</sup>Departamento de Personalidad, Valoración y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona.

A pesar del incremento que ha experimentado la nutrición enteral domiciliaria (NED) en pacientes pediátricos en los últimos años, las publicaciones sobre este tema son escasas.

**Objetivos:** Describir el perfil de un grupo de pacientes pediátricos que precisa NED

**Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente los datos de todos los pacientes menores de 18 años que precisaron NED en un periodo de 10 años en un hospital terciario. Los datos recogidos incluyen: la edad, el género, la indicación diagnóstica, el tipo de acceso enteral y el tipo de fórmulas utilizadas. Se utilizó la t de student para variables cuantitativas y la X<sup>2</sup> para variables categóricas. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 16.0.

**Resultados:** Se estudiaron 304 pacientes (157 varones). La edad media al inicio del tratamiento fue de  $4,02 \pm 4,09$  años, con una mediana de 2,5 años; un 35% de los pacientes eran menores de 2 años. La edad varía desde  $2,6 \pm 3,2$  años en pacientes con fallo de crecimiento a  $5,9 \pm 5,0$  años en pacientes con patología neurológica. Las diferencias en la edad de inicio en función del diagnóstico clínico fueron estadísticamente significativas ( $t = 3,088$ ,  $p = 0,003$ ). Las indicaciones principales para la administración de la NED fueron la enfermedad oncológica en 91 pacientes (29,9%) y la digestiva en 84 (27,6%). El tipo de acceso más utilizado fue la sonda nasogástrica en 266 pacientes. El acceso yeyunal fue excepcional. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas cuando se consideró el tipo de acceso según la indicación diagnóstica ( $X^2 = 31,349$ ,  $p = 0,001$ ). Se prescribió principalmente fórmula polimérica de adultos o pediátrica en 190 pacientes (62,5%), hallándose diferencias en el tipo de fórmula utilizado en función de la indicación diagnóstica ( $X^2 = 100,662$ ,  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** En nuestra serie, la NED suele iniciarse a edades muy tempranas y prolongarse en el tiempo. La vía de acceso y el tipo de fórmula utilizadas variaron en función de la patología del paciente. Conocer el perfil del paciente pediátrico permitirá diseñar la estrategia más eficaz en el uso de NED.

### **P118 Estudio de seguimiento en pacientes pediátricos con nutrición enteral domiciliaria**

Pedróñ Giner C<sup>1</sup>, Martínez Zazo A<sup>1</sup>, Cañedo Villaroya E<sup>1</sup>, Malillos González P<sup>2</sup>, Sesmero Lillo M<sup>3</sup>Á<sup>3</sup>, Calderón Garrido C<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. <sup>3</sup>Pediatría. Centro de Salud Ciudades. Getafe. Madrid. <sup>4</sup>Departamento de Personalidad, Valoración y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona.

**Objetivos:** Describir las características de un grupo de pacientes que precisaron nutrición enteral domiciliaria (NED), y analizar la variación en el Z score según la

edad del índice de masa corporal (ZBMI) y de la talla (Ztalla) tras el tratamiento.

**Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente los datos de los pacientes menores de 18 años que precisaron NED en diez años en un hospital terciario. Se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA), utilizando SPSS 16.0, según el diagnóstico principal, tipo de dieta, modo de administración y motivo de indicación, controlando la duración de la NED en todos los grupos.

**Resultados:** Se analizaron 304 pacientes (157 varones). La media de días con NED fue 306 (SD = 544). Todos los pacientes mejoraron el ZBMI independientemente del diagnóstico principal ( $F = 23,368$ ,  $p = 0,001$ ), tipo de dieta ( $F = 18,019$ ,  $p = 0,001$ ), modo de administración ( $F = 16,044$ ,  $p = 0,001$ ) e indicación ( $F = 19,442$ ,  $p = 0,001$ ). La covariable duración de la NED está linealmente relacionada con la mejoría del ZBMI, manteniendo esta asociación cuando la muestra fue analizada según el diagnóstico principal ( $F = 12,092$ ,  $p = 0,001$ ), tipo de dieta ( $F = 18,239$ ,  $p = 0,001$ ), modo de administración ( $F = 13,927$ ,  $p = 0,001$ ) e indicación ( $F = 17,131$ ,  $p = 0,001$ ). El motivo de indicación es la variable que mejor explica las diferencias en el progreso del ZBMI. Todos los pacientes mejoraron el Ztalla independientemente del diagnóstico ( $F = 12,754$ ,  $p = 0,001$ ), tipo de dieta ( $F = 26,784$ ,  $p = 0,001$ ), modo de administración ( $F = 8,995$ ,  $p = 0,003$ ) e indicación ( $F = 4,923$ ,  $p = 0,027$ ). La duración de la NED posee un efecto significativo en el incremento de la Ztalla en todas las variables analizadas. Los factores que mejor explican dicho incremento son el diagnóstico principal ( $F = 2,674$ ,  $p = 0,022$ ) y el tipo de fórmula utilizada ( $F = 5,430$ ,  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** La NED fue eficaz en mejorar el estado nutricional de nuestros pacientes. Los resultados sugieren que podrían existir patrones de ganancia de IMC y talla distintos en función de la duración de la NED, el diagnóstico del paciente, el motivo de indicación de NED y de la fórmula utilizada. Estos resultados podrían tener por tanto, notables implicaciones en la implantación del tratamiento.

### **P119 Evolución de la terapia nutricional en neonatología**

Sagalés Torra M, Priegue M, Anquela I, Sánchez J, Mas P  
Hospital General de Granollers.

**Objetivos:** Evaluación y seguimiento de la terapia nutricional (parenteral (NP) y enteral (NE)) e incidencia de complicaciones en una unidad de patología neonatal. Comparación con la práctica asistencial previa (año 2002).

**Material y métodos:** El estudio se realizó en una unidad de neonatología con 12 camas de recién nacidos patológicos. Se incluyeron todos los pacientes que habían

recibido nutrición parenteral entre enero de 2010 y junio de 2011, considerándose criterio de exclusión el fallecimiento o alta antes de las 48 h de vida. El soporte nutricional se realizó con NP o mixto (NP + NE), se registró la edad del paciente (horas de vida) a su inicio. Se agruparon los pacientes según edad gestacional y peso al nacer (< 1.500 g y < 33 semanas, > 1.500 g y < 33 semanas, ≥ 33 semanas y recién nacidos a término). Se consideraron complicaciones de la NP la aparición de hipoglucemia (< 47 mg/dL), hiperglucemia (> 120 mg/dL), acidosis, uremia, alteraciones hepáticas, alteraciones electrolíticas y sepsis por catéter.

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes: 30 prematuros con o sin patología (13 pacientes < 1.500 g y < 33 semanas, 11 pacientes > 1.500 g y < 33 semanas, 6 pacientes ≥ 33 semanas y 4 recién nacidos a término con patología). El aporte nutricional mixto el primer día de vida se realizó en el 79% de los pacientes (11% en las primeras 8 h de vida), en el 88% a las 48h de vida y en el 100% de los pacientes a las 96h de vida. En el año 2002 sólo un 67% de los pacientes recibían aporte nutricional mixto en las primeras 48h de vida (ninguno en las primeras 8 h de vida), y un 83% de los pacientes en las primeras 96 h de vida. Las complicaciones más frecuentes fueron hiperglucemia (33%), e hipermagnesemia (28%), de triglicéridos (12%) y en menor grado alteraciones de otros iones, y de pruebas hepáticas (magnesio y triglicéridos no se determinaban en el año 2002 en nuestro hospital).

**Conclusiones:** La nutrición enteral precoz se consigue en un alto porcentaje de pacientes (88%), muy superior al que se alcanzaba en el año 2002 (67%). Los protocolos actuales permiten un seguimiento más exhaustivo de las alteraciones electrolíticas, hepáticas y de metabolismo lipídico, permitiendo un mejor ajuste del aporte nutricional. La nutrición enteral precoz permite disminuir las necesidades de nutrición parenteral. Las complicaciones son más frecuentes en los pacientes de menor peso y menor edad gestacional.

### **P120 ¿Reciben intervención nutricional los niños hospitalizados acorde al riesgo de desnutrición?**

Tormos Muñoz A<sup>1</sup>, Montal A<sup>2</sup>, Balaguer E<sup>2</sup>, Khodayar Pardo P<sup>1</sup>, García Molina P<sup>2</sup>, Núñez Gómez F<sup>1</sup>, Martínez Costa C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Clínico. Universidad de Valencia. <sup>2</sup>Facultad de Enfermería. Universidad de Valencia.

**Objetivos:** La hospitalización favorece el deterioro nutricional de los pacientes pediátricos no sólo por las circunstancias ligadas a la enfermedad, sino también porque se subestima la necesidad de intervención nutricional. El objetivo de este estudio fue identificar el riesgo de desnutrición en niños hospitalizados mediante el score STRONGkids y evaluar si han recibido soporte nutricional.

**Diseño:** Estudio observacional analítico y prospectivo, realizado en el servicio de pediatría de un hospital de tercer nivel, durante tres periodos (febrero-marzo, junio-julio y octubre) de 2011. Se ha empleado el score STRONGkids a las 48 horas del ingreso para valorar el riesgo de desnutrición (4 ítems, evaluación clínica subjetiva, enfermedad de alto riesgo, ingesta alimentaria y pérdida de peso). Se evaluó si los pacientes recibieron intervención apropiada a su situación nutricional. Se excluyeron los pacientes ingresados en críticos y en la unidad neonatal.

**Resultados:** La muestra estuvo constituida por 143 niños (2 meses-16 años). Según el score STRONGkids, el 28% de los niños tenían riesgo bajo de desnutrición, el 59% moderado y el 13% elevado. El 60% de la muestra se encontraba ingresado en unidades de hospitalización escolar y el 40% hospitalización de lactantes. El 95% de los sujetos consumía una dieta variada para la edad y un 5% algún tipo de dieta especial. El 96,5% de la muestra no recibió ningún tipo de soporte nutricional. Ninguno de los sujetos de la muestra recibía nutrición parenteral. El 3,5% de la muestra llevaba nutrición enteral por sonda. Las enfermedades oncológicas condicionaron mayor riesgo de desnutrición (63%) seguidas de las digestivas, neurológicas e infecciosas.

**Conclusiones:** La falta de valoración del riesgo de desnutrición y de las necesidades específicas del paciente constituyen los motivos de la ausencia o retraso en la instauración del soporte nutricional.

## OTROS

### COMUNICACIONES ORALES

#### **C3 El sobrenadante de bifidobacterium breve CNCM I-4035 inhibe el crecimiento de salmonella typhi**

Bermúdez Brito M<sup>1</sup>, Muñoz Quezada SI<sup>1</sup>, Gómez Llorente C<sup>1</sup>, Matencio Hilla E<sup>2</sup>, Bernal Cava M<sup>a</sup>J<sup>2</sup>, Gil Hernández A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro De Investigaciones Biomédicas. <sup>2</sup>Instituto Hero para la Nutrición Infantil.

**Introducción:** La salmonelosis está reconocida como una zoonosis de distribución universal. Salmonella typhi es responsable de las fiebres tifoideas en humanos, con más de 25 millones de casos en el mundo y 200.000 muertes anuales. La administración de probióticos se ha consolidado como una estrategia idónea en el tratamiento y prevención de esta infección.

**Objetivo:** Evaluar la actividad probiótica del sobrenadante de B. breve CNCM I-4035, aislada a partir de