

ENFERMERÍA/DIETÉTICA

POSTERES

P1 Diez años de seguimiento de las bacteriemias en pacientes con Nutrición Parenteral en el servicio del Aparato Digestivo

Maria Tubau Molas¹, Maria B Badia Tahull¹, Mónica Fernández Álvarez¹, Elisabet Leiva Badosa¹, M^a José Del Barrio Martín¹, Núria Virgili Casas¹, Concepción Faz Méndez¹, Ramon Jódar Masanés¹, Josep Llop Talaverón¹
¹Hospital Universitari Bellvitge.

Objetivo: Seguimiento clínico de las bacteriemias por catéter venoso central (CVC) en pacientes con nutrición parenteral (NP) durante 10 años.

Material y métodos: Estudio anual (enero-septiembre) incidencias del CVC de pacientes con NP. La enfermera clínica de la Unidad de NP (servicio de Farmacia) asesora en el plan de cuidados mediante seguimiento clínico y formación continuada conjunta con enfermería hospitalización.

El protocolo establece: vía subclavia ó catéter central de inserción periférica (PICC) de elección; hemocultivos y cultivos inserción y conexión del catéter si pico febril; cultivo de la punta si retirada del catéter. El equipo de perfusión (libre de ftalatos) se conecta en la unidad de NP limitando el cambio de equipo a dos días por semana. En planta, la conexión de NP se protege con cajita estéril y pomada de clorhexidina; todas las conexiones se desinfectan con alcohol 70º, se protegen con gasa estéril y se protegen con talla estéril. En inserción, desde 2002 se aplica apósito con gasa estéril y clorhexidina (2 días semana) que se sustituye por alcohol de clorhexidina y apósito semipermeable transparente a partir 2010 (cada 7 días).

Para el estudio de la infección se define:

- Bacteriemia: resultado positivo de la punta del catéter coincidiendo con hemocultivo positivo para el mismo microorganismo.
- Índice de bacteriemia: (nº total de bacteriemias/días de NP) × 1000.

Resultados

Parámetro	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Pacientes estudiados	236	245	235	225	283	278	297	296	294	258
NP administradas	3.852	4.254	3.061	2.980	3.979	3.157	3.483	3.842	3.597	3.261
Relación catéter/paciente	1,36	1,2	1,3	1,17	1,2	1,14	1,15	1,19	1,27	1,2
Relación días de catéter/NP	11,96	11	10,89	9,63	12,7	16,6	9,73	13,74	13,55	13,28
Índice de bacteriemia	4,4	4,7	1,3	0,57	1,0	3,16	2	0,53	1,39	2,14
Vía subclavia	71,4%	68%	66,7%	76,6%	71,6%	71,2%	69,5%	58,8%	54,3%	51,4%
Vía yugular	8,4%	12%	10%	4,6%	7,1%	7,9%	11,2%	12,8%	13,9%	15,4%
PICC	11,8%	7,4%	12,3%	11,3%	14,3%	9,6%	10%	24,8%	28,6%	28,5%
Horas formación	4	4	4	4	4	6	8	13	9	18

Conclusión: El índice de bacteriemias está por debajo del estándar de referencia (ASPEN/VINCAT). Se constatan variaciones en el tipo de catéter y el protocolo de cuidados. El protocolo estructurado y el seguimiento clínico son necesarios para conocer la realidad asistencial. Los cambios estructurales y organizativos del hospital necesitan de una formación continuada para mantener la seguridad.

P2 Determinación de los percentiles nutricionales en personas mayores con y sin demencia

Magdalena Jiménez Sanz¹, Carlos Fernandez Viadero², Javier Ordoñez González¹, Rosario Verduga Vélez³, Damaso Crespo Santiago⁴

¹H. Universitario Marqués de Valdecilla. ²H. Psiquiátrico 'Parayas'. ³Psicobiología UNED. ⁴Biogerontología. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria.

Introducción: Hay muy poca información sobre los percentiles nutricionales en personas mayores. La valoración de este punto es de mucha utilidad para el manejo nutricional de los pacientes mayores con y sin demencia.

Objetivo: Ha sido desarrollar una tabla de percentiles para las personas mayores con y sin demencia.

Material y métodos: Se realiza un estudio trasversal descriptivo evaluando el estatus nutricional estándar mediante los parámetros antropométricos y bioquímicos en un grupo de personas mayores, con y sin demencia valorada, alojados en una residencia geriátrica. Para ello estudiamos un total de 479 personas, 337 mujeres y 142 varones. La media de edad fue 82 años y el 28% tenían demencia, según los criterios DSM-IV

Resultados: Los percentiles (10,50 y 90) para el peso (P, kg), talla (T, cm), IMC (kg/m²) pliegue tricipital (PT, mm) y bicipital (PB, mm), y perímetros de cintura (W,cm) y cadera(C, cm), albúmina (A, g/dL), proteínas plasmáticas totales (PT, d/dL), en las personas mayores con demencia (D) y sin demencia (ND).

Percentiles		P	T	IMC	PT	PB	W	C	A	PT
10	D	42	140	19	8	4	79	89	5,8	3,1
	ND	49	142	21	9	5	81	95	6,1	3,3
50	D	54	149	24	15	8	91	98	6,5	3,6
	ND	64	153	28	18	11	96	104	6,9	4,0
90	D	72	160	31	22	15	105	110	7,2	4,1
	ND	85	166	34	27	17	112	116	7,6	4,4

Conclusiones: los datos obtenidos pueden ser de utilidad en la valoración nutricional de las personas mayores. El análisis comparativo de los datos obtenidos

reveló que había pequeñas diferencias entre los resultados de las personas mayores con y sin demencia.

Notas: Proyecto de investigación financiado por la SEGG.

P3 Hábitos dietéticos de pacientes adultos afectados de Fibrosis Quística (FQ)

Guillermo Cárdenas Lagranja¹, Hegoí Seguro Gurrutxaga¹, Cleofé Pérez-Portabella¹, Gemma Simats Oriol¹, Núria García Barrasa¹, Rosa Burgos Peláez¹

¹Hospital Universitario Vall D'Hebron.

Introducción: Los pacientes afectados de FQ presentan un elevado riesgo de malnutrición, más elevado en los pacientes adultos en relación con los años de evolución de la enfermedad y la presencia de complicaciones extra-pulmonares. La ingesta de calcio y vitaminas liposolubles tiene un papel muy importante en la evolución de la enfermedad de ahí la necesidad y la importancia de que sigan una dieta lo más equilibrada y variada posible.

Objetivos:

1. Describir y valorar los hábitos dietéticos de los pacientes adultos afectados de FQ que acuden a primera visita en nuestra consulta monográfica de nutrición.
2. Valorar los cambios realizados tras el consejo dietético.

Material y métodos: Se incluyeron 52 pacientes adultos diagnosticados de FQ. Para evaluar los hábitos dietéticos utilizamos registros dietéticos (recordatorio dietético de 3 días). Se comparó el consumo de raciones de cada grupo de alimentos con las raciones recomendadas en la alimentación equilibrada. Se interrogó sobre técnicas culinarias usadas habitualmente. Se aceptó como ingesta equilibrada aquella que cumplía con el 80% de las raciones aconsejadas de cada grupo de alimentos.

Resultados: Sólo el 25% de los pacientes realizan una dieta equilibrada y variada. Se observó un escaso consumo de frutas y hortalizas en el 40% de los pacientes. El 35% de los pacientes toman pocos lácteos o los sustituyen por bebida de soja y derivados. El consumo de pescado es correcto en el 70% de los pacientes, y en un 80% el de legumbres.

No hemos constatado un exceso de consumo de bollería en la población estudiada.

Abuso de técnicas culinarias con elevado contenido en grasas (fritos y rebozados) en el 20% de nuestros pacientes.

El 30% se salta la ingesta de media mañana y merienda

Aporte hídrico insuficiente en el 50% de nuestros pacientes. El 40% de los pacientes siguió el consejo dietético propuesto en la primera visita. Los principales cambios die-

téticos observados tras la primera visita fueron: introducción de derivados lácteos y el incremento de consumo de fruta fresca.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes adultos afectados de FQ tienen hábitos dietéticos incorrectos, lo que comporta una inadecuada ingesta de calcio y vitaminas liposolubles. El consejo dietético es importante para corregir hábitos incorrectos adquiridos a lo largo de la edad pediátrica y la adolescencia, por lo que deben reevaluarse en la edad adulta.

P4 Comparación del grado de cumplimiento en la utilización de dos herramientas de detección de desnutrición en soporte informático

Joan Trabal Vilchez¹, Pere Leyes García¹, María Forga Visa¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivos: Comparar el grado de cumplimiento en la utilización de una herramienta estándar de detección de desnutrición versus una herramienta simplificada de detección de desnutrición, por parte del personal de enfermería.

Material y métodos: Estudio transversal en dos períodos de dos meses cada uno, en los que se valoró la administración de las herramientas de detección de desnutrición MUST y SNAQ por parte de enfermería, a todos los pacientes ingresados las primeras 24 horas en el área de hospitalización del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Ambas herramientas fueron adaptadas a un soporte informático para mejorar la facilidad de utilización y cumplimiento. Paralelamente, un investigador del equipo valoró los mismos pacientes con el test NRS 2002, considerándose este el estándar comparador.

Resultados: De un total de 135 ingresos consecutivos para el grupo MUST y de 133 ingresos en el grupo SNAQ, se realizó el test en 15 (11,1%) y 6 (4,5%) pacientes, respectivamente. De los 21 pacientes, 16 (76%) eran hombres y 5 (24%) mujeres, con una edad media de 53 ± 18 años. El cribado se realizó a las 24 h del ingreso en 9 (43%) pacientes y posterior a estas en 12 (57%), siendo el tiempo medio de cribado de 2,3 [1,6-3,1] días para el total de pacientes. La media de días de ingreso fue de 6,1 [4,1-8,2] días para el total de la muestra. La tabla muestra la coincidencia de diagnósticos entre los diferentes tests de cribado utilizados.

	NRS no riesgo	NRS riesgo
MUST bajo	8	0
MUST medio	0	1
MUST elevado	3	3
SNAQ bajo	2	2
SNAQ elevado	1	1

Conclusiones: No se observaron diferencias en el grado de cumplimiento entre una herramienta estándar y una herramienta simplificada. La adaptación de las herramientas a un entorno informático no mejoró el cumplimiento del test de desnutrición. La obligatoriedad en el cumplimiento del cribado nutricional durante el ingreso del paciente mejoraría sustancialmente su implementación.

P5 Esofagitis eosinofílica: diseño y análisis de dieta de exclusión de seis grupos de alimentos

Isabel Higuera Pulgar¹, María Luisa Carrascal Fabián¹, Natalia Iglesias Hernández², Leire Isasa Rodríguez², Irene Bretón Lesmes¹, Cristina Velasco Gimeno¹, Cristina de la Cuerda Compés¹, Miguel Cambor Álvarez¹, Cyntia González Antigüedad¹, Pilar García Peris¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ²Hospital de Basurto. ³Hospital de Cruces.

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una entidad clínico-patológica, de causa inmunológica (dependiente de alérgenos) y de curso crónico, que responde a dieta de exclusión del alimento alergénico y/o a tratamiento médico.

Se han descrito tres posibles abordajes de dietas de eliminación, siendo la más restrictiva y de difícil seguimiento, la dieta de exclusión de los seis grupos de alimentos (DESGA).

Objetivos:

- Diseñar menús que sigan la dieta de exclusión de seis grupos de alimentos.
- Evaluar si el aporte de micro y/o macronutrientes se adapta a las Ingestas recomendadas de energía y de nutrientes para la población adulta española (IR) del 2009¹.

Métodos: Se diseñan dos menús de 7 días que excluyen los siguientes grupos de alimentos: lácteos, cereales, legumbres, huevos, frutos secos, pescados y mariscos y que cubran las necesidades energéticas medias para la población adulta.

Para su análisis nutricional se utiliza el programa Diet-source 3.0.

Para comparar la adecuación se toma como referencia las IRD a partir de 20 años, con

Resultados:

- Aporte calórico medio: 2.345,8 kcal/día
- Distribución media de macronutrientes en porcentaje del valor calórico total (VCT): Carbohidratos (HC): 37%, proteínas (P): 15% y grasas (G): 48%
- Distribución media de ácidos grasos (AG) en porcentaje de valor calórico total: AG Saturados: 11,1%, AG

Monoinsaturados: 25,6% y AG Poliinsaturados: 4,52%.

- Contenido medio de colesterol: 267,85 mg y de fibra total: 25,45g

No alcanzan las IRD: Ca, I, Zn, Mg, Se y Vitamina D.

Conclusiones:

- La dieta de exclusión de seis grupos de alimentos puede cubrir las necesidades calóricas diarias con una distribución aceptable de HC, P y G. Igualmente, se adecuan a las recomendaciones, el colesterol y la fibra.
- El aporte de grasa de esta dieta es elevado, si bien es a expensas de AG Monoinsaturados.
- El aporte de algunos micronutrientes es insuficiente, precisando control y suplementación profiláctica.

¹Moreiras O, Carvajal A, cabrea L, cuadrado C. Tablas de composición de alimentos, 13.^a ed. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009.

P6 Beneficios del uso de Suplementación Oral en una Residencia de Mayores

Luisa Muñoz Salvador¹, Pamela Alvarez Trencó², Mar Martínez Molina³

¹Residencia De Mayores El Encinar De Las Cruces. Don Benito. ²Hospital General Virgen de la Peña. Fuerteventura.

³Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares.

Introducción: Los efectos de la malnutrición son especialmente acusados en las personas mayores institucionalizadas. Se han propuesto diferentes estrategias para combatirla, como mejorar el balance nutritivo y la adecuación a las recomendaciones de los menús ofertados por las instituciones, la utilización de alimentos enriquecidos y la complementación de la dieta habitual con suplementos nutricionales orales.

Objetivos: Analizar la eficacia de la suplementación oral como terapia nutricional en los casos de desnutrición en ancianos institucionalizados

Material y métodos: La población de estudio fue de 69 residentes, 46 mujeres (33,3%) y 23 hombres (66,67%) con edades comprendidas entre los 65 y 101 años de edad. La edad media de los participantes superó los 80 años. Las medidas del peso y la talla fueron significativamente superiores en los hombres; sin embargo, no se han observado diferencias significativas entre ambos sexos en los valores del IMC.

Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, historia de pérdida de peso o disminución de la ingesta y valoración nutricional.

En relación con las enfermedades, el colectivo estudiado está formado por pacientes pluripatológicos. Las

patologías de índole cardiaco se presentan en el 29%, seguida de la enfermedad de Alzheimer (24,6%). Destaca la alta prevalencia de alteraciones metabólicas como hipercolesterolemias/dislipemias (29,0%), diabetes (26%), hipertensión (23%), y úlceras por presión (10%).

Resultados: Se indicaron suplementos hiperproteicos-normocalóricos e hiperproteicos-hipercalóricos. Tras la administración de suplementos dos veces al día durante 6 meses, el porcentaje de ancianos con alto riesgo de desnutrición disminuyó de 31,6 a 21,1%, mientras que se incrementó el de residentes con bajo o nulo riesgo nutricional (21,0 vs 26,3% y 5,3 vs 10,5%, respectivamente).

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición en el colectivo de ancianos institucionalizados es elevada (39%), y especialmente en los residentes más frágiles (50%). La administración de suplementos nutricionales orales con la dieta habitual ha reducido el número de ancianos con alto riesgo nutricional y aumentado el de bajo o nulo riesgo de desnutrición. La administración de suplementos nutricionales orales con la dieta habitual en un colectivo de estas características, es una medida clínica efectiva y justificada en su terapia nutricional.

P7 Estado nutricional de los pacientes que acuden al servicio de oncología radioterápica

Juan Antonio Biedma Fernandez¹, Eduardo Sanchez Sanchez¹, Maria Josefa Muñoz Guerrero¹

¹Oncología Radioterápica Hospital Punta Europa Algeciras.

Introducción: El paciente oncológico con frecuencia padece o esta en riesgo de padecer algún grado de malnutrición a lo largo de la enfermedad, influyendo esta situación de manera negativa en la supervivencia, disminuyendo la respuesta al tratamiento y la calidad de vida. La valoración del estado nutricional se debe realizar antes de recibir tratamiento radioterápico para valorar la necesidad de iniciar la intervención nutricional y/o valorar los pacientes en riesgo de padecer desnutrición durante el tratamiento.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de los pacientes que van a ser sometidos a Radioterapia durante la primera consulta de enfermería.

Material y métodos: Se incluyen los pacientes que acuden a primera consulta de enfermería tras la decisión terapéutica de recibir tratamiento radioterápico en el Hospital Punta Europa (Algeciras) durante el último trimestre. Realizándose la valoración nutricional mediante Índice de Masa Corporal (IMC), parámetros bioquímicos:

albúmina, prealbumina, transferrina y el método Malnutrition Screening Tool (MST). Se dividen los pacientes por grupos según las patologías presentes.

Resultados: Se estudiaron un total de 55 pacientes (18 mujeres y 37 hombres) con una edad media de 65 ± 10,6. En relación al IMC y los parámetros bioquímicos no se evidencia ningún grado de desnutrición en ninguna de las diferentes patologías. En relación al cuestionario MST se observa riesgo de desnutrición en el 50% de los pacientes que padecen ca de pulmón y ca de cabeza y cuello.

	Pacientes	IMC	Albúmina	Prealbumina	Transferrina	MST=0	MST≥2
Ca mama	13	25 ± 3,6	4,58 ± 0,3	28,95 ± 5,9	294 ± 46,1	11	2
Ca próstata	21	29,9 ± 4,9	4,37 ± 0,3	30,13 ± 6,7	277 ± 40,3	21	0
Ca pulmón	11	26,3 ± 5,2	4 ± 0,4	29,2 ± 7,8	212 ± 37,1	6	5
Ca recto + colódoco	4	29,8 ± 6,9	4,3 ± 0,4	20,5 ± 3,8	293 ± 32	4	0
Ca cabeza y cuello	6	27,3 ± 7,8	3,96 ± 0,5	26,53 ± 7,7	268 ± 50	3	3
Total	55	27,6 ± 5,2	4,24 ± 0,4	27 ± 7	268 ± 44,1	45	10

Conclusiones: Se debe implantar un método de cribado nutricional durante la primera consulta de enfermería para valorar los pacientes en riesgo de desnutrición que van a ser sometidos a tratamiento, para mantener un estado nutricional adecuado.

P8 Cuantificación de costes según Grupos Relacionados con el Diagnóstico, tasa de reingresos y mortalidad hospitalaria

Gabriela Lobo Támer¹, Antonia Fernández Valdivia¹, Ana María Trigo Fonta¹, Silvia Sánchez Hernández¹, Javier Leyva Jiménez¹, Keith Mustafa Borges¹, Antonio Pérez de la Cruz¹

¹Hospital Universitario Virgen De Las Nieves

Introducción: Diversos estudios demuestran que la prevalencia de desnutrición se puede reducir con cuidados nutricionales adecuados, identificados precozmente, dando lugar a una reducción significativa del tiempo de estancia y de los costes asociados a su tratamiento. La medición de albúmina sérica es una técnica relativamente económica que nos permite detectar de forma precoz la desnutrición.

Objetivos: Establecer la relación existente entre albúmina sérica, tasa de reingresos y mortalidad hospitalaria.

Cuantificar el tiempo de estancia hospitalaria y costes según Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y su relación con la desnutrición de tipo proteica visceral.

Material y Métodos: Se desarrolló un software en conjunto con los Servicios de Informática y Análisis Clínicos, que mediante la determinación de albúmina sérica permite seleccionar aquellos pacientes en riesgo de desnutrición.

trición al ingreso hospitalario. A partir del análisis diario de las cifras de albúmina, realizamos un estudio comparativo en función del estado nutricional (albúmina 3,0-3,4 g/dL = desnutrición leve, albúmina 2,9-2,5 mg/dL = desnutrición moderada y albúmina < 2,5 g/dL = desnutrición grave) de las siguientes variables:

- Servicio clínico
- Diagnóstico principal y secundarios
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Reingresos
- Exitus
- Costes según GRD

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.1 e incluyó medidas de tendencia central y dispersión, comparación de medias, intervalos de confianza y odds ratio, considerando como nivel de significación un valor P < 0,005.

Resultados: Se ha realizado el estudio económico-nutricional de todos los pacientes ingresados durante el 3º trimestre del año 2011. La prevalencia de desnutrición fue del 66,9% (n = 448). A continuación se presenta el análisis de 670 pacientes, con fines comparativos se incluyeron los datos de 222 pacientes con cifras normales de albúmina.

El mayor porcentaje de pacientes con algún grado de desnutrición ingresó en Medicina Interna (18,5%), Digestivo (12,3%), Neumología (11,2%), Cirugía General (10,3%).

Entre los diagnósticos (principal) destacan neoplasias (9,1%), neumonía de distinta filiación (8,6%), cuadro séptico (7,0%), leucemia y linfomas (6,2%), insuficiencia cardíaca (6,3%), infección respiratoria (2,9%), pancreatitis aguda o crónica (2,8%), dolor de distinta localización (1,6%).

En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos en función del estado nutricional.

Tabla 1.

Parámetro	EN normal (n = 222)	Desnutrición		
		Leve (n = 233)	Moderada (n = 151)	Grave (n = 64)
Estancia (días)	12,5	14,8	21,6	30,4
Reingresos (n ² -%)	60-27,0	50-21,6	28-18,8	13-20,3
RR reingreso	0,75	1,08	1,26	1,13
Exitus (n ² -%)	15-6,8	29-12,4	31-20,8	25-39,1
RR Exitus	2,81	1,31	0,64	0,32
Costes x GRD (€)	8.903,8	9.901,5	13.289,0	17.422,9

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición en nuestro centro es elevada, repercutiendo de forma negativa en la evolución del paciente y en el coste sanitario. Lamentablemente los diagnósticos como la desnutrición no siempre se codifican, a pesar de que se reconoce por su médico durante la hospitalización, situación que pretendemos revertir

P9 Implantación de un método de cribado para detectar desnutrición en la consulta de enfermería de oncología médica

Laia Fontané Francia¹, Montserrat Villatoro Moreno¹, Gemma Salcedo Alegre², David Benaiges Boix¹, Marta Castells Zaragoza², Jordi Blanch Font³, Juana Antonia Flores Le Roux¹, M^a José Carrera Santalieu¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Del Mar. ²Servicio de Oncología Médica, Hospital del Mar. ³Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar

Introducción: Los pacientes que se someten a tratamiento quimioterápico tienen un riesgo aumentado de desnutrición. Dada la dificultad y el coste de realizar una valoración nutricional completa sistemática a todos ellos se plantea utilizar métodos de cribado más fáciles de aplicar en la práctica clínica diaria.

Objetivo: Implementar un test de cribado nutricional, rápido, fácil de administrar e informatizado, administrado por enfermería a todos los pacientes que inician tratamiento con quimioterapia. Comparar los resultados con los obtenidos con la Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente (VSG-GP).

Material y Metodología: Se estudiaron 295 pacientes oncológicos entre mayo 2011 y junio 2012.

Al inicio del tratamiento con quimioterapia el equipo de enfermería administró, de forma protocolizada, el nuevo test de cribado nutricional. Paralelamente el equipo de nutrición realizó a cada paciente la VSG-GP.

El cribado nutricional valora la edad, el estado general del paciente, el IMC y los cambios en el peso y la ingesta. Se comparó el valor diagnóstico del test de cribado nutricional respecto a la VSG-GP, según su sensibilidad, especificidad, concordancia y la curva ROC.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 63,4 ± 11,3 años. La localización del tumor fue: 30,2% pulmón, 24,4% mama, 21,4% colorrectal, 6,8% otros diagnósticos ginecológicos, 3,7% cabeza y cuello, 1,7% esófago-gástrico, 1,4% páncreas, 1,4% próstata y 9,1% de otros diagnósticos.

Un 15,9% de pacientes presentó riesgo de desnutrición aplicando el nuevo test y un 16,6% presentaron alteración del estado nutricional según la VSG-GP.

El tiempo de realización del cribado fue de aproximadamente 5 minutos.

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	FP (%)	FN (%)	PV+ (%)	PV- (%)	Agreement (%)	Kappa	Area curva ROC
VSG-GP score	57,14	92,28	5,46	7,12	59,57	91,53	86,4	0,50	0,84
VSG-GP clasificación	62	93,42	6,44	6,48	65,96	92,28	88,05	0,57	0,88

Conclusiones: El nuevo método de cribado nutricional es de rápida realización y en nuestro medio, ha tenido muy buena aceptación por parte de enfermería. Además, muestra una correlación moderada con el método de referencia, la VSG-GP. La aplicación de este test en la consulta de enfermería oncológica ha permitido incluir un cribado nutricional sistemático a todos los pacientes que inician tratamiento con quimioterapia.

* Esta iniciativa forma parte de un Proyecto de Mejora de Calidad concedido el año 2010 del Programa de Calidad del Parc de Salut Mar

P10 Evaluación clínica de dos fórmulas de nutrición enteral enriquecidas con fibra fermentable en pacientes hospitalizados con diarrea. Estudio prospectivo

Alba Alonso Puerta¹, Laura Frías Soriano¹, Cristina Velasco Gimeno¹, Cristina Pérez Maestro¹, Pilar Rodríguez Martínez¹, Irene Bretón Lesmes¹, Pilar García Peris¹

¹Unidad Nutrición Clínica y Dietética. H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: Evaluar la efectividad clínica de dos fórmulas de nutrición enteral enriquecidas con fibra fermentable y administradas por sonda nasogástrica en pacientes hospitalizados con diarrea.

Material y método: Estudio prospectivo realizado en pacientes hospitalizados que reciben NE, a los que al presentar diarrea se les cambió aleatoriamente a una dieta polimérica enriquecida en fibra fermentable: grupo A (16% proteínas, 46% hidratos de carbono 35% grasa 8,5 g de fibra/500 ml) o grupo B (15% proteínas, 52% hidratos de carbono, 29% grasas, fibra 10,8 g/500 ml) y se mantuvo esta pauta hasta que cedió la sintomatología, volviendo posteriormente a la fórmula previa de NE. Se define diarrea como la presencia de más de tres deposiciones en 24 horas y/o deposiciones pastosas o líquidas. La variable principal es el número de días que el paciente presenta diarrea.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, diagnóstico y tratamiento del paciente, presencia de toxina Clostridium difficile en heces, cantidad diaria de NE administrada, tolerancia y duración total de la diarrea.

Se excluyeron los pacientes con cirugía digestiva previa (gastrectomía o resección intestinal amplia) y enfermedad inflamatoria intestinal.

Los resultados están expresados en media \pm desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 14 en cada grupo, con edad $65,7 \pm 20,4$ años (54% mujeres).

La tolerancia a ambas fórmulas fue adecuada. En ambos grupos cedió la diarrea, permitiendo el cambio a su fórmula previa de NE.

En el grupo A la diarrea cedió en $6 \pm 3,903$ días, siendo el volumen administrado de 1.143 ± 234 ml/día. En dos pacientes se detectó la presencia de Clostridium Difficile.

En el grupo B la diarrea cedió en $6,143 \pm 3,302$ días, siendo el volumen administrado de $1250 \pm 259,4$ ml/día.

En un paciente se detectó la presencia de Clostridium Difficile.

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Conclusión: En este estudio, se ha observado que estas fórmulas enriquecidas en fibra fermentable son bien toleradas por el paciente con diarrea y aportan beneficios clínicos.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos por lo que se puede considerar que ambas fórmulas son clínicamente equivalentes.

P11 Adecuación entre necesidades y aporte energético-proteico en una Unidad de Media y Larga Estancia

Silvia Martín Sanchis¹, Katherine García Malpartida¹, María Argente Pla¹, Pedro Moral Moral², Amparo Ramón Farinós¹, Joan Miquel Pérez Gandía¹, M^a José Cervera Roig¹, Amparo Úbeda Abarca², Beatriz León de Zayas¹ Juan Francisco Merino Torres¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Unidad de Media y Larga Estancia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Objetivos: comparar el aporte de energía y proteínas de la dieta con las necesidades energético-proteicas de los pacientes ingresados en una Unidad de Media y Larga Estancia (UMLE).

Pacientes y métodos: estudio descriptivo, transversal de 77 pacientes de la UMLE de forma consecutiva durante 4 meses (se excluyeron pacientes en situación agónica). Se evaluaron: edad, sexo, motivo de ingreso, escala de comorbilidad de Charlson, escala cognitiva de Pfeiffer y escala funcional de Barthel. Las necesidades energéticas se calcularon mediante la ecuación de Harris-Benedict (con talla estimada y peso ideal) por factor de actividad y factor de estrés; las proteicas con peso ideal por factor de estrés. El aporte calórico-proteico se obtuvo mediante autorregistro de los alimentos ingeridos en 1 día analizados con las tablas de composición nutricional de los platos, en el caso de dieta oral. Se registró la administración de suplementos orales, nutrición enteral o parenteral.

Resultados: la media de edad fue 78,1 (DE 12,9) años, el 50,6% fueron hombres. Las causas más frecuentes

de ingreso fueron EPOC (19,5%) y ACV (18,2%). Según el índice de Charlson el 59,8% presentaba comorbilidades. La escala funcional de Barthel media fue 33,5 (31,9), con el 44,7% de dependencia total. Según la escala de Pfeiffer el 55,8% tenía algún grado de deterioro cognitivo. El gasto energético total medio fue 1419 (rango 812-2329) kcal y el proteico 65,1 (rango 35,6-102,1) g. El aporte se realizó mediante: 68,4% dieta (basal 9,5%, resto dietas modificadas siendo la más frecuente la triturada, 33,8%), 28,9% dieta con suplementos, 1,3% nutrición enteral y 1,3% nutrición parenteral. El 100% de las necesidades calóricas se cubrieron en el 71,1% de los pacientes y las proteicas en el 75%. El 75% de las necesidades calóricas se cubrieron en el 90,8% y las proteicas en el 88,2%.

Conclusiones: el aporte energético-proteico de estos pacientes cubre el 100% de sus necesidades en más del 70% y el 75% de las necesidades en un 90%. De los pacientes con dieta oral el 90% requiere dietas modificadas. Menos de un tercio de los pacientes ha precisado nutrición artificial.

P12 Valoración del estado nutricional y la ingesta alimentaria de pacientes ingresados en la Unidad de Nefrología

Montserrat Villatoro¹, Laia Fontané¹, Carlota Hidalgo², Marisol Fernández², M. Teresa Baz², Alejandra Parri¹, Juan Jose Chillarón¹, David Benaiges¹, Juana Flores¹ M^aJosé Carrera¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Del Mar. ²Servicio de Nefrología. Hospital del Mar.

Introducción: En España el riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados se sitúa en el 23% según el estudio PREDYCES, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. En la práctica diaria, se observa que los pacientes ingresados presentan frecuentemente astenia, anorexia y en numerosas ocasiones, se les somete a ayunos prolongados para realizar pruebas diagnósticas o tratamientos.

Objetivos:

- Evaluar el estado nutricional de pacientes hospitalizados en la Unidad de Nefrología, al ingreso y al alta.
- Estimar el porcentaje de ingesta de la dieta pautada durante el ingreso, a través de registro alimentario.
- Analizar la relación entre el SNAQ y el % de ingesta media total durante la hospitalización.

Metodología: Estudio prospectivo y observacional. Se incluyen todos los pacientes que ingresan en la Unidad de hospitalización de Nefrología desde junio 2012 a noviembre de 2012. Se excluyen los ingresos con estancias inferiores a 72 horas. Se recogen datos demográficos,

parámetros analíticos (albúmina, PCR), la Valoración Global Subjetiva (VGS) y el Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ), en el momento del ingreso y del alta. Durante el ingreso se registra el% de la ingesta media diaria.

Resultados: Se analizaron 95 pacientes, de los cuales el 55% eran hombres, con una edad media de 65,4 ± 14,1 años y con una estancia media hospitalaria de 11,5 ± 8,3 días. Se valoraron el 84,7% de las ingestas. El 32,6% presenta desnutrición moderada según la VSG.

	Ingreso	Alta	P
Albúmina (g/dl)	3,3 ± 0,5	3,3 ± 0,49	0,711
PCR (mg/dl)	6,03 ± 8,4	3,06 ± 3,55	0,005
VSG (A/B/C) (%)	66,3 / 32,6 / 1,1	67,9 / 32,1 / 0	0,999
SNAQ (>14/≤14) (%)	55,8 / 44,2	44,7 / 55,3	0,068

	Según puntuación SNAQ al alta			P*
	Global Total	>14 (n = 35)	≤ 14 (n = 4)	
Ingesta Desayuno (%)	85,1 ± 14,6	87,76 ± 11,9	81,48 ± 16,1	0,087
Comida (%)	81,8 ± 17,4	86,11 ± 13,6	77,04 ± 20,0	0,039
Cena (%)	80,7 ± 19,8	86,67 ± 13,9	75,24 ± 22,8	0,023
Resopón (%)	65,2 ± 29,1	65,82 ± 28,7	61,92 ± 30,4	0,633
Total (%)	78,25 ± 14,9	81,77 ± 11,3	73,92 ± 16,4	0,036

*Comparación grupo SNAQ > 14 con ≤ 14

Conclusiones:

- La prevalencia de desnutrición en los pacientes ingresados en la Unidad de Nefrología fue del 32% tanto al ingreso como al alta.
- La ingesta total media diaria estimada fue próxima al 80%.
- Los pacientes con disminución del apetito al al alta (según SNAQ) presentan un menor cumplimiento de de la dieta pautada durante el ingreso.

P13 Evaluación del manejo nutricional en la planta de hospitalización de pacientes onco-hematológicos de un hospital de tercer nivel

Maria José Sendrós Madroño¹, Jose Manuel Sanchez-Migallón Montull¹, Jaime Sanjuan Ferrer², Eva Martínez Lopez², Montserrat Cachero Triadú², Rocio Puig Piña², Clara Joaquim Ortiz², Joaquim Julià Torras³, Manel Puig - Domingo⁴

¹Institut Català D'Oncologia. Hospital Universitari Germans Trias I Pujol, ²Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ³Servei de Suport Integral. Institut Català d'Oncologia. Badalona. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Introducción: La desnutrición en pacientes onco-hematológicos ingresados es elevada y es común su empeoramiento durante un ingreso hospitalario. La monitorización de los parámetros nutricionales básicos por parte de enfermería y el manejo de la sintomatología que puede interferir en la ingesta, resulta fundamental durante la estancia hospitalaria.

Objetivos: 1. Detectar la prevalencia de riesgo de desnutrición y síntomas que interfieren en la ingesta. 2. Evaluar la monitorización nutricional por parte de enfermería: Registro antropométrico y de ingesta en documentos de enfermería. 3. Valoración de riesgo de desnutrición por parte de enfermería. 4. Identificar el tipo de soporte nutricional prescrito en estos pacientes.

Material y métodos: Se analizaron todos los pacientes onco-hematológicos ingresados un día del mes de noviembre de 2012 (n = 41) 35,6% mujeres; 62,3 ± 14,45 años. El riesgo de desnutrición se analizó mediante el Malnutrition Screening Tool (MST). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 realizando un análisis descriptivo de frecuencias.

Resultados: El 74,1% de pacientes presentaron riesgo de desnutrición según el MST. La prevalencia de síntomas que pueden interferir en la ingesta en orden decreciente fue: astenia (74,1%), anorexia (59,3%), signos de desánimo (55,6%), dolor (25,9%), náuseas o vómitos (22,2%), disgeusia (18,5%), disfagia (17,5%) y estreñimiento (7,4%). El peso y talla constaron en el 85,36% y 41,5% respectivamente. La ingesta estaba documentada en el 100% de los casos. El riesgo de desnutrición no fue valorado por parte de enfermería. El 48,9% recibían soporte nutricional en forma de suplementación nutricional vía oral (24,4%), adaptación de la dieta (14,6%), nutrición enteral (4,9%) o nutrición parenteral (2,4%).

Conclusiones: La prevalencia de desnutrición y de síntomas que condicionan la ingesta en estos pacientes fue elevada. El elevado cumplimiento del registro de los parámetros antropométricos permite la monitorización ponderal en la mayoría de los casos y de la ingesta en su totalidad. La inclusión de un cribado nutricional en la valoración de enfermería está justificada. El soporte nutricional mayoritario fue la suplementación nutricional oral seguido de la adaptación dietética.

P14 Implantación de informes de cuidados de Enfermería al alta hospitalaria en el servicio de endocrinología y nutrición

Ana María Cayuela García¹, Raquel Ballesteros Perez¹, María del Mar García Lopez¹, Javier Rodríguez Tello¹, Laura Sanchez Canovas¹, Amelia María Chuica Marchal¹, Carmen Luisa García

Alferez¹, Melody Ortega Cobo¹, María de los Angeles Rubio Gambin¹ María Isabel Pedreño Belchi¹

¹Hospital Santa Lucía Cartagena.

Introducción: El informe de continuidad (IC) es parte de la historia clínica electrónica y se realiza a aquellos pacientes que una vez dados de alta en Atención Especializada (AE), precisan seguimiento por parte de consultas externas de Enfermería de Nutrición, Atención Primaria (AP) u otros centros. Se entrega al paciente/familia y se envía automáticamente al equipo de AP de referencia.

Tiene doble funcionalidad: interna para facilitar el seguimiento en AE y externa como instrumento de comunicación con el paciente y AP.

Objetivos:

- Medir el nivel de implantación del IC en el servicio de nutrición del Hospital Santa Lucía de Cartagena.
- Determinar el número de IC realizados según las características del paciente (portador de SNG, gastrostomía, y/o intervenido de cirugía bariátrica) y los diagnósticos NANDA más prevalentes.

Metodología:

- El IC se realiza en el formato aprobado por la institución e implantado inicialmente en las unidades de hospitalización, que incluye el uso de taxonomías NANDA y NIC.
- Las enfermeras de Nutrición, con la colaboración y apoyo de los enfermeros mentores del Área de Salud, seleccionaron los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC más adecuadas a cada proceso asistencial. También se fijaron otros contenidos relevantes para el IC: fecha de cambio de sondas enterales, pauta de curas de gastrostomías, indicaciones dietéticas, próximas citas, etc.
- Para la obtención de datos se revisaron todos los IC elaborados desde noviembre del 2011 hasta noviembre de 2012 por las enfermeras de nutrición.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 154 IC, de los que 50 pacientes eran portadores de SNG, 45 de gastrostomía, 2 de yeyunostomía, 1 con suplementación oral y 57 de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica.

Las etiquetas diagnósticas más prevalentes fueron: Riesgo de infección, Riesgo de aspiración y Desequilibrio nutricional por exceso.

Conclusiones: La implantación del IC por enfermeras de la consulta externa de Nutrición es notable y anima a extender el uso del IC al resto de consultas para mejorar la calidad y continuidad de los cuidados enfermeros.

El IC de las enfermeras de nutrición facilita la continuidad del Plan de Cuidados del paciente con nutrición enteral, portador de gastrostomía o SNG, por parte de la enfermera de AP, al igual que los intervenidos de cirugía

bariátrica que llevan un seguimiento en consulta de nutrición de sus nuevas pautas de alimentación

P15 Evolución de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica mediante gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)

Angélica García Gómez¹, M. Llanos García Arce¹, Francisco Botella Romero¹, Carlos Sánchez Juan², José Joaquín Alfaro Martínez¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos:

- Evaluar eficacia de la GTL en la pérdida de peso.
- Describir déficits nutricionales post-operatorios.
- Valorar evolución de las comorbilidades asociadas a la obesidad tras intervención quirúrgica.

Material y métodos: Durante el período de enero de 2007 y diciembre de 2011, se sometió a GTL a 42 pacientes con obesidad severa o mórbida en el CHUA. A través del programa informático de Cirugía Bariátrica (Cirbar) de la Sociedad Castellano Manchega de Endocrinología, Nutrición y Diabetes (SCAMEND), se recogieron los datos de filiación y antropométricos, las comorbilidades asociadas antes y después de la cirugía y las complicaciones nutricionales tras la misma.

Resultados: De 42 pacientes 28 fueron mujeres (66,7%) y 14 hombres (33,3%), con una edad media de 47,7 años ($\pm 10,7$). Con un tiempo medio de seguimiento de 24,9 meses ($\pm 13,9$).

- Evolución ponderal del peso
 - El peso corporal medio de los pacientes previo a la intervención fue de 135,8 kg ($\pm 24,0$) y un valor medio preoperatorio del IMC de 49,2 kg/m² ($\pm 6,6$).
 - La mayor pérdida de peso se da a los 24 meses (N = 25 pacientes), con un Porcentaje de Sobrepeso Perdido (PSP) de 80,6% ($\pm 20,6$).
- Deficiencias nutricionales
 - Los déficits que surgieron a lo largo del tiempo tras la intervención fueron:
 - * Vitamina A: (12/42). 28,6%
 - * Calcio y vitamina D: (14/42). 33,3%
 - * Hierro: (8/42). 19,0%
 - * Vitamina B₁₂: (5/42). 11,9%
 - * Hipoalbuminemia: (4/42). 9,5%
- Comorbilidades post-intervención
 - Las variaciones en las diferentes comorbilidades presentes antes y después de la intervención se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Comorbilidades asociadas a la obesidad antes y después de la cirugía.

	Nº pacientes	
	PreIQ	PostIQ
Diabetes	17	5
HTA	20	8
Dislipemias	14	2
Cardiopatías	1	0
SAOS	18	3
Alt. psiquiátricas	9	9
Pat. osteoarticular	10	2

Conclusiones: La GTL es una técnica quirúrgica que, en nuestra serie de pacientes:

1. Consigue una buena pérdida de peso a corto-medio plazo, ya que el PSP a los 24 meses es de un 80,6% ($\pm 20,9$).
2. Ocasiona deficiencias poco significativas de algunos micronutrientes.
3. Reduce las comorbilidades previas asociadas a la obesidad mórbida en más de la mitad de sus valores iniciales.
4. Por todo lo anterior, nos proponemos ampliar el tiempo de seguimiento para valorar su efectividad a largo plazo.

P16 Valoración del estado nutricional en una residencia de mayores

Luisa Muñoz Salvador¹, Pamela Alvarez Trencó², Mar Martínez Molina³

¹Residencia De Mayores El Encinar De Las Cruces. Don Benito. ²Hospital General Virgen de la Peña. Fuerteventura. ³Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares.

Introducción: Ante la creciente institucionalización de las personas mayores, especialmente aquellas de mayor edad o que presentan alguna patología relacionada con la nutrición, es necesario considerar que tanto el análisis de las prácticas y hábitos de alimentación como la valoración del estado nutricional son dos aspectos fundamentales a tener en cuenta en los centros residenciales

Objetivos: 1) Evaluar el estado nutricional de los ancianos institucionalizados en un Centro Residencial de la Tercera Edad; 2) Proponer las intervenciones nutricionales necesarias, y 3) Establecer un algoritmo de decisión que permita la correcta selección de la dieta o soporte nutricional de cada residente.

Material y métodos: Estudio transversal sobre la totalidad de los residentes, realizando: 1) Test Mini Nutricional Assessment; 2) Valoración antropométrica; 3) Valoración bioquímica, y 4) cuestionario adicional (informativo sobre prótesis dentales, problemas de deglución, y dietas

especiales o suplementos orales). 5) Análisis de estos datos para la valoración nutricional y realización de las recomendaciones oportunas.

Resultados: La edad media de los 69 residentes valorados fue de 83 años [65-101], con un peso medio de 62 kg [35- 87], una talla de 155 cm [140-170], un índice de masa corporal medio de 26 [15,6-36], un pliegue tricipital medio de 18,1 mm [4-36] y una circunferencia muscular del brazo media de 20,6 cm [14,7-27,1]. Mediante el test Mini Nutricional 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 tricipital y en la circunferencia muscular del brazo. Tuvieron valores superiores al percentil 95 en el pliegue tricipital 10/69 (20% [IC 95%: 10-33]) y en la circunferencia muscular del brazo 7/69 (14% [IC 95%: 5-26]). Todos ellos tenían índice de masa corporal mayor de 27.

Conclusiones: La valoración del estado nutricional en una Residencia de Mayores debe realizarse siguiendo protocolos estandarizados, sencillos y rápidos, que permitan realizar una primera fase de cribaje de detección de los ancianos en riesgo para su posterior valoración nutricional completa. El análisis de los resultados obtenidos en este estudio permitieron concluir la importancia de la figura del nutricionista como profesional cualificado para elaborar un protocolo de valoración y seguimiento nutricional en el Centro.

P17 Eficacia del uso de Suplementos Hiperproteicos en ancianos institucionalizados con úlceras por presión

Luisa Muñoz Salvador¹, Pamela Alvarez Trencó², Mar Martínez Molina³, Jessica Escobar Nieto de Tena⁴

¹Residencia De Mayores El Encinar De Las Cruces. Don Benito. ²Hospital General Virgen de la Peña. Fuerteventura. ³Hospital Virgen de Altigracia. Manzanares. ⁴Estudiante de 4º grado en Nutrición Humana. Universidad San Pablo CEU. Madrid

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema de salud frecuente en el anciano institucionalizado y puede ser un factor que contribuya a la mortalidad prematura de algunos pacientes, pudiendo prevenirse en muchos casos. Dentro de los factores de riesgo relacionados, tenemos el estado nutricional como uno de los más importantes.

Objetivos: Evaluar la eficacia del uso de suplementación oral hiperproteica en el proceso de cicatrización de UPP de diferente estadije

Material y métodos: Estudio descriptivo sobre 75 ancianos institucionalizados, de los cuales 12 presentan úlceras por presión de diferente grado, según el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en úlceras por presión (GNEAUP). Se recopilan datos analíticos para valorar el estado nutricional (niveles plasmáticos de albúmina y colesterol y recuento de linfocitos totales). Se dividen en dos grupos: experimental y de control. Al primero se le administra diariamente junto con el menú, dos suplementos orales hiperproteicos durante 3 meses, mientras que el grupo de control ingiere solamente el menú basal del centro. Monitorización de la evolución de las úlceras según la escala PUSH.

Resultados: La edad media de los 75 residentes de la muestra es de 87 años. El 16% de los mismos presenta UPP. En cuanto al grado, observamos que una cuarta parte presenta UPP grado I, un 25% grado II, grado III el 16,7% y grado IV un 33,3%. La evolución favorable de la cicatrización de las UPP en los residentes que reciben la suplementación oral hiperproteica durante tres meses es más rápida que la de aquellos que sólo se alimentan con la dieta de cocina, obteniendo los primeros a la finalización de este estudio una mejor puntuación en la escala PUSH.

Conclusiones: En nuestra muestra el desarrollo de UPP es mayor en pacientes con deterioro funcional y/o cognitivo que no reciben ningún tipo de suplementación oral. Habría que valorar también otras medidas de aparición de UPP como son: la incontinencia fecal y urinaria, movilidad, protección de zonas de riesgo o uso de colchones antiescaras. La evolución favorable en la cicatrización de las UPP de los residentes que reciben soporte nutricional oral nos hace pensar que la suplementación nutricional hiperproteica podría acelerar la cicatrización de las heridas.

P18 Evaluación de los criterios de derivación a la unidad de nutrición clínica y dietética de los pacientes onco-hematológicos ingresados en el Instituto Catalán de Oncología. Badalona

Jose Manuel Sánchez-Migallón Montull¹, María José Sendros Madroño¹, Jaume Sanjuan Farré², Eva Martínez López², Montse Cachero Triadú², Rocío Puig Piña², Clara Joaquim Ortiz², Manel Puig-Domingo², Joaquim Julià i Torras³

¹Servicio de Soporte Integral. Instituto Catalán De Oncología - Badalona y ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Germans Trias i Pujol. ³Servicio de Soporte Integral. Instituto Catalán de Oncología-Badalona

Introducción: La presión asistencial supone una barrera en la introducción de nuevas escalas de valoración del

paciente. Incluir un cribado nutricional es eficiente si logra detectar pacientes con riesgo de desnutrición que no hayan sido derivados a la unidad de nutrición mediante el seguimiento de los criterios de derivación.

Objetivos: 1. Conocer la prevalencia de pacientes oncohematológicos con riesgo de desnutrición que no reciben valoración nutricional durante su ingreso en nuestro centro. 2. Conocer la prevalencia de riesgo nutricional. 3. Evaluar el cumplimiento de uno de los criterios de derivación a la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética (UNCD): pérdida de peso significativa.

Material y métodos: Se estudiaron todos los pacientes ingresados un día al azar en noviembre de 2012 en el Instituto Catalán de Oncología-Badalona (n = 41), El 14,6%, 39,0% y 46,4% de los pacientes estaban ingresados a cargo de los Servicios de Soporte Integral, de Hematología y de Oncología respectivamente. El 63,4% de los pacientes eran varones; edad: $62,3 \pm 14,45$ años. Se valoró el riesgo nutricional mediante el Malnutrition Screening Tool (MST) El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 realizando análisis descriptivo de frecuencias.

Resultados: El 74,1% de los pacientes ingresados presentaban riesgo de desnutrición según el MST. El 45,0% de los pacientes que presentaban riesgo de desnutrición según el MST no habían sido derivados a la UNCD. El 68,0% de los pacientes presentaban pérdida de peso significativa. El criterio de derivación a la unidad de nutrición pérdida de peso significativa sólo se había respetado en el 53,2% de los casos. Un 15,8% de los pacientes que presentaban riesgo de desnutrición no alcanzaban un pérdida ponderal para considerarla significativa.

Conclusión: El elevado riesgo de desnutrición detectado en nuestro centro justifica su cribado sistemático. El escaso cumplimiento de los criterios de derivación a nuestra unidad obliga a recordar a los facultativos de los servicios implicados los criterios de derivación ya establecidos. El alto porcentaje de pacientes en situación de riesgo nutricional no derivados a nuestra unidad obliga a plantear modificaciones en los criterios de derivación.

P19 Valoración del estado nutricional en pacientes con Trastorno del Espectro Autista

María Luisa Carrascal Fabian¹, Laura Frías Soriano¹, Isabel Higuera Pulgar¹, José Romo², Cristina Cuerda Compés¹, Cristina Velasco Gimeno¹, Pilar García Peris¹

¹Unidad de Nutrición-Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Unidad Adolescentes AMI-TEA-Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El programa AMI-TEA (Atención Médica Integral-Trastorno del Espectro Autista) centraliza a todos los enfermos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) de la Comunidad de Madrid.

Según confirma la literatura, los pacientes con TEA sufren alteraciones nutricionales, por este motivo la Unidad de Nutrición tiene una consulta específica de enfermería dentro de este programa.

Objetivo: Conocer la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición en pacientes con TEA, derivados a la consulta de enfermería.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo (septiembre 2009-octubre 2012).

La valoración del estado nutricional se realizó mediante el IMC (≥ 18 años) y z-score IMC/edad y z-score talla/edad (< 18 años), utilizando el Software WHO 2007 (Anthro Plus Software, versión 3.2.2. de junio de 2.010), según clasificación de la Organización Mundial de la Salud. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias (%) y las cuantitativas, como media \pm DS (rango).

Resultados: Se evaluaron 97 pacientes (80% varones), con una edad media de $13,74 \pm 8,84$ años (3 - 45).

- Valoración nutricional de los 27 pacientes ≥ 18 años (28%):
 - IMC ≥ 25 (sobrepeso), 30%
 - IMC ≥ 30 (obesidad), 30%
 - IMC $< 18,5$ (desnutrición), 21%.
- Valoración nutricional de los 70 pacientes < 18 años (72%):
 - Sobrepeso, 16%
 - Obesidad 21%
 - Desnutrición 6%

De los 97 pacientes atendidos en consulta continúan en tratamiento 34. De los 63 restantes:

- 14, (22%), sólo querían información nutricional,
- 9, (15%), fueron dados de alta por cumplir con los objetivos del tratamiento.
- 11, (17%), pidieron el alta voluntaria, y 29, (46%), abandonaron la consulta por falta de adhesión al tratamiento.

Conclusiones: Los pacientes con Trastorno del Espectro Autista son susceptibles de sufrir alteraciones del estado nutricional. En nuestra consulta la prevalencia de sobrepeso/obesidad fue mayor que la de desnutrición. El tratamiento de estos enfermos es complicado y tiene una alta tasa de abandonos.

P20 La influencia del riesgo de desnutrición en la fragilidad de las personas mayores que viven en la comunidad

Carmen Nuin¹, Pilar Jürschik¹, Teresa Botigüé¹

¹Universitat de Lleida.

Objetivos: Evaluar la influencia del riesgo de desnutrición en la fragilidad en las personas mayores que viven en la ciudad de Lleida con el propósito de intervenir precozmente y prevenir la entrada en el círculo de la fragilidad.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo transversal cuya población está formada por los individuos de 75 años o más, no institucionalizados. Los datos fueron recogidos de la encuesta "Fragilidad en las personas mayores de Lleida" (encuesta FRALLE). El riesgo de desnutrición se valoró mediante MNA-SF. Para medir la fragilidad se utilizó la escala de Fried y Watson modificada que incluye 5 criterios. Las variables control fueron: edad, deterioro cognitivo, síntomas depresivos y dependencia básica e instrumental. El análisis bivariado se obtuvo mediante la pruebas de chi cuadrado. En el modelo de regresión logística se incluyeron todas aquellas variables que habían alcanzado significación estadística en dicho análisis.

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. Presentaron riesgo de desnutrición un 21,3% de la muestra y la fragilidad estuvo presente en el 9,6% de los individuos. Las personas frágiles presentaron mayor riesgo de desnutrición ($p < 0,001$). En el análisis multivariante además del riesgo de desnutrición, la edad, los síntomas depresivos y la dependencia básica e instrumental fueron factores independientes asociados a la fragilidad.

Conclusiones: El riesgo de desnutrición se ha relacionado con la fragilidad después de ajustar por edad y estado de salud (síntomas depresivos y dependencia básica e instrumental) permaneciendo significativamente asociados.

P21 Efecto de una dieta hipocalórica modificada con optisource plus en la pérdida de peso y calidad de vida en obesos con osteoartritis crónica

Olatz Izaola¹, Daniel de Luis¹, Manuel Garcia Alonso¹, Rocío Aller¹, Beatriz de La Fuente¹, Gloria Cabezas¹

¹Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Hospital Universitario Río Hortega.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue evaluar en pacientes obesos con osteoartritis crónica de rodilla y/o

cadera el impacto sobre la calidad de vida y el control metabólico de una intervención dietética con una fórmula comercial hipocalórica.

Material y Métodos: Se evaluó una muestra de 55 pacientes obesos con osteoartritis crónica (rodilla y cadera). EL estudio consistió en un programa de 12 semanas de reducción de peso en el que los pacientes recibían al día dos sobres de Optisource plus[®] junto a una dieta oral modificada hipocalórica.

Resultados: Se dividieron a los pacientes en dos grupos, uno que perdió menos de un 9% de su peso inicial (grupo 1) y el grupo 2 (pérdida superior a un 9% de pérdida de peso). Los pacientes en el grupo 2 mostraron una mejoría en la puntuación total del test de calidad de vida SF-36 ($4,0 \pm 6,1$ puntos), en el campo de la función física del SF 36 ($1,8 \pm 3,4$ puntos), en el campo del componente físico del SF 36 ($0,6 \pm 1,6$ puntos) y en el campo de la vitalidad del SF 36 ($2,7 \pm 4,6$ puntos). También mejoraron de manera significativa, la puntuación total del test específico de calidad de vida para osteoartritis WOMAC ($-8,2 \pm 15,0$ puntos), el dominio funcional del test WOMAC ($-6,5 \pm 10,6$ puntos) y el dominio de la rigidez del test WOMAC ($-0,7 \pm 2,1$ puntos).

Conclusion: El efecto sobre la calidad de vida en pacientes obesos tratados con optisource plus solo es evidente con pérdidas de peso $> 9\%$ con la fórmula hipocalórica comercial.

P22 Encuesta de satisfacción de la cocina hospitalaria, una herramienta fundamental para la mejora continuada de la alimentación oral

Alicia Calleja Fernández¹, Soledad Parrado Cuesta²

¹Sección de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario De León. ²Subdirección de Gestión. Complejo Asistencial Universitario de León.

Objetivo: Más del 90% de los pacientes hospitalizados son subsidiarios de alimentación oral durante su periodo de hospitalización, y ésta debe cumplir unos criterios de calidad nutricional y percibida para cubrir las necesidades y expectativas del paciente. El objetivo del trabajo fue conocer la calidad percibida por parte del paciente,

Material y métodos: Fue diseñada una encuesta de escala cualitativa con 4 respuestas (excelente, bien, regular, mal) para los siguientes parámetros: calidad de los alimentos, cantidad de comida, temperatura de los alimentos, variedad de platos, presentación de la bandeja, limpieza del menaje y valoración global. Además, fueron recogidas otras consideraciones: preferencias y aversiones, sugerencias de mejora.

Resultados: Fueron realizadas 395 encuestas, el 50,4% fueron, la mediana de edad 75,0 (RIQ 27,0) años, y en el momento de la evaluación permanecían hospitalizados desde hacía 6,0 (RIQ 7,0) días. Los pacientes valoraron satisfactoriamente (excelente y bien) la calidad de los alimentos en el 89,6%, la cantidad de comida en el 93,7%, la temperatura de los alimentos en el 88,9%, la variedad de platos en el 85,9%, la presentación de la bandeja en el 94,9%, la limpieza del menaje en el 98,5% y globalmente en el 91,9%. Los pacientes mayores de 75 años valoraron mejor la calidad de los alimentos ($p = 0,001$), la cantidad recibida ($p = 0,003$), la variedad de la comida ($p = 0,001$), la presentación del menú ($p = 0,001$), así como el nivel de satisfacción general con la cocina ($p = 0,001$). El paciente destacó la calidad percibida de muchos de los platos del menú, y sugirió la eliminación de otros menos satisfactorios. Además, realizó sugerencias sobre la incorporación de más frutas, adecuación de los horarios de ingesta y mayor variedad en los platos.

Conclusiones: el nivel de satisfacción de los pacientes con la cocina hospitalaria es elevado. Se deberá continuar en esta línea de mejora continuada, para adecuar la alimentación a los pacientes hospitalizados, y que la ingesta de alimentos sea lo más satisfactoriamente posible.

P23 Mejorando la restauración a favor de una adecuada nutrición del paciente hospitalizado

Amparo Segura Galindo¹, Ana María Fernández Alonso¹, Mar Lázaro González¹, Anunciación Fernández¹, Carlos Allo², Eva Barberán², Francisco Javier Del Cañizo Gómez¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor. ²Servicio Concesionaria.

Objetivo: Evitar la desnutrición en pacientes hospitalizados con un adecuado Servicio de Restauración (SR) identificando opciones de mejora. La alimentación del paciente hospitalizado, estado nutricional y evolución de la enfermedad son foco de atención.

Es importante contar con un adecuado SR por ello el HUIL desarrolla este proyecto. El hospital cuenta con sistema de gestión sanitaria pública y no sanitaria privada, actividad asistencias 269 camas. Mensualmente se sirven más de 70000 dietas.

Métodos y Materiales: Resultado de valorar encuestas de satisfacción de pacientes, análisis de quejas y reclamaciones del SR de la Concesionaria, y de apreciaciones recogidas por profesionales sanitarios, se crea la necesidad de realizar mejoras en la restauración. Se organiza un Grupo de Trabajo para la Restauración entre Hospital y Concesionaria formado por profesionales sanitarios del hospital (pertenecientes al Servicio de Endocrinología y Nutrición, médico de Pediatría, enfermería y dirección de enfermería) e integrantes del Servicio de la Concesionaria

(Servicio de cocina, dietética y Dirección). Se acuerda que el proyecto no suponga gasto extra.

Resultados: De las reuniones se desprende:

1. Exceso del número de dietas utilizadas llevando a confusión a la hora de su petición en programa informático, creándose un nuevo código de dietas atendiendo a las necesidades nutricionales del paciente.
2. Fallos en la calibración de las dietas
3. Demanda de dieta específica "atrayerente" para pacientes oncológicos ingresados en hospital de día, confeccionándose la misma.
4. Derrames en bandejas y llegada de la comida con temperatura inadecuada, solucionado con adquisición de vajilla de cierre hermético por parte de la concesionaria.
5. Información de la entrada en vigor al personal sanitario del código de dietas y su introducción en red hospitalaria Z para mayor conocimiento.
6. Puesta en marcha del nuevo código con sincronización del SR y los diferentes servicios de hospitalización.

Conclusiones:

1. Imprescindible la continuidad del trabajo desarrollado apostando por un adecuado estado nutricional del paciente.
2. Las mejoras han sido consecuencia de la organización del equipo no implicando costes sino generando ahorros.
3. Esta iniciativa realizada en Hospital de gestión mixta ha sido positiva existiendo una concienciación de la importancia de la restauración en la nutrición del paciente hospitalizado.

P24 Uso de fibra fermentable en pacientes sometidos a radioterapia pélvica para la regulación del patrón intestinal

Eduardo Sanchez Sanchez¹, María Josefa Muñoz Guerrero¹, Elizabeth Ariza Cabrera¹

¹Oncología Radioterápica Hospital Punta Europa Algeciras.

Introducción: La Radioterapia pélvica afecta a las células cancerosas y daña las células sanas que conforman el revestimiento intestinal, alterando su función. Como consecuencia, el síntoma que aparece con más frecuencia es la diarrea. Para reducir su aparición, se realiza una prevención con modificaciones dietéticas (dieta moderadamente astringente). Las diarreas como efecto secundario de la Radioterapia y el estreñimiento que puede provocar el uso de esta dieta modifican el hábito intestinal. El uso de fibra fermentable es imprescindible para el buen funcionamiento del aparato digestivo. En nuestro estudio se pautara como módulo de fibra fermentable: Vegemat Med fibra plus®.

Objetivo: Evaluar el efecto que produce el uso de fibra fermentable, para regular el tránsito intestinal de los pacientes sometidos a Radioterapia pélvica.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo con una muestra de 315 pacientes sometidos a Radioterapia pélvica. El tratamiento radioterápico se administró en el Hospital Punta de Europa de Algeciras (Cádiz), durante el año 2011-2012. Se realiza un seguimiento semanal para valorar el patrón intestinal, valorando la presencia de diarreas o estreñimiento. A los pacientes que presentaron diarreas se les pauto dieta + tratamiento farmacológico (grupo 1) o Vegenat Med fibra plus® 2 sobres/día (grupo 2). En caso de estreñimiento, todos ellos siguieron Vegenat Med fibra plus® 2 sobres/día.

Resultados: De la muestra utilizada, 48 pacientes presentaron diarreas y 29 estreñimiento. De los pacientes con diarreas 43 fueron tratados como grupo 1 y 5 como grupo 2. En 24 pacientes del grupo 1, reaparecieron diarreas en diversas ocasiones después de recibir el tratamiento, no siendo así en los 19 restantes y en la totalidad del grupo 2, que después de la administración del tratamiento, las diarreas se resolvieron, sin que apareciesen de nuevo. En la totalidad de los pacientes con estreñimiento, su resolución fue completa.

Conclusiones: El uso de fibra fermentable, Vegenat Med fibra plus®, regula el patrón intestinal de los pacientes que presentan estreñimiento. Parece además que también mejora los episodios de diarreas, aunque se deba profundizar con una muestra más significativa.

P25 Código de dietas hospitalarias y su relación con la desnutrición en un hospital de tercer nivel

Francisca María Pereyra-García Castro¹, Néstor Benítez Brito¹, Eva María Herrera Rodríguez¹, Blanca Nieves Niebla Hernández¹, Alicia Tejera Concepción²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición y Dietética. Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria.

Antecedentes y objetivos: La prevalencia de desnutrición hospitalaria supone un aumento de la morbimortalidad y del gasto sanitario. El objetivo es contabilizar el código de dietas hospitalarias solicitadas con más frecuencia en nuestro hospital y analizar la incorrecta prescripción del código de dietas con la prevalencia de desnutrición en el Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Nuestro hospital dispone de 933 camas, con una ocupación en el momento actual de 670. Disponemos de 30 códigos de dietas codificados.

Todos los servicios solicitan dietas vía intranet, salvo el servicio de urgencias que no está informatizado. La cocina es centralizada de línea caliente. La periodicidad de los menús es de 14 días. No existe menú opcional salvo en la dieta pediátrica.

A partir del programa del código de dietas interno del hospital (Reflection for UNIX and OpenVMS. Sistema Integrado de Gestión de Dietética) se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo de todas las dietas pautadas en un periodo de 12 meses (enero 2011-diciembre 2011). Posteriormente se analizó el Servicio de Medicina Interna debido a la prevalencia de desnutrición detectada en un estudio prospectivo realizado con anterioridad (Implementation of a Nutritional Screening method at a teaching hospital. Difficulties and achievements. XXXIII Congreso SEMI-11th Congress EFIM 24 al 27 de octubre de 2012).

Resultados: Se contabilizaron un total de 885.854 dietas dispensadas en cuatro tomas en todo el hospital. Los datos más representativos fueron: dieta metabólica (1500kcal) (27,23%), dieta basal (23,21%), dieta túrmix (10,84%), dieta blanda masticación (5,94%), dieta protección bilio/pancreática (5,28%), dieta pediátrica (4,91%), dieta metabólica (2.000 kcal) (3,01%), dieta metabólica (2500kcal) (0,32%).

Seguidamente analizamos un total de 51.337 dietas dispensadas en cuatro tomas en el servicio de Medicina Interna, donde se había observado una prevalencia de desnutrición del 21%.

Entre las dietas más demandadas se encontraron: la dieta metabólica (1.500 kcal) (32,17%), dieta basal (22,08%), dieta túrmix (13,80%), dieta blanda masticación (8,42%), dieta protección bilio/pancreática (3,46%), dieta astringente (2,80%), dieta metabólica (2.000 kcal) (1,21%), dieta metabólica (2.500 kcal) (0,46%).

Conclusiones:

1. Nuestro código de dietas es muy amplio, pero facilita el que se pueda adaptar cada dieta a las distintas patologías.
2. El elevado número de dietas metabólicas está en relación con la prevalencia aumentada de diabetes en Canarias.
3. La prevalencia de un 21% de desnutrición en el servicio de Medicina Interna hace necesario revisar la prescripción del código de dietas.

P26 Análisis de la prescripción de la nutrición enteral en una consulta de nutrición

Ana María Fernández Alonso¹, Amparo Segura Galindo¹, Virginia Sebastián¹, Francisco Javier del Cañizo Gómez¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor.

Objetivo: Caracterización y análisis de prescripción de nutrición enteral (NE) en consulta.

Material Métodos: Estudio transversal inclusión consecutiva de prescripciones nutricionales. Valorándose variables demográficas, servicio procedencia, patología de prescripción, disfagia líquidos, tipo NE y vías de administración. Variables en frecuencias relativas, edad en mediana y rango intercuartílico (RIQ). Estudio de asociación basado en test de la mediana. Nivel de significación fijado 0,05. Programa estadístico: SPSS 15.0 (SPSS Inc. USA)

Resultados: Analizadas 153 nutriciones, 52,3% varones. Mediana 78 años (RIQ 65-84). Institucionalizados 26,8% frente 73,2% que vivían con familiares. Derivados: 41,2% de atención primaria, 17% MIR, 11,1% oncología, 10,5% neumología, 9,2% digestivo, 5,2% cirugía digestiva, 3,3% hematología y 2,6% ORL.

Un 64% padecían enfermedades degenerativas y vasculares del SNC, 9,9% tumores gástricos y alteración de la motilidad gástrica, 6,5% tumores maxilofaciales, 5,9% patología esofágica, 5,3% síndrome malabsorción severa, 4,6% cáncer de páncreas y 3,9% enfermedad inflamatoria intestinal.

25,5% presentaban diabetes mellitus, 6,5% insuficiencia renal, 47% disfagia a líquidos, precisando espesante 32,7%. Recibieron nutrición oral 86,3%, 3,9% por sonda nasogástrica y 9,8% por gastrostomía. Edad mediana de las tres vías de administración difieren entre sí (oral: 78 [RIQ 68-86] años; sonda: 81 [62-84] años; gastrostomía: 56 [44-70] años), siendo el grupo de administración por gastrostomía más jóvenes diferenciándose significativamente de los sondados (p=0,001).

Prescritos suplementos para diabetes 24,2%, crohn 3,3%, enfermedades neurodegenerativas 5,2%, enfermedad renal 3,9%, oncológicos 3,3%, hipercalóricos-hiperproteicos 43,1%, hipercalóricos 3,3%, monoméricos 3,3%, con vitamina D 2% y con fibra soluble 1,3%.

Conclusiones:

1. La NE predominó en edades avanzadas siendo más prevalente la oral.
2. Principal vía de derivación atención primaria, siendo las patologías más apreciables enfermedades degenerativas y vasculares del SNC, seguida de tumores gástricos.
3. Destacar alta relevancia de diabetes mellitus y disfagia a líquidos en los pacientes estudiados.
4. Suplemento más prescrito: hipercalórico-hiperproteico.

P27 Impacto a corto plazo de los suplementos nutricionales y el ejercicio físico sobre la fragilidad de los mayores. Resultados preliminares de un estudio en residencias de Sevilla

Mariana Tome Fernandez-Ladreda¹, Guillermo Martínez de Pinillos Gordillo¹, Estefania Jiménez Licera¹, Jose Antonio Irlés

Rocamora¹, Mariola Méndez Muros¹, Eyvée Arturo Cuellar LLoclla¹, Juan Manuel Garcia de Quirós¹

¹Hospital Universitario de Valme.

Objetivo: Valorar los efectos sobre la fragilidad del mayor de un programa de ejercicio físico y suplementación nutricional en población institucionalizada.

Material y métodos: Estudio cuasi experimental prospectivo no aleatorio en 40 pacientes de 5 residencias del área sanitaria del Hospital de Valme.

Criterios de exclusión: Barthel 90, Karnofsky.

Se evaluaron, medidas antropométricas, riesgo nutricional (MNA), dependencia (Barthel), fragilidad (Fried), capacidad funcional para diversas pruebas de movilidad al inicio y a los tres meses.

Los residentes se distribuyeron en 2 grupos, según el MNA: G1, n = 17, MNA23,5, edad 81,7 años manteniendo el menú de residencia. Ambos grupos realizaron un programa de ejercicio de 2 sesiones diarias de 20-30 minutos, aumentando de intensidad y duración progresivamente según la capacidad individual, atendiendo fundamentalmente a la flexibilidad, equilibrio y fortalecimiento de brazos y piernas.

Resultados: La diferencia en el peso inicial fue importante entre ambos grupos, con valores muy bajos en el G1 (p Hubo una evolución favorable, en las pruebas de movilidad, sin diferencia entre grupos, aumentando la capacidad para mantenerse en equilibrio G1+G2: p = 0,001, CI (95%)= 2,11-9,35 segundos; y disminuyendo el tiempo para levantarse de la silla (Get&up) G1+G2: p = 0,002, CI (95%) = 1,07-5,55 segundos.

	Grupo 1 inicial	Grupo 1 final	
Peso (Kg)	56,8 ± 12,3	57,3 ± 10,4	p = 0,002
MNA (cribaje)	8,1 ± 2,0	10,1 ± 2,29	p = 0,001
			CI(95%) = 1,5-3
Fragilidad (Fried)	3,8 ± 0,8	3,6 ± 0,7	NS
Dependencia(Barthel)	67	72,5	NS
	Grupo 2 inicial	Grupo 2 final	
Peso (Kg)	75,8 ± 14,2	76,1 ± 14,7	NS
MNA (cribaje)	12,0 ± 1,15	12,6 ± 1,23	p = 0,013
			CI(95%) = 0,5-1
Fragilidad(Fried)	3,1 ± 0,7	2,9 ± 0,6	NS
Dependencia(Barthel)	80	85	p = 0,02
			CI(95%) = 0-7,5

Conclusiones: El ejercicio físico mejora de forma significativa la capacidad funcional y disminuye el riesgo nutricional de los mayores con avanzado nivel de fragilidad, aunque el nivel de fragilidad y dependencia no se modificó de forma significativa. En pacientes desnutridos, los

suplementos nutricionales añaden un beneficio al ejercicio físico, siendo la disminución del riesgo nutricional más significativa en el grupo suplementado. Agradecimiento a Nestle Health Care.

P28 Instauración de un método de cribado nutricional (CN) ligado al programa de gestión de dietas de un Hospital Universitario de tercer nivel

Gemma Simats Oriol¹, Victòria Avilés Parra¹, Hego Seguro Gurrutxaga¹, Maria Cleofé Perez-Portabella Maristany¹, Guillermo Cardenas Lagranja¹, Ana Sancho Gómez¹, Miguel Gribes Veiga¹, Jose Antonio López Gómez¹, Rosa Burgos Peláez¹
¹Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Introducción: Numerosas evidencias avalan el uso de métodos de CN al ingreso hospitalario para detectar precozmente la desnutrición relacionada con la enfermedad. No obstante, su implementación no está exenta de dificultades.

Objetivos: Evaluar la eficacia y las dificultades de implementar un método de CN ligado al programa de gestión de dietas hospitalarias.

Material y método: Método de CN: Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002). Enfermería de planta cumple la primera parte del cribado, siendo un requisito previo indispensable para adjudicar dieta al ingreso. El cuestionario permite registrar el peso y la talla real o estimados, así como omitir el test en casos previamente pactados. Si el CN es positivo, el dietista-nutricionista completa el NRS-2002 y, si se confirma el Riesgo Nutricional (RN), realiza una valoración nutricional completa y establece el plan nutricional.

Resultados: Durante los primeros seis meses de implementación del cribado, se incluyeron 346 pacientes adultos (148 mujeres) de edad media 62,43 ± 16,96 años (rango 18-95) que fueron valorados de RN por enfermería al ingreso hospitalario. De ellos, 72,83% presentaban RN o desnutrición y 9,25% estaban normonutridos (falsos positivos). El 17,92% no fueron valorados por corta estancia hospitalaria, pruebas diagnósticas y/o terapéuticas o éxitos. El tratamiento nutricional de los pacientes con RN o desnutrición fue: 57,14% adaptación de dieta, 34,92% adaptación dieta y suplementación oral, 4,37% NE y 3,57% NPT. De los pacientes con RN o desnutrición solo en un 19,05% se realizó interconsulta a la unidad de nutrición.

Dificultades en la implantación del cribado: reticencia a cumplimentarlo por elevada carga asistencial, dificultad para obtener información del paciente y omisión incorrecta del cribado.

Los falsos positivos detectados son debidos a, en orden de frecuencia, valoración inadecuada de la severidad de

la enfermedad y estimación errónea del peso e ingesta del paciente.

Con el tiempo, ha mejorado la implicación de enfermería en la realización del cribado, permitiendo detectar precozmente mayor número de pacientes desnutridos o con RN; existen diferencias en la cumplimentación del cribado entre plantas de hospitalización, siendo las de oncología y hematología, medicina interna, geriatría y neurología las más sensibilizadas.

Conclusiones: La inclusión del CN ligado al programa de gestión de dietas hospitalarias es un método eficaz y precisa colaboración estrecha entre enfermería y la Unidad de Nutrición. Las principales dificultades para su implementación están ligadas a elevada carga asistencial aunque existen otras dificultades superables mediante formación del personal sanitario

P29 Evaluación y mejora del estado nutricional en pacientes de media-corta estancia con dieta triturada durante su ingreso hospitalario

Veronica Chazin Tirado
Hospital Virgen de la Torre.

Introducción:

- La desnutrición hospitalaria en pacientes crónicos con dieta triturada es muy frecuente debido a una baja ingesta de comida durante su ingreso.
- La nutricionista tiene un papel fundamental en la composición de las dietas. Es importante que estas se adapten a cada tipo de paciente y lleven el mismo contenido energético y proteico que las dietas normales.

Objetivos:

1. Comparar ingestas de enfermos con dieta triturada con los de dieta normal.
2. Aumentar el valor nutricional en dietas trituradas para asegurar una correcta nutrición
3. Diagnosticar estados de malnutrición
4. Valorar la aceptación de postres servidos
5. Comprobar si la ingesta mejora al cambiar el menú en cenas.
6. Evaluar la efectividad de la intervención nutricional al alta.

Material y métodos: Estudio observacional en pacientes de media estancia durante su ingreso hospitalario.

Se realiza un cuestionario a cada paciente de duración semanal valorando su ingesta.

Se incluyen también pacientes con deterioro cognitivo, de los cuales obtenemos la información a través de familia o auxiliares que les dan la comida

Se evalúa el estado nutricional del paciente con el test MNA, la medida del índice de masa corporal y datos de laboratorio (proteínas totales, albúmina, transferrina y recuento de linfocitos).

Se utiliza el desbarraado para valorar objetivamente el grado de aceptación de postres, y del nuevo menú en cena

Visita de la nutricionista al ingreso y alta, para evaluar su estado nutricional

Variables: Tipo de dieta, estado funcional y cognitivo .

Resultados:

- Los pacientes con dieta turmix presentaban una ingesta energética y proteica menor que los de dieta normal.
- Un 79% de estos entran desnutridos y un 17% en riesgo de desnutrición.
- El porcentaje de aceptación de postres y cambio de menú en cena es 86% y 72% respectivamente.
- Con el aporte proteico en postres y pures se consigue que gran parte de pacientes cumplan los requerimientos nutricionales necesarios.
- Un 82% de pacientes mejora su estado nutricional al alta.

Conclusiones: Realización del MNA, IMC y toma de datos de laboratorio al ingreso y alta del paciente para detectar posible malnutrición y tener una referencia objetiva de mejora nutricional al alta.

Suplementar con proteína el primer bol para aumentar su valor nutricional.

Sistematizar el empleo de postres elaborados.

Cambiar el menú en cenas de dieta turmix mejorando así su ingesta.

P30 Estudio sobre la frecuencia de pérdida de peso en pacientes en tratamiento radioterápico

María Josefa Muñoz Guerrero¹, Eduardo Sánchez Sánchez¹, Elizabeth Ariza Cabrera¹

¹Oncología Radioterápica. Hospital Punta Europa Algeciras.

Introducción: La pérdida de peso y la malnutrición son frecuentes en el paciente oncológico. La Radioterapia como tratamiento antineoplásico puede causar pérdida de peso relacionado con los efectos secundarios al mismo. Es un tratamiento local por lo que la localización del tumor influye a la hora de presentar síntomas que repercuten en la alimentación, tales como: disfagia, anorexia, mucositis, disgeusia, xerostomía, diarreas, etc.

Objetivo: valorar la frecuencia de pérdida de peso durante el tratamiento de Radioterapia en las diferentes neoplasias.

Material y métodos: Se incluyen todos los pacientes que son sometidos a tratamiento radioterápico durante los años 2011-2012 en el Hospital Punta Europa (Algeciras). Se realiza control de peso en la primera visita, el día de inicio de tratamiento, semanalmente y el día del alta.

Resultados: De un total de 237 pacientes divididos por neoplasias, los que presentan con mayor frecuencia pérdida de peso son: ca gástrico y ca pulmón, frente a ca ginecológicos y ca mama. Se puede observar que los ca cabeza y cuello se encuentran en el 4º lugar, pero esto puede ser debido a que de un total de 28 pacientes, 18 de ellos han seguido suplementación nutricional disminuyendo o estabilizando la pérdida de peso; sin suplementación el porcentaje de pacientes con pérdida de peso entre 1-5% sería del 50%, siendo el total de 60,7%.

Neoplasias	Nº pacientes	Pérdida de peso total (%)			Total
		1-5%	5-10%	> 10%	
Ca gástrico	2	100%	0%	0%	100%
Ca pulmón	16	56,25%	6,25%	0%	62,5%
Ca vejiga	10	50%	10%	0%	60%
Ca cabeza y cuello	28	42,85%	0%	10,7%	53,56%
Ca próstata	48	43,75%	6,25%	0%	50%
Ca recto	29	41,37%	3,45%	0%	44,8%
Ca ginecológicos	20	25%	5%	0%	30%
Ca mama	84	24,8%	0%	0%	24,8%
Total	237				

Conclusiones: La pérdida de peso es más frecuente en aquellos pacientes que debido a la localización del tumor presentan efectos secundarios que influyen en su correcta alimentación.

P155 Utilidad de la valoración subjetiva global en el estudio de prevalencia de desnutrición hospitalaria en servicios médicos y quirúrgicos y su concordancia con la estancia media y la instauración de tratamiento nutricional

Miriam Moriana Hernández¹, Ana Artero Fullana¹, María de las Heras¹, Miguel Civera Andrés¹, Alfonso Mesejo Arizmendi², José F. Martínez Valls^{1,3}, Juan F. Ascaso Gimilío^{1,3}

¹Unidad de Nutrición. Servicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario. ²Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ³Facultad de Medicina. Universidad de Valencia

Objetivo: La elevada prevalencia de malnutrición hospitalaria sigue siendo un problema actual que afecta a la morbimortalidad de los pacientes hospitalizados. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la prevalencia de

desnutrición mediante la Valoración Subjetiva Global (VSG) en los servicios médicos y quirúrgicos relacionándola con la estancia media de los pacientes estudiados, así como con la instauración de soporte nutricional en los pacientes desnutridos.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional realizado en 197 pacientes adultos ingresados en diferentes servicios médicos (n = 110) y quirúrgicos (n = 87). El número de pacientes incluidos de cada servicio fue proporcional al porcentaje de ingresos en dicho servicio respecto al global del año anterior. Se utilizó la VSG como método de despistaje nutricional y se evaluó el tratamiento nutricional pautado.

Resultados: Observamos una mayor prevalencia de desnutrición en los servicios médicos (53%) que en los quirúrgicos (46%). La estancia media de los pacientes en los servicios médicos fue de 10,20 días (\pm 8,7) y en los servicios quirúrgicos de 8,90 días (\pm 11,55). La administración de soporte nutricional artificial no difiere entre grupos (27,3% vs 28,7%, NS). Sin embargo, la modalidad fue diferente, con una mayor tasa de suplementos nutricionales en servicios médicos (20,9% vs 14,9%) y una mayor administración de nutrición enteral completa en servicios quirúrgicos (4,5 vs 11,5%).

Conclusiones:

- La prevalencia de desnutrición hospitalaria sigue siendo muy elevada en nuestro medio, siendo mayor en los servicios médicos.
- Destaca la escasa instauración de tratamiento nutricional especailizado probablemente secundario a la infravaloración de la desnutrición.
- Consideramos que el uso de un método de despistaje sencillo, como la VSG, es de utilidad para identificar dicho problema y debería instaurarse en la práctica clínica diaria hospitalaria.