

~~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.~~

~~**Materia 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 especializado 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.~~

EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE NUTRICIÓN

COMUNICACIÓN ORAL

01 Normalización en alimentación hospitalaria en Andalucía

Ángel Caracuel García¹, José Ferreira Vacas², Tomás Arencibia Rivero³, Soledad Salcedo Crespo⁴, María Ángeles Andrés Carretero⁵, Teresa Domínguez Hierro⁶, Ángel Arévalo Calzadilla⁷, Rafael Fernández-Daza Centeno⁸, Antonio Ruíz Santolalla⁹

¹Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. HRU Carlos Haya. Málaga. ²Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Servicio de Alimentación. HU Reina Sofía. Córdoba. ³Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. HU Puerta del Mar. Cádiz. ⁴Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Jaén. ⁵Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. ⁶Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. HU Puerto Real. Cádiz. ⁷Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. HU Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. HU Virgen Macarena. Sevilla. ⁹Grupo de Trabajo de la SANCYD sobre Normalización en Alimentación Hospitalaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. HU Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción: En Andalucía existen 45 Hospitales Públicos, con 14.606 camas, y en los que se sirven 11.700 Pensiones Completas/Día.

El Grupo de Trabajo de Normalización en Alimentación Hospitalaria comenzó su andadura el 11/03/2010, trabajando sobre la Certificación de Proveedores, las Especificaciones sobre Productos, y las Fichas Técnicas (FT) de Platos.

Objetivos:

- Elaborar una herramienta específica que ayude a la mejora de la inocuidad de los alimentos mediante la certificación de sus proveedores.
- Desarrollar un documento normalizado de especificaciones técnicas de los productos alimenticios necesarios para la elaboración de menús establecidos en los códigos de dietas de los hospitales andaluces.
- Desarrollar un catálogo de FT de platos de la alimentación hospitalaria, para homogenizar menús, respetando los locales y unificando criterios de ingredientes cualitativa y cuantitativamente.

Metodología:

- Aportación y estudio de documentación de distintos hospitales públicos de Andalucía:
 - Especificaciones sobre Productos y Certificación de Proveedores.

- Normas de certificación internacionales y de empresas de distribución.
 - Legislación.
 - FT de los platos del menú.
 - Especificaciones de los Pliegos de los diferentes procedimientos de compras de productos.
- Elaboración del borrador de estándar HOSPIFOOD®, y aprobación de la versión “0.0”.
 - Curso de formación de auditores, para este estándar.
 - Elaboración de un catalogo de materias primas con formato de FT.
 - Revisión de las FT de platos y elección de las que formarían el documento: perfil nutricional, unidad de compra, categoría comercial, cálculo nutricional y gramaje.

Resultados:

- Estándar HOSPIFOOD® para certificación de proveedores de alimentos en hospitales, comedores escolares y otros establecimientos de restauración social.
- Documento de especificaciones técnicas de alimentos para la elaboración de códigos dietéticos, para: pescados, mariscos, carnes y derivados, fiambres y patés, platos preparados, pan y bollería, conservas, leche y productos lácteos, aceites, cereales, legumbres, hortalizas, frutas, verduras frescas y congeladas, condimentos y especias.
- Normalización de fichas técnicas de platos: Código SAS, Provincia, Hospital, Nombre plato, Ingredientes g, Ingredientes comestibles g, Kcal, Proteínas, HC, Grasa y Fibra.

Conclusiones:

- Se ayuda a la mejora de la inocuidad de los alimentos mediante la certificación de sus proveedores, y cuando una organización opta por contratar por Lotes de Productos o por Proveedor Único, HOSPIFOOD® también puede ser útil.
- Se ha realizado una normalización de las características técnicas, lo que repercute en una mejora de la calidad y la seguridad alimentaria.
- Se dispone de un documento de referencia que agrupa y valora nutricionalmente los platos, aplicable parcial o totalmente según necesidades de cada centro.

Bordagaray¹, Ruth Serrano Labajos², Natalia García Vázquez³, Carmen Gómez Candela¹

¹Servicio de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Estudiar la utilidad de la herramienta CONUT para el cribado nutricional comparando sus resultados con la Valoración del Estado Nutricional (VEN) y la Valoración Global Subjetiva (VGS).

Material y métodos: Se diseñó un estudio trasversal en el que se seleccionaron 333 pacientes adultos al azar de entre los ingresados en el Hospital General y de Traumatología (excluidos los críticos) del Hospital La Paz, con una estancia superior a tres días, por un periodo de 5 meses. Los pacientes fueron evaluados durante los tres primeros días del ingreso. El CONUT asigna una puntuación que va del 0-12 según el resultado de los parámetros albúmina, colesterol y linfocitos totales. El VEN consta de historia clínica y dietética, antropometría, bioquímica completa y examen físico y la VGS incorpora diferentes parámetros de la historia clínica. Los tres métodos clasifican a los pacientes en: normal, desnutrición moderada o grave. Cada tipo de evaluación fue realizada siempre por el mismo experto en Nutrición que desconocía el resultado obtenido por los otros métodos. El grado de acuerdo entre los tres métodos se realizó mediante el cálculo del índice kappa. Se calcularon valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo.

Resultados: La prevalencia de desnutrición moderada y grave según el CONUT fue del 42,3% y 12,3% respectivamente. Según el VEN fue del 26,1% y 14,1% respectivamente y según el VGS fue de 24,3% y 10,2% respectivamente. Los resultados del comparativo de los tres métodos se muestran en la tabla 1.

Conclusiones: La VGS y el VEN son los dos métodos que presentan un mayor grado de acuerdo entre ellos, pero el CONUT ofrece una mejor eficacia diagnóstica que la VGS cuando se compara con el VEN (gold estándar) ya que sus valores de sensibilidad y especificidad son superiores. A tenor de los resultados obtenidos podemos afirmar que el CONUT es un método lo suficientemente sensible y específico como para utilizarlo en el cribado nutricional a nivel hospitalario. Es además un método muy barato y sencillo de realizar.

POSTERES

P31 Evaluación de la utilidad del método CONUT como herramienta para el cribado nutricional

Ana González-Madroño¹, Samara Palma Milla¹, Marina Morato Martínez¹, Cristina Santurino Fontecha¹, M^a Eugenia Dulcich

Tabla 1. Comparación entre CONUT, VEN y VGS

	CONUT/SGA	CONUT/VEN	SGA/VEN
Índice kappa (3 categorías)	0,233	0,335	0,508
Índice kappa (2 categorías)	0,282	0,410	0,570
Sensibilidad	0,76	0,81	0,68
Especificidad	0,81	0,83	0,80
Valor Predictivo Positivo	0,48	0,59	0,79
Valor Predictivo Negativo	0,81	0,83	0,79

P32 Manual de gestión de alérgenos alimentarios y latex en el servicio de alimentación de un hospital regional

Ángel Caracuel García¹, Gabriel Oliveira Fuster¹, Rosa Roque Navarrete², María José Tapia Guerrero¹, Inmaculada Rubio Manso¹, Nuria Porras Pérez¹

¹Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica d Endocrinología y Nutrición. HRU Carlos Haya. Málaga.

²Servicio de Hostelería. Dirección de Servicios Generales. HRU Carlos Haya. Málaga.

La seguridad alimentaria incorpora un nuevo elemento a tener en cuenta en la producción de alimentos, hay que evaluar la presencia de alérgenos alimentarios, que se deben considerar como un peligro más.

Objetivo: Garantizar al paciente que la información relativa a los alérgenos es veraz y que los alimentos puestos a su disposición son seguros.

Método: Se elaboró una propuesta de Manual que fue estudiada por el Servicio de Alimentación y por la Unidad de Nutrición, y que tras las correcciones y mejoras propuestas, fue comunicada a todo el personal implicado. Posteriormente se procedió a su implantación y seguimiento.

Resultados: Se ha mejorado la gestión de alérgenos alimentarios, así como la autorresponsabilidad de todo el personal implicado, realizando entre otras las siguientes actividades:

- Materias primas:
 - Solicitud de información al proveedor sobre la presencia intencionada o fortuita de alérgenos en las materias primas (23 solicitudes).
- Fichas técnicas:
 - Identificación y registro de los ingredientes alérgenos en las fichas técnicas de los productos que se elaboran (207 fichas técnicas).
 - Establecimiento de un sistema de control de cambios en la formulación.
- Instalaciones, equipos y procesos:
 - Identificación de las operaciones en las que se pueda producir una contaminación cruzada.
 - Establecimiento de orden de producción y de envasado en las 307.040 dietas servidas.
 - Validación de la eficacia de los controles y medidas implantadas para evitar la contaminación cruzada (18 análisis de gluten y 19 de otros alérgenos).

- Limpieza:
 - Validación del plan de limpieza y desinfección y verificación periódica del mismo, mediante la realización de 480 análisis microbiológicos de superficies y equipos.
- Formación y capacitación del personal:
 - Impartición de un programa de formación, a 193 manipuladores de alimentos, que comprendía información general sobre el peligro de las alergias alimentarias, y capacitación específica para cada puesto de trabajo.

Conclusiones:

- Se ha mejorado la información dada a los pacientes en relación a los alérgenos.
- Se garantiza que los alimentos puestos a su disposición son seguros.
- Existe una gran dificultad en conseguir que los proveedores suministren materias primas libres de un alérgeno concreto y, aún más, que esté bien identificado en el etiquetado, por lo que la solicitud de información al proveedor sobre la presencia intencionada o fortuita de sustancias alergénicas en las materias primas se considera indispensable.

P33 Evaluación de la utilidad de la incorporación al método de cribado de desnutrición CONUT de un nuevo parámetro referido a la ingesta realizada por los pacientes

Ana González-Madroño¹, Samara Palma Milla¹, Marina Morato Martínez¹, Cristina Santurino Fontecha¹, M^a Eugenia Dulcich Bordagaray¹, Ruth Serrano Labajos², Natalia García Vazquez², Carmen Gómez-Candela¹

¹ Servicio De Nutrición Clínica Y Dietética. Hospital Universitario La Paz.Madrid, ² Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz.Madrid, ³ Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz.Madrid

Objetivo: Estudiar la utilidad de la incorporación del parámetro “porcentaje de la ingesta realizada el día anterior con respecto a lo indicado” (PI) en la valoración del riesgo nutricional.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se seleccionaron 333 pacientes al azar de los ingresados en el Hospital General y de Traumatología del Hospital Universitario La Paz, con estancia superior a tres días, en un periodo de 5 meses. A los pacientes seleccionados se les realizaron las siguientes valoraciones durante los tres primeros días del ingreso:

1. CONUT: asigna una puntuación que va del 0-12 según el resultado de los parámetros albúmina, colesterol y linfocitos totales.
2. VEN (Valoración del Estado Nutricional) consta de historia clínica y dietética, antropometría, bioquímica completa y examen físico. Ambos clasifican a los pacientes en tres categorías: normal, moderada y grave.
3. Parámetro PI (75% del total de los alimentos servidos). La relación entre el PI y el VEN se estudió mediante Tabla de Contingencia utilizando la prueba del Ji2. De forma preliminar se decidió agrupar los PI en dos grupos: 50%. Se creó un nuevo CONUT+PI en el que a la puntuación del CONUT se le sumó 1 punto si el paciente tenía un PI.

Resultados: El porcentaje de pacientes con un PI.

Conclusiones: El parámetro PI se relaciona de forma muy estrecha con el estado nutricional según el VEN. Cuando se añade este parámetro al CONUT se mejora la eficacia diagnóstica del mismo. Aunque los resultados preliminares son buenos, se necesita hacer más cálculos para confirmar si se puede mejorar aún más la eficacia del CONUT.

Tabla 1. Comparación entre el CONUT original y el CONUT+PI

	CONUT	CONUT+PI
Índice Kappa (3 categorías)	0,335	0,345
Índice Kappa (2 categorías)	0,410	0,422
Sensibilidad	0,81	0,87
Especificidad	0,83	0,87
Valor Predictivo Positivo	0,59	0,59
Valor Predictivo Negativo	0,83	0,87

P34 Prevalencia de desnutrición en una Unidad de Media y Larga Estancia

María Argente Pla¹, Katherine García Malpartida¹, Silvia Martín Sanchis¹, Iván Moreno Muñoz², Amparo Ramón Farinós¹, Beatriz León de Zayas¹, Matilde Rubio Almanza¹, Roser Querol Ripoll¹, Agustín Ramos Pro¹, 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: La desnutrición es un problema de salud frecuente, que condiciona un peor pronóstico y generalmente no evaluada en pacientes ingresados. El objetivo fue estimar la prevalencia de desnutrición en los pacientes ingresados en una Unidad de Media y Larga Estancia (UMLE) y los factores asociados a la misma.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal de 122 pacientes ingresados en la UMLE de

forma consecutiva durante 4 meses (se excluyeron pacientes en situación agónica). Se evaluaron: edad, sexo, días de estancia en hospital de origen, motivo de ingreso, escala de comorbilidad de Charlson, escala cognitiva de Pfeiffer, escala funcional de Barthel, evaluación de úlceras por presión y análisis completo. Para la evaluación de la desnutrición se utilizó el test Mini Nutritional Assessment (MNA).

Resultados: la media de edad del grupo fue 76,8 (DE 12,6) años, el 53,3% fueron hombres. Las causas más frecuentes de ingreso fueron EPOC (22,2%) y ACV (17,3%). La estancia media en hospital de origen fue 24,6 (20,5) días. Según el índice de Charlson el 59% presentaba comorbilidades. La escala funcional de Barthel media fue 34,7 (30,9), con el 64,4% de dependencia total. Según la escala de Pfeiffer el 28,7% tenía algún grado de deterioro cognitivo. Según el MNA el 55,7% estaba malnutrido, el 39,3% estaba en riesgo de desnutrición y el 5% restante presentó una evaluación normal. Encontramos asociación entre malnutrición y edad ($p = 0,01$), escala de Pfeiffer ($p = 0,003$), escala de Barthel (p).

Conclusiones: La presencia de desnutrición o riesgo de desnutrición es muy elevada en una UMLE, por lo que es recomendable realizar una adecuada evaluación nutricional en este tipo de unidades. La desnutrición está relacionada con la edad, el estado cognitivo y la situación de dependencia.

P35 Mortalidad y duración de la estancia hospitalaria en pacientes con alerta de desnutrición en un grupo de pacientes ingresados e intervenidos en el departamento de Cirugía General del Hospital Universitario La Paz

Ana González-Madroño¹, Samara Palma Milla¹, Ruth Serrano Labajos², Natalia García Vázquez³, Antonio Zarazaga⁴, Buño Soto³, Cristina Grande⁵, Alberto

¹ Servicio de nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Servicio de Cirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Servicio de Control de Gestión. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de riesgo nutricional, según el método de cribado automatizado CONUT, y analizar la relación existente entre el mismo, la mortalidad y la duración del ingreso en pacientes quirúrgicos durante los años 2010-2011.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron las bases de datos

de los Servicios de Cirugía, Análisis Clínicos y Control de Gestión. Se realizó un cribado nutricional mediante el método CONUT en aquellos pacientes que disponían de todos los parámetros necesarios (albúmina sérica, colesterol total y linfocitos totales), sólo presentes cuando se solicita una bioquímica diferida. CONUT clasifica a los pacientes según su grado de alerta nutricional en Baja, Moderada o Alta. Para estudiar la relación entre el CONUT, la mortalidad y la estancia se agrupan los pacientes en dos grupos: aquellos con alerta positiva (moderada y alta) y con alerta negativa (baja). Los pacientes quirúrgicos se subdividieron en dos grupos en función del tipo de cirugía: programada o urgente.

Resultados: De los 2.894 pacientes programados sólo 173 (6%) tenían los parámetros necesarios para realizar el CONUT y de los 1640 pacientes urgentes sólo 60 (3,7%). La prevalencia de riesgo nutricional en los pacientes con cirugía programada evaluados fue del 50,35% (32,4% moderada y 17,95% alta), para los urgentes fue del 58,3% (38,3% y 20% respectivamente). La tasa de mortalidad y duración del ingreso según el grado de alerta nutricional se muestra en la Tabla 1.

Conclusiones: A la mayoría de los pacientes quirúrgicos no se les solicitó durante su ingreso la analítica necesaria para poder realizar el CONUT, la mayoría de las analíticas son del tipo urgentes (no incluyen albúmina ni colesterol). En los pacientes analizados se observa una elevada prevalencia de riesgo nutricional. La tasa de mortalidad y duración de la estancia hospitalaria es significativamente mayor en aquellos pacientes programados con riesgo nutricional. En los pacientes urgentes no se observa esta relación.

Demostrada una vez más esta asociación con el riesgo nutricional, debemos seguir realizando nuevas actividades encaminadas a conseguir que los Cirujanos Generales modifiquen sus prácticas habituales en este sentido.

Tabla 1.

	Pacientes Programados		Pacientes Urgentes	
	Estancia		Estancia	
	Mortalidad (%)	en días X (DE)	Mortalidad (%)	Estancia X (DE)
Alerta negativa	2,5	25,18 (28,53)	4	20,24 (25,39)
Alerta positiva	10,6	42,30 (55,46)	2,7	25,29 (27,21)
P Valor	0,039	0,015	0,777	0,464

P36 Estudio de utilización de las soluciones comerciales de nutrición parenteral periférica

Laura Gómez Rodríguez¹, Diego Sánchez Nieto¹, Roberto Pérez López¹, María Victoria Calvo Hernández¹

¹Hospital Universitario De Salamanca.

Objetivo: Analizar el modelo de utilización de las soluciones comerciales premezcladas de nutrición parenteral periférica (NPP) y valorar su adecuación a las recomendaciones para la prescripción de nutrición de SENPE.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de un mes de duración en un hospital de tercer nivel. La prescripción de las NPP comerciales (Oliclinomel®N4 1.500 mL, Oliclinomel®N4 2.500 mL, Smofkabiven® 1.904 mL) se detectó a través del programa de dispensación en dosis unitarias. Estas dietas son nutricionalmente incompletas ya que no contienen micronutrientes. En todos los pacientes con prescripción de NPP se recogieron los datos demográficos y antropométricos, parámetros analíticos, diagnóstico, nutrición prescrita y su duración. Los requerimientos energéticos se estimaron mediante la ecuación de Harris-Benedict. Posteriormente, se valoró la adecuación de los datos recogidos a los criterios SENPE.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes (66 hombres, 43 mujeres), con una edad media de 70,4 (17-97) años. Se dispensaron en total de 743 unidades, con un coste aproximado de 18.000 €.

En un porcentaje muy elevado de los pacientes, 52 (47,7%), no constaban sus datos antropométricos en la historia clínica. En el resto el IMC medio (kg/m²) de los hombres fue de 25,4 ± 8,6 y de las mujeres 26,7 ± 5,2, habiéndose detectado desnutrición moderada-grave en 5 pacientes.

El tratamiento nutricional fue inadecuado en la mayoría de los pacientes: la NPP aportó de media un 65% del REE, la duración del tratamiento fue inferior a 5 días en 34 pacientes y superior a 10 en 20, y en 7 pacientes se administró la NPP a pesar de un pronóstico clínico desfavorable. Únicamente en 6 pacientes se adicionaron micronutrientes a la NPP.

El seguimiento nutricional fue deficiente en un 70% de los pacientes. Se detectaron alteraciones metabólicas en 46 (42,2%) pacientes, estando en su mayoría relacionadas con el potasio (86,6%) y el fosfato (17,4%). Los electrolitos menos valorados fueron calcio, fosfato y magnesio, por lo que la incidencia real de alteraciones metabólicas puede estar infravalorada. 3 pacientes presentaron síndrome de realimentación.

Conclusiones: La utilización de este tipo de nutriciones no se adapta a las guías de práctica clínica y no parece adecuada su prescripción sin la supervisión de personal debidamente cualificado. Dado su elevado coste resulta necesario educar sobre el uso seguro y eficiente de este recurso terapéutico. Así, sería conveniente retirar la disponibilidad de estos preparados en las unidades de hospitalización y valorar la instauración de un protocolo de uso.

P37 Influencia del tipo de lípidos de la nutrición parenteral en la incidencia de infección asociada a catéter

Jose Manuel Caro Teller¹, María Jose Aguilera Vizcaíno¹, Irene Escribano Valenciano¹, Pilar Gomis Muñoz¹, María Ángeles Valero Zanuy¹, Miguel León Sanz¹, Jose Miguel Ferrari Piquero¹
¹Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: la infección asociada a catéter (IAC) es la complicación más frecuente secundaria a nutrición parenteral total (NPT) y se ha relacionado con el tipo de fuente lipídica. Aumenta la estancia hospitalaria, mortalidad y coste sanitario.

Objetivo: Comparar la incidencia de IAC entre pacientes hospitalizados con NPT que incluían lípidos enriquecidos con aceite de oliva (Clinoleic[®] Baxter) y pacientes con emulsiones enriquecidas con ácidos grasos omega-3 (SMOFlipid[®] Fresenius Kabi).

Material y métodos: se incluyeron todos los pacientes adultos seguidos por la Unidad de Nutrición Clínica y que incluían Clinoleic[®] (seis primeros meses del 2010), o SMOFlipid[®] (diez primeros meses del 2012). Se estudió edad, sexo, duración de NPT, germen aislado y mortalidad. Se definió IAC como la presencia de al menos un cultivo positivo de punta de catéter y/o de sangre periférica y central.

Estadística descriptiva: variables cuantitativas (media y desviación estándar) y variables cualitativas (frecuencia relativa) e intervalo de confianza al 95%. Significación estadística $p < 0,05$. SPSS v18.0

Resultados: la población total la conformaban 546 pacientes (330 recibieron SMOFlipid[®] y 216 Clinoleic[®]). La tasa de IAC en los pacientes estudiados en 2012 fue de 16,23 por 1.000 días de NPT (57 infectados: 61,9 ± 18,32 años, 58% hombres, 13,14 ± 10 días con NPT y 10,53% mortalidad). La frecuencia de IAC fue 17,27% con SMOFlipid[®] y 23,14% con Clinoleic[®] ($p = 0,058$). No existían diferencias en edad, sexo y mortalidad entre pacientes con y sin infección. La duración del soporte nutricional fue mayor en los enfermos con IAC (15,72 ± 14,25 vs 9,08 ± 7,28, $p = 0,000$), sin embargo no se apreciaron diferencias significativas comparando la solución rica en omega-3 con el otro tipo de lípidos (10,64 ± 9,78 vs 9,99 ± 8,89, $p = 0,43$). La mortalidad total (11,36%) fue independiente tanto de la solución lipídica empleada (9,39% SMOFlipid[®] vs 14,35% Clinoleic[®], $p = 0,051$) como de la presencia o no de IAC (11,21% vs 13,44%, $p = 0,332$).

Los microorganismos causantes de dichas infecciones se clasificaron en: gram positivos (73,9%), gram negativos (13,1%), hongos (8,7%) y flora polimicrobiana (4,3%).

Los resultados pueden verse influidos por la mejora en la asepsia debida a campañas de lavado de manos y

manejo de vías, además de otros posibles factores de confusión al tratarse de un estudio retrospectivo.

Conclusión: los pacientes que reciben NPT presentan una alta tasa de IAC.

Los lípidos enriquecidos con omega-3 podrían disminuir tanto la mortalidad como la tasa de infección, aunque en nuestro estudio no aparece evidencia estadística. Serían necesarios más estudios que corroboraran esta afirmación.

P38 Variables asociadas al riesgo de desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes

Inmaculada Ruiz Prieto¹, Patricia Bolaños Ríos¹, Ignacio Jáuregui Lobera^{1,2}

¹Instituto De Ciencias De La Conducta (ICC). Sevilla. ²Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

Objetivos: El riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se asocia con distintas variables psicológicas, así como con otras relacionadas con las creencias sobre los alimentos o el índice de masa corporal. El objetivo del presente trabajo fue analizar la prevalencia de riesgo de TCA en un grupo de adolescentes y las variables asociadas a dicho riesgo.

Material y Métodos: Se estudió la prevalencia de riesgo de TCA (mediante el Eating Attitudes Test, EAT-40) en una muestra de 162 adolescentes (105 mujeres y 57 hombres; edad media 15,84 años) así como las siguientes variables: autoestima (medida mediante la escala de Rosenberg), apreciación del cuerpo (Body Appreciation Scale, BAS), salud mental general (General Health Questionnaire, GHQ), calidad de vida relacionada con la imagen corporal (Body Image Quality of Life Inventory, BIQLI), creencias irracionales sobre los alimentos (Irrational Food Beliefs Scale, IFBS) e IMC.

Resultados: Hubo diferencias significativas entre quienes puntuaron por encima de 30 en el EAT-40 y quienes puntuaron por debajo en las siguientes variables: BAS ($F = 15,93$; $p < 0,001$), GHQ ($F = 44,52$; $p < 0,001$), GHQ-cronicidad ($F = 22,50$; $p < 0,001$) e IFBS ($F = 3,69$; $p < 0,05$). El 11,11% de la muestra estudiada presenta puntuación en el EAT-40 > 30, siendo población de riesgo de TCA. En el caso de los chicos el riesgo supone el 8,77%, siendo el de las chicas un 12,38%.

Conclusiones: En primer lugar llama la atención la prevalencia de riesgo en los chicos, superior a las ofrecidas en estudios previos de nuestro contexto. Por otro lado, variables como autoestima, aprecio del propio cuerpo, estado de salud psíquica y creencias-mitos sobre los alimentos parecen ser determinantes del riesgo de TCA, lo

que plantea la necesidad de implantar programas de promoción de la salud y prevención primaria que tengan en cuenta todo este conjunto de variables de forma integral.

P39 Suplementos Nutricionales Orales en fractura de cadera: eficacia sobre resultados clínicos

María José Martínez Ramírez¹, Carmen Gutiérrez Alcántar¹, María Berrio¹, Carmen Arraiza Irigoyen¹, José Chamorro Quirós¹, Soledad Salcedo Crespo¹, Alberto Moreno Carazo¹, Miguel Delgado Rodríguez²

¹Complejo Hospitalario De Jaén. ²Universidad de Jaén.

El uso de suplementos nutricionales orales (SNO) en pacientes ingresados por fractura de cadera se recomienda con evidencia A, aunque algunos estudios presentan resultados contradictorios y no está claro su beneficio independientemente a la estancia preoperatoria y comorbilidad.

Objetivo: determinar si la administración de SNO desde el ingreso influye en los resultados clínicos: estancia hospitalaria y mortalidad de forma independiente a la estancia y comorbilidad preoperatorias. Para ello se ha analizado: morbilidad previa (riesgo anestésico ASA, índice de Charlson), estancia preoperatoria (desde el ingreso hasta la intervención), administración de SON, y como resultados clínicos: mortalidad durante el ingreso, estancia hospitalaria (días) e incidencia de anemia postoperatoria.

Métodos: estudio de cohortes retrospectivo. Se han incluido 1100 pacientes que desde el 2004 al 2008 ingresaron en el Complejo Hospitalario de Jaén por fractura osteoporótica de cadera.

Análisis estadístico: comparación entre pacientes con y sin SON. Se ha utilizado la χ^2 para las variables cualitativas y la comparación de medias por el t-test para las continuas. Para variables que no siguen la distribución normal, se ha utilizado la transformación logarítmica.

Resultados: El 61% de los pacientes tenían un ASA de 2, y las medias \pm desviación estándar del índice de Charlson fue = $2,06 \pm 1,60$, de estancia preoperatoria (días) = $5,43 \pm 4,98$, de estancia hospitalaria (días) = $17,35 \pm 23,12$. El desenlace fue exitus en el 5,64% de los pacientes. Se observó anemia postoperatoria en el 14,5% de los pacientes. En el análisis multivariable, no se observó diferencias significativas en la mortalidad en pacientes que tomaron SON frente a los que no tomaron: OR (IC 95%) = $0,67 (0,37-1,19)$, $p = 0,176$; la media de estancia hospitalaria en los pacientes con SNO fue: $18,39 \pm 0,76$ frente a $16,08 \pm 1,32$ de los que no tomaron SNO, $p =$

$0,132$; la frecuencia de anemia en pacientes con SNO fue de 13,12% frente al 19,28%, de los que no tomaron SNO, $p = 0,025$, con una Odds Ratio = $0,66 (0,44-0,99)$, $p = 0,045$.

Conclusiones: La administración de suplementos orales en pacientes hospitalizados por fractura de cadera disminuye el riesgo de anemia postoperatoria, no influyendo sobre la mortalidad durante el ingreso ni en la estancia hospitalaria

P40 Utilización del soporte nutricional oral en pacientes ingresados

Beatriz Martínez Castro¹, Cristina Moreno Castilla², Rosa Giné Balcells², Faten Ahmad Díaz¹, Cristina Domínguez Gadea², Marta Bueno Díez²

¹Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitari Arnau De Vilanova ILleida. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitari Arnau De Vilanova Lleida.

Objetivo: Analizar la utilización y el coste del soporte nutricional oral (SNO) en pacientes ingresados.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados que recibieron SNO en un hospital de 442 camas. El período de estudio fue de enero a octubre de 2012. Los datos se obtuvieron mediante el acceso a la historia clínica informatizada, la prescripción electrónica asistida, el registro informático de enfermería y una base de datos Access[®] común para los Servicios de Endocrinología y Nutrición (SEyN) y Farmacia. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, servicio prescriptor, días de estancia hospitalaria, diagnóstico, indicación del SNO, tipo de SNO, duración del SNO, existencia de peso, talla y analítica de perfil nutricional previa a la prescripción, continuación del SNO al alta, seguimiento en consultas externas y coste total.

Resultados: Se analizaron 134 pacientes (80 hombres y 54 mujeres). La edad media fue de 67,5 años (16-95). La estancia media hospitalaria fue de 32 días (4-140), con una duración media del SNO de 11 días (1-69). Los servicios que lo prescribieron fueron el SEyN en un 63,4% de los casos, Medicina Interna en un 16,4%, Cirugía General y Digestiva en un 7,5% y otros en el 12,7% restante. Los criterios de prescripción fueron: 36,6% desnutrición proteica, 27,6% desnutrición mixta, no especificados 20,9%, riesgo de desnutrición 11,9% y desnutrición calórica 3%. Respecto a los datos antropométricos, la talla estaba registrada en el 57,5% de los pacientes y el peso en el 63,4%. En el 79,1% de los casos se disponía de analítica previa. El tipo de fórmulas prescritas fue: 48,5% estándar, 35,8% específicas y 15,7% módulos. En un 73,1% el SNO pautado fue el adecuado, siendo el 69,4% prescrito por el SEyN. El motivo de finalización

del SNO fue el alta en un 85,8% de los pacientes y el éxito o las consideraciones éticas en un 8,9%. El 29,8% de los pacientes recibieron SNO al alta y el 35,8% seguimiento en las consultas externas del SEyN. El gasto total fue de 5.427€.

Conclusiones: El SNO fue instaurado próximo al alta hospitalaria, no siempre se dispuso de datos suficientes para una valoración nutricional y prescripción correctas, así como tampoco se prolongó más allá del ingreso. Ello, unido al gasto que supone, comporta la necesidad de centralizar la prescripción y seguimiento del SNO en equipos multidisciplinares específicos.

P41 Ahorro en la prescripción de nutrición enteral domiciliar controlada por una unidad de nutrición

Diana Boj Carceller¹, Alejandro Sanz Paris¹, Guayente Verdes Sanz¹, María Eugenia López Valverde¹, Beatriz Lardies Sanchez¹, Ramón Albero Gamboa¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. H.U. Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: En Aragón, el 1 de marzo de 2011 entró en vigor la instrucción que restringía la indicación de nutrición enteral domiciliar (NED) a Unidades de Nutrición. El resto de facultativos no autorizados sólo podía proponer la indicación de tratamiento.

Objetivos: Estudiar el ahorro económico de la prescripción de NED seguida por una Unidad de Nutrición.

Material y métodos: Se analizaron las solicitudes de NED recibidas por correo en la Unidad de Nutrición durante 11 meses, de abril de 2011 a febrero de 2012. Este hospital presta cobertura sanitaria a 405.133 habitantes. El tratamiento nutricional propuesto podía ser aceptado, modificado o rechazado, tras la valoración particular del caso. Para el cálculo de los costes se tuvo en cuenta el precio específico de cada producto y el período de validez del informe realizado. Los costes se expresan en euros/año.

Resultados: Se revisaron 739 solicitudes. La patología más prevalente que justificaba la propuesta de indicación fue la neurológica, y dentro de ésta, la demencia (41,8% del total de las solicitudes). En 440 casos (59,5%) se aceptó la indicación de NED sin cambios. En 217 (29,4%) se aceptó la indicación, pero no así el tratamiento nutricional propuesto. Las razones de la modificación fueron: cambio a producto más específico para la patología que presentaba el paciente (43,8%), prescripción de producto más económico (36,4%), necesidad de una fórmula completa (12,4%) —cuando sólo se solicitaba un módulo espesante— y necesidad de módulo

espesante —cuando sólo se solicitaba una fórmula completa— (7,4%). El coste de los tratamientos modificados fue de 1.104.227,1 euros y el de los propuestos de 963.561,9 euros.

En 82 pacientes (11,1%) se rechazó la propuesta de NED por no existir desnutrición proteica, recomendando enriquecer la dieta oral con alimentos de alto valor calórico. El ahorro de las nutriciones solicitadas, pero no aceptadas fue de 354.578,5 euros.

El balance global fue de + 213.913,3 euros.

Conclusiones: La NED en manos de una Unidad de Nutrición supone, además de un acto médico de calidad, un sustancial ahorro para el sistema sanitario

P42 Validación de los criterios de dispensación de suplementos nutricionales en un hospital terciario

José Gregorio Oliva García¹, Néstor Benítez Brito¹, Bruno Francisco García Bray¹, Eva María Herrera Rodríguez¹, Francisca María Pereyra-García Castro¹, José Pablo Suárez Llanos¹, José Enrique Palacio Abizanda¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición.

Objetivos: Analizar la validez de los criterios de dispensación de suplementos nutricionales (SN) utilizados en nuestro centro (empleando como referencia el sistema CONUT).

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente los formularios de solicitud de SN remitidos por distintos servicios durante 15 meses (abril/2010-junio/2011). Analizamos las siguientes variables: servicio solicitante, patología, IMC, pérdida de peso reciente, disminución de la ingesta mayor del 50%, proteínas totales, albúmina, linfocitos, colesterol total, tipo de suplemento indicado y valoración del grado de desnutrición según sistema CONUT. Se comparó la validez de criterios de dispensación de SN con el sistema CONUT (empleando el coeficiente Kappa). (Para aprobar la solicitud de un SN se requiere cumplir al menos uno de estos tres requisitos: a) proteínas totales < 5 g/dl; b) albúmina < 3 g/dl; c) disminución de la ingesta < 50%; de acuerdo al sistema CONUT se considera justificada la intervención nutricional en aquellos pacientes con puntuación mayor de 4 —desnutrición moderada/grave—).

Resultados: De 524 solicitudes (34,9/mes). Patologías: infecciosa (31,1%), tumoral (26,1%), postquirúrgica (19%), otras (23,8%). Había pérdida de peso reciente en el 88,9% de los pacientes, y disminución de ingesta superior al 50% en el 83,4%. IMC: 24,8 ± 7,5 kg/m². Análítica: albúmina 2,6 ± 0,7 g/dl, proteínas totales 5,7 ± 2,4 g/dl, colesterol total 152 ± 172 mg/dl, linfocitos 1.561 ± 1.842/mm³. Valoración del grado de desnutrición por

sistema CONUT: normal (12%), desnutrición leve (23,1%), moderada (41,6%), grave (23,3%). Cumplimiento de los requisitos por nuestro sistema para la dispensación de SN: ninguno (6,3%), uno (33,6%), dos (43,1%), los tres (17%). Se comparó el número de dichos requisitos con el grado de desnutrición (sistema CONUT), obteniéndose un índice de concordancia débil ($Kappa = 0,207$; p.

Conclusiones:

1. Nuestro sistema de dispensación de SN detecta un mayor porcentaje de pacientes susceptibles de suplementación nutricional que el sistema CONUT.
2. La principal ventaja de nuestro sistema es la valoración de la disminución de la ingesta, que es la principal indicación de SN en el medio hospitalario.

P43 Prevalencia de malnutrición en pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría

German Guzmán Gutiérrez¹, María García Ríos¹, Beatriz García García¹, María Margarita Menéndez Campos¹, Laura López Villar-mea¹, José Gutiérrez Rodríguez¹, Juan José Solano Jaurrieta¹

¹Hospital Monte Naranco.

Objetivos:

1. Determinar la prevalencia de malnutrición en pacientes ingresados en Unidades de Agudos de Geriatría.
2. Evaluar calidad asistencial en referencia a la nutrición de los pacientes ingresados en Unidades de Agudos Geriatría mediante indicadores de proceso (criterios ACOVE).

Método: Estudio descriptivo transversal, formado por sujetos ingresados en las Unidades de Agudos del Área de Gestión Clínica de Geriatría del Hospital Monte Naranco en un período de 2 meses. Se incluyeron variables: sociodemográficas (edad, sexo, procedencia), sobre estado de salud (diagnóstico al ingreso, antecedentes, fármacos, disfagia, nutrición parenteral, dieta, suplementos, índice de Barthel, Pfeiffer y Braden), situación nutricional (Mini Nutritional Assessment, talla, peso, IMC, pliegue tricéptico, circunferencia mediobraquial, hemoglobina, hierro, proteínas, linfocitos, colesterol). Para evaluar la calidad asistencial, se consideraron cuatro indicadores ACOVE sobre malnutrición en ancianos vulnerables hospitalizados: el registro del peso, documentación de ingestas, valoración nutricional en pacientes con hipoalbuminemia, y educación y entrenamiento para la salud en los casos de diagnóstico de disfagia.

Resultados: 93 sujetos fueron incluidos en el estudio: edad media $85,3 \pm 5,23$ años, 65,2% mujeres, proceden-

cia (domicilio 65,2%, residencia pública 15,2% o privada 19,60%), con media de peso de $65,1 \pm 15,1$ kg, talla $156,5 \pm 7,41$ cm, IMC $26,6 \pm 6,4$ (6,6% con bajo peso, 37% peso normal, 26,4% sobrepeso, 29,3% obesidad), Barthel $46,1 \pm 32,88$, Pfeiffer $3,65 \pm 2$, Braden $16,3 \pm 3,1$; y antecedentes de HTA 68,5%, DM 39,1%, demencia 27,2%, depresión 18,5%, cardiopatía 67,4% y disfagia 20,7%. Las mayores causas de ingreso fueron por insuficiencia respiratoria aguda 28,6%, infección urinaria 14,3%, insuficiencia cardíaca 20,9%, e infección respiratoria 14,3%. Se obtuvo una media de $19,6 \pm 4,5$ en el MNA, con un 21,2% con desnutrición y un 59,1% en riesgo de desnutrición. En ningún paciente se documentó peso, tampoco si se realizó educación o entrenamiento por disfagia. Sólo en un 43% se documentaron las ingestas. Un 4,55% tenían pautados suplementos.

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, 4 de cada 5 sujetos ingresados en la unidad de agudos tienen o están en riesgo de desnutrición según resultados de MNA. De ellos, la mayoría vienen de una residencia; sólo 5 pacientes recibían algún tipo de suplemento nutricional antes de su ingreso. Los indicadores de calidad muestran puntos donde se puede mejorar la calidad asistencial en la hospitalización, y así ayudar a mantener un buen estado nutricional y prevenir complicaciones durante el ingreso hospitalario y al alta.

P44 Evaluación de Colestasis en pacientes adultos con Nutrición Parenteral Total

Núria Pi Sala¹, Jordi Fernández Morató², Montse Pons Bus-som¹, Nuria Roca Rossellini³, Marina De Temple Pla¹, Margarita Aguas Compaired¹

¹Servicio de Farmacia, Capiro Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona. ²Servicio de Farmacia, Centro Médico Teknon, Barcelona. ³Servicio de Cirugía General, Unidad de Nutrición, Capiro Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona.

Objetivo: Estudiar la incidencia de colestasis en pacientes con nutrición parenteral total (NPT) y evaluar los factores que contribuyen a la elevación de sus marcadores.

Material y método: Estudio observacional-prospectivo realizado en dos hospitales de 300 camas durante enero-noviembre 2012.

Se incluyeron todos los pacientes adultos en tratamiento con NPT superior a 5 días. Se excluyeron aquéllos con alteración de los marcadores de colestasis al inicio de NPT y los pacientes con ausencia de datos analíticos.

Se consideró colestasis cuando al finalizar la NPT se duplicó el límite superior de normalidad de los marcadores gamma-glutamil transferasa (GGT), bilirrubina total (BT) y/o fosfatasa alcalina (FA). Tests estadísticos: análisis de variancia para variables cuantitativas y chi-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados: Del total de 261 pacientes con NPT, se excluyeron 26 por duración inferior a 5 días, 67 por presentar alteración de marcadores de colestasis al inicio de NPT y 75 por falta de datos analíticos para poder ser valorados. Se estudiaron 93 pacientes (62 hospital 1 y 31 hospital 2). El 48,4% fueron hombres con edad media de 68,4 años (DE = 16,19) y en el 67,7% se les prescribió la NPT por motivos quirúrgicos. La duración media de la NPT fue de 13,5 (DE = 9,13) días. El 57% de los pacientes presentaron colestasis (45 elevación de GGT y 8 GGT+FA).

Colestasis	Dias_NPT		Proteínas/kg/día (g)	Lípidos/kg/día (g)	Glucosa/kg/día (g)	kcal no proteicas (NP)/kg/día	kcal NP/g nitrógeno
	Dias_NPT	UCI					
Si	14,36	4,34	0,97	0,77	2,87	18,16	1117,9
No	12,45	2,15	0,97	0,81	3,13	20,56	127

La relación Kcal NP/g nitrógeno y los aportes de glucosa/kg/día fueron inferiores de forma estadísticamente significativa en los pacientes que presentaron colestasis ($P = 0,019$ y $P = 0,048$ respectivamente). Asimismo, se observó una tendencia a la significación en pacientes con estancias mayores en UCI ($P = 0,077$).

Analizando los datos reportados por centro, en el hospital 1 la incidencia de colestasis fue del 48,4% frente al 74,2% en el hospital 2 ($P = 0,018$), probablemente relacionado por la menor relación KcalNP/g nitrógeno (130,6 vs 104,31) y mayor aporte proteico (0,87 vs 1,16 g/kg/día).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes presentaron colestasis. La GGT es el marcador que se eleva más precozmente.

Los pacientes críticos con NPT y que requieren mayores aportes de proteína en relación a las Kcal NP tuvieron más incidencia de colestasis.

El aporte proteico elevado en NPT puede contribuir a la elevación de los marcadores de colestasis.

P45 Prevalencia de hipo o hiperglucemia en el paciente adulto ingresado con soporte nutricional parenteral

Iria Rodríguez Legazpi¹, María Jesús García Verde¹, Lucía Fuster Sanjurjo¹, Isaura Rodríguez Penín¹, Ana González Rodríguez¹
¹Hospital Arquitecto Marcide. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Objetivo: Evaluar el grado de cumplimiento de los rangos de glucemia de las guías ASPEN 2012 en pacientes ingresados con nutrición parenteral (NP) y determinar posibles factores predictores de hiperglucemia.

Método: Estudio prospectivo. Población: Pacientes adultos que iniciaron NP entre el 8/10/2012 y 8/12/2012. De la

historia clínica y programa Kabisoft® se recogieron datos: a) demográficos: edad, sexo, peso, talla, IMC y diagnóstico principal, b) NP: vía de administración, protocolo/individualizada, duración, aportes de glucosa, lípidos y energía, y c) control de glucemias: episodios de hiperglucemia ($> 180\text{mg/dL}$) o hipoglucemia (38°C). Análisis estadístico con el paquete SPSS v.s. 20.0: Comprobación de normalidad de variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov y determinación de diferencias estadísticamente significativas entre normoglucémicos e hiperglucémicos aplicando la prueba de Chi-cuadrado (p).

Resultados: Se incluyeron 36 de los 39 pacientes adultos que recibieron NP (3 excluidos por falta de datos). Edad: $67,81 \pm 14,19$ años (34-89), sexo: 22 hombres (61,1%), IMC (n=18): $27,83 \pm 5,82$ kg/m² (17,31-40,64), diagnóstico: 24 quirúrgico/trauma, 7 neoplasia y 5 trastornos gastrointestinales.

Vía de administración: 16 central, 15 periférica y 5 ambas. Todas las NP periféricas y 17 de los 21 pacientes que recibieron NP central se ajustaron a protocolo; 4 pacientes recibieron NP central individualizada. Duración media NP: $9,25 \pm 7,09$ días (2-37). Composición y velocidad de administración: Glucosa g/kg/día $2,57 \pm 0,83$ (1,11-4,44), lípidos g/kg/día $0,70 \pm 0,27$ (0,33-1,39), energía kcal/kg/día $20,82 \pm 7,41$ (9,42-37,22) glucosa mg/Kg/min $1,78 \pm 0,58$ (0,77-3,09). Medidas de control de glucemia: 6 analítica venosa, 1 punción dedo y 27 ambos métodos. No hubo control de glucemias en 2 pacientes. Catorce pacientes presentaron hiperglucemia [$5,57 \pm 3,84$ episodios (rango: 1-14)], 9 de ellos NP vía central (7 protocolo y 2 individualizada), 4 periférica (protocolo) y 1 ambas vías (protocolo); se administró insulina en 12 pacientes. Valor máximo glucemia/día (n = 34): $188,29 \pm 81,51$ mg/dL (109-407). Un paciente con NP periférica presentó 8 episodios de hipoglucemia. La edad, velocidad de administración de glucosa, aporte diario de glucosa, lípidos y Kcal fueron significativamente superiores en los pacientes hiperglucémicos. La media de peso fue estadísticamente inferior en estos. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a vía de administración, tipo de NP, uso de corticoides o diuréticos y fiebre.

Conclusiones: El 39% de los pacientes que reciben NP protocolizada presentan hiperglucemia. Sería necesario ajustar la composición de la NP protocolizada en función del peso del paciente.

P46 Mejora de la cadena de distribución y de la calidad en las dietas hospitalarias

Ángel Caracuel García¹, Rosa Roque Navarrete², Gabriel Oliveira Fuster¹, Francisco Espinar Domínguez²

¹Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. HRU Carlos Haya. Málaga.
²Servicio de Hostelería. Dirección de Servicios Generales. HRU Carlos Haya. Málaga

En el año 2002, se realizaron encuestas de satisfacción sobre la comida hospitalaria donde se obtuvo como resultado que la característica peor valorada fue la temperatura. Detectándose un área de mejora indispensable para los profesionales de los Servicios de Hostelería y de Endocrinología y Nutrición.

Objetivo: Corregir y prevenir las desviaciones respecto a los requisitos del sistema de gestión de calidad del Servicio de Hostelería contribuyendo a prevenir la malnutrición hospitalaria.

Metodología: Partiendo de la tecnología existente en el mercado, de las encuestas de satisfacción sobre la calidad de la comida, de la capacidad de adaptación de nuestro personal, de la capacidad de las instalaciones y de la inversión disponible; se decidió evaluar un sistema que permitiera mejorar la temperatura de los platos elaborados en Cadena Caliente una vez efectuado el emplatado.

Fase 1

- Selección de empresas y del sistema de carros que se quería implantar.
- Selección del emplazamiento de la Estación Base.
- Realización del diseño de la prueba.
- Estudio ergonómico.
- Estudio de la amortización de los nuevos sistemas.
- Información favorable de Enfermería y del Servicio de Hostelería.

Fase 2

Una vez seleccionado el método más eficiente para la distribución de los alimentos se realizó la evaluación de la satisfacción percibida por los usuarios, así como una cuantificación de la ingesta.

Resultados:

- Cumplimiento de la legislación en los cuatro sistemas estudiados para las variables: Límites Microbiológicos y Temperatura de Servicio.
- Se observaron diferencias significativas en la Temperatura de Servicio, a favor de los nuevos sistemas estudiados.
- No se encontraron diferencias significativas ni entre los tres sistemas evaluados, ni entre éstos con el sistema tradicional en cuanto a Calidad Organoléptica, Presentación, y Desbarazado, por lo que se optó por el que mejor se podía adaptar a nuestras condiciones de trabajo y con un coste compatible con el asignado.
- La calificación de la temperatura percibida por los pacientes fue significativamente mejor en los pacientes con carros de retermalización.
- Los pacientes con el nuevo sistema comieron “todo” en un porcentaje, significativamente superior, que los pacientes con el sistema convencional.

Conclusiones y discusión: Se confirma la importancia de la temperatura de los alimentos y se pone de manifiesto que su mejora, a través del sistema de carros de retermalización, es una medida útil para incrementar la cantidad ingerida y la satisfacción, de los pacientes ingresados, con la dieta hospitalaria.

P47 Evaluación de la satisfacción del paciente con las dietas suministradas en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

M^a Bienvenida Gómez Sánchez¹, Tamara Monedero Saiz, Noelia Victoria García-Talavera Espín, M^a Jesús Gómez Ramos, Antonia Inmaculada Zomeño Ros, Mercedes Nicolás Hernández, M^a Ángeles Núñez Sánchez, Carmen Sánchez Álvarez

¹Hospital General Universitario Reina Sofía De Murcia.

Objetivos: Conocer la opinión que tienen los pacientes con las dietas que toman durante su estancia hospitalaria; para mejorar la calidad del servicio ofrecido.

Métodos: Se elaboró una encuesta de satisfacción a los pacientes ingresados en el hospital que voluntariamente accedieron a realizarla (108) sobre las dietas suministradas durante su ingreso. La encuesta presentaba tres apartados, en el primero el paciente valoraba como buena, aceptable o deficiente diferentes características de las bandejas de alimentación. Las características eran: presentación, temperatura, sabor, variedad y cantidad de los alimentos, además del horario de recepción y una opinión general de la misma. En el segundo bloque se valoraba mediante respuesta positiva o negativa si el paciente conocía el tipo de dieta que tenía asignada y pérdida o aumento de peso durante su estancia hospitalaria, si estaba satisfecho con el trato recibido por las camareras que le entregaban la bandeja y si se consideraba correctamente alimentado. En el tercer apartado el paciente valoró del 1 al 10 los siguientes platos: guisos, sopas, pescados, carnes, embutidos, quesos, tortillas, bollería, frutas y verduras.

Resultados:

Tabla 1. Resultados en porcentaje del primer bloque de la encuesta

	Buena	Aceptable	Deficiente
Presentación	85%	0	15%
Temperatura	52,3%	35,5%	12,1%
Sabor	55,2%	40%	4,8%
Horario	76,4%	20,8%	2,8%
Variedad	65,4%	26,2%	8,4%
Cantidad	75,7%	18,7%	5,6%
Opinióngeneral	73,6%	22,6%	3,8%

Tabla 2. Resultados en porcentaje del segundo bloque de la encuesta

	Sí	No
El paciente conoce la dieta asignada	90,2%	9,8%
El paciente se considera bien alimentado	92,2%	7,8%
Satisfacción del paciente con las camareras	98%	2%
Pérdida de peso del paciente	47,1%	52,9%

Conclusiones: En la tabla 1, si bien la gran mayoría de los pacientes tienen una opinión como mínimo aceptable, se percibe que las variables que más necesitan mejorar son las de: temperatura, sabor y variedad. En la tabla 2, se observa una gran controversia entre la opinión positiva de forma mayoritaria de los pacientes respecto a su alimentación y el servicio asociado a la misma y la realidad de la pérdida de peso en casi la mitad de los pacientes. En la tabla 3, relativizando los datos respecto al rango de puntuación, se obtiene que los platos peor valorados son: sopas, quesos, carnes, y pescados.

P48 Evaluación de la inclusión del Diplomado en Nutrición Humana y Dietética en una Unidad de Nutrición hospitalaria

Noelia Victoria García-Talavera Espín¹, María Bienvenida Gómez Sánchez¹, Tamara Monedero Saiz¹, Antonia Inmaculada Zomeño Ros¹, Mercedes Nicolás Hernández¹, Carmen Sánchez Álvarez¹

¹Unidad de Nutrición. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Objetivos: En España no existe la figura del nutricionista como integrante de las Unidades de Nutrición a nivel hospitalario. Nuestro objetivo fue evaluar la evolución de nuestra unidad tras contar con el refuerzo de 3 Diplomados en Nutrición Humana y Dietética.

Material y Métodos: Estudio transversal realizado entre 2009 y 2012 valorándose los resultados obtenidos a nivel asistencial (pacientes asistidos en hospitalización y en consultas externas), docente (alumnos y residentes formados en la unidad, y cursos de formación realizados desde la misma) e investigador (número de comunicaciones científicas, publicaciones y proyectos de investigación). Se realizó un análisis comparativo entre anualidades.

Resultados: Descendió un 53,45% la asistencia a pacientes con nutrición enteral y un 55,79% a pacientes con nutrición parenteral. La asistencia a pacientes con nutrición oral se mantuvo, pero a costa de un ascenso del 23,1% entre 2011 y 2009, que volvió a descender en 2012. Se incrementó en un 38,9% la asistencia a pacientes en consultas externas. En la labor investigadora, se produjo un incremento total del 36,9%. La docencia se

mantuvo en cursos impartidos (2 cursos/año) y aumentó en un 82,4% el número de alumnos formados (media: 26,75 alumnos/año).

Conclusiones: La realización de protocolos y la realización desde la Unidad de Nutrición de cursos de formación destinados al personal del centro contribuyeron a un descenso de la atención a pacientes hospitalizados con nutrición enteral y parenteral. La mejora de los menús hospitalarios se tradujo en una menor necesidad de individualización de dieta oral de los pacientes ingresados en el centro.

La incorporación de diplomados en nutrición humana y dietética ha contribuido al crecimiento de la Unidad en todos sus campos de actuación, situándola en una mejor posición de competencia en el centro hospitalario, y propiciando la colaboración con diversos grupos de investigación externos.

La contratación de nutricionistas por el sistema nacional de salud contribuiría a la mejora de las Unidades de Nutrición Hospitalarias. Ello podría redundar en una mayor costo efectividad de la atención sanitaria.

P49 Prevalencia de la desnutrición en el servicio de oncología

Ana Beatriz Rivera Lorenzo¹, Ruth Boente Varela¹, M^a Victoria Alonso De Castro², Consuelo Perez Veiga², M^a Teresa Rey Barbosa¹, Jaime Miguel Lorenzo Carrero¹, Begoña Otero Pejito³, Marina Pedras Ledo³, Manuel Antonio De Sas Fojon¹ Ismael Perez Izaguirre⁴,

¹S. Endocrinología y Nutrición. Hospital Povisa. ²S. Farmacia Hospitalaria. Hospital Povisa. ³S. Oncología (Hospital de día). Hospital Povisa. ⁴S dietética y nutrición hospitalaria. Hospital Povisa.

Introducción: La desnutrición hospitalaria es una realidad que nos obliga a actuar, inicialmente, mediante su detección precoz con métodos de screening.

Un correcto estado nutricional permite afrontar con mayor capacidad los problemas de salud. Las personas malnutridas que debutan con una patología están menos capacitadas, tanto para superar la enfermedad, como para soportar tratamientos asociados.

En nuestro Hospital se ha diseñado un protocolo adaptado a las características propias para realizar screening de malnutrición —Test MUST—, a todos los pacientes que ingresan, y para establecer las medidas de actuación, oportunas, según el resultado de la valoración.

Objetivo: Determinar el grado de desnutrición que tienen los pacientes oncológicos con screening nutricional positivo, ingresados en la unidad de oncología del Hospital Povisa de Vigo, en el período de tiempo comprendido entre septiembre de 2011 y marzo de 2012.

Metodología: Se han recogido los datos de pacientes oncológicos ingresados entre septiembre 2011 y marzo de 2012, registrando valores antropométricos: peso, talla, IMC, pliegue cutáneo, circunferencia muscular del brazo; valores bioquímicos: albúmina, colesterol, linfocitos; edad; sexo; diagnóstico clínico y diagnóstico nutricional.

Resultados: Se han obtenido los siguientes resultados:

- el 10,10% de pacientes ingresados presentaron riesgo de desnutrición
- del total de la muestra:
 - 51,72% presentó desnutrición SEVERA.
 - 27,59% presentó desnutrición MODERADA.
 - 3,44% presentó desnutrición LEVE.
 - 17,24% presentó desnutrición NORMAL.

Conclusiones:

- Ningún parámetro, de forma individual correlaciona con el diagnóstico nutricional, por lo que debemos tener todos en cuenta al establecer dicho diagnóstico.
- Debido al escaso% de pacientes con screening nutricional positivo, plantear un estudio para comprobar si se aplica de forma correcta la valoración nutricional al ingreso.
- Todo paciente bien nutrido presentaría una mejor calidad de vida, psicológicamente estaría mejor y disminuirían las complicaciones y las estancias hospitalarias.

P50 Utilización de la Nutrición Parenteral Total en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada: Criterios de Calidad

Verónica Ávila Rubio¹, María Socorro Leyva Martínez¹, Carmen Yeste Doblas¹, María Luisa Fernández Soto¹

¹Hospital Universitario San Cecilio.

Introducción: La Nutrición Parenteral Total (NPT) forma parte del soporte nutricional artificial especializado en pacientes que no pueden ser alimentados a través del tubo digestivo. Es una parte integral del tratamiento médico y ha demostrado su importancia en la mejor evolución de la enfermedad y en la supervivencia. Sus indicaciones son muy precisas y debe cumplir unos criterios de calidad en cuanto a ser ajustada, segura y exacta (esquema de Petros y Shank).

Objetivos: Evaluar la calidad de la utilización de la NPT en el HU San Cecilio de Granada (tercer nivel). Describir las características epidemiológicas de la población y prescripción de la NPT. Los resultados aportarán información sobre el proceso de prescripción y utilización de la NPT con el fin de establecer un programa de mejora.

Pacientes y Métodos. Población de estudio: pacientes hospitalizados durante el primer trimestre de 2012 (1 enero-1 abril) que recibieron NPT (periodo de estudio elegido al azar). Criterios de exclusión: UCI, Reanimación, Pediatría y NP intradiálisis. Las variables de estudio incluyen 3 criterios de buena práctica clínica (Guía de Práctica Clínica de la SENPE 2010): duración [(Nº pacientes con NPT > 7 días / Nº pacientes que reciben NPT) × 100; estándar: 80%]; cálculo de requerimientos energéticos [(Nº pacientes que disponen de cálculo de requerimientos / Nº pacientes que reciben NPT) × 100; estándar: 100%]; seguimiento por Unidad de Nutrición Clínica y Dietética [(Nº pacientes con NPT supervisada por UNCyD / Nº pacientes que reciben NPT) × 100; estándar: 100%]. Variables epidemiológicas: sexo, edad, servicio prescriptor, tipo de NPT (estandarizada/individualizada) y duración (días).

Resultados: 111 pacientes recibieron NPT durante el periodo estudiado: 59,5% varones, 40,5% mujeres. Edad 62,7 ± 14,6 años. En el 89% de los casos el servicio prescriptor fue Cirugía, seguido por Medicina Interna (7%), Urología (3,6%), Digestivo (2,7%), Vascular (1,8%) y Ginecología (1,8%). El 96,4% de las NPT prescritas fueron fórmulas estandarizadas. Duración 11 ± 10 días. El cumplimiento de los criterios estudiados no alcanza los estándares establecidos: 65% para el criterio de duración, 2,7% para el cálculo de requerimientos energéticos y 5,4% para el criterio de seguimiento por UNCyD.

Conclusión: La utilización de la NPT en el HU San Cecilio no cumple los estándares de calidad en términos de duración, a ser ajustada y al seguimiento especializado. Esto implica de forma indirecta una inadecuada indicación de la NPT. Es necesario implantar de forma urgente un programa de mejora para conseguir la calidad deseada.

P51 Control de calidad de las materias primas alimentarias almacenadas en la cocina del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

M^a Bienvenida Gómez Sánchez¹, Tamara Monedero Saiz¹, Noelia Victoria García-Talavera Espín¹, M^a Jesús Gómez Ramos¹, Antonia Inmaculada Zomeño Ros¹, Mercedes Nicolás Hernández¹, M^a Ángeles Núñez Sánchez¹, Carmen Sánchez Álvarez¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Objetivo: Evaluar la calidad de las materias primas almacenadas en el congelador, almacén y cámaras refrigeradoras de la cocina de nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo mensual durante 6 meses (año 2012) que analizaba la

calidad de las materias primas alimentarias almacenadas en las distintas dependencias de la cocina de nuestro hospital. Para ello se establecieron los siguientes criterios de calidad: C1 (alimentos en cámara de lácteos); C2 (alimentos en cámara de frutas y verduras); C3 (alimentos en cámara de carnes); C4 (alimentos en cámara de pescados); C5 (alimentos en cámara de productos elaborados); C6 (alimentos en cámara de congelados); C7 (alimentos en almacén de productos no perecederos). Se revisó el etiquetado primario y secundario de los alimentos en cada habitáculo, el aspecto y frescura de los alimentos, se midió la temperatura de las cámaras y los defectos en el almacenaje. Cualquier fallo en estas revisiones se consideró como incumplimiento. Estos procesos debían cumplir con la legislación vigente, por ello el estándar (S) en todos los criterios fue del 100%. Los datos se expresaron como su cumplimiento más intervalo de confianza del 95%, se compararon con el S establecido mediante el valor de Z para una sola cola considerándose significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: En el C1 obtuvimos un cumplimiento del $83,33\% \pm 29$, en el C2 el mismo resultado que el anterior: $83,33\% \pm 29$, en el C3 el cumplimiento bajó al $66,66\% \pm 37$, en el C4 un $83,33\% \pm 29$, en el C5 un $75\% \pm 41$, en el C6 disminuyó la calidad hasta un $50\% \pm 40$ y en el C7 el cumplimiento fue del $83,33\% \pm 29$. Todos los criterios resultaron estar por debajo de su S y con diferencias estadísticamente significativas de p.

Conclusiones: Todos los criterios analizados estaban por debajo de su estándar con una diferencia significativa de p.

P52 Prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes hospitalizados. Experiencia de la aplicación de un test de cribaje nutricional en un Hospital General del área conurbana de Barcelona

Cristina Romagosa Vives De La Cortada¹, Gabriela Monroy Rodriguez¹, Gerard Saenz de Navarrete¹, Gabriel Gil Luján¹, Anna Capellà Llovera¹, Jaime Jimeno Fraile¹, Alejandra Fernandez Trujillo¹, Francisco Javier Prieto Dominguez¹, Manuela Sánchez Naranjo¹ Jordi Quilez Jover¹,

¹Parc Sanitari Sant Joan de Deu.

Antecedentes: La desnutrición es un problema de salud frecuente, no suficientemente reconocido y tratado en los centros sanitarios. De acuerdo con el estudio PREDyCES en los hospitales españoles uno de cada 4 pacientes se encuentra afecto y esta condición se asocia a un exceso de estancia hospitalaria y costes asociados. Las estrategias de cribaje nutricional universal permiten identificar a las personas en riesgo y por tanto realizar intervenciones de forma precoz para limitar

ambas consecuencias. El Hospital General del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu es un hospital comarcal de segundo nivel donde la valoración del estado nutricional es subjetiva, dependiente del médico responsable del paciente.

Objetivo: Primario: conocer la prevalencia de desnutrición entre los pacientes ingresados en el centro. Secundario: valorar si la realización de un cribaje universal estandarizado es más eficaz para la detección de desnutrición en relación a la estrategia actual.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, en un solo día, consistente en realizar a los pacientes ingresados en las unidades médicas, quirúrgicas y de cuidados intensivos el test de cribaje nutricional NRS-2002. Un resultado ≥ 3 se consideró diagnóstico de desnutrición. Las variables sociodemográficas y los datos antropométricos se obtuvieron mediante un cuestionario estructurado/revisión de historial clínico. El peso fue valorado por el equipo investigador en el momento. Los resultados fueron estratificados por sexo, edad y servicio de hospitalización.

Resultados: Se evaluaron un total de 70 pacientes. Media 72 ($\pm 14,21$) años. La prevalencia de desnutrición fue de 47%. Sólo un 21% de los pacientes desnutridos estaba identificado como tal (10% respecto población hospitalaria) y recibía soporte nutricional específico. La prevalencia de desnutrición fue mayor en mujeres que en hombres, en mayores de 70 años y en servicios médicos versus quirúrgicos.

Tabla

Pacientes con cribaje positivo	55,71%
Pacientes desnutridos (NRS-2002)	47,14%
Pacientes con seguimiento nutricional	10%

Conclusiones: En nuestro medio la prevalencia de desnutrición es elevada. Con la estrategia de evaluación habitual la mayoría de los casos escapan a la detección limitando las posibilidades de una intervención. Con los datos obtenidos creemos conveniente implantar un sistema de cribaje nutricional universal en nuestro centro.

P53 Experiencia con dieta triturada comercial: eficacia nutricional y eficiencia económica

Alejandro Sanz Paris¹, Diana Boj Carceller¹, Jose Luis Gascon², Teodoro Corrales², Isabel Melchor¹, Guayente Verdes¹, María Eugenia López-Valverde¹, Beatriz Lardies¹, Ramón Albero¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza. ²Residencia Romareda.

La dieta triturada es muy utilizada en los ancianos de residencias geriátricas, llegando al 15-26%. El problema suele ser su escasa aceptación por ser poco apetitosas y su pobre concentración. El objetivo es valorar la eficacia de una dieta triturada comercial.

Material y métodos: En una residencia geriátrica de 216 ancianos, 19 ingieren dieta de cocina triturada (TxC) y además utilizan nutrición enteral vía oral (NE) por desnutrición proteica. Se realiza estudio bromatológico de la TxC y ante los resultados, se sustituye por dieta triturada comercial (TxV). Además, se suspende la nutrición enteral oral porque en ese momento no existía desnutrición proteica. Edad media 88,5 + 4,8 años, mujeres el 90,6%. Test de Barthel con dependencia total en el 82%. Porcentajes similares en las afectaciones severas de la marcha (Holden) y del nivel cognitivo (Pfeiffer). Se realiza valoración nutricional al inicio y a los 6 meses de haber sustituido el TxC por TxV con suspensión de NE. Test no paramétricos pareados Wilcoxon y de correlación de Spearman.

Resultados:

- Buena tolerancia en todos, excepto un residente, que reclama la NE.
- Composición TxC= 150-235 vs 300 kcal; 8-15 vs 16 g de proteínas; 14 vs 15 g de grasas y 5-9 vs 25 g de carbohidratos.
- Evolución clínica: fallecimiento de un paciente y otro requirió ingreso hospitalario.
- No existen diferencias significativas en ningún parámetro nutricional tras seis meses de cambio de plan nutricional, excepto en linfocitos, que aumentan ($p = 0,04$).
- Existe una correlación negativa entre los niveles plasmáticos al inicio y su evolución a los 6 meses, aunque solo significativa con albúmina ($p = 0,02$, $r^2 = 0,44$). A mayor nivel de albúmina plasmática inicial mayor caída a los 6 meses, pero sin llegar a desnutrición.
- Cada brick de NE hiperprotéica tiene un costo medio de 4 euros. Estos pacientes tomaban 2 brick al día, por lo que el ahorro económico en NE durante los 6 meses ha sido de 1.440 euros por paciente. A esto hay que restar la diferencia entre el costo del TxC (no lo conocemos) y el TxV.

Conclusión: La utilización de TxV es una medida de eficacia nutricional y eficiencia económica.

P54 Evolución del estado nutricional en pacientes con Nutrición Parenteral tras cirugía electiva y su relación con la efectividad

David Berlana Martín¹, Leticia Mestre Galofre¹, Pilar Sabin Urkía¹, Luisa Chicharro Serrano², Carolina Puiggros², Maria

Alcalde Rodrigo¹, Jana Vidal Otero¹, M Jose De Dios García¹, Rosa Burgos Pelaez² Julio Martínez Cutillas¹,

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

Objetivos: Analizar el estado nutricional de pacientes intervenidos de cirugía electiva con nutrición parenteral (NP), su evolución y su relación con la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo durante un período de un año (diciembre 2011-2012) con NP tras intervención quirúrgica (IQ) electiva (Cirugía digestiva o Urología). Se recogen variables de edad, sexo, días de ingreso, días con NP, diagnóstico e indicación, datos analíticos, y datos antropométricos, desde el inicio de la pauta de NP post IQ hasta el final de NP. Se tratan los datos para la obtención la valoración según el sistema CONUT. Para el estudio estadístico se establecen diferencias con el test y de ji-cuadrado, y se construyen modelos multi y univariante de regresión para estudiar el efecto de los parámetros estudiados sobre la estancia hospitalaria.

Resultados: Se estudiaron 164 pacientes con NP tras IQ electiva. La edad y IMC medio de 67,4 ± 13,0 años y 26,9 ± 5,2 kg/m², respectivamente. Los tipos de IQ más frecuentes fueron: resección de colon (31,1%), duodeno-pancreatectomía cefálica (12,8%), y cistectomía (14,6%). Los parámetros nutricionales al iniciar la NP fueron: albúmina 2,6 ± 0,6 g/L, proteínas totales (PT) 4,8 ± 0,8 g/L, colesterol total 128,7 ± 66,6 mg/dL; con un 69,8% de los pacientes con todos los datos analíticos presentaron alto riesgo nutricional según el sistema CONUT, siendo las gastrectomías las de menor% de alto riesgo y IQ colorrectal las de mayor%. La estancia media hospitalaria fue de 29,6 ± 27,6 días, con una media de 11,4 ± 11,9 días de NP. Los valores finales de albúmina, PT, colesterol total fueron 2,6 ± 0,5 g/L, 5,4 ± 0,8 g/L y 148,1 ± 57,7 mg/dL respectivamente; existiendo diferencias significativas en PT y colesterol total. Igualmente disminuyó el% de pacientes con alto riesgo nutricional según CONUT (64,4%). Los parámetros nutricionales al inicio de NP, así como edad e IMC, no se relacionaron con la estancia hospitalaria. Sin embargo, las PT y un índice CONUT alto al final de NP se relacionaron significativamente con menor y mayor estancia hospitalaria respectivamente.

Conclusiones: No se encontraron grandes diferencias respecto a los parámetros nutricionales entre los tipos de IQ estudiadas. En estos pacientes, tras la NP, la mejora de estos parámetros nutricionales se relaciona con menor estancia hospitalaria. La localización de los pacientes sin recuperación de los parámetros nutricionales ayudaría a incidir en un soporte nutricional para mejorar resultados.

P55 Utilización de dietas enterales y suplementos nutricionales en un hospital universitario de tercer nivel

Guadalupe Inés Ballesteros Cabañas¹, Marina de Temple Pla¹, Núria Pi Sala¹, Montserrat Pons Busom¹, Núria Roca Rosse-llini², Margarita Aguas Compaired¹

¹Servicio de Farmacia, Capio Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona. ²Servicio de Cirugía General y Unidad de Nutrición, Capio Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona.

Objetivo: Evaluar la utilización de nutrición enteral (NE) desde la prescripción médica hasta su administración, en un hospital de tercer nivel sin trasplantes (300 camas).

Material y método: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo de los tratamientos con NE en pacientes ≥ 18 años ingresados en una unidad de hospitalización convencional.

Las variables registradas fueron: edad, sexo, servicio que prescribe la NE, diagnóstico, colaboración con la Unidad de Nutrición (UN), indicación de NE, tipo de dieta, aporte y forma de administración, duración, seguimiento nutricional y complicaciones derivadas de la NE. Se realizó un estudio descriptivo y comparativo de las variables más relevantes incluidas mediante el programa SPSS v.15.0.

Resultados: En el estudio se incluyeron 104 pacientes con NE (16 fueron excluidos). La media de edad fue de 77,9 años (SD 13,24), índice de masa corporal (IMC) medio de 24,3 kg/cm² (SD 4,09) y duración media de NE de 7,5 días (SD 6,20). El 53,4% fueron mujeres.

El 78% de las prescripciones correspondieron a servicios médicos y en un 42% de los casos se solicitó colaboración con la UN, que diagnosticó desnutrición en el 94% de los pacientes.

En el 75% de los casos el seguimiento se realizó mediante control analítico, mientras que mediante control de peso, en el 60%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estos parámetros entre los pacientes seguidos por la UN y el resto (control analítico: $X^2 = 16,93$ p).

En el 46% de las prescripciones el diagnóstico principal fue patología digestiva y los motivos de indicación de NE mayoritarios fueron inadecuada ingesta vía oral (45,5%) y malnutrición (43,2%).

La fórmula más utilizada fue una dieta hiperproteica-hipercalórica (54,5%), que se administró en el 69% de los casos por vía oral, con un 12% de complicaciones relacionadas con la NE. Más de la mitad de los pacientes (62,5%) se trató con NE hasta el alta hospitalaria.

El 28% de los tratamientos no se administró según la prescripción médica, (sin encontrarse relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables estudiadas), y en el 61% casos no se observó un motivo que lo justificara.

Conclusiones: Hay un elevado número de tratamientos con NE no administrados de acuerdo con la prescripción médica, y que no son justificables.

Es probable que en nuestro medio, el soporte nutricional no se considere un tratamiento médico relevante.

La colaboración con la UN asegura un buen seguimiento de los pacientes en tratamiento con NE.

FARMACIA

COMUNICACIÓN ORAL

O2 Estabilidad fisicoquímica de la heparina intravenosa administrada en "y" con la nutrición parenteral total y periférica en adultos

~~Daniel Serrano Barrera¹, Marta Mullera Martí¹, Joana Cardonete Ornaque¹, Antonio Vinuesa Hernando², Maria dolors Pujol Vilmo², Antonio Ocaña Rojano¹, Nous Peiró Fornàs¹, Joan Estalrich Latrás³, Daniel Cardona Pera¹, M^a Antonia Mangues Bafalluy¹.~~

~~¹Hospital De Sant Pau. Servicio de Farmacia. ²Facultad de Farmacia. Departamento de química orgánica. ³Facultad de Farmacia. Departamento de Fisiología. ⁴Hospital de Sant Pau. Servicio de Cirugía General y Digestiva.~~

~~**Objetivo:** Estudiar la estabilidad fisicoquímica de la heparina al administrarse en "Y" con nutrición parenteral total (NPT) y nutrición parenteral periférica (NPP) formulada con tres fuentes lipídicas diferentes.~~

~~**Material y métodos:** Composición de la NPT: 12 g N2, 250 g glucosa, 50 g lípidos (Lipofundina MCT/LCT® 20%, Smoflipid® 20% o Clinoleic® 20%), electrolitos, oligoelementos y vitaminas. Volumen final de 1.825 mL (velocidad: 80 mL/h).~~

~~Composición de la NPP: 10 g N2, 100 g glucosa, 50 g lípidos (Lipofundina MCT/LCT® 20%), electrolitos, oligoelementos y vitaminas. Volumen final de 2.575 mL.~~

~~Se simuló condiciones de práctica clínica:~~

- ~~• NPT (3 lípidos diferentes) se pasaron en "Y" con heparina a 1 mg/mL en infusión continua a velocidad de 15 mL/h. Velocidad calculada para un paciente de 70 kg y con dosis estándar de 5 mg/kg/día.~~
- ~~• De la NPP se extrajeron 12 muestras de 1 mL (volumen de la cánula de vía periférica) añadiendo 15 mg de heparina para un paciente de 50 kg y con dosis estándar profiláctica a 2 mg/kg/día.~~

~~Se repitió tres veces para cada tipo de nutrición parenteral (NP) y de cada emulsión se recogieron tres muestras~~